
ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

FACOLTÀ DI SCIENZE POLITICHE - SEDE DI FORLÌ
"Roberto Ruffilli"

Corso di Laurea in Scienze Internazionali e Diplomatiche

Tesi di Laurea in Storia e istituzioni politiche dell'Africa contemporanea

**PREVENZIONE E CURA DELL'HIV/AIDS
IN UGANDA
E IL CASO DEL DISTRETTO DI GULU**

Candidato

CHIARA STEFANINI

Relatore

**Chiar.ma Prof.ssa
ANNA MARIA GENTILI**

Sessione II

Anno Accademico 2003-2004

Indice

	Pag.
Introduzione.....	1
PRIMA PARTE: Sviluppo e storia dell'Hiv/Aids.....	4
1. Individuazione della nuova epidemia.....	4
1.1 Cosa è l'Aids?	
1.2 Come si trasmette?	
2. Distribuzione geografica del virus.....	7
2.1 La situazione attuale 2003/2004	
2.2 Quale il volto globale di questa epidemia?	
2.3 Dai dati grezzi verso un'analisi articolata	
3. Teorie sull'evoluzione dell'Hiv/Aids, lo scontro fra ambienti scientifici.....	15
3.1 "The drug hypothesis": "l'Hiv non causa l'Aids"	
3.2 Vaccini contro la poliomelite e le origini dell'Aids	
4. Evoluzione della risposta istituzionale all'epidemia.....	19
4.1 Dal pregiudizio ad una analisi articolata	
4.2 Incoerenze pratiche	
SECONDA PARTE: Perché l'Africa?.....	29
1. Geografia dell'Hiv/Aids in Africa.....	29
1.1 Zona australe	
1.2 Zona occidentale	
1.3 Zona orientale	
1.4 Zona settentrionale	
2. Epidemiologia sociale dell'Aids in Africa.....	39
3. La "malattia della povertà".....	42
2.1 Alcuni volti della povertà in Africa	
2.2 Come interpretare il mondo?	
TERZA PARTE: Perché l'Uganda?.....	54
Sezione prima: Hiv/Aids in Uganda, evoluzione e impatto.....	54
1. Evoluzione e distribuzione dell'epidemia.....	54

1.1 I dati dell'epidemia	
1.2 Attività di sorveglianza dell'Hiv/Aids in Uganda	
1.3 Canali principali di diffusione e <i>risk factors</i>	
1.4 Impatto dell'epidemia	
Conclusioni.....	79
Sezione seconda: Il contesto.....	80
2. Storia politica ed economica recente dell'Uganda.....	80
2.1 Società e libertà d'espressione	
2.2 Sviluppo asimmetrico	
2.3 Ripresa economica, dipendenza e povertà	
Sezione terza: Lotta all'Hiv/Aids in Uganda e la risposta	
istituzionale.....	92
3. Periodizzazione della risposta governativa.....	93
3.1 I primi casi anni: 1982-1986	
3.2 Apertura politica ed innovazione istituzionale	
3.3 Verso un approccio multisettoriale e decentrato	
3.4 Le prime revisioni, il secondo quadro strategico per la risposta all'Aids e l'affermazione della povertà come priorità del governo	
3.5 Azioni recenti e programmi in corso	
4. Riforme ed innovazioni nel sistema sanitario.....	107
4.1 Storia della politica sanitaria ugandese	
4.2 Prime politiche sanitarie del NRM e decentramento	
4.3 Consolidamento della nuova struttura sanitaria	
4.4 Progetti per migliorare il sistema sanitario	
4.5 Finanziamenti e risorse investite nel sistema sanitario	
4.6 Formazione, il Makerere University College ed i suoi medici	
5. Riforme ed azioni negli altri settori pubblici.....	128
5.1 Universal Primary Education ed educazione sanitaria	
5.2 Agricoltura e sussistenza	
6. Azioni trasversali.....	133
6.1 Il <i>mainstreaming</i> delle questioni di genere nella lotta all'Aids	
6.2 Pregiudizi e discriminazione verso i malati	
7. La società civile.....	136

Sezione quarta: Il caso del Distretto di Gulu.....	141
8. Gulu.....	141
8.1 La guerra	
8.2 Il St. Mary's Lacor Hospital	
8.3 Alcune conseguenze della guerra e della povertà	
8.4 La risposta all'epidemia Aids	
8.5 L'Hiv/Aids come problema di sicurezza	
Conclusioni finali.....	167
Note e bibliografia.....	181

Indice delle figure e delle tabelle

Figura 1. L'epidemia Aids nel mondo, 1990-2003.....	8
Figura 2. Aspettativa di vita nell'Africa subsahariana, 1970-2010.....	10
Figura 3. Diffusione dell'Aids nelle varie regioni del mondo.....	11
Figura 4. L'impatto della terapia ARV sui tassi d'infezione di Hiv in Europa Occidentale.....	13
Figura 5. Diffusione dell'Hiv in Africa.....	30
Figura 6. I tassi di prevalenza nell'Africa subsahariana, 1997-2002.....	31
Figura 7. Evoluzione dell'epidemia Hiv in Uganda, differenze fra zone urbane e zone rurali, 1990-2000.....	57
Figura 8. I tassi di prevalenza dell'Hiv nelle maggiori città ugandesi, 1989-2002.....	59
Figura 9. Trend dei tassi d'infezione mediani nella capitale e nelle principali zone Urbane.....	60
Figura 10. Età dei casi di Aids in Uganda, 2002.....	61
Figura 11. Distribuzione dei casi di Aids in base all'età.....	62
Figura 12. Finanziamenti al sistema sanitario ugandese, 1992-1997.....	119
Figura 13. <i>Resource envelope</i> : ripartizione dei finanziamenti al sistema sanitario.....	120
Figura 14. Finanziamenti al sistema sanitario ugandese, 1997-2004.....	121
Figura 15. Distribuzione della povertà in Uganda.....	147
Figura 16. Il Distretto di Gulu.....	151
Figura 17. Tassi d'infezione di Hiv nelle differenti fasce d'età al Lacor Hospital.....	158

Tabella 1. Tassi d'infezione di Hiv/Aids nel Distretto di Gulu, 1993-1997.....	156
--	-----

Indice delle appendici

APPENDICE 1: Cronostoria della malattia.....	170
APPENDICE 2: Mappa della diffusione dell'Hiv nel mondo.....	176
APPENDICE 3: Cronologia dell'evoluzione dell'epidemia e la risposta in Uganda....	177
APPENDICE 4: Cartina dell'Uganda.....	179
APPENDICE 5: Mappa dell'Acholiland.....	180

Lista degli acronimi

AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
HIV	Human Immunodeficiency Virus
UNAIDS	United Nations Aids programme
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONG	Organizzazione Non Governativa
CBO	Community Based Organization
USAID	US Agency for International Development
ARV	Anti Retro Virali
UNDP	United Nations Development Programme
HDI	Human Development Index
STD	Sexually Transmitted Diseases
IDP	Internally Displaced Persons
FMI	Fondo Monetario Internazionale
BM	Banca Mondiale
HIPC	Heavily Indebted Poor Countries
MdS	Ministero della Salute
NRM	National Resistance Movement
AIC	Aids Information Centre
VCT	Voluntary Counselling and Testing
ISS	Istituto Superiore della Sanità
MRC	Medical Research Committee
ACP	Aids Control Programme
HMIS	Health Management Information System
TASO	The Aids Support Initiative
PIL	Prodotto Interno Lordo
UAC	Uganda Aids Committee
UPE	Universal Primary Education
NRC	National Resistance Council
CL	Consiglio Locale
SAP	Structural Adjustment Programme
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper
PON	Programma Operativo Nazionale

AMS	Approccio Multisetoriale
NSF	National Strategic Framework
PEAP	Poverty Eradication Action Plan
PAF	Poverty Action Fund
PHC	Primary Health Care
BCC	Behaviour Change Communication
NGP	National Gender Policy
PSSS	Programma Strategico del Settore Sanitario
IDI	Infectious Diseases Institute
LRA	Lord Resistance Army
HSMF	Holy Spirit Mouvement Force
UNLA	Uganda National Liberation Army
UPDF	Uganda People Defence Force
TPDF	Tanzanian People Defence Force

Ai miei genitori, Angelo e Marta

RINGRAZIAMENTI

Questa tesi, la ricerca e il lavoro che ha comportato, non sarebbe stata realizzata senza l'indispensabile aiuto e sostegno che mi hanno fornito alcune persone:

vorrei ringraziare, per tutto l'affetto ed il sostegno i miei genitori, che rimangono un importante punto di riferimento nonché uno stimolo ed ispirazione senza paragoni, mio padre per essere stato una fonte insostituibile e mia madre per l'energia che mi trasmette, per avermi fatto conoscere l'Uganda e per avermi fatto nascere in un posto così bello; Maurizio Murru per le tante informazioni che mi ha fornito, per tutto il materiale e per le chiacchierate che mi hanno trasmesso il carisma che caratterizza la sua bella persona; la mia relatrice Anna Maria Gentili, per la pazienza e l'ispirazione che viene dal stare vicino ad una persona della sua grandezza; Sandro Accorsi per i dati, i documenti e le notizie, soprattutto su Gulu, che sono state essenziali per comprendere alcune dinamiche centrali all'argomento trattato; suor Dorina Tadiello per le informazioni fornite e per avermi aperto gli occhi su determinate questioni che purtroppo rimangono spesso nell'ombra; mia sorella Agnese e mio fratello Pietro per avermi sopportato; Umberto per essermi sempre vicino ed un compagno dolcissimo; Arianna, Michele, Vera, Michela, Rebecca ed Alessia per essere sempre uno svago e capaci di far dimenticare qualsiasi preoccupazione.

Inoltre, vorrei ricordare e ringraziare per l'incredibile esperienza di vita che ci hanno lasciato: Lucille Teasdale, Piero Corti e Mathew Lukwiya, il vostro ricordo rimane forte nella mia memoria e sarete sempre un esempio per me.

INTRODUZIONE

Nel corso degli ultimi vent'anni, l'Hiv/Aids ha avuto un impatto devastante sulla vita di milioni di persone nel mondo. Dalla prima diagnosi nel 1981, 20 milioni di persone sono morte di Aids e attualmente circa 38 milioni di persone sono infettate di Hiv¹. L'emergere di questa epidemia e la sua diffusione a livello globale ha messo in evidenza gli squilibri che caratterizzano il nostro sistema mondiale odierno.

Gli anni novanta sono stati caratterizzati da un forte predominio sulle *issues* politiche, nazionali ed internazionali, della globalizzazione economica. La dottrina dominante in questi anni è senza dubbio quella neoliberista e questa ha avuto considerevole incidenza sui cambiamenti strutturali già in atto. La progressiva interconnessione fra le questioni globali e le politiche locali hanno cambiato la nostra percezione del mondo. Questi cambiamenti portano alla luce mutamenti nella infrastruttura delle relazioni fra stati e all'interno di essi. L'emergere di nuove entità sovranazionali di grandi peso politico ed economico, come le corporazioni multinazionali o le grandi organizzazioni internazionali o ancora i tanti processi d'integrazione regionale che si stanno affermando, ci presentano uno spazio politico mondiale in cerca di un nuovo equilibrio e di una nuova struttura. Ci troviamo di fronte ad un sistema internazionale che mostra una considerevole diffusione del potere e dell'autorità, prima concentrato unicamente negli stati-nazioni. Parallelamente, c'è una mancanza di regolamenti e di norme che possano vincolare l'azione di queste nuove forze, mentre la ricchezza del pianeta si accumula sempre più nelle mani dei pochi.

L'epidemia Aids è una malattia che si è diffusa in questo scenario internazionale. Nel corso della sua diffusione a livello globale, l'infezione da Hiv si è espansa con estrema rapidità nei paesi in via di sviluppo ed ha determinato conseguenze devastanti sia in termini di mortalità che di morbidità. Ad oggi milioni di persone nell'Africa subsahariana sono morte di Aids, con risvolti laceranti anche dal punto di vista sociale ed economico.

All'inizio del ventunesimo secolo l'Aids rappresenta la quarta causa di morte globalmente e la prima in Africa. Viene stimato che nel 2010 molti paesi dell'Africa subsahariana vedranno la propria attesa di vita alla nascita ridotta a circa 30 anni.

¹ UNAIDS *Report on the global AIDS epidemic 2004, Executive Summary* www.unaids.org/wad2004/report.html

Eppure, questa epidemia era sorta negli anni ottanta come malattia del mondo occidentale. Durante gli anni novanta, quando le industrie farmaceutiche trovarono medicinali che potessero mantenere in vita più al lungo e con minor dolore i già malati, quest'epidemia inizia a diminuire in maniera rilevante nei paesi del nord del mondo. Contemporaneamente, l'Aids esplode in molti dei paesi africani, come anche in Asia e in Russia. Inizialmente, all'Aids si risponde dando grande rilievo ai comportamenti individuali e al cambiare questi per diminuire le nuove infezioni. Ma con la rapida diffusione dell'infezione in regioni come quelle del continente africano, diviene evidente che il contesto sociale, economico e culturale in cui gli individui agiscono può divenire un fattore molto più determinante che il comportamento del singolo.

Nei paesi in via di sviluppo vivono oltre il 95% del totale dei malati di Hiv/Aids. Globalmente, sembra affermarsi una correlazione positiva fra alti tassi d'infezione da Hiv e la povertà. Il rapporto fra povertà e Aids può non essere direttamente causale, ma molti studi sono stati condotti per dimostrare la maggiore vulnerabilità degli individui all'Aids nei contesti di estrema povertà². Questo rapporto ci porta ad esaminare i vari corollari della povertà, che si estendono molto oltre la semplice povertà economica. La mancanza d'istruzione, di accesso alle strutture sanitarie e di possibilità di scelta, sono tutte conseguenze dell'indigenza che divengono particolarmente rilevanti nella diffusione dell'epidemia Aids.

La correlazione che si delinea fra la diffusione della povertà e quella dell'epidemia Aids, ci rimanda a questioni politiche, alle cause che stanno alla base della povertà e della crescente indigenza in cui versano molti paesi. Nonché, ci fornisce una chiave di lettura fondamentale per analizzare la forma che la diffusione dell'Hiv/Aids ha preso nel mondo e, soprattutto, comprendere le strutture e le azioni che la possano affrontare in maniera efficiente.

Osservando il caso dell'Uganda, in Africa, ci si presenta uno scenario atipico. L'infezione di Hiv fra gli ugandesi è in costante diminuzione dai primi anni novanta. I tassi di Hiv/Aids in questo paese sono scesi da circa il 30% a cavallo fra gli anni ottanta e novanta, fino ad un tasso medio di circa il 6 % attuale. In Uganda, dal 1986, è al governo il *National Resistance Movement*, NRM, di Y.K. Museveni, la cui presa del potera ha coinciso con l'emergere dell'Aids nel paese. L'Uganda ha usufruito di oltre 20 Programmi di Aggiustamento Strutturale ed è stato fra i pochi paesi africani a

registrare alti tassi di crescita economica durante tutta la decade degli anni novanta. Pur essendo una nazione molto povera, l'Uganda è riuscita ad affrontare l'epidemia ed ha raggiunto risultati rilevanti. In questo caso, la politica intrapresa da questo governo sembra essere riuscita a creare un ambiente che, nonostante la carenza generale del contesto, ha favorito la diminuzione dei tassi d'infezione. L'azione intrapresa dal governo ugandese rimanda ai corollari della povertà e come questi possano essere affrontati con un deciso e continuato impegno politico verso il generale sviluppo del paese e della sua popolazione. Queste azioni sono fondamentali per affrontare efficientemente anche l'epidemia Aids, soprattutto in scenari caratterizzati da estrema povertà, dove le possibilità di risposta alla malattia sono limitate.

² L. Fenton *Preventing HIV/AIDS through poverty reduction: the only sustainable solution?* in "The Lancet" Vol.364:1186-87, settembre 2004 www.thelancet.com

PRIMA PARTE: STORIA E SVILUPPO DELL'HIV/AIDS

Ogni individuo porta addosso i segni dell'ambiente in cui vive e cresce. Questo ambiente è plasmato e modificato dalla politica. Vi è inevitabilmente un rapporto causale tra la salute delle persone e la politica di coloro che in tale ambiente detengono il potere, ovviamente non l'unica determinante sulla salute delle persone ma una fra le più importanti.

1. Individuazione della nuova epidemia

Quasi sconosciuta una ventina d'anni fa, l'Aids è divenuta ormai, all'inizio di questo nuovo secolo, una delle malattie più note e discusse del pianeta. I primi casi diagnosticati come Aids furono negli anni ottanta dello scorso secolo. L'Aids fu per prima definita nel 1981, quando si notò che vi erano una quantità cospicua di giovani adulti – prevalentemente uomini residenti nelle zone urbane degli Stati Uniti d'America, molti appartenenti alla comunità omosessuale – che si ammalavano di infezioni opportunistiche precedentemente sconosciute tra queste generazioni. Ciò che sembrò inizialmente una malattia esclusiva di alcuni ambienti, quello omosessuale, e di alcune zone geografiche si trasformò velocemente in un problema globale. Infezioni simili furono presto individuate in Africa, nei Caraibi ed in Europa. L'Aids si rivelò da subito come una malattia infettiva ed epidemica ma soprattutto mortale: la maggior parte di questi giovani adulti morì.

Vennero avanzate, dagli ambienti scientifici internazionali, varie teorie contrastanti sull'origine e le cause dell'Aids. L'esistenza di un agente patogeno virale che nasce nel sangue fu tra le prime ipotesi, rinforzata quando, nel 1983, il professore Luc Montagnier ed altri, scoprirono un agente patogeno nuovo: un retrovirus che attacca i linfociti Cd4, cellule fondamentali per guidare la risposta immunitaria che protegge gli umani da una ampia gamma di patogeni virali, microbatterici e fungosi.¹ Venne così individuata una nuova malattia: L'Aids, Aquired Immuno Deficiency Syndrome.

1.1. Cosa è l'AIDS?

A tutt'oggi secondo l'interpretazione più accreditata, l'Aids è una malattia infettiva provocata dal virus Hiv.² Essa distrugge progressivamente, rendendole inattive, le cellule del sistema immunitario, lasciando l'organismo vulnerabile di fronte a malattie opportunistiche. Quando il numero di queste cellule scende al di sotto di una certa soglia (200 Cd4 per microlitro) negli Stati Uniti si fa già diagnosi di Aids. In Europa tale diagnosi si basa sulla presenza delle condizioni cliniche che manifestano l'impossibilità del sistema immunitario di difendersi. Il contagio del virus Hiv determina nel soggetto una condizione di sieropositività, si dice che l'organismo è "Hiv positivo". Fatta la sua entrata nell'organismo, l'Hiv penetra nella cellule del sistema immunitario e inizia a moltiplicarsi rapidamente, ma non si manifestano ancora disfunzioni organiche o reazioni immunitarie. 'E il periodo di "*latenza*" che intercorre fra infezione e possibilità di identificare gli anticorpi che dura dalle sei alle otto settimane, a volte raggiungendo anche i sei mesi. Il periodo di *incubazione* invece, può arrivare fino ai 10 anni. 'E il periodo che intercorre fra l'infezione e la manifestazione dei primi sintomi di malattia. A seguito si manifesta, anche se non sempre, la *sindrome da infezione primaria*, difficile da riconoscere perché si presenta con i caratteri dell'influenza, dura solo alcune settimane e segna il passaggio ad una nuova fase della malattia, quella *dell'infezione cronica*. Questa fase non ha manifestazioni evidenti ma può essere diagnosticata mediante specifiche analisi: il sistema immunitario ha iniziato a reagire alla presenza dell'intruso producendo gli anticorpi specifici contro il virus. La presenza di questi anticorpi è il segnale dell'avvenuta infezione: il soggetto è sieropositivo.

Il metodo più semplice e rapido per mettere in evidenza l'eventuale presenza di anticorpi Hiv-specifici nel sangue di un soggetto è il test chiamato *Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay* (ELISA). Riesce a mostrare, colorandole, le molecole che si legano in modo specifico ad alcune proteine dell'Hiv. In alcuni casi però questa ricerca può dare risultati inesatti, i cosiddetti falsi positivi. Per questo si utilizza come conferma un altro test, il *Western Blot*, che permette di precisare contro quali proteine virali sono diretti gli anticorpi rintracciati nel sangue.³

Non è il virus stesso che determina la morte e il progressivo decadimento fisico, questi sono causati da una ampia gamma di malattie opportunistiche, che aggrediscono il sistema immunitario lasciato quasi completamente vulnerabile dal

virus Hiv. La sindrome Aids comprende, appunto, una gamma di malattie opportunistiche le quali, solamente quando si riscontra nel soggetto una condizione di sieropositività, vengono definite come Aids. Quando l'organismo non risulta Hiv positivo, allora tali malattie mantengono il loro nome originario. L'insieme delle malattie legate all'Aids cambia abbastanza radicalmente a seconda delle zone geografiche, in particolare fra l'Africa e l'area euro-americana.⁴

1.2. Come si trasmette?

Vi è un acceso dibattito sulle modalità di trasmissione con le quali, apparentemente solo negli ultimi decenni, il virus si è manifestato negli umani.⁵ 'E comunque generalmente accettato che l'Hiv si trasmette con le secrezioni sessuali (sperma, secrezioni vaginali), con il sangue e da una madre al feto o al neonato attraverso l'allattamento. Non si trasmette nell'aria, né con un semplice contatto. Perché l'infezione si stabilisca è necessario che l'organismo entri in contatto con una dose sufficiente di virus. Dosi che comunemente sono contenute nel sangue e nelle secrezioni sessuali. I dati epidemiologici e le esperienze di laboratorio hanno confermato che l'Hiv è un virus relativamente poco contagioso e dalle modalità di trasmissione piuttosto limitate:

- Nello sperma e nelle secrezioni vaginali delle persone infettate il virus è presente in quantità abbondanti all'interno delle cellule infette, che sembrano essere i principali responsabili della modalità di contagio per via sessuale. Perché il contagio avvenga, il virus deve entrare in contatto con il sangue. La presenza di lesioni, eczemi o eventuali ferite aprono la porta al virus. Più vulnerabili sono le mucose: il contagio può avvenire attraverso la vagina, il collo dell'utero, l'ano, il retto. Particolarmente a rischio i soggetti con infezioni genitali o che intraprendano qualunque pratica sessuale che renda più fragili le mucose.
- Il contagio attraverso lo scambio di sangue contaminato costituisce l'altra importante modalità di trasmissione, specialmente in seguito allo scambio di aghi o siringhe infette. Il rischio di contrarre l'infezione da trasfusioni di sangue è praticamente annullato in Europa e Usa dall'introduzione nel 1988 del test di routine per rilevare la presenza del virus, reso obbligatorio su tutte le unità di sangue ed emoderivati. Il rischio attraverso questa pratica è crollato, anche se non

completamente. Altro discorso è per i paesi poveri, carenti di strutture sanitarie e di mezzi per il monitoraggio del sangue.

▪ La madre sieropositiva può trasmettere l'Hiv al figlio durante la gestazione, al momento del parto o nel corso dell'allattamento. Donne che non ricevono alcuna cura antiretrovirale, che eseguono un parto naturale e che allattano al seno, hanno una probabilità compresa tra il 15 e il 25 per cento di dare alla luce un/a figlio/a sieropositivo/a. Attraverso l'uso di farmaci, al ricorso al parto cesareo e all'allattamento artificiale, nei paesi occidentali (solo in questi) tale probabilità è ormai ridotta al 2 per cento.⁶

2. Distribuzione geografica dell'epidemia

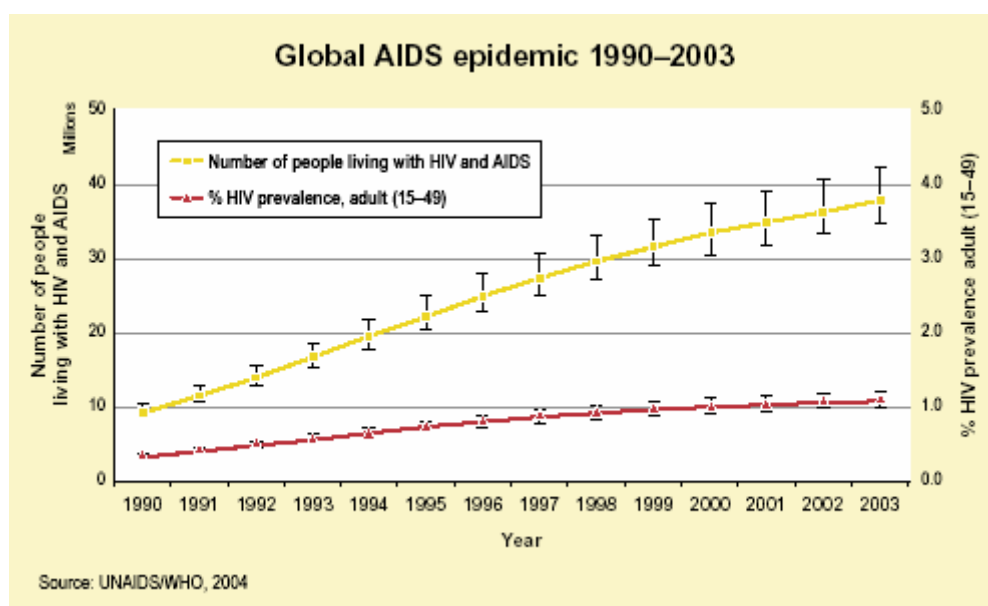
Dal momento in cui l'Hiv/Aids è stata riconosciuta ed individuata come epidemia ad oggi sono passati circa vent'anni. In questi venti anni l'epidemia ha assunto un volto globale e lentamente si è trasformata prendendo forme differenti nei vari continenti dove si è diffusa (vedi appendice 1). L'Aids ha oggi un peso incredibile sullo sviluppo delle società e degli stati, particolarmente laddove mancava, già da prima del rivelarsi dell'epidemia, una solida base istituzionale per la salvaguardia dei più deboli.

2.1. La situazione attuale 2003/2004

Nel 2003, si stima che 4,8 milioni di persone (range: 4,2-6,3 milioni) si siano infettate con l'Hiv/Aids. Questa è la quota di nuove infezioni più elevata di qualsiasi degli anni passati. Attualmente si stima che le persone che vivono con l'Hiv/Aids al mondo siano circa ai 37,8 milioni (range: 34,6-42,3), mentre si stima che le persone morte di Hiv/Aids nel 2003 siano state 2,9 milioni (range: 2,6-3,3), e più di 20 milioni dal primo caso identificato come Aids nel 1981⁷, vedi appendice 2 e figura1.

A livello globale, la risposta all'Aids sembra assumere una nuova fisionomia, o meglio dopo oltre 20 anni di visibilità, la malattia assume una sua propria fisionomia. L'effetto positivo nella riduzione della mortalità e della diffusione dell'Hiv grazie all'accesso ai farmaci nei paesi del Nord, più ricchi, è palese e si riscontra nei dati ufficiali nazionali e in quelli dell'UNAIDS e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS, riguardanti i paesi ad alto reddito.

Fig.1



Da quando l'Aids è apparsa per la prima volta sui giornali scientifici essa ha permeato ogni parte e terminale della società, così come è arrivata a diffondersi in ogni paese del mondo. La sua così ampia espansione ha suscitato una forte reazione ed organizzazione per contrastarla. La lotta all'Aids oggi riunisce forze su vari livelli, dalle organizzazioni internazionali, le ONG, le piccole associazioni internazionali e locali e i governi nazionali, la lotta per frenare la sua diffusione è ora sempre più legata al diritto di accedere ai medicinali fondamentali, gli ARV. L'OMS dichiara che “il fallimento nella distribuzione dei farmaci ARV ai milioni di persone che li necessitano è una emergenza globale”, per affrontare tale emergenza la OMS lancia l'obiettivo “3 by 5”, cioè, 3 milioni di persone trattate con gli ARV entro il 2005.⁸

Esce il nuovo rapporto della Organizzazione Mondiale della Sanità 2004, il quale è intitolato “Changing History”, ed è interamente dedicato alla questione dell'Aids e all'iniziativa lanciata assieme all'Unaid per trattare 3 milioni di persone con la terapia ARV entro il 2005.⁹ Il rapporto sottolinea l'importanza di un'azione coordinata e globale alla malattia, di un impegno politico, sia locale che globale. Riconosce che “anche se è sembrata un nemico familiare per gli ultimi 20 anni, l'Hiv/Aids solo ora inizia a mostrarsi per quello che è realmente: una singolare minaccia alla società umana, il cui impatto sarà avvertito nelle generazioni che verranno”¹⁰

2.2. Quale il volto globale di questa epidemia?¹¹

Attualmente, si stima che tra i 34-46 milioni di persone globalmente vivono con l'Hiv/Aids.

Il virus è la prima causa di morte a livello mondiale tra gli adulti di età tra i 15-59 anni. Sono morti oltre 20 milioni di persone di Aids, incluso 3 milioni solo nel 2003.

Quattro milioni di bambini sono stati infettati da quando il virus si è manifestato. Dei 5 milioni che nel corso del 2003 si sono infettati con il virus, 700 000 erano bambini, quasi tutti infettati attraverso la trasmissione verticale durante la gravidanza o il parto.

Globalmente la causa principale di infezione è durante il rapporto sessuale non protetto tra donne e uomini. L'intervallo di tempo medio, in assenza di cura, tra il momento del contagio e il passaggio alla fase avanzata e terminale della malattia è di 9-11 anni.¹²

2.2.1 Africa

Ad oggi, in Africa vivono 2/3 delle persone che globalmente sono affette da Hiv/Aids, anche se la popolazione totale dell'Africa è solo l'11 per cento della popolazione mondiale.

Circa un africano adulto su 12 vive con l'Hiv/Aids. Fino a 9 su 10 persone Hiv positive nell'Africa sub-Sahariana non sono consapevoli di essere infettati.

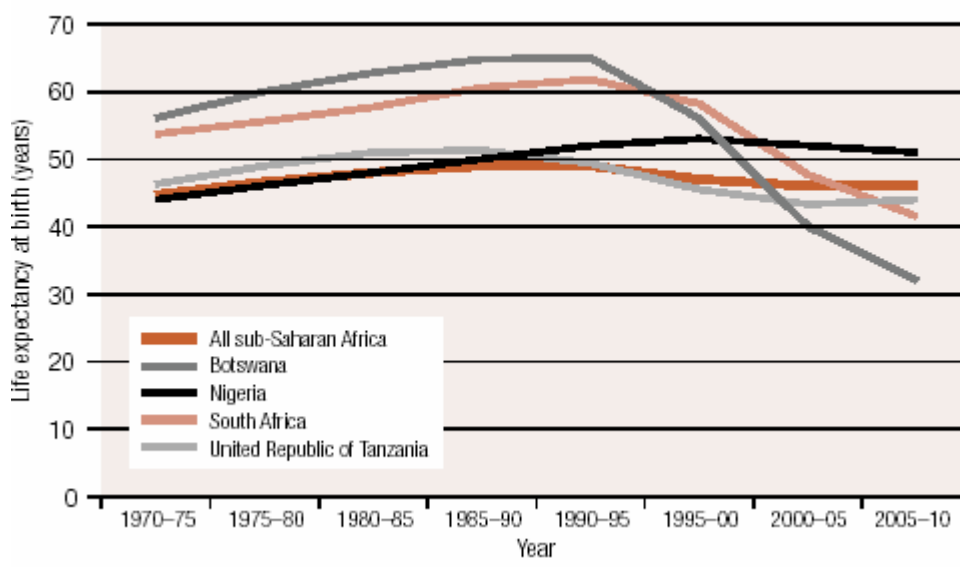
La diffusione dell'Hiv/Aids ha invertito i miglioramenti ottenuti sulla aspettativa di vita nell'Africa sub-Sahariana durante la fine degli anni ottanta, la quale raggiunse l'apice toccando i 49 anni ma si prevede che cada fino ai 46 anni entro il 2005. In molte nazioni dell'area sub-Sahariana, gli alti tassi di mortalità tra i giovani adulti si traducono in una riduzione degli adulti in età lavorativa sui quali i bambini e gli anziani possano contare, vedi figura 2.

2.2.2 Le regioni

Nel 2003, fu stimato che 840 000 persone in Cina e 3.8-4.6 milioni in India erano infettati con Hiv/Aids. Il corso della malattia nelle due nazioni più popolate al mondo – China e India – influenzerà in modo decisivo la pandemia globale¹³.

Fig.2

Figure 1.3 Trends in life expectancy in sub-Saharan Africa and selected countries, 1970–2010



Fonte: the World Health Report 2004¹⁴

Nei paesi dell'Europa orientale e dell'Asia si prevedono aumenti delle infezioni, causate prevalentemente dall'iniezione di droghe e dallo scambio di aghi, in modo minore dai rapporti sessuali non protetti.

Nella Federazione Russa l'80 % delle persone infettate hanno meno di 30 anni. In Europa occidentale, il numero stimato di nuove infezioni è ampiamente superiore al numero di morti di Aids, fondamentalmente grazie ai successi ottenuti dalla terapia ARV nella diminuzione dei tassi di mortalità.

Nella regione medio orientale dell'OMS è stimato che vi siano 750 000 persone che vivono con l'Hiv/Aids. Il rapporto sessuale rimane il modo predominante di trasmissione, anche se la trasmissione tramite scambi di aghi infetti cresce in maniera rilevante.

Nelle Americhe, i Caraibi hanno il tasso di prevalenza più alto al mondo dopo quello dell'Africa sub-Sahariana: il tasso complessivo di prevalenza tra gli adulti è di 2-3 %.

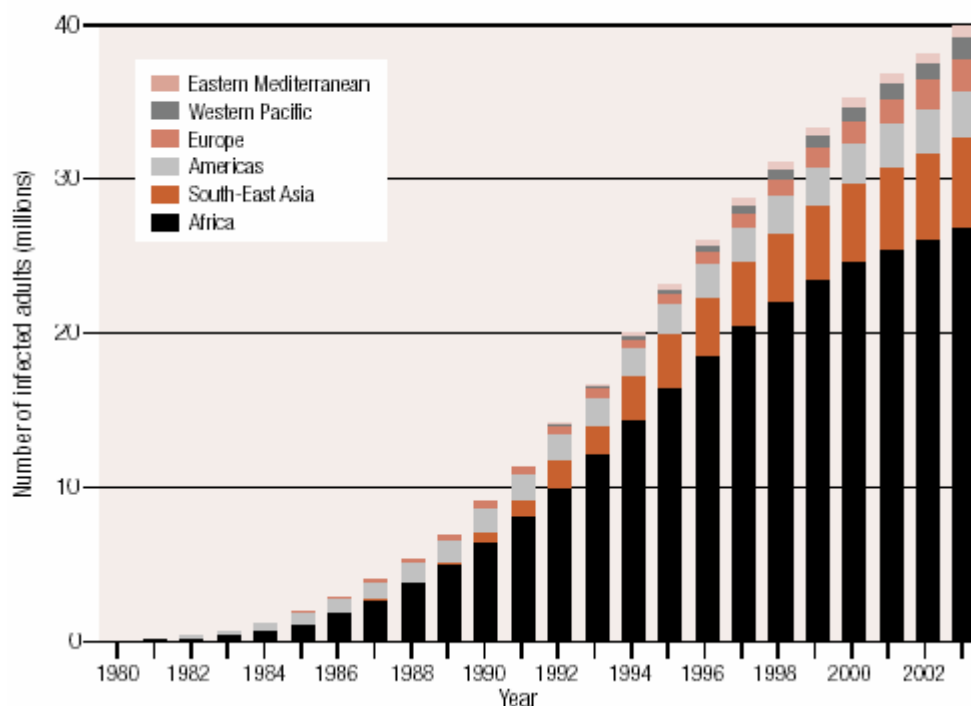
In America Latina si stima che 1.6 milioni di persone siano infette. Grande parte dei paesi di questa regione presentano zone ad alta concentrazione epidemica, con l'uso di droghe per iniezione e sesso tra uomini come canali di diffusione principali.

Nel centro America i tassi di prevalenza sono in costante crescita e la maggior parte di queste nazione si trova a fronteggiare una epidemia generalizzata.

Negli Stati Uniti d'America si verificano dalle 30 000 alle 40 000 nuove infezioni all'anno, gli Afro-americani e gli Ispanici sono le popolazioni più colpite.

Fig.3

Figure 1.1 Estimated number of adults infected with HIV, by WHO region, 1980–2003



Fonte: the World Health Report 2004¹⁵

2.2.3 Donne e bambini

Quasi 58 % degli africani che vivono con l'Hiv/Aids sono donne. Le donne vengono infettate ad una età inferiore rispetto a quella degli uomini, generalmente dai 6-8 anni. Le giovani donne sono spesso forzate ad avere rapporti sessuali e solitamente sono incapaci, trovandosi in rapporti di potere asimmetrici dove loro sono la controparte più vulnerabile, a negoziare per avere rapporti sessuali protetti. La maggiore perdita di vite tra le donne, risultante da questa situazione, creerà uno squilibrio preoccupante nella struttura naturale della popolazione, i cui reali impatti sulla società rimangono incerti.

Ogni anno si stima che 2.2 milioni di donne Hiv positive partoriscono. 4 milioni di bambini sono stati infettati con l'Hiv nell'ultimo ventennio. In quasi tutti questi casi, il virus è trasmesso da madre a figlio/a durante la gravidanza, al momento del parto o durante l'allattamento. Si stima che l'Hiv/Aids abbia reso più di 14 milioni di bambini

orfani nel mondo, la maggior parte in Africa. 'E atteso che il numero cresca fino ai 25 milioni per il 2010. Per questa data quasi il 25 % dei bambini in alcuni paesi dell'Africa sub-Sahariana saranno orfani.

Il trattamento profilattico con gli Anti-Retro-Virali, ARV, in combinazione con altri interventi ha quasi completamente eliminato l'infezione verticale da madre a figlio nei paesi industrializzati. Il rischio di trasmettere l'Hiv ai neonati nei paesi più poveri dove l'allattamento è norma potrebbe essere ridotto di più del 50 per cento nelle madri che ricevessero una piccola dose di terapia ARV.

2.2.4 Terapia anti retro virale (ARV)

I dati fin qui riportati dimostrano l'effetto devastante che ha il virus dell'Hiv sulla salute delle persone. Gli effetti di questa malattia non toccano tuttavia in uguale maniera i paesi, anzi sono spesso concentrati negli stessi paesi dove la terapia o la possibilità di cura è carente, se non inaccessibile.

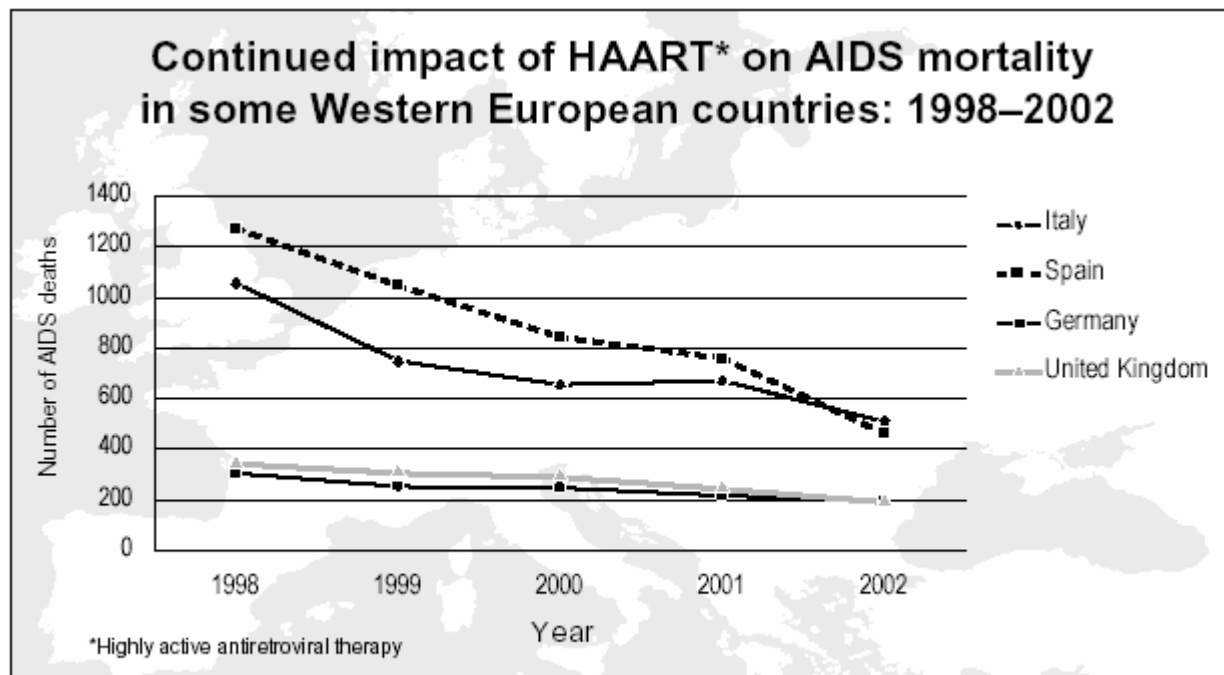
Complessivamente, l'accesso alla terapia è basso. Ad oggi, quasi 6 milioni di persone nei paesi più poveri necessitano di terapie ARV, ma solo 400 000 di essi le ha ricevute. Più del 90 % delle persone in bisogno di terapia ARV si trovano in solo 34 dei paesi ad alto tasso di infezione. Metà del bisogno aggregato di trattamento è localizzato in solo sette nazioni: Sud Africa (15.8%), India (10.4%), Kenya (6.4%), Zimbabwe (6.2%), Nigeria (6.1%), Etiopia (5.0%) e la Repubblica Unita della Tanzania (4.1%).

I tassi di mortalità da Aids in Europa e Nord America sono caduti del 80 % nei quattro anni successivi all'introduzione della terapia ARV. Vedi figura 4.

I tassi di infezione da Hiv rimangono alti in Europa e soprattutto in Nord America tra le persone più emarginate della società, tra cui gli immigrati e i rifugiati.

Negli Stati Uniti quasi la metà dei nuovi infetti nel 2003 sono stati Afro-Americani, i quali costituiscono solo il 12 % della popolazione totale del paese. Le donne Afro-Americane rappresentano una porzione in crescita delle nuove infezioni da Hiv: l'Aids è divenuta la causa principale di morte per le donne Afro-Americani tra i 25-34 anni. In Brasile, grazie al programma governativo per rendere il trattamento ARV universalmente accessibile, il tempo medio di sopravvivenza dei malati di Aids che cercano aiuto dalle cliniche governative è cresciuto da meno di 6 mesi a 5 anni (vedi appendice 2).

Fig.4



Source: HIV/AIDS surveillance in Europe (2002). End-of-year report. Data compiled by the European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS.

2.3. Dai dati grezzi verso una analisi articolata

I dati fin qui riportati in questo capitolo, sulle tracce dell'Hiv/Aids, della sua diffusione e del suo impatto sulla vita delle nostre società, hanno il compito di dare una fisionomia propria a questa malattia. Prima di introdurre ulteriori informazioni sulle origini dell'Aids e sulle risposte istituzionali che ha suscitato, è necessario estrapolare da questi dati nozioni fondamentali per le successive analisi.

Vi sono alcune considerazioni fondamentali che risultano evidenti dalla struttura composta dai dati fin qui esposti, la cui sottolineatura è fondamentale per costruire una analisi profonda e ben motivata:

1. Nel 1996 viene introdotto il HAART (Highly Active Anti-Retroviral Therapy), terapia ARV. Questa data segna una svolta nella lotta dei malati per una vita più degna senza dolore e più lunga. Un anno di speranze ma anche un momento decisivo per la messa in evidenza delle profonde ingiustizie sociali e di asimmetrica redistribuzione del nostro sistema-mondo¹⁶: i dati dimostrano che da questo momento l'Aids, che è una minaccia per tutto il mondo, assume una fisionomia diversa nei vari paesi. 'E la distribuzione asimmetrica della malattia nel mondo che richiama in primo piano l'etica e la politica, evidenziando problemi economici e strutturali. Si apre uno

squarcio tra i paesi che possono “permettersi” di curare i propri malati e i paesi che non possono fare altro che lasciarli morire.

2. La terapia ARV, associata ad altre cure funziona nel permettere una vita più lunga e con meno dolore alle persone malate di Aids. La terapia costa e necessita di strutture sanitarie adeguate per poterla distribuire e coordinare la sua assunzione. I malati necessitano di cure costanti e vicine al luogo dove vivono. Il traguardo raggiunto di una parziale cura all'Aids porta però, anche ad imbattersi in vari problemi di distribuzione ed accesso ai medicinali che si concentrano nei paesi più poveri e più colpiti: a) le leggi sui brevetti farmacologici; questione che rimanda l'attenzione alla attuale situazione economica internazionale e alle leggi della Omc; b) mancanza di adeguate strutture sanitarie; c) mancanza di fondi disponibili ai governi da investire nel settore sanitario d) povertà individuale; e) presenza di conflitti; f) difficoltà di accesso alle strutture sanitarie; g) limitazioni culturali (asimmetrie di potere tra uomo e donna).

3. L'Aids fa la sua prima apparizione nella storia come malattia del mondo omosessuale nord americano e dell'occidente, col tempo diviene causa principale di morte nei paesi del Sud del mondo; in un tempo storico contrassegnato dalla globalizzazione, fenomeno che stringa assieme le sorti di tutti i popoli e le nazioni, anche la malattia Aids sembra adattarsi, divenendo una questione globale, così facendo fa emergere le contraddizioni che celano all'interno di un sistema sempre più complesso e compatto ma con delle asimmetrie strutturali.

4. I dati sostengono che ad oggi l'Aids sembra colpire prevalentemente, anche se non in maniera esclusiva, le fasce più vulnerabili¹⁷ delle società industrializzate, e i paesi più vulnerabili del mondo. L'Aids costituisce oggi una minaccia in prevalenza per le donne, i bambini, i gruppi culturali minoritari delle società industrializzate, i giovani adulti, gli emarginati e disadattati delle società.

5. Le statistiche suggeriscono inoltre, che l'Aids è una malattia soprattutto dei giovani. Di quella che si può definire la “fascia produttiva della società”. In un momento storico improntato sulla produttività economica emerge una malattia che divora le braccia della stessa produzione: i giovani adulti, i lavoratori, le donne in età fertile. Le ingenti morti in queste fasce di popolazione creano degli squilibri enormi alla struttura sociale: in molti paesi rimangono sempre più vecchi e bambini senza familiari giovani per prendersene cura. La malattia colpisce con più forza proprio laddove mancano le strutture e i mezzi per combatterla o fargli fronte, colpisce con

più voracità dove le braccia per la produzione sono indispensabile all'esistenza del nucleo familiare, in paesi dove la struttura pubblica è carente e incapace di colmare anche solo un poco del vuoto lasciato, dove la società è debole e già provata dalla povertà generale e talvolta dai conflitti. La malattia è più diffusa dove la povertà di mezzi ed opportunità rende le persone già vulnerabili e con scarsa possibilità di scelta sulla propria vita. Questa situazione riflette il forte legame che intercorre tra l'Aids e i diritti umani, inoltre dimostrando quanto questa malattia sia una vera minaccia alla struttura sociale e allo sviluppo economico dei paesi.

6. Ultima, ma non secondaria, riflessione che è necessario fare a questo punto della analisi. La politica, in quanto forza che organizza e definisce le collettività umane e le comunità nazionali a livello globale, ha un ruolo fondamentale in questa malattia.

Il problema non è solo di emergenza sanitaria, è un problema strutturale degli stati e della società, il quale è reso evidente dalla asimmetrica diffusione della malattia a livello globale e all'interno dei singoli stati.

I dati dimostrano che vi è coincidenza tra la maggiore diffusione della malattia e una maggiore povertà della persone, così come diffusione dell'Aids e povertà dello stato nel suo complesso. Da intendere che per povertà si implica povertà non solo quella economica ma di possibilità: di una vita lunga, di potersi curare, di una adeguata istruzione, di una vita attiva nella società, di un poco di benessere materiale. Qui inizia a delinearsi un legame importante tra la diffusione di questa malattia e la politica.

3. Teorie sulla evoluzione dell'Hiv/Aids, lo scontro tra ambienti accademici

Fin dall'inizio dell'epidemia, il dibattito sulle origini dell'Aids ha suscitato grande clamore e prodotto controversie. Non ultimo il fatto che nel tentativo di identificare il luogo in cui l'Aids ha avuto origine, si è corso il rischio di strumentalizzare il dibattito per attribuire la colpa della malattia a particolari gruppi di individui o a determinati stili di vita.

Il dibattito sulla relazione di causa ed effetto tra il virus Hiv e la malattia Aids è stato, e in misura minore rimane, particolarmente vivace. La teoria più accreditata (e sostenuta anche in questa ricerca) è che il virus Hiv causi l'Aids, cioè che l'Aids sia una malattia causata da un virus infettivo che diminuisce la capacità dell'organismo di

difendersi dalle malattie opportunistiche presenti nel luogo in cui vive, la cui diffusione e modalità di contagio sono state descritte nei precedenti paragrafi.

Innumerevoli sono gli studi fatti in ambito accademico per rintracciare l'origine di questa malattia, la quale si è dimostrata talmente versatile da rendere ogni netta classificazione impossibile. Varie sono le tesi alternative avanzate sull'origine e diffusione dell'Aids, di seguito sono riportate le più conosciute e dibattute:

3.1. "The drug hypothesis": "L'Hiv non causa l'Aids"

Verso la fine degli anni ottanta ed i primi anni novanta, cresce il fermento critico attorno alla, così definita, "Aids virus hypothesis" cioè l'ipotesi che sostiene che l'Aids sia la conseguenza del virus Hiv. A questa ipotesi si contrappone quella formulata dal medico epidemiologo, già premio Nobel, Peter H. Duesberg, capofila degli "eretici" dell'Aids: "The drug hypothesis". L'ipotesi di Duesberg afferma che l'Aids è una malattia che può essere prevenuta e curata, ma la parte più sconcertante di questa ipotesi è che l'Aids non si riscontrerebbe affatto nei milioni di persone Hiv-positive nel mondo che non utilizzano droghe e medicinali, in quanto l'Aids è curabile attraverso la cessazione dell'utilizzo dei ARV o di droghe ricreative (come il popper, spesso utilizzato per migliorare l'attività sessuale). Detto in alto modo, l'Hiv sarebbe una condizione naturale di alcuni individui che però non porta necessariamente né all'Aids né alla morte. Mentre il progressivo indebolimento del sistema immunitario dipenderebbe invece dall'adozione di particolari stili di vita, primo tra tutti l'abuso di sostanze stupefacenti¹⁸.

L'Aids negli Usa e nei ricchi paesi occidentali sarebbe causata dalla assunzione protratta al lungo di droghe ricreative, ed i loro derivati, che abbasserebbero le difese immunitarie, le quali crollerebbero definitivamente con i trattamenti anti-retrovirali. Mentre l'Aids africana sarebbe un nuovo nome dato a vecchie malattie causate da malnutrizione, infezioni parassitarie e povere misure igieniche.

Da un punto di vista prettamente tecnico, la tesi di Duesberg poggia sui postulati di Koch, universalmente accreditati per dimostrare il legame tra un possibile agente patogeno e una malattia. In base a tali postulati, per dimostrare che un determinato microbo è la causa di una malattia infettiva lo si deve trovare in tutti i pazienti ammalati di quella malattia, deve poter essere isolato dal paziente e fatto crescere in cultura e, se trasferito su un ospite non infettato, deve riprodurre la stessa malattia.

Eppure oggi, a distanza di anni dalla formulazione di questa tesi, i progressi della scienza e i livelli di comprensione dell'infezione da Hiv sono tali che è sempre più evidente come in realtà tutti questi criteri siano soddisfatti.¹⁹

Le argomentazioni di Duesberg hanno catturato l'interesse del presidente del Sudafrica Thabo Mbeki, dandogli così le basi teoriche per richiedere, alla vigilia della Conferenza Internazionale sull'Aids di Durban, una soluzione "africana" al problema dell'Aids: non la distribuzione dei farmaci antiretrovirali "tossici" e costosi, che aumentano la dipendenza economica dell'Africa verso il ricco nord, ma una politica che affronti i reali problemi economici e sanitari del paese, dove la povertà mette in ginocchio l'intero apparato nazionale. Più che un discorso scientifico, Mbeki aveva delle motivazioni profondamente politiche nel lanciare questa rivendicazione all'occidente. Prendendo forza dalla teoria di Duesberg, per rivendicare una autonomia africana sulle questioni che colpiscono il continente. Ma, oltre l'iniziale e incontestabile, rivendicazione di autodeterminazione, questa scelta ha condannato milioni di sudafricani sieropositivi alla morte certa, convincendo nel tempo il presidente, non senza forti pressioni sociali, ad ammorbidire le proprie posizioni ed aprire le porte del suo stato ai medicinali tanto necessari.

3.2. Vaccini contro la poliomelite e le origini dell'Aids

Luis Pascal fu il primo che elaborò in modo organico la teoria secondo la quale l'Aids nasce da un grave errore commesso dal mondo scientifico occidentale.

Negli anni cinquanta del secolo scorso iniziarono le vaste campagne di vaccinazione contro la poliomelite. Il dott. H. Koprowski fu il creatore di un vaccino "vivo", somministrabile per via orale, prodotto utilizzando le cellule dei reni di una particolare specie di scimmia, le green monkies. Questi primi tentati vaccini suscitarono alcune perplessità e pochi furono quelli disposti a lasciarli sperimentare nel proprio paese. Così, su consiglio dell'ONU di svolgere le prime campagne nei paesi meno sviluppati, il Belgio diede la disponibilità dei propri territori nell'Africa centrale: Ruanda-Urundi e il Congo Belga. Nel 1957 iniziarono nell'est del Congo belga, seguito nel 1958 in Ruanda-Urundi e a Leopoldville, le prime campagne al mondo di vaccinazione di massa utilizzando il vaccino "vivo". Questi oggi sono gli stati indipendenti del Ruanda, Burundi e R.D. Congo, Leopoldville oggi si chiama Kinshasa. Già pochi mesi dopo l'inizio di queste campagne, il dott. A.Sabin trovò un

virus non identificato che contaminava e si riproduceva nel primo gruppo dei vaccini “vivi”²⁰. Successivamente questo tipo di vaccino fu messo da parte in favore di altri più efficaci e sicuri.

Pascal argomenta che fu proprio questo vaccino vivo creato dalle cellule delle scimmie a produrre l’Aids. Questi vaccini sarebbero la causa dell’emergere del virus Hiv-1 negli umani che sarebbe poi, tramite varie vie, arrivato a contagiare persone nel centro America, poi nel nord America, largamente tramite il boom del turismo sessuale in prevalenza omosessuale verso il centro America, e poi fino all’Europa²¹.

Attualmente vi sono due grandi sottospecie di Hiv riconosciute: Hiv-1, che è il ceppo maggiormente insinuato nel nord del mondo e che sembra meno aggressivo e più sotto controllo, è questo, Hiv-1, che si ipotizza sia nato dai vaccini di Koprowski, poi l’Hiv-2 che si è radicato in Africa e sembra il virus più forte e meno controllabile. L’Hiv-2 è un tipo completamente diverso di virus iniziato da un tipo differente di SIV (semian immunodeficiency virus) la sua origine è stata ricercata con meno dettaglio da Pascal, il quale argomenta che anche l’Hiv-2 probabilmente nasce da una contaminazione tramite vaccino, in modo analogo all’Hiv-1, questa volta in Africa orientale alla fine del 1960.

A sostegno di questa tesi vi sono vari fatti:

1. I focolai più intensi in Africa si trovano proprio in corrispondenza degli stati usati per le vaccinazioni negli anni cinquanta.
2. Il tempismo coincide perfettamente, ad oggi, il primo campione noto di sangue infetto da Hiv proviene proprio da Kinshasa e fu prelevato nel 1959, un anno esatto dopo la vaccinazione di massa.
3. Nel 1985 fu scoperto il “ semian immunodeficiency virus”, un Hiv delle scimmie, nella specie di scimmie usate per la cultura dei vaccini di Koprowski.
4. ‘E stato provato che un altro virus delle scimmie, SV-40, fu passato agli umani tramite i vaccini contro la polio. Fu inoltre verificato che i vaccini di Koprowsky erano infettati da un virus non identificato.
5. Perché un virus infetti un nuovo organismo è conveniente che il sistema immunitari di quest’ultimo sia particolarmente vulnerabile. Il vaccino di Koprowski fu somministrato a migliaia di bambini spesso con meno di un mese, cioè, prima che il loro sistema immunitario fosse ben sviluppato. Talvolta, la dose fu addirittura ripetuta per quindici volte, per assicurarsi che la immunizzazione fosse certa²².

Ad Oggi, Koprowsky e molti altri medici hanno pubblicamente criticato e smentito questa teoria con prove più o meno convincenti. Certo è che non si può dichiarare il dibattito chiuso e forse non sarà mai possibile affermare senza riserve la verità su queste ipotesi. Come afferma il titolo di uno degli articoli di Pascal, “What happens when science goes bad”, a una riflessione sicuramente ci deve portare, cioè all’etica e alla responsabilità che non può mancare nella guida dei lavori e della ricerca del mondo scientifico, nelle cui mani noi ci rimettiamo, talvolta ad occhi chiusi, per una qualche risposta o speranza.

Allo scopo di questa ricerca, le ipotesi riportate di sopra non svolgono un ruolo centrale, in quanto l’esistenza dell’Aids è un dato di fatto. Sicuramente aprono altre strade di ricerca che dovrebbero essere approfondite altrove. Ricerche la cui importanza è fondamentale, particolarmente nei confronti di quelle popolazioni il cui futuro, se tali ipotesi risultassero fondate, è stato messo in gioco per il benessere di tutti e particolarmente per lo sviluppo di una scienza che non gli appartiene. La strada qui intrapresa non si può preoccupare ulteriormente di queste problematiche. Comunque sia, le milioni di morti che causa l’Aids ogni anno sono davanti ai nostri occhi, e la loro diffusione e dispersione ci fornisce una mappa, una chiave di lettura del mondo come ci si presenta oggi. Qui si concentra il punto focale dell’interesse.

4. Evoluzione della risposta istituzionale all’epidemia

La questione dell’Hiv/Aids, negli ultimi vent’anni, ha trovato ampi spazi sulle prime pagine dei giornali in tutti i paesi. Le ricerche in materia e l’attenzione del mondo scientifico occidentale è stato talmente consistente da dare alla malattia una posizione dominante su tutte le altre questioni sanitarie. Le ricerche rivelano una diffusione allarmante della malattia, tale da mettere sull’allerta anche le principali istituzioni internazionali e nazionali, includendo la lotta all’Aids tra le *issues* prioritarie della politica globale.

All’inizio dello scorso decennio, comincia ad essere chiara la vera portata e minaccia di questa malattia, l’Hiv/Aids. I tassi d’infezione e mortalità sono in crescita vertiginosa, particolarmente nel sud del mondo, anche nel ricco nord la crescita della malattia sembra comunque sfuggire al controllo che si vorrebbe avere. L’Aids colpisce principalmente i giovani adulti, questo fatto rappresenta il cuore della sua

pericolosità, non solo per le persone più a rischio di contagio, ma per l'intera società. Tanti sono gli studi e le ricerche che iniziano ad avvertire del pericolo di collasso dei paesi più colpiti, la cui struttura sociale è minacciata nel suo centro nevralgico: i lavoratori, gli insegnanti, i giovani che sono la colonna portante delle società e il ponte fra le generazioni che si stanno formando e gli anziani. L'Aids non può non catturare l'attenzione delle maggiori istituzioni internazionali e della politica globale perché sta mettendo a repentaglio, rischiando di gettare ancora più nel caos, molti paesi, già fra i più poveri al mondo.

Prima di addentrarsi ulteriormente nel merito della questione è necessario definire meglio ciò che si intende per "risposta istituzionale". All'interno dell'analisi di ciò che è stato proposto, o fatto, per rispondere alla crescente sfida lanciata dalla diffusione dell'Hiv/Aids si vuole distinguere tra, da una parte, ciò che si chiamerà la "risposta istituzionale", e cioè, la risposta e azione elargita dalle organizzazioni internazionali quali le Nazioni Unite; dall'altra parte, la risposta "politica" o "governativa", cioè l'azione intrapresa dai singoli governi nazionali i quali sono già membri delle stesse organizzazioni internazionali.

4.1. Dal pregiudizio ad una risposta articolata

Inizialmente, negli anni ottanta, la prospettiva data all'Aids dal mondo scientifico occidentale è particolarmente influenzata dai pregiudizi che si legano ad essa. L'Aids è vista come una malattia associata alla promiscuità, all'eccentricità del mondo omosessuale e alle droghe, ad uno stile di vita deviato che emerge dai paesi industrializzati e che non si vuole accettare. Questo ha reso una adeguata ed immediata risposta difficile, rallentando anche una maggiore e reale comprensione della malattia e dei suoi effetti sulla società. La discriminazione subita dai malati di Aids ha, inoltre, creato un clima di vergogna ed emarginazione attorno ai malati che ha portato alla negazione di alcuni loro diritti umani. Negli Stati Uniti, e non solo, molti malati di Aids furono licenziati, subendo discriminazioni sul lavoro e fuori. Nel 1992 la VIII Conferenza Internazionale sull'Aids dovette essere spostata alla più tollerante Amsterdam visto il permanere delle norme restrittive sull'ingresso in territorio nordamericano di malati e sieropositivi.

Le risposte prevalenti in questi anni, e in parte ancora oggi, si concentrano sull'importanza del comportamento individuale. La strategia dominante per combattere la malattia dovrebbe passare solo, o soprattutto, attraverso l'informazione sui rischi e sulle modalità di contagio, il centro di ogni programma di lotta all'Aids dovrebbe essere l'individuo. La discriminazione che cinge l'Aids ha potenziato una visione riduttiva della malattia, relegandola alla mera sfera individuale, la quale vede solo nel cambiamento di stile di vita o addirittura di cultura la possibilità di porre un freno alla sua diffusione. Questo determinismo è molto pericoloso ed ha fornito, in parte, le basi per l'emarginazione politica e sociale dei malati di Aids, i quali sono già, in prevalenza, poveri perciò esclusi anche dal circuito del benessere.

Ancora oggi persiste molta discriminazione verso i malati di Aids, non solo in occidente ma, soprattutto, nei paesi del sud. 'E stata sicuramente la portata della diffusione di questa malattia nei paesi del sud ha dare uno strappo decisivo alla percezione della malattia, soprattutto dopo il 2000, quando la Conferenza Internazionale sull'Aids si svolge per la prima volta in Africa. La situazione allarmante che si consuma in questi paesi non può essere ignorata ulteriormente e trovare una adeguata risposta e comprensione alla epidemia diviene un imperativo, visto le violenti conseguenze sulla struttura sociale.

Importante per un cambiamento reale alla risposta istituzionale prescritta a questa malattia è stato il lavoro fatto dall'OMS e soprattutto dalle Nazioni Unite. Queste organizzazioni hanno il merito di avere aiutato a distogliere l'attenzione data in prevalenza alla natura comportamentale ed individuale dell'Aids. Vediamo alcuni passi importanti nello sviluppo del percorso concettuale e di strategia di azione da parte di alcune principali istituzioni internazionali:

1. Il rapporto annuale dello Undp (United Nations Development Programe), lo *Human Development Report*, del 1997 è interamente dedicato all'analisi della povertà nel mondo. I dati in questo rapporto sono raccolti utilizzando un indice, tra i tanti, molto importante, lo *Human Development Index* (HDI)²³. Lo HDI, introdotto per la prima volta con il rapporto dello UNDP del 1991, ha rappresentato una svolta importante nella concezione istituzionale della povertà, dando maggiore spazio ai determinanti sociali della povertà, tra questi la salute. In questo rapporto l'agenzia dell'ONU per lo sviluppo dedica un capitolo intero all'Aids, dove lega la diffusione della malattia alla diffusione della povertà, unendo l'Aids ai problemi di sviluppo economico dei paesi più arretrati²⁴.

Il lavoro del UNDP, con i suoi successivi rapporti sullo sviluppo, sottolinea con enfasi l'importanza di leggere la povertà attraverso i suoi aspetti pluridimensionali, oltre quello economico, e la centralità al riguardo delle possibilità individuali di scelta sulla propria vita. 'E' importante sottolineare come sia grazie a questa lettura più ampia della povertà che si rende visibile concettualmente la linea che lega in un rapporto causale molto stretto, la condizione di povertà e la salute, così, la povertà e la diffusione dell'Hiv/Aids²⁵.

2. All'inizio del 2000, l'OMS istituisce la *Commission Macroeconomics and Health*, Cmh, con il mandato di studiare il ruolo della salute nello sviluppo economico e di definire una strategia globale per il miglioramento della salute delle popolazioni dei paesi poveri²⁶. La commissione, presieduta dall'autorevole professor Jeffrey Sachs, l'allora direttore del *Center for International Development* dell'Università di Harvard, è composta da un gruppo di esperti del settore sanitario, di economia, finanza, commercio, sviluppo e politica. Dopo un lavoro di quasi due anni la Cmh pubblica il Rapporto *Macroeconomics and Health: Investing in Health for economic development*, MH. Nel Rapporto MH sono contenute le raccomandazioni per una nuova strategia d'investimento per il miglioramento della salute dei paesi poveri. Ciò che è importante sottolineare del lavoro di questa commissione è che arriva a legare, attraverso le sue meticolose ricerche, in modo indissolubile, l'estrema drammaticità dello stato di salute delle popolazioni dei paesi più poveri "alla inefficienza dei governi dei paesi poveri ma, soprattutto, alla mancanza di risorse finanziarie sia dei singoli individui sia dei governi, ovvero alla povertà"²⁷. Il legame esistente fra lo stato di salute della popolazione e lo sviluppo economico è ampiamente studiato. L'alta prevalenza di malattie come la malaria e l'Aids è associata a cospicue e persistenti riduzioni nella crescita economica. Inoltre, viene sottolineato come il peggioramento dello stato di salute è anche portatore di instabilità, la quale può riflettersi successivamente anche sui paesi ricchi; alcuni studi d'intelligence concludono, infatti, che un'alta mortalità infantile o in età giovanile è uno dei fattori predittivi del collasso degli Stati.

Lo studio rivela che lo stato di salute ha anche un impatto indiretto sul benessere economico degli individui. Infatti le famiglie con una aspettativa di vita maggiore, in genere, tendono ad avere bassi tassi di fertilità, ad investire una quota più alta del loro reddito nella salute e nell'istruzione dei loro figli²⁸. Un altro fatto importante sottolineato è l'impossibilità di usufruire, da parte delle popolazioni più povere, degli

interventi sanitari efficaci che sarebbero in grado di ridurre la mortalità per quasi tutte le malattie da cui sono colpiti. Questo rimanda alla necessità di investire nei sistemi sanitari per rinforzarli, oltre ad accrescere le risorse finanziarie disponibili. Le affermazioni conclusive, e tuttora sostenute, di questa commissione sono che “la salute è un diritto umano inalienabile, così come un input centrale per la riduzione della povertà e lo sviluppo socio-economico”²⁹.

3. Durante la 57esima sessione della Commissione sui Diritti Umani dell’ONU, tenuta nell’Aprile del 2001, viene approvata la Risoluzione 2001/33 sull’“accesso ai medicinali fondamentali in situazioni di pandemia, come Hiv/Aids”, essa sancisce l’accesso ai medicinali fondamentali, in tali situazioni, come un *diritto umano* inalienabile.

4. Nel giugno del 2001 si tiene una sessione speciale dell’Assemblea generale delle Nazioni Unite dedicato alla “crisi globale” provocata dall’Aids. Alla fine di questa sessione viene approvato dai rappresentanti di tutti i paesi un documento che testimonia la volontà della comunità internazionale di voler affrontare questa crisi. Dal documento emergono con forza tre punti fondamentali, tre pilastri su cui poggia l’intera strategia di contrasto all’epidemia di Hiv/Aids decisa in questa sede dall’Onu:

- I. *La prevenzione.* Peter Piot, direttore del programma anti-Aids dell’Onu, Unaid, riassume con un acronimo – ABC – i punti essenziali delle strategie di prevenzione: Abstinence, Be faithful, Condom (astinenza, fedeltà e preservativo).
- II. *La lotta alla povertà.* Emerge con chiarezza come non sia casuale il fatto che la maggior parte delle persone infette da Hiv si trovino nei paesi più poveri, la povertà è riconosciuta come vero determinante della diffusione senza controllo della malattia. Nel documento si indica, coerentemente con questa affermazione, la necessità di rafforzare i sistemi sanitari (par. 55) e di attuare strategie di eradicazione della povertà che garantiscano l’accesso ai servizi sociali di base (par.58).
- III. *L’emancipazione femminile.* Il documento delle Nazioni Unite sottolinea l’importanza del rispetto dei diritti umani e la mancanza di questo come ulteriore determinante nella diffusione dell’Aids, soffermandosi particolarmente sulle donne (par. 59, 60,61). L’epidemia Aids è vista come motivo del peggioramento dello stato di sottomissione delle donne nei paesi

più poveri e, contemporaneamente, come fattore decisivo che ha alimentato la diffusione della malattia³⁰.

Il documento, approvato da tutti i paesi, ribadisce l'importanza di una azione globale a questa malattia, riconoscendo che deve passare anche attraverso donazioni da parte dei paesi più ricchi.

5. il Millenium Summit delle Nazioni Unite, tenutosi nel 2000, i leaders mondiali, adottando i "Mellenium Development Goals"(MDG), sono convenuti nel mettere al centro dell'agenda globale lo sviluppo. Dagli MDG si evince che la povertà estrema e la fame sono in cima all'agenda di sviluppo, e che la lotta all'Hiv/Aids è tra le priorità della politica globale del nuovo millennio.

6. La Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale introducono, nel 1999, cambiamenti importanti nelle loro politiche dei prestiti e crediti finanziari rivolti ai paesi meno sviluppati. Vengono introdotti i Poverty Reduction Strategy Papers, PRSP, i quali vanno a sostituire gli Structural Adjustment Programs, SAP³¹. Il cambiamento più importante introdotto con i PRSP, che interessa la lotta all'Aids, è il fatto che la riduzione della povertà diventa l'obiettivo ultimo ed ufficiale dei progetti finanziati da FMI e BM. Inoltre viene sottolineato l'importanza della valorizzazione delle dinamiche già esistenti nei vari paesi e della partecipazione, da parte delle comunità locali, ai progetti stessi.

Tali affermazioni e cambiamenti nella dottrina di queste influenti istituzioni, che dominano la scena finanziaria ed economica dal secondo dopo guerra, sono importanti per comprendere l'importanza che viene assumendo la condizione di elevata povertà in cui riversa gran parte della popolazione mondiale, la quale, si trova anche ad essere la parte di popolazione più colpita dall'Aids. 'E importante sottolineare come anche queste istituzioni, cardini dell'attuale sistema economico-finanziario mondiale, note per la loro resistenza al cambiamento, si sono trovate a doversi avvicinare ad una realtà che ormai è innegabile, la incalzante povertà che cinge molti paesi del sud del mondo. Riconoscere che la povertà è in netta crescita a livello mondiale, porta a dover mettere in discussione, in parte, le politiche impartite ai paesi che tentano di entrare e crescere nel circuito economico. Pur con molte perplessità sulla coerenza che la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale terranno, concretamente, nei confronti di questi cambiamenti dichiarati, il passo che queste hanno compiuto almeno concettualmente è rilevante.

Con questi esempi si è voluto sintetizzare la risposta che le istituzioni hanno dato alla diffusione dell'Aids, e l'evoluzione che ha subito. Il cambiamento è stato da un atteggiamento che predilige la prevenzione, mettendo in primo piano l'individuo e l'aumento di una adeguata informazione, che dovrebbe modificare i comportamenti individuali, così evitando di incorrere nel rischio d'infezione, ad una strategia più ampia. La comunità e la società acquistano maggior peso, il contesto in cui si trova ad agire l'individuo assume una posizione prioritaria, soprattutto alla luce del fatto che molte persone non hanno il privilegio della scelta nelle loro vite quotidiane, sia per coercizione esterna o forze maggiori, sia per il fatto che l'ambiente in cui si trovano non fornisce alternative, in un tale contesto una strategia che si fondi meramente sull'individuo sarebbe fallimentare e semplicistica.

Si passa da un approccio comportamentale/individualistico all'Aids, ad uno strutturale, pluridimensionale o multi-settoriale, in quanto prende in considerazione più settori che toccano la vita di ogni individuo, dando rilievo al contesto in cui l'individuo vive, contesto che condiziona in modo rilevante le scelte dello stesso. Questa lettura più estesa dei determinanti dell'Aids rimanda a questioni più ampie. Diviene evidente che al centro della lotta all'Aids si colloca anche un problema di diritti umani e di giustizia sociale. La risposta istituzionale invoca una posizione prioritaria della lotta all'Aids nella politica globale, chiedendo una strategia globale e non solo settoriale per paese o addirittura solo per individuo.

4.2. Incoerenze pratiche

Se da una parte, come si è visto, vi è stata una ponderata risposta istituzionale all'Aids, la quale si è profondamente evoluta e confrontata con le varie dimensioni della malattia, così arrivando a trovare modalità concrete di lotta ad essa, d'altra parte la volontà politica dei singoli governi, già membri delle istituzioni internazionali, di seguire queste direttive è apparsa più lenta ed incoerente.

Fra i problemi diretti più pressanti dei paesi maggiormente colpiti dall'Aids c'è la carenza di fondi disponibili e lo scarso accesso ai medicinali fondamentali delle loro popolazioni. Proprio in questi ambiti si rilevano alcune incoerenze profonde fra i precetti delle istituzioni internazionali, le azioni dei governi e la loro politica internazionale.

1. Sono stati istituiti vari fondi internazionali per la lotta all'Aids, l'ultimo, il *Global*

Fund to fight Aids, Tuberculosis and Malaria, Fondo Globale. Il Fondo Globale viene lanciato ufficialmente durante la sessione speciale dell'Onu per l'Aids nel giugno 2001, e riceve il suo primo finanziamento durante il G8 di Genova, sempre nel 2001, dove i capi di stato degli 8 paesi più ricchi, già firmatari del documento finale dell'Onu che li impegnava nella lotta all'Aids, versano 1,3 miliardi per il Fondo, eppure la somma necessaria, stimata dagli esperti, per mettere in campo una adeguata risposta è di 10 miliardi. Un impegno rispettato in parte. Una iniziativa sicuramente lodevole, che fonda su presupposti ben motivati, primo fra tutti la carenza di possibilità economiche dei paesi più colpiti da Aids, ma che però non trova una vera volontà o interesse politico di rispettare l'impegno dichiarato.

Eppure, una cosa che sembra trovare d'accordo gli esperti sanitari riuniti al G8 di Genova, per valutare appunto la proposta del Fondo Globale, è l'apparente inopportunità di costituire una nuova organizzazione: "Il Gruppo non ha individuato alcuna necessità di costituire nuove strutture formali o istituzioni; piuttosto dovrebbero essere potenziate quelle esistenti"^{32 33}. Bisogna ricordare, però, che stanno attualmente iniziando a partire iniziative di distribuzione gratuita o a basso costo di medicinali ARV alle popolazioni più povere utilizzando fondi che provengono dal Fondo Globale, anche se ancora rappresentano delle eccezioni.

2. Altro elemento di contraddizione tra gli impegni presi nei documenti ufficiali multilaterali e le decisioni pratiche, è la questione dei brevetti sui farmaci e l'accesso ai medicinali fondamentali. Evidente a tutta la comunità internazionale è la necessità di fornire un maggiore accesso ai medicinali fondamentali alle popolazioni più povere e più malate. Come già citato, l'OMS dichiara che " il fallimento nella distribuzione dei farmaci ARV ai milioni di persone che li necessitano è una emergenza globale"³⁴. La questione passa attraverso la World Trade Organization, WTO, all'interno della quale sono i governi membri a dirigere le politiche attuate, particolarmente i governi con i mercati più forti. Come istituzione internazionale, il WTO dispone di maggiori poteri rispetto all'OMS e le altre agenzie delle Nazioni Unite, la sua forza consiste nella sua capacità di penalizzare i paesi membri, tramite sanzioni economiche, nel caso non tengano fede agli accordi sottoscritti.

La difficoltà di accesso ai medicinali fondamentali da parte dei paesi più poveri è legata ai diritti di proprietà intellettuale (*Intellectual Property Rights*, IPR) rivendicati dalle multinazionali farmaceutiche. Per legge, i diritti di proprietà intellettuale consentono gli autori, inventori o altri soggetti di monopolizzare i frutti dei propri

sforzi creativi, nel riconoscere tale diritto si vuole premiare l'invenzione allo scopo di stimolare ulteriori innovazioni. Storicamente il grado in cui i diritti di proprietà intellettuale sono stati riconosciuti e protetti è sempre stato considerato prerogativa dello stato. Con l'aumento delle interdipendenze tra mercati internazionali e l'espandersi della globalizzazione, i creatori di questi prodotti iniziano a fare pressioni per l'istituzione di una legge che salvaguardi i loro interessi anche a livello internazionale. Il passo seguente è di introdurre regole riguardanti i diritti di proprietà intellettuale nell'accordo GATT (*General agreement on trade and tariffs*), sancito nel 1947 per regolamentare il commercio internazionale. Le stesse società multinazionali riescono ad ottenere l'inclusione dell'accordo Trips (*Trade related aspects of intellectual property rights*) come parte della WTO^{35, 36}.

L'accordo Trips, approvato nel 1996, sancisce il diritto di proprietà, brevetto, delle multinazionali sui loro prodotti in qualsiasi paese essi vengano venduti. Da notare che al momento della sua approvazione i paesi industrializzati detenevano il 97 % dei brevetti esistenti sui prodotti mondiali³⁷.

Le implicazioni per la lotta all'Aids non sono difficili da trarre. Abbiamo paesi che riversano in una condizione di povertà estrema e che sono colpiti duramente dalla diffusione dell'Aids, questi paesi non detengono i mezzi per comprare ai prezzi decisi dai monopoli internazionali i farmaci necessari. I paesi più poveri non possono neanche produrre autonomamente i farmaci perché questo li porterebbe a violare le regole del Wto, così incorrendo in sanzioni economiche. I paesi con il tasso più alto di mortalità da Aids al mondo si trovano a scegliere tra la conformità ai modelli economici internazionali e la vita dei propri cittadini.

Il Trips, nonostante tutto, prevede al suo interno delle regole importanti di salvaguardia per proteggere la salute pubblica, regole che se fossero applicate fedelmente risolverebbero in parte questa contraddizione fatale.

➤L'articolo 30, la **clausola delle importazioni parallele**, permette eccezioni al monopolio dei brevetti, purché limitate nel tempo e giustificate da ragioni di salute pubblica. Tale articolo permetterebbe l'importazione dei medicinali ad un costo minore rispetto a quello di brevetto³⁸.

➤L'articolo 31, la **licenza obbligatoria**, dovrebbe permettere alle autorità di un paese di dare la licenza di produrre localmente un farmaco ancora sotto brevetto. Vi si può ricorrere per interesse pubblico (per esempio una emergenza sanitaria nazionale),

abuso di brevetto da parte del detentore, uso governativo non commerciale. Il prodotto va destinato solo al mercato interno, per un periodo limitato di tempo³⁹.

Il perno della incoerenza che si riscontra in questa organizzazione si rileva proprio nella sua resistenza ad applicare regole che fanno già parte del suo codice istitutivo. L'applicazione più rigorosa degli articoli 30 e 31 del Trips è stata tra le rivendicazioni più forti fatte in Qatar, nel 2001, durante il vertice annuale del WTO, alla conclusione del quale gli attivisti, e i paesi più sensibili a queste tematiche, sono riusciti a far approvare l'accordo "*Trips and Public Health*", il quale ribadisce le clausole sopra menzionate, per rendere la loro applicazione all'interno del Wto, più vincolante.

Nonostante tutto, in questa istituzione prevale ancora un forte protezionismo da parte dei paesi principali, i quali prediligono la sicurezza monopolistica delle loro multinazionali dei farmaci piuttosto che l'integrità verso gli impegni presi, in altra sede, verso i paesi poveri che necessitano medicinali a basso costo e più accessibili per la propria popolazione, gravemente malata.

Alla luce anche dei fatti sopra riportati, sembra permanere un divario netto tra la risposta istituzionale proposta dalle organizzazioni internazionali, senza dimenticare le molte organizzazioni più piccole e non governative che in questi ambiti hanno spianato la strada di quelle più grandi, e l'impegno che il mondo più ricco, cioè i suoi governi, è realmente disposto a prendere verso queste prescrizioni. Vediamo il permanere di una politica internazionale fortemente ancorata agli interessi nazionali dei paesi più ricchi, una politica ancora molto "provinciale". Lo squilibrio tra le risposte e richieste istituzionali e le azioni dei singoli governi rimanda a questioni di diritto internazionale. Nella struttura del diritto internazionale, il quale ha tra le sue fonti principali le organizzazioni internazionali, manca ancora una modalità che renda la sua applicazione vincolante per tutti i paesi. Il diritto internazionale è subordinato, nella pratica, alla politica interna, così agli interessi nazionali di alcuni paesi, in quanto vi sono paesi con più forza coercitiva di altri. Fortunatamente, la consapevolezza del da farsi e delle vere determinanti dell'Aids e della sua diffusione non peccano più di semplicismo o di pregiudizi, la risposta istituzionale alla malattia, a livello concettuale e sulla carta, è ben strutturata e ricalca fedelmente la realtà contingente che si trova ad esaminare.

SECONDA PARTE: PERCHE' L'AFRICA?

1. Geografia dell'Hiv/Aids in Africa

In ventiquattro anni l'Hiv/Aids ha ucciso oltre 22 milioni di persone, più di 17 milioni solo in Africa. Si stima che le persone che vivono con la malattia siano circa 40 milioni, di questi, più di 25 milioni vivono nell'Africa sub-sahariana. Oltre il 70 % della popolazione mondiale che sopravvive con l'Hiv/Aids si trova nell'Africa Sub Sahariana, regione che però ospita solo l'11 % della popolazione mondiale.

Dei circa 13,2 milioni di bambini finora resi orfani dall'Aids, 12,1 milioni vivono in Africa. Circa il 70 % dei bambini sieropositivi, sotto i quindici anni, al mondo vivono nell'Africa sub Sahariana. Il 9 % degli adulti in Africa sub Sahariana è sieropositivo, negli Stati Uniti d'America lo è lo 0,6 per cento degli adulti. Nel 2003, nell'Africa sub Sahariana si ebbero circa 3 milioni di nuove infezioni e 2,2 milioni di morti (il 75 % delle morti da Aids a livello globale in quell'anno)^{40,41}. Oltre il 90 % delle persone sieropositive al mondo vivono nei paesi in via di sviluppo⁴². Nel 2003, delle circa 14 mila nuove infezioni al giorno: più del 95 % si verificarono nelle nazioni a basso o medio reddito, circa 2 000 furono in ragazzi sotto i 15 anni, circa 12 000 in giovani adulti tra i 15-49 anni⁴³.

Le donne africane sono più vulnerabili degli uomini nel contrarre la malattia: tale da parlare sempre più di una "femminizzazione dell'Aids" nell'Africa sub Sahariana. Nel 2003, le statistiche per questa regione dell'Africa dimostrano che vi sono, in media, 13 donne sieropositive ogni 10 uomini sieropositivi, tasso in crescita rispetto alla proporzione di 12 a 10 del 2002.

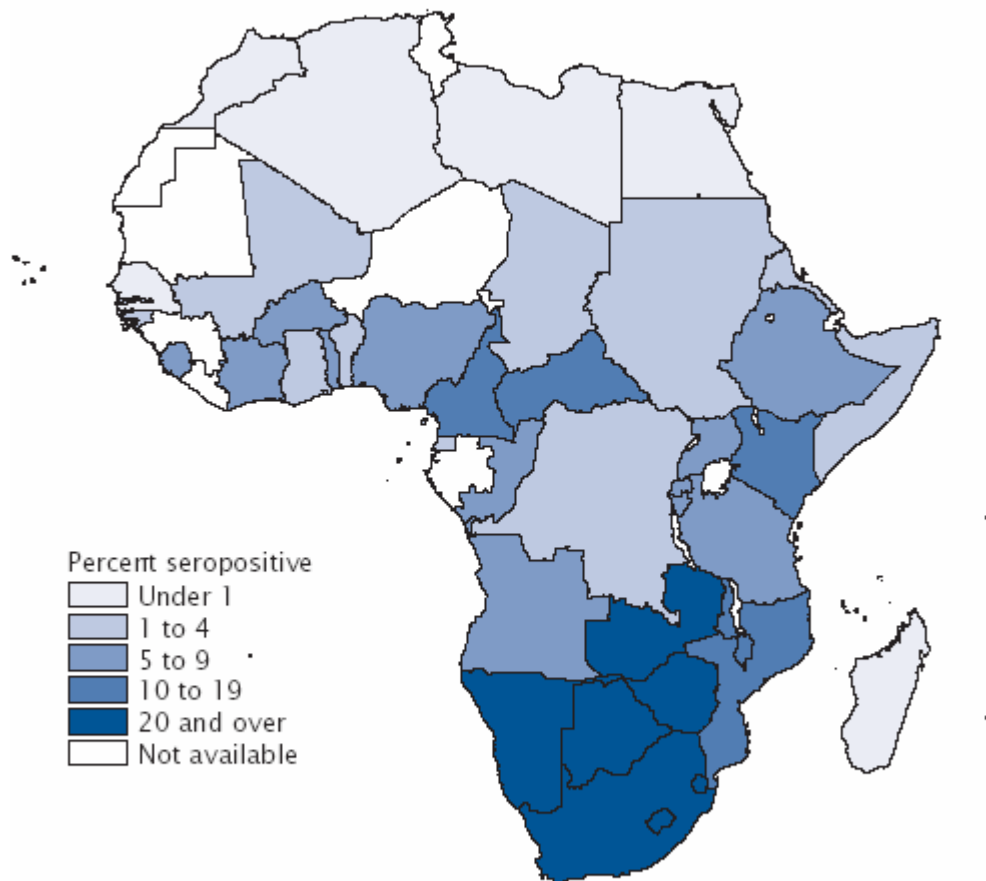
L'asimmetria è ancora più evidente osservando i dati per ragazzi tra i 15-24 anni. Dagli studi fatti su specifici paesi guida, sono state calcolate le proporzioni tra giovani donne sieropositive e giovani uomini sieropositivi; questi variano da 20 donne per ogni 10 uomini in Sud Africa, alle 45 donne per ogni 10 uomini in Kenya e Mali⁴⁴.

L'Africa sub Sahariana rimane ampiamente al primo posto nella infelice classifica delle regioni più colpite dall'Aids (vedi appendice 2). Non esiste, però, una epidemia "africana"; esiste una grande differenza attraverso il continente nei livelli e nelle tendenze della infezione da Hiv. I tassi di prevalenza di Hiv variano da meno dell'1 % in Mauritania, a oltre il 40 % nello Swaziland; in sei nazioni, il tasso di prevalenza di

Hiv tra adulti è inferiore al 2 %, mentre in altre sei nazioni è superiore al 20 %⁴⁵. Tuttavia, in termini generali, l'aspettativa di vita nell'Africa sub Sahariana è crollata dai 62 anni ai 47 anni, a causa della diffusione dell'Hiv. In alcune nazioni più colpite dall'epidemia, Botswana, Malawi, Mozambico e Swaziland, l'aspettativa media di vita è attorno ai 40 anni⁴⁶.

Fig.5

Adult HIV Prevalence in Africa: December 2001
In 12 countries, more than one-tenth of the adult population 15-49 years of age is infected with HIV.



Source: UNAIDS/WHO (2002).

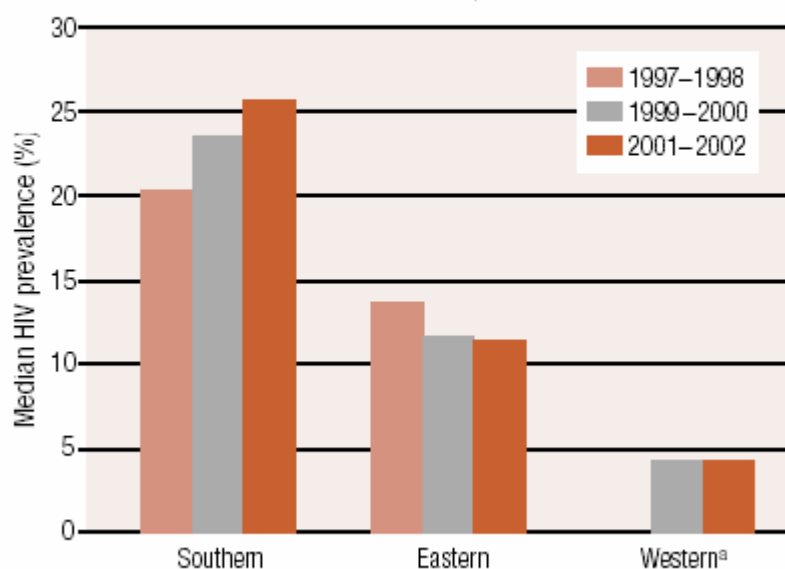
L'Africa australe ed orientale è stata la più colpita. Nel sud dell'Africa tutte e sette le nazioni hanno tassi di prevalenza superiori al 17 %: Lesotho, Namibia, Sud Africa, Zimbabwe, con Botswana e Swaziland che hanno tassi di prevalenza oltre il 35 %. In tutte queste nazioni, un adulto su cinque è sieropositivo. Altre cinque nazioni, Cameroon, Repubblica Centro Africana, Kenya, Malawi, e Mozambico, hanno tassi di

prevalenza maggiori del 10 per cento (vedi Fig. 5). L’Africa occidentale è la meno colpita.

In quasi tutti i paesi dell’Africa australe più del 20 % delle donne incinte sono Hiv positive, mentre nell’intera Africa sub Sahariana il tasso di prevalenza medio nelle cliniche per gestanti eccede il 10 % in alcuni paesi. Le donne sono, come già accennato, le più colpite dall’infezione e vengono infettate in età molto inferiore rispetto alla controparte maschile. Si parla, infatti, di una “femminizzazione” dell’Aids. Il rapporto, maggiore infezione delle donne più giovani/ minore infezione degli uomini più adulti, è una variabile costante della diffusione dell’Aids che si riscontra in ogni regione dell’Africa, pur variando ampiamente i tassi di prevalenza.

Fig.6

Figure 1.2 HIV prevalence among pregnant women attending antenatal clinics in areas of sub-Saharan Africa, 1997–2002



^a No estimate available for 1997–1998.

Negli ambienti scientifici e nelle organizzazioni internazionali, si parla di due soli “casi di successo” nella lotta all’Aids: Uganda e Senegal. I dati delle organizzazioni più riconosciute quali la UNAIDS e l’OMS, ribadiscono la netta diminuzione nei tassi di prevalenza di Hiv in questi due paesi negli ultimi anni. I tassi di prevalenza, tra le donne incinte, presso le cliniche sentinelle, sembrano continuare a diminuire. A Kampala, i dati indicano una netta diminuzione, oltre della metà, nelle infezioni tra il 1993 e il 2000. A Dakar, i programmi di controllo dell’Aids sembrano essere riusciti nell’obbiettivo di mantenere bassi i tassi di infezione. Questi casi non sono al riparo,

però, di critiche e scetticismo da parte di vari studi che confutano il reale successo e l'attendibilità dei dati, in modo particolare riguardo al caso dell'Uganda⁴⁷.

Per tracciare una breve, e schematica, geografia della epidemia Aids nel continente africano, lo divideremo in 4 zone geografiche: Africa orientale, australe, occidentale, settentrionale. Queste zone sono utili per la relativa omogeneità nella diffusione della epidemia al loro interno, contro la relativa diversità della diffusione tra di esse.

‘E da sottolineare che in tutta l’Africa l’infezione da Hiv si diffonde prevalentemente attraverso il rapporto eterosessuale non protetto (non utilizzando il profilattico) e attraverso la trasmissione verticale (dalla madre al figlio)⁴⁸.

1.1. Zona australe.

Nell’Africa australe vive circa il 30 % della popolazione totale di siero positivi, tuttavia in questa regione vive meno del 2 % della popolazione mondiale.

Nel sud dell’Africa, l’epidemia Aids è iniziata più tardi rispetto ad altre zone dell’Africa, eppure la sua diffusione è stata esplosiva: la prevalenza di Hiv tra le donne incinte, che frequentano le cliniche di gestazione, in Francistown (Botswana) incrementò dal 7 % nel 1991 al 44 % nel 2000. Una analisi condotta in otto paesi, presso le cliniche di gestazione, tra il 1997 e 2002, rivelano che i tassi di prevalenza da Hiv tra le donne incinte raggiungono il 40 % in Gaborone (Botswana) e in Manzini (Swaziland), circa il 20 % in Lusaka (Zambia) e circa 16 per cento in Blantyre (Malawi). I tassi di prevalenza superano il 30 % nella provincia Sud Africana, a maggioranza urbana, di Gauteng, la quale include anche Johannesburg, mentre il tasso di prevalenza medio a Maputo (Mozambico) è del 18 per cento nel 2002. Questa regione dell’Africa è sicuramente la più colpita dall’epidemia.

‘E da sottolineare il fatto che i tassi di prevalenza tra le donne incinte⁴⁹ nelle zone rurali dell’Africa australe sono, in generale, significativamente minori rispetto alle loro controparti nelle zone urbane. Tutto ciò, nella regione più urbanizzata di tutto il continente, con oltre il 40 % della popolazione che vive in zone urbane.

In quattro paesi confinanti - Botswana, Lesotho, Namibia e Swaziland – l’epidemia ha assunto proporzioni devastanti. In questi paesi, i tassi di prevalenza hanno raggiunto livelli molto alti, senza segni di diminuzione. Nel 2002, il tasso di

prevalenza nazionale nello Swaziland coincise con quello registrato nel Botswana: circa il 39 %. Solo una decade prima, erano stati attorno al 4 %.

La situazione dell'Angola è particolarmente preoccupante. Anche se i tassi di infezione diffusi negli ultimi anni sono significativamente bassi, vi è motivo di credere che non rispecchino affatto la situazione reale in cui si trova il paese, ed inoltre, che questa situazione possa essere stravolta dai cambiamenti politici degli ultimi tempi. Dopo oltre quarant'anni di guerra civile che ha sconvolto il tessuto sociale, grandi masse di persone sono in movimento. Milioni di persone hanno iniziato esodi, riversandosi fuori dalle città dove avevano cercato sicurezza e qualche modo alternativo di sostentamento. Il commercio interno ed oltre frontiera sta lentamente riprendendo, e circa 450 mila rifugiati stanno ritornando (molti dalle nazioni confinanti, con alti tassi di Hiv). Tali condizioni potrebbero determinare una repentina esplosione dell'epidemia, in un paese che ancora deve riprendersi da una guerra civile lacerante e che sicuramente ha molte altre emergenze da fronteggiare e pochi mezzi e strutture disponibili nell'immediato⁵⁰.

Ultimo fatto importante da sottolineare, riguardo questa zona del continente, è la decisa incoerenza fra la drammaticità della diffusione dell'Aids e la risposta che questa ha ricevuto dai governi dei rispettivi paesi e dalla società civile. Nessuno dei governi, dei paesi sopra citati, ha assunto una posizione ferma nei confronti di questa malattia, o lo sta iniziando a fare solo negli ultimi tempi. Permane una forte credenza nella società della inesistenza della malattia, non vi è assolutamente la consapevolezza né dei rischi né della malattia stessa. A livello governativo si è arrivati a negare l'esistenza dell'Aids, incitando solo a mangiare più frutta e verdura per resistere meglio alle malattie.

Qui troviamo, in modo lampante, l'epidemia Aids che si intreccia alla politica, che a sua volta si intreccia alla storia di un paese e ai suoi rapporti con l'esterno, alla posizione che occupa nel sistema internazionale. Il riferimento è al caso noto, e già accennato, del Sudafrica di Mbeki. 'E innegabile che la storia politica recente (ci riferiamo al regime di segregazione sociale, Apartheid, e alle profonde conseguenze politiche, sociali ed economica che ha determinato) di questo vasto paese abbia influenzato in modo determinante le scelte e le azione intraprese dal suo Presidente.

Risulta manifesto, secondo l'interpretazione finora data della diffusione dell'epidemia, che l'esplosione repentina dell'Aids in questa regione sia determinata anche dal fatto che tale malattia, per le sue modalità specifiche di diffusione, abbia in

questa regione dell'Africa trovato terreno fertile per espandersi. La trasmissione dell'Aids è stata "aiutata" da una leadership politica che ha preferito rivendicazioni di autonomia ed indipendenza dal "mondo occidentale", anche per affermazione personale, ad azioni e discorsi pubblici che avrebbero potuto rompere il silenzio e lo scetticismo culturale verso questa malattia. 'E però dovere sottolineare l'estrema importanza che riveste la vittoria legale del Sudafrica contro le industrie farmaceutiche, vittoria ottenuta anche grazie alla ferma posizione tenuta dal suo Presidente Mbeki, e che segna un precedente importante non solo per tutto il continente nero ma anche per tutti i paesi più deboli.

1.2. Zona occidentale

Nell'Africa occidentale i casi di Aids si mostrano più tardi rispetto all'Africa orientale ed australe. In questa zona, i tassi d'infezione sono molto più bassi, nessun paese in questa regione detiene un tasso di infezione nazionale superiore al 10 %, la maggior parte hanno tassi di prevalenza tra il 2 e il 5 %⁵¹.

Il Senegal sta ancora raccogliendo i frutti di una scelta intelligente e d'avanguardia per il continente, fatta agli inizi dell'epidemia, di investire massicciamente in programmi di prevenzione e sensibilizzazione all'Hiv negli anni ottanta (quando i tassi di Hiv nel paese erano ancora molto bassi). Gli impegni sostenuti e costanti, attraverso i programmi di prevenzione all'Aids, hanno stabilizzato i tassi di prevalenza di Hiv tra le donne incinte attorno al 1 per cento dal 1990, con questi livelli mantenuti fino al 2002, anche se i tassi di Hiv sono cresciuti tra le lavoratrici sessuali durante gli ultimi anni: dal 5 al 8 % del 1992, al 14 %, ed in alcune zone al 23 %, nel 2002⁵².

Studi sul campo rivelano che i tassi d'infezione tra gli adulti rimangono relativamente bassi anche negli altri stati del Sahel: circa il 2 % nel Mali, 1 per cento in Gambia, Mauritania e Niger. Come il Burkina Faso, il Ghana ha tassi di infezione stabili: fluttuanti tra il 2 % e poco sopra il 3 % dal 1994. La situazione è più preoccupante in Costa d'Avorio, la quale detiene ancora il primato nell'Africa occidentale per il tasso di infezione di Hiv più alto. In alcune regioni, oltre 1 su ogni 10 donne incinte sono Hiv positive, anche se nel 2002, il tasso di prevalenza di Hiv tra le donne incinte in Abidjan tocca il livello più basso dell'ultima decade, il 7 %.

Le ricerche più recenti condotte in Nigeria (2001), rivelano una anomalia, le città più grandi del paese presentano tassi di infezione di Hiv minori (sotto il 5 %) rispetto

a molte cittadine più piccole, classificate come rurali – in modo prevalente, tra le cittadine del sud⁵³, dove arriva a toccare il 7 %. La Nigeria, con una popolazione di oltre 120 milioni, ha la più elevata quantità di persone che vivono con l'Hiv⁵⁴.

1.3. Zona orientale

I tassi di infezione fra gli adulti nei paesi dell'Africa orientale e del centro Africa, presentano una situazione che cade approssimativamente fra i due gruppi, o zone, sopra esposte, variando circa dal 4 al 13 %⁵⁵.

La storia dell'Aids in questa zona è la più antica di tutto il continente. Vi sono studi che rintracciano i primi focolai di Aids (o “Slim” come veniva comunemente chiamata⁵⁶) in questa regione nei primi anni ottanta, specificamente nell'area di confine a cavallo del Lago Vittoria, tra l'Uganda e la Tanzania, nel distretto di Rakai (Uganda) e nella regione di Kagera (Tanzania). Varie leggende locali si sono create attorno alla malattia, sostenendo l'ipotesi che da tempo la malattia è presente in questa regione, e che specificamente la sua origine è legata a questa zona di frontiera. Nel distretto di Rakai e di Kagera, l'Aids è frequentemente chiamata anche “Juliana” ed il motivo risiede in una di tali leggende^{57, 58}.

Le ricerche fatte indicano che esistono vari motivi storici e socioeconomici a sostegno dell'ipotesi che i primi focolai di Hiv/Aids si propagarono in questa zona, e perché la sua diffusione fu così ampia. Un primo motivo, già in parte avanzato sopra, è il frequente commercio transfrontaliero ed il commercio di contrabbando, molto intenso negli anni settanta ed ottanta. Un altro motivo, è la guerra di liberazione combattuta a fine anni settanta, che si concluse con la caduta del regime del dittatore ugandese Idi Amin Dada. Nel maggio del 1978, in un tentativo di distogliere l'attenzione dalle disastrosa situazione nazionale, Idi Amin accusò la Tanzania di aver eseguito ripetute incursioni militari nel distretto di Rakai. In ottobre dello stesso anno, in risposta a queste incursioni fantasma, migliaia di soldati ugandesi invasero il “Kagera Salient”, una territorio di 500 metri quadri di pianura alluvionale, collocata tra la dritta linea di confine tracciata nell'epoca coloniale e la zona a sinistra del Fiume Kagera, dove questo si riversa nel Lago Vittoria. Durante le tre settimane che seguirono, millecinquecento civili tanzaniani furono ammazzati, tutto ciò che si potesse trasportare fu saccheggiato, e molte delle bambine e donne della zona furono violentate. Una ricerca specifica, ha rilevato che, oltre mille civili, di entrambi i sessi,

furono rapiti e portati in Uganda, dove furono messi a lavorare un campo di lavoro forzato vicino a Kalisizo, nel nord del distretto di Rakai, con molte delle donne che furono costrette a divenire le concubine dei soldati⁵⁹. Amin successivamente visitò la zona del Kagera Salient, dove si fece fotografare eroicamente con un pugno di armi tanzaniane tra le mani e la radio ugandese annunciò che il confine ora si era allargato fino al Fiume Kagera. Presto, però, si scoprirà che questa scelta ha segnato il crollo del regime di Amin.

Infuriato dalle azioni di Amin, il presidente tanzaniano, Julius Nyrere, ingrossa le file del suo esercito: l'esercito di difesa popolare tanzaniano (TPDF; Tanzanian People's Defence Force). Oltre 45 mila soldati del TPDF marciarono verso il confine con l'Uganda. Non senza problemi, le truppe invasero tutto il paese, e nell'Aprile del 1979 conquistarono la capitale, Kampala. Amin fuggì in Libia, e il 13 Aprile si formò un governo civile provvisorio, segnando la fine definitiva degli otto anni di terrore sotto il regime militare di Amin. Tutta l'Uganda festeggiò la fine della dittatura. Terminata la guerra di aggressione contro l'esercito di Amin, e liberata l'Uganda, i militari dell'TPDF tornarono in Tanzania, anche se molti rimasero in Uganda fino alle elezioni del 1981, i molti bambini ugandesi con padri tanzaniani ne sono la prova⁶⁰.

Gravi corollari di questo evento furono il grande movimento, forzato, di persone causato dallo scoppio della guerra e le violenze che ne seguirono. Questi sono motivi determinanti nella diffusione dell'Aids. Ma, uno dei motivi principali, che rende questi avvenimenti di fondamentale rilevanza nella propagazione dell'epidemia è l'alto tasso di infezione di Hiv che si riscontra fra la categoria dei soldati/militari. Questa categoria è tra le più colpite dall'Hiv/Aids in tutta l'Africa, in modo rilevante in questa zona dell'Africa. Dato la loro frequente mobilità, soprattutto in periodi di guerra, la loro permanenza lontano dalle famiglie, la loro vita sregolata, e soprattutto il loro stipendio relativamente alto, che li colloca tra la fascia più agiata della società, i soldati/militari hanno i soldi, e il potere, per comprarsi tutto quello che desiderano, spesso questo è l'intimità occasionale con qualche prostituta locale⁶¹.

I fatti storici riportati sopra ebbero ripercussioni importanti per la diffusione dell'Hiv/Aids, fungendo da canali di diffusione, particolarmente nelle zone dove il TPDF e le varie forze ugandesi si accamparono e fermarono. Infatti, nello stesso periodo in cui le truppe del TPDF incominciarono la ritirata dall'Uganda, iniziarono a comparire i primi casi di Hiv/Aids su entrambi i lati della frontiera⁶². Un ulteriore fattore che è servito ad incrementare la precoce e rapida diffusione dell'Aids in queste

regioni, è stato il frequente movimento dei camionisti che trasportano varie merci all'interno dei paesi e fra i paesi confinanti. Dove non sono arrivati i militari, durante la guerra di liberazione del 1978/9, sembrano aver agito i camionisti. Anche i camionisti, per le caratteristiche del proprio lavoro, sono spesso lontani dalla famiglia e con vite sregolate, simili ai militari. In base a varie ricerche condotte sul campo, sembra si possa dedurre che proprio questa loro mobilità ha aiutato lo spargersi della malattia lungo le tratte da essi fatte. Al sud, le strade ugandesi percorse dai camionisti, si estendono fino al Rwanda, Burundi, e R.D. Congo orientale; ad est, attraversano Kampala per andare verso Tororo, Nairobi e la costa keniana. In tutti questi paesi, l'Aids compare poco dopo i primi casi dell'Uganda e della frontiera con la Tanzania, questi canali sembrano i più attendibili per spiegare, in parte, come l'Aids si sia spostata e diffusa successivamente in tutti i paesi confinanti.

Questa teoria, chiamata la “truck-down hypothesis”⁶³ fu studiata per prima da un gruppo di giovani dottori ugandesi nel 1986/7, i quali trovarono che il 67 % delle bariste in Lyantonde erano Hiv positive. Lyantonde venne studiata perché si trova nel Distretto di Rakai, luogo in cui per prima l'epidemia Aids fu rilevata, a circa 150 Km dalla capitale. Inoltre questa città si trova sulla strada che da Kampala porta a Masaka, Mbarara, Kabale poi fino in Ruanda, è la strada più trafficata dai camionisti, e si è osservato che Lyantonde è una delle loro fermate più frequenti. Venne rilevato che anche il 17 % delle donne incinte nel villaggio era Hiv positivo⁶⁴, inoltre, anche nei villaggi più vicini i tassi d'infezione erano piuttosto alti. Sempre a conferma di questa ipotesi di contagio, ricerche condotte nel parcheggio centrale dei camionisti a Kampala, rivelò che oltre il 40 % dei camionisti era Hiv positivo. Quando gli adulti di Lyantonde furono accuratamente testati nel 1989, 52.8 % furono trovati Hiv positivi, il quale è il tasso di prevalenza più alto mai registrato in qualsiasi città al mondo⁶⁵.

La diffusione dell'Aids nei paesi confinanti si è poi propagata grazie, anche, ai conflitti interni che hanno sconvolto le loro società, causando masse di gente in movimento che scappa dalla guerra, impaurita e senza risorse né mezzi per difendersi⁶⁶, vulnerabile e in totale assenza di accesso a strutture sanitarie. Ricordiamo, tra gli altri, il genocidio in Ruanda ed in Burundi, la caduta del regime di Mobuto e la successiva guerra civile in R.D. Congo, che si è trasformata nella prima guerra continentale dell'Africa post-coloniale, vedendo coinvolti gli eserciti di sette paesi Africani, la guerra civile in Sudan e la guerriglia interna all'Uganda. Anche se forse non definibile come guerra, importante ricordare anche il clima di repressione

politica e tensione sociale in Kenya sotto Arap Moi, per il forte impatto sulla società e le molte morti provocate⁶⁷.

La categoria delle donne rimane la più vulnerabile e la più colpita dall'Hiv/Aids anche in questa zona, l'asimmetria tra infezione nelle donne e negli uomini raggiunge picchi massimi nel caso del Kenya, dove nel 2003 si riscontrò che per ogni 10 uomini infettati vi erano 45 donne infette⁶⁸.

Nonostante la lunga storia dell'Aids in Uganda, questo paese è citato dagli ambienti scientifici e dalle organizzazioni internazionali come successo nella lotta all'Aids. Secondo i dati più attendibile il tasso d'infezione sembra in continua diminuzione in Uganda, dove crollò al 8 % a Kampala nel 2002 – un livello bassissimo se si considera che i tassi di prevalenza, presso le cliniche di gestazione, raggiungevano il 30 % solo una decade prima⁶⁹. Ad oggi, sembra che nessun altro paese sia riuscito in una diminuzione così vertiginosa nelle infezioni.

In Addis Abeba, nelle donne incinte tra i 15-24 anni, il tasso di infezione è diminuito da una massima del 24 % nel 1995, alla minima toccata nel 2003 dell'11 %. Questo potrebbe significare notevoli passi avanti, soprattutto alla luce del fatto che l'epidemia in Etiopia sembra essere molto più diffusa nelle zone urbane rispetto a quelle rurali. Tra il 1999 e il 2002, oltre 72 mila soldati furono testati per l'Hiv. Nelle reclute urbane e rurali, i tassi di infezione riscontrati furono rispettivamente del 7,2 % e del 3,8 %. L'indagine nazionale condotta nel 2002 in Kenya rivelò che oltre il 10 % delle donne incinte era Hiv positiva⁷⁰.

1.4. Zona settentrionale

Questa regione presenta caratteristiche talmente diverse dal resto dell'Africa sub sahariana, che spesso viene rappresentata in una categoria a parte. Così avviene in tutte le ricerche dell'Unaid, o dell'Oms. Spesso, la zona viene raggruppata con i paesi medio orientali, formando la zona "Medio Oriente e Nord Africa"⁷¹. In questa regione i tassi di infezione sono ancora molto bassi, con l'eccezione del sud Sudan e di recenti focolai tra i tossicodipendenti in alcuni paesi.

In queste zone, pur avendo tassi di infezione relativamente bassi, tuttavia, vi è un monitoraggio inadeguato delle persone più a rischio di contagio, quali lavoratrici sessuali, tossicodipendenti e omosessuali. Questo implica che la potenziale diffusione

dell'epidemia in queste categorie della popolazioni è ignorata, e potrebbe costituire un problema sotterraneo che, se non tenuto sotto controllo, potrebbe sfuggire di controllo. Sicuramente, il paese più colpito è il Sudan, particolarmente nel sud, dove confina con l'Uganda e dove le guerriglie di questi due paesi si intrecciano, dove la popolazione è in larga misura sfollata. Le ultime indagini sul livello di diffusione dell'Hiv in Sudan, rivelano che le infezioni tra le donne incinte, sono dalle 6 alle 8 volte più elevate nel sud che attorno a Khartoum, nel nord. L'epidemia si sta diffondendo velocemente tra la popolazione, infettando più donne che uomini. In Somalia la situazione sembra essere molto simile, anche se i dati per questo paesi sono pochi e scarsamente attendibili. Il Marocco ha recentemente rafforzato il proprio sistema di monitoraggio nazionale, il quale si basa sulle donne incinte, i pazienti che frequentano le cliniche per le malattie sessualmente trasmissibili, STD, fino ad includere anche i prigionieri e le lavoratrici sessuali. Gli ultimi dati rivelano che il tasso di infezione più alto, tra queste categorie, è del 2,27 % (tra le lavoratrici sessuali), mentre il più basso è dello 0,23 % (tra i pazienti delle cliniche per le STD).

In alcuni paesi, le infezioni sembrano concentrarsi tra i tossicodipendenti. Una rilevante diffusione dell'Hiv attraverso la condivisione delle siringhe è stato riportato in Algeria, Libia, Egitto e Tunisia. Trasfusioni di sangue a rischio rappresentano ancora una possibile modalità di contagio in questi paesi. Ma, più preoccupante è la diffusione dell'epidemia attraverso il sesso tra uomo e uomo, situazione totalmente ignorata, nella maggior parte dei paesi questa attività è illegale e fortemente condannata dalla religione, implicando che l'indagine su questa categoria è inesistente e costituisce un mondo sotterraneo, totalmente tagliato fuori anche dall'accesso ai medicinali, il quale potrebbe diventare una situazione fuori controllo⁷².

La sfida più grande per questi paesi è di riuscire ad abbattere le barriere culturali e i forti pregiudizi nutriti verso determinate categorie più deboli, cambiamento necessario anche per evitare di ritrovarsi in una situazione di grave crisi sanitaria.

2. Epidemiologia sociale dell'Aids in Africa

Nel mondo sviluppato, l'Aids è prevalentemente una malattia legata al modo omosessuale e ai tossicodipendenti. Nell'Africa sub sahariana, l'Aids è prevalentemente una malattia dei giovani adulti, delle giovani donne, delle nuove generazione in modo quasi trasversale.

Avendo ora una panoramica della diffusione dell'Hiv/Aids in Africa, prima di inoltrarci nel chiederci “perché l’Africa” sia stata colpita così violentemente, e capillarmente, da questa epidemia, è utile ricordare alcuni fra i maggiori determinanti dell'Hiv/Aids, particolarmente quelli legati all’epidemia in Africa, i quali sono già emersi dalla geografia dell’epidemia tracciata.

- Fattori bio-medici. Questi includono la presenza di STD, salute fisica e stato nutrizionale precario, circoncisione maschile e atteggiamenti sessuali. La presenza di STD ha un impatto determinante sul rischio di contrarre l’Hiv; per esempio, studi condotti in Kenya rivelano che le persone con STD sono quattro volte più a rischio di contrarre l’Hiv durante il rapporto sessuale che coloro che sono sani. D’altro canto, la circoncisione maschile sembra ridurre il rischi di contagio. Le abitudini sessuale sono certamente rilevanti nel rischi di contagio. La frequenza dei rapporti sessuali, la quantità di partner, i tipi di pratiche sessuali e l’utilizzo frequente del profilattico, sono tutte determinanti importanti nella diffusione dell’Hiv/Aids⁷³.

- Fattori di rischio sociali. Un primo fattore è la *alta mobilità spaziale*, causata dalla migrazione temporanea (come nel caso delle miniere nel sud dell’Africa), dalla dislocazione forzata (come per i rifugiati e gli IDP⁷⁴) o dalla caratteristica di una determinata professione che comporta una lunga permanenza lontano dalla famiglia (come i camionisti, i militari, i marinai, i lavoratori stagionali).

Un secondo fattore è la *località*, i tassi di prevalenza di Hiv sembrano essere solitamente maggiori nelle zone urbane rispetto a quelle rurali. Anche se tale fattore è progressivamente meno evidente, dovuto alla periodica migrazione tra le campagne e la città.

La prevalenza di Hiv/Aids varia molto anche in base allo *status sociale*. I lavori che danno potere e status sociale – come nel caso dei militari o della polizia, così anche commercianti e manager – solitamente hanno anche tassi di infezione più elevati rispetto ai lavoratori uomini normali, questo discorso non vale per le donne. Gli insegnanti⁷⁵ e infermieri, o collaboratori sanitari, spesso lavorano lontano da casa e godono di buon status sociale. Questo li espone a rischi più elevati di intraprendere rapporti sessuali con più persone⁷⁶.

Il *livello del salario e la sua ripartizione*; povertà, disoccupazione e marginalità sociale alzano il rischio di contagio nelle zone urbane. La povertà e l’incertezza riguardo al futuro, per esempio, portano a strategie di sopravvivenza a breve termine, caratterizzate da alti comportamenti a rischio e scarso interesse verso il futuro. La

disoccupazione e l'esclusione sociale riducono l'accesso ai mezzi di informazione sui comportamenti a rischio e la possibilità materiale di poi potere, o volere, adottare comportamenti sicuri. Un alto grado di asimmetria nella distribuzione dei salari, o della ricchezza, influisce anche sulla coesione sociale della comunità, diminuendo il comportamento cooperativo. Sembra emergere dalle statistiche un rapporto che lega in modo diretto il grado di asimmetria nella distribuzione della ricchezza e i tassi di diffusione dell'Hiv/Aids; maggiore è la sproporzione nei salari individuali e maggiore è la diffusione dell'Hiv, maggiore è la difficoltà della comunità di far fronte all'epidemia in atto.

L'Empowerment⁷⁷ delle donne in termini di impiego, autonomia economica, riconoscimento dei ruoli sociali, sembra ridurre in modo deciso la diffusione dell'Hiv/Aids; qui emerge un rapporto inversamente proporzionale tra empowerment femminile e diffusione dell'Hiv, maggiore è l'empowerment delle donne minore è il tasso di diffusione. Riducendo la discriminazione contro la donna ed aumentando il suo potere sociale, si aumenta la sua indipendenza e la sua abilità di negoziare i rapporti sessuali seguendo le proprie esigenze e volontà. Questo beneficerebbe in particolare le ragazze più giovani – come abbiamo visto è in questa fascia di età che risulta l'asimmetria maggiore tra infezioni maschili e femminili – le quali, spesso in base a norme sociali, o superstizioni culturali⁷⁸, sono spesso infettate in età molto inferiori rispetto agli uomini.

Uno studio, particolarmente significativo, condotto in Sud Africa rivela che un aumento nel livello di reddito degli uomini, tende a implicare un aumento nella possibilità di infezione, mentre l'opposto è vero per le donne⁷⁹. Così, una redistribuzione del reddito e delle ricchezza tra i generi e le classi sociali implicherebbe una successiva diminuzione nell'incidenza dell'Hiv.

Il livello d'istruzione. Nei primi anni di diffusioni dell'Hiv, furono gli uomini con i livelli di educazione più alti ad essere maggiormente colpiti dall'Hiv, determinato dal fatto che il loro status sociale li permetteva di poter avere multipli partners sessuali, esponendoli ad alti rischi di contagio. Con l'ampia diffusione dell'epidemia, i tassi di incidenza in questa categoria sono iniziati a diminuire; il peso dell'epidemia ora poggia sulla fascia meno istruita, e con scarso accesso alle strutture educative, così anche con possibilità e capacità di molto inferiore nel assorbire ed attuare i messaggi sulla prevenzione⁸⁰.

- Norme culturali. *Credenze culturali e religiose*; gli atteggiamenti, e pregiudizi,

verso il sesso in età molto giovane, il sesso pre/extra coniugale, il matrimonio, la prostituzione, l'educazione sessuale, l'uso dei profilattici, la poligamia e lo scambio delle mogli, la fratellanza di sangue, l'ereditare le vedove e molti altri, hanno effetti determinanti sulla infezione e diffusione dell'Hiv. Specifiche credenze sessuali, come l'effetto curativo di avere rapporti sessuali con ragazze vergini e la pratica obbligatoria di purificazione eseguita sulle nuove vedove da parte dei parenti maschi, sono esempi legati a determinate aree geografiche che contribuiscono alla diffusione dell'Hiv, e alla difficoltà nel arrestarla.

Uno studio condotto da K'Oyugi e Muita rivela che il rischio di divenire Hiv positiva fra le donne keniane varia con il loro status maritale. Il rischio è significativamente maggiore tra le donne in matrimoni poligami, che tra quelle in matrimoni monogami. 'E, inoltre, 3 volte più alto tra le vedove⁸¹.

- Eventi politici. Aree come quella dei Grandi Laghi, dove la quantità di rifugiati, IDP e soldati concentrati in campi provvisori è cresciuta drammaticamente, sono particolarmente esposte ai rischi di diffusione dell'Hiv. In situazioni del genere le condizioni sanitari sono molto basse, le violenze carnali frequenti, la vita sociale, familiare e comunitaria è smembrata, i rapporti promiscui sono frequenti, l'uso di droghe e alcol è alto per la frustrazione e la noia; non è difficile capire come in una tale situazione si creino grandi sacche di malati, e non solo di Hiv.

3. La “malattia della povertà”: decorso politico dell'Hiv/Aids nell'Africa subsahariana.

Il grande pioniere francese della microbiologia, Louis Pasteur⁸², disse: “Il microbo non è nulla; il terreno, tutto”. Questo era il modo di Pasteur di esprimerci come le epidemie non sono mai solamente biologiche. Le epidemie sono plasmate ed amplificate dalle forze sociali le quali sono, a loro volta, messe in moto dai cambiamenti economici.

Come la peste bubbonica esplose nelle affollate e pestilenti città Europee, le quali fornirono il terreno di allevamento per i topi che sparsero la malattia, così anche l'Aids si propaga lungo le faglie di divisione della povertà, dei generi, e soprattutto, dell'ineguaglianza di classe⁸³.

L'Aids, inizialmente etichettata come una piaga del mondo omosessuale e "ricco", presto diviene una realtà globale. Mentre il nord del pianeta si arma di tutti i mezzi e le strutture, sociali ed economiche, necessari per combattere questa nuova malattia i paesi più poveri e carenti di tali mezzi e strutture per fargli fronte, vengono travolti dalla diffusione dell'epidemia.

La linea di diffusione dell'Aids rappresenta un prodromo dell'odierno sistema politico ed economico internazionale che si è costruito e plasmato negli ultimi cinquant'anni, il quale ha, però, radici ben più profonde. Sistema nel quale, utilizzando una definizione di Paul Farmer⁸⁴, si è concretizzata una "gerarchia della sofferenza", in cui vi è una maggioranza di persone sempre più affossate in una condizione di sofferenza estrema, persone che condividono tra di loro, non tanto la stessa cultura o religione o gruppo "etnico", ma il fatto di occupare l'ultimo scalino sulla scala sociale di società, e di un sistema mondiale, profondamente ineguali. Questa "categoria" di oppressi condivide una caratteristica fondamentale nella diffusione di qualsiasi malattia e specialmente nel contagio dell'Hiv/Aids, una quasi totale impotenza nei confronti della propria vita e una inesistente libertà di scelta. Visti da tale prospettiva, questi numeri esorbitanti di persone contagiate e uccise dall'Hiv/Aids non sono altro che "vittime di una violenza strutturale"⁸⁵ perpetuata da un modello dominante di sviluppo ineguale.

Come si può osservare dalla forma delineata dalle statistiche riguardanti la diffusione globale dell'Hiv/Aids, questa epidemia si è diffusa maggiormente nei paesi più poveri e all'interno dei paesi, tra i settori della popolazione più povera o più a rischio dato la loro situazione economica ed il contesto sociale nel quale agiscono. Questo punto è centrale perché è l'anello che lega in modo decisivo la malattia e il contesto sociale e politico. 'E questa caratteristica dell'Aids che la rende sintomatica del sistema sociale e politico nazionale ed internazionale. Diviene fondamentale una lettura della povertà dinamica, che vada oltre il livello del salario pro-capite, perché è tale analisi che ci permette di comprendere cosa significa essere più o meno vulnerabili all'Aids, e perché tale vulnerabilità è un fattore strutturale del contesto in cui l'individuo agisce. Essere vulnerabile si intende non avere adeguati strumenti o mezzi per far fronte alle situazioni che si presentano, non avere la possibilità di scegliere perché la mancanza di mezzi rende la scelta un obbligo. I mezzi e strumenti che determinano la maggiore scelta sono legati e forniti dalla condizione economica,

la quale delimita l'appartenenza ad una classe sociale, l'appartenenza ad un paese in via di sviluppo.

Vivendo in un sistema mondiale dove si è visto progressivamente l'internazionalizzazione dei mercati economici e del sistema produttivo, il mondo diviene via via più interdipendente ed interconnesso: una implicazione di ciò è che l'estrema sofferenza dei molti raramente è scollegata dalle azioni dei potenti. Leggere le statistiche riguardanti la diffusione dell'Aids, utilizzando categorie non solo sanitarie, ma, contestualizzando i dati nella panoramica sociale e politica in cui si diffonde l'Aids, comprendendo così anche le dinamiche storiche ed economiche che creano gli strumenti a disposizione dell'individuo, consente di cogliere come questa malattia sia sintomo di una forte violenza perpetuata su molti individui, una violenza che troppo spesso rimane invisibile e che con l'esplosione dell'epidemia Aids diviene lampante. La violenza non è necessariamente fisica, può essere violenza anche negare ad un essere umano di condurre una vita degna di essere chiamata tale, (una vita che abbia a disposizione almeno cibo e acqua per sopravvivere, che abbia un tetto per ripararsi nei momenti di tempo avverso, che abbia almeno la possibilità di poter dire "no" a situazioni che per essa reputa umilianti, che abbia qualche libertà di scelta sul proprio futuro e sulla propria vita; che l'ambiente in cui vive li fornisca degli strumenti per crescere e non solo delle barriere), la violenza non si riconduce necessariamente all'azione di un individuo su di un altro ma può essere anche strutturale e parte di un processo, o un sistema, asimmetrico. In questa analisi si dà particolare rilevanza alla violenza strutturale, come violenza esercitata dal sistema internazionale quale rete di rapporti di potere che dispongono la ridistribuzione delle risorse a livello globale, l'andamento delle economie locali, avendo una influenza determinante sulla crescita e lo sviluppo dei paesi singoli, di conseguenza un sistema che struttura l'azione degli stati e così la vita dei suoi abitanti.

Per comprendere meglio perché l'Africa sia così fortemente colpita da questa malattia è necessario riconoscere come tali, alcune violenze che la struttura ed il sistema internazionale in cui noi viviamo impone a determinati paesi, e a determinate fasce delle nostre società. Il concetto di *vulnerabilità* rimane centrale perché esprime perfettamente la situazione di impotenza in cui si trova la maggioranza delle persone che si sono ammalate di Aids; si può ragionevolmente affermare che tutti gli incrementi futuri che subirà questa malattia saranno, se la situazione rimane invariata,

quasi esclusivamente, tra persone che *non* hanno potuto evitare comportamenti a rischio di contagio.

Come hanno notato il medico Paul Farmer ed i suoi colleghi⁸⁶, studiando attentamente la diffusione dell'Aids in particolare nello stato di Haiti, il rischio di contagio da Hiv, per la maggioranza delle nuove infezioni, deriva in minor misura dall'ignoranza e più dalla situazione precaria in cui milioni di persone vivono.

La disuguaglianza è sicuramente una delle caratteristiche principali dei nostri tempi e del mondo in cui viviamo. Usando qualsiasi indice, e anche le organizzazioni internazionali più conservatrice lo ammettono⁸⁷, le ineguaglianze sociali - sia all'interno delle società che tra paesi - sono aumentate vertiginosamente negli ultimi venti o trent'anni⁸⁸. Le forze della globalizzazione, lasciate libere in un sistema internazionale carente di strutture vincolanti e riequilibranti, oltre ad accrescere le ricchezze totali aumentano progressivamente le ineguaglianze nella distribuzione di esse. Malgrado i grandi progressi nelle scienze, nelle comunicazioni e nelle tecnologie, il mondo agli inizi del nuovo millennio si presenta caratterizzato da caos e disperazione su vari livelli⁸⁹. La disparità economica è in forte crescita, soprattutto negli ultimi trent'anni. Così, oltre la metà della popolazione mondiale vive in condizione di povertà, mentre il 25 % vive in condizione di povertà estrema⁹⁰.

L'Africa, soprattutto l'Africa sub sahariana, è il solo continente in cui il numero dei poveri è in crescita continua e dove, da qualche decennio ormai, è in atto una tendenza all'arretramento del tenore di vita. Quello che risulta fondamentale vedere a questo punto sono le radici politiche della povertà (povertà che poi si riconduce alla localizzazione geografica della diffusione dell'Aids). Si intende il concetto di povertà che nasce dall'idea occidentale di crescita e di sviluppo, mettendo tutti i paesi al mondo su una linea di progressione economica, riconosce i paesi del nord (con economie più forti e stili di vita più benestanti) come primi nella fila dello, e per lo, sviluppo. 'E necessario trovare nella storia passata le motivazioni dei cambiamenti le cui radici si alimentano in essa. Le radici politiche della povertà si innestano in un sistema internazionale che si è plasmato negli anni, passando attraverso la indispensabile tappa del colonialismo. Questo avvenimento è stato un forte motore di aggregazione delle economie mondiali, delineando una struttura gerarchica che permane, pur con grandi cambiamenti concettuali, grossomodo ancora oggi.

Negli anni settanta l'Africa si trova in una situazione di "mancato decollo" economico, non sembra esservi per i paesi africani altra alternativa che negoziare con

il Fondo Monetario Internazionale, FMI, programmi di stabilizzazione per equilibrare i bilanci e contenere i deficit per mezzo di azioni di contrazione delle economie mediante tagli all'amministrazione statale, congelamento dei salari e con la Banca Mondiale percorsi di aggiustamento strutturale, per promuovere meccanismi di mercato e diminuire l'intervento statale nelle economie. La Banca Mondiale, a iniziare dal Berg Report del 1981⁹¹, individua il problema della mancata crescita in Africa nell'eccessivo controllo degli Stati sulle economie⁹²: coerentemente con le teorie economiche di questi anni, si mette al centro delle riforme economiche la società civile e il settore privato secondo il motto "più mercato meno stato". Questo in un contesto già particolarmente precario, dove gli stati hanno infrastrutture che, nella maggioranza dei paesi dell'Africa, sono gravemente carenti, soprattutto gli ospedali, le scuole, le reti idriche ed elettriche e così via, e dove mancano grandi settori imprenditoriali interni. Le privatizzazioni che seguirono, così (alla luce della mancanza di una classe imprenditoriale forte e definita), non cambiarono molto, l'accesso privilegiato alle risorse di investimento e di aiuti rimasero nelle mani di chi deteneva le redini del potere⁹³, creando larghe sacche di corruzione e una progressiva emarginazione della popolazione. Fra le persone più emarginate, e più vulnerabili, sono le popolazioni rurali delle regioni in cui la terra serve solo per l'autosussistenza, le donne, i giovani senza scolarizzazione o formazione quindi senza speranza di impiego.

Negli anni ottanta esplode la crisi del debito estero dei paesi in via di sviluppo, alla quale si diede inizialmente poco peso, innescando un circolo vizioso fatto di accumulazione degli arretrati non pagati, seguiti da continui nuovi prestiti per ripagare antichi debiti, arrivando fino a raggiungere gli attuali insostenibili livelli. Soltanto nel 1996 la BM e il FMI, di fronte alla gravità del problema del debito dei paesi poveri e alla sua intrattabilità con i sistemi tradizionali, lancia la iniziativa HIPC (Heavily Indebted Poor Countries), con l'obiettivo di riportare entro limiti sostenibili il debito estero di alcuni paesi. 36 dei 41 paesi interessati dalla iniziativa sono nell'Africa sub sahariana⁹⁴. Con la crisi del debito diviene anche evidente il totale fallimento dei programmi di aggiustamento strutturale promossi dalla BM e dal FMI⁹⁵.

L'Africa sub sahariana è, oggi, la regione più povera e più vulnerabile del sistema internazionale. Nella maggior parte dei paesi africani, i decenni di politiche economiche sbilanciate e miopi hanno favorito lo sviluppo di centri urbani e trascurato non solo lo sviluppo dell'agricoltura ma anche quello delle infrastrutture in aree rurali,

questo ha causato e causa alti tassi di migrazione interna, sia maschile che femminile, e alti tassi di urbanizzazione. Secondo la Banca Mondiale, le città africane crescono ad un tasso medio del 5 % all'anno⁹⁶. Questo rapido processo di inurbamento avviene in un ambiente impreparato socialmente, culturalmente e, soprattutto, strutturalmente (mancanza di abitazioni, servizi igienici, acqua, servizi educativi e sanitari). La grande maggioranza dei disoccupati provenienti dalle zone rurali è destinato a rimanere tale anche nelle città. Disgregazione sociale, prostituzione e diffusione dell'alcolismo sono gli ultimi anelli di questa catena; tutti comportamenti che rendono il rischio di contagio di Hiv molto alto. In Africa, il tasso di sieropositività è particolarmente alto nelle zone urbane, anche se è in rapido aumento anche nelle zone rurali: chi si è installato in città spesso visita il villaggio originario⁹⁷.

Dal 1970 al 1997, l'Africa sub sahariana fu l'unica regione al mondo a subire una netta diminuzione nella produzione di cibo, nella disponibilità delle quantità minime necessarie pro capite di proteine e calorie. In 10 paesi (tra cui Zimbabwe, Kenya, Uganda, Zambia e Malawi) l'approvvigionamento di proteine diminuì di più del 15 %. Diciotto delle diciannove carestie avvenute nel mondo dal 1975 al 1998 furono in Africa, dove 30 per cento della popolazione della regione è malnutrita. I rifugiati dai conflitti interni ed esterni affollano campi con situazioni sanitarie drastiche e dove l'approvvigionamento del cibo è scarso⁹⁸. La diffusione dell'Aids è particolarmente facile in una tale situazione.

3.1. Alcuni volti della povertà in Africa:

Servizi Sanitari carenti: La povertà determina non solo le condizioni biologiche per una maggiore suscettibilità all'Aids ma limita, anche, drasticamente le opzioni possibili per curarla. Povertà significa, anche, strutture sanitarie fatiscenti, male equipaggiate, senza farmaci e gestite da personale scarsamente preparato. In molti casi la percentuale della popolazione che utilizza i servizi sanitari "moderni" non arriva al 20 %⁹⁹. Una delle conseguenze di tale stato è che molte malattie vengono diagnosticate tardivamente e trattate in modo incompleto, o non vengono diagnosticate affatto. Questo favorisce la diffusione dell'Hiv.

Povertà significa anche mancanza di accesso ai medicinali ARV che potrebbero arrestare il progresso della malattia. Anche se il prezzo degli ARV è nettamente diminuito negli ultimi anni, rimane ancora troppo costosi e sono alla portata di solo l'1

per cento della popolazione africana. Tuttavia, anche se si distribuissero questi farmaci gratuitamente (come è alla base del Global Fund), rimarrebbero grandi ostacoli nel risolvere la situazione della massa di sieropositivi africani. Analfabetismo, ignoranza, discriminazione e, soprattutto, sistemi sanitari disastrosi che non sono in grado di gestire la massa dei malati né di raggiungere tutti, rendono l'assunzione di trattamenti cronici particolarmente difficile; un problema che deve essere affrontato su vari livelli. Da ricordare che, i farmaci per il trattamento della tubercolosi è distribuito gratuitamente in quasi tutti i paesi africani, eppure la malattia è lungi dall'essere debellata.

Analfabetismo e ignoranza: Povertà significa strutture scolastiche inadeguate e carenti, significa accesso limitato alle scuole, perché per la maggioranza delle famiglie non si è ancora assicurato una necessità prioritaria: la sussistenza alimentare. La mancanza di educazione e di conoscenza, in un ambiente arretrato e chiuso, riduce fortemente la gamma di scelte a disposizione degli individui, riduce le possibilità di apprezzare i problemi e comprendere le possibili soluzioni, di adottare le possibilità di prevenzione.

Discriminazione verso le donne: La comprensione della diffusione dell'Aids, e della povertà, non può prescindere dalla considerazione dei rapporti tra i generi: i ruoli, i tipi di relazioni, le opportunità, che l'essere nati femmine o maschi comporta o impone. Richiamando il lavoro di Joan Scott, il genere è il primo terreno al cui interno il potere si manifesta¹⁰⁰, l'Aids si diffonde lungo le linee di disuguaglianza nell'esercizio del proprio potere di scelta.

Così, la povertà è legata anche ad una più dura ed ostinata discriminazione ai danni delle donne. Negli ultimi quarant'anni il periodo di scolarizzazione media delle donne africane è cresciuto di 1,2 anni, la crescita più bassa al mondo. Come emerge dal saggio di Amartya Sen sullo sviluppo come libertà¹⁰¹, il livello di povertà di una popolazione è maggiore quanto maggiore è il livello di analfabetismo delle donne. Così, le donne nei paesi poveri sono più a rischio di infettarsi perché il loro stato di povertà implica la frequente emarginazione ed impossibilità di decidere con chi e quando avere rapporti sessuali. Nella maggior parte dei casi non è una questione di sesso, ma di potere; ricordando, come delineato sopra, lo sgretolamento dei sistemi e valori tradizionali in un contesto di crescente povertà e mutamento sociale.

Pratiche culturali e sociali deteriori: Povertà significa sopravvivenza, e attecchimento, di pratiche culturali deleterie come, per esempio, quella di ereditare la

moglie di un fratello deceduto. In molte aree, quando un uomo muore, la sua moglie viene ereditata dal fratello più anziano. Se l'uomo è morto di Aids, ci sono forti probabilità che la moglie sia sieropositiva, e che il contagio venga trasmesso al nuovo marito e alla moglie, o mogli, di questo.

Urbanizzazione incontrollata: Povertà significa alti tassi di migrazione e mobilità interna, sia maschile che femminile e alti tassi di urbanizzazione non controllata ne capace di accogliere le masse di migranti.

Conflitti e guerre civili: Povertà significa facilità di manipolare masse crescenti di diseredati: la manovalanza necessaria per combattere le guerre civili che stravolgono il continente. L'esclusione insieme al crescente divario nell'accesso alle risorse e ai consumi favorisce il rifugiarsi in identità particolari, l'erosione della coesione e della stabilità sociale. Almeno 20 dei 48 paesi dell'Africa sub sahariana sono attualmente tormentati da violenti conflitti sociali o vere e proprie guerre civili. Dalla seconda guerra mondiale in poi sono i civili, e non i militari, a costituire la maggioranza delle vittime dei conflitti, con le donne ed i bambini che soffrono di più.

Mary Kaldor e Robin Luckham¹⁰² individuano le cause fondamentali dei conflitti nell'eredità di autoritarismo e di cultura politica repressiva, dalla perdita di legittimità che inizia in Africa in alcuni casi già a ridosso delle indipendenze e nella maggior parte dei casi negli anni settanta, quando varie congiunture di crisi, dalla recessione alla crisi ambientale, rivelano l'impossibilità, l'incapacità o la mancanza di volontà a promuovere politiche di sviluppo^{103, 104}. 'E dalla iniqua divisione ed accesso alle risorse che scaturiscono molti dei conflitti che travagliano i paesi dell'Africa sub sahariana, mascherandosi spesso dietro rivendicazioni culturali¹⁰⁵.

Il tasso di sieropositività fra i militari (come si è già delineato osservando l'epidemiologia sociale dell'Hiv/Aids) dei paesi africani è molto più elevato di quello presente nella popolazione civile. Per le numerose bande di milizie armate non esistono dati, ma è ragionevole supporre che la situazione sia simile, se non peggiore. Il corollario della violenza carnale che accompagna tutte le guerre sembra essere anche peggiore nel contesto degli attuali conflitti africani. Precedentemente, si è esposto il caso della guerra tra l'Uganda e la Tanzania, nel 1978-79, come causa importante di diffusione dell'Hiv/Aids in quella regione. Oggi, le situazioni che hanno portato ad una tale diffusione della malattia in quella regione sono presenti in almeno 20 paesi dell'Africa sub sahariana.

Rifugiati e sfollati: Conflitti e guerre producono, fra le altre calamità, milioni di sfollati e rifugiati. In Africa ci sono circa 3,5 milioni di rifugiati e circa 5 milioni di sfollati, su una popolazione totale di circa (queste sono comunque cifre in continua evoluzione). Queste persone, spesso ammassate in aree ristrette, sovraffollate, prive di servizi sanitari degni di questo nome, sono estremamente vulnerabili ad ogni tipo di infezione, così anche all'Hiv. Stress e sovraffollamento, assieme alle condizioni precarie e difficili da sopportare, promuovono violenza e promiscuità, anche questi fattori che favoriscono la diffusione dell'Hiv/Aids¹⁰⁶. Inoltre, la presenza di guerre e conflitti implica il dispiegamento di militari e soldati, come discusso sopra, questa categoria risulta quella con il più elevato tasso di infezione, fino al 40-50 per cento in paesi dove l'Hiv è presente da almeno un decennio, mentre tra 20-40 per cento negli altri paesi dell'Africa sub sahariana¹⁰⁷.

3.2. Come interpretare il mondo?

Lo storico dell'Aids, Allan Brandt, scrisse le seguenti parole nel 1988: “Negli anni futuri noi sicuramente verremo a conoscere molto di più sull'Aids e su come controllarla. Impareremo, inoltre, molto sulla natura della nostra società dal modo in cui noi affronteremo questa malattia. L'Aids diventerà il metro di paragone in base al quale noi misureremo non solo le nostre capacità mediche e scientifiche ma anche la nostra capacità di giustizia e compassione”¹⁰⁸.

Osservando i dati esposti, riflettendo sui legami fra la povertà e l'Aids, si potrebbe concludere che è una situazione inevitabile, che viviamo in un mondo dove i processi di accumulazione delle ricchezze, le modalità in cui viene espresso il potere ed in cui vengono sviluppati i valori sociali sono diretti da forze che vanno oltre il controllo degli individui o delle nazioni. Si può, però, altresì concludere che il mondo e la struttura internazionale asimmetrica sono conseguenza delle azioni umane. Così, l'accumulazione delle ricchezze può essere spiegata in base alle forze politiche nazionali ed internazionali ed agli orientamenti economici.

Astenendosi dall'attribuire giudizi di valore, è innegabile che il sistema che osserviamo è gravemente ineguale ed asimmetrico. Attraverso i dati della diffusione dell'Aids si pensa che emerga in modo evidente questa asimmetria perché è ricalcata fedelmente dalla forma e diffusione geografica che assume la malattia a livello globale, nonché dall'incapacità dei paesi colpiti a fargli fronte e dalla scarsa volontà

politica del mondo “ricco” di rimediarvi. Espandere la visione dell’Aids, oltre al fatto di essere una crisi sanitaria, permette di vedere le asimmetrie strutturali globali che ne determinano la sua forma e diffusione. Parlare di ed affrontare il tema dell’Aids, se fatto in modo lucido, intelligente ed onesto, alza uno specchio dinanzi al mondo che ci troviamo davanti.

‘E necessario riconoscere che il contesto in cui si sviluppa l’Aids è caratterizzato dall’affermazione globale del neoliberismo – un contesto nel quale il rapido movimento dei capitali è privilegiato rispetto agli investimenti a lungo periodo e l’abilità delle persone di assicurarsi un proprio sostentamento¹⁰⁹. Il punto centrale è che l’Aids si diffonde, anche, a causa di una forte diseguaglianza nella ricchezza (che implica disponibilità di mezzi e strutture per difendersi dal contagio e possibilità di scegliere di agire in modo prudente), il quale è un prodotto, intenzionale o meno, del sistema economico odierno.

L’asimmetrica divisione delle ricchezze e l’ineguale accesso agli sviluppi dei nostri tempi ha portato alcuni osservatori internazionali a paragonare il sistema mondiale che si va affermando al sistema razzista di Apartheid del Sud Africa¹¹⁰. Il sistema di “*Apartheid globale*” viene definito come un *sistema internazionale di governo della minoranza* i cui attributi includono: accesso differenziale ai diritti umani basilari; ricchezza e potere strutturato in base all’appartenenza razziale e, soprattutto, al luogo; razzismo strutturato integrato nei processi economici globali, nelle istituzioni politiche e nei presupposti culturali; la consuetudine e pratica dell’applicazione a livello nazionale ed internazionale di un doppio criterio che legittima un grado inferiore di diritti ad alcuni “altri”, definiti in base del luogo, origine, razza o genere¹¹¹. Viene sottolineato come tale concetto sia appropriato perché cattura alcune dinamiche dell’ordine mondiale odierno che non sono altrimenti colte da concetti quali “neoliberismo” e “globalizzazione”.

Come l’Apartheid in Sud Africa, l’Apartheid Globale crea grandi disparità nelle ricchezze, nelle condizioni di vita e nel accesso alle istituzioni che detengono un reale ed effettivo potere decisionale. Queste affermazione partono dal fatto che i paesi che formano il G8 (i “Grandi 8”) rappresentano il 12 % della popolazione mondiale, ma utilizzano ed hanno accesso a più del 70 % delle risorse globali, in termini di ricchezza, e dominano tutte le istituzioni che detengono potere coercitivo e decisionale¹¹². Uno studio condotto dalla Banca Mondiale nel 1999 sulle ineguaglianze nei redditi, stima che l’1 % più ricco della popolazione mondiale riceve

uno stipendio pari al 57 % più povero. Lo studio, inoltre, nota come più di tre quarti delle differenze rilevate sono tra differenze tra paesi, mentre il restante è rilevato nelle differenze all'interno dei paesi¹¹³.

Riconoscere il concetto di “Apartheid Globale” come consono all'interpretazione del sistema internazionale può non essere condivisa. Non è questa la sede per dibattere sulla sua più o meno rilevanza interpretativa. Ciò che preme sottolineare è come le ineguaglianze, cuore di questo concetto, siano un modo per spiegare la diffusione dell'Aids e comprendere perché questa malattia abbia colpito in modo così violento alcune aree piuttosto che altre.

Rispondendo alla domanda sottintesa nel corso di questo capitolo, cioè, perché l'Africa sia stata così fortemente colpita dalla diffusione dell'Hiv/Aids, una risposta è che l'Africa era ed è il continente più vulnerabile.

Il virus dell'Hiv/Aids si è diffuso in modo così capillare e veloce, infettando tutte le fasce di età, in alcune aree dell'Africa sub sahariana perché:

- L'epidemia ha trovato canali di diffusione nella povertà e precarietà delle condizioni di vita (con tutti i corollari che abbiamo esaminato, primo fra tutti la disparità fra i generi) che si sono create in Africa. La crescente diffusione della povertà ha lasciato le popolazioni africane vulnerabili ed indifese al contagio.
- L'assenza di solide strutture pubbliche, soprattutto la mancanza di strutture pubbliche sanitarie, ha reso quasi impotenti di reazione i governi dinanzi all'esplosione dell'epidemia. Tali strutture pubbliche invece di essere potenziate sono state fortemente indebolite da politiche liberali che hanno costretto a tagli di bilancio in situazioni già precarie.
- La diffusione dell'epidemia dà luogo ad un circolo vizioso in cui la persistenza della povertà nei paesi meno sviluppati trasforma queste nazioni in veri e propri serbatoi d'infezione che aggravano ancora la povertà delle condizioni di vita.
- L'assenza di un accesso facilitato alle strutture sanitarie, e soprattutto ai farmaci essenziali per diminuire i rischi di contagio e alleviare le sofferenze dei già malati.
- La mancanza di una vera volontà politica, sia internazionale che nazionale, di affrontare concretamente la situazione. Il disinteresse della classe politica africana è particolarmente lampante¹¹⁴.
- La storia politica, recente e passata, travagliata, distribuzione ineguale delle risorse condizioni di vita precarie hanno facilitato l'esplosione di conflitti e guerre, le

quali, creando gravi sconvolgimento al tessuto sociale, aprono canali di diffusione incontrollata all'Aids.

TERZA PARTE : PERCHE' L'UGANDA?

Sezione prima: HIV/AIDS IN UGANDA, EVOLUZIONE E IMPATTO

In questa sezione della tesi viene descritta la diffusione dell'epidemia di Aids in Uganda e le sue caratteristiche specifiche in questo paese. Verranno mostrati i dati a favore della diminuzione dell'epidemia nel paese, esaminando le principali modalità di reperimento delle statistiche, i canali di diffusione nonché i principali effetti che ha avuto sulla sua popolazione.

1. Evoluzione e distribuzione dell'epidemia

L'Uganda è stata una delle prime nazioni africane a presentare casi di infezione da Hiv/Aids. La sua esperienza viene oggi riconosciuta dal mondo scientifico e accademico internazionale come primo caso africano positivo di intervento su questa malattia.

Durante i primi anni ottanta era già presente fra la popolazione ugandese la consapevolezza che stava emergendo una nuova malattia, la quale fu comunemente, e per un tempo anche da parte degli stessi medici, etichettata con il nome di "Slim"¹¹⁵, a causa del visibile effetto di grave deperimento fisico di coloro che ne erano affetti.

Nel 1984 arrivò nel Distretto di Rakai, sulle riva del Lago Vittoria al confine con la Tanzania, il primo *District Medical Officer*, il dottore ugandese Anthony Lwegaba. Durante lo stesso anno il Dott. Lwegaba iniziò ad osservare nel distretto l'espandersi di una epidemia le cui caratteristiche ricordavano ciò che in quegli anni si iniziava a leggere sull'Aids. Osservò che la popolazione locale indicava tale epidemia come *Slim*. Le ricerche condotte dal medico rivelarono che l'epidemia aveva catturato l'attenzione della popolazione locale già dal 1982 e che i più colpiti erano i giovani adulti maschi che esercitavano attività commerciali lungo e attraverso la frontiera con la Tanzania¹¹⁶. Il Dott. Lwegaba non arrivò ad affermare, come più tardi si riconoscerà, che *Slim* e Aids sono la medesima cosa, bensì che *Slim* è una malattia che logora l'organismo, la quale potrebbe avere cause multiple, una delle quali potrebbe essere l'Aids. Casi di *Slim* furono riconosciuti nel sud-ovest del paese dal 1982,

quando l'ospedale di Kitovu comunicò al Ministero della Sanità (MdS) di aver osservato nell'arco dell'anno almeno 84 casi¹¹⁷. Sempre nel 1982 alcuni medici dell'ospedale Mulago (a Kampala) riscontrarono casi di diarrea, deperimento fisico e altre caratteristiche ormai comuni alla *Slim*. Poco dopo, notarono giovani uomini con casi acuti di sarcoma di Kaposi, una forma di cancro solitamente riscontrato nella popolazione anziana, ma che proprio in questi anni diveniva noto come uno dei sintomi più comuni dell'Aids tra i giovani omosessuali del nord America.

La prima chiara affermazione della possibile apparizione dell'Aids in Uganda fu fatta dall'esperto in malattie neoplastiche Charles Owenly che spiegò così la improvvisa prevalenza di sarcoma di Kaposi tra i giovani.

Nel 1983 venne isolato il virus dell'Aids (Hiv-1), rendendo in tal modo possibile l'esame del sangue ritenuto infetto. Nel 1984 il sangue dei pazienti del Mulago con sarcoma di Kaposi fu inviato per essere esaminato in Inghilterra. Ben presto i risultati delle analisi indicarono che i malati erano Hiv positivi. Poco dopo arriva al Mulago il rapporto redatto dal Dott. Lwegaba, che ipotizza una possibile implicazione dell'Aids nell'epidemia *Slim*. Per ordine del Presidente ugandese Obote fu formato un gruppo di ricerca, tre medici occidentali e tre ugandesi, che visitarono Masaka e Rakai e raccolsero campioni di sangue i quali rivelarono che i pazienti diagnosticati con la *Slim* erano anche Hiv positivi. All'inizio del 1986 un gruppo di medici, che attualmente costituiscono la *Clinical Commitee on Aids*, pubblicarono un loro rapporto secondo il quale: “sia *Slim* che l'atipico sarcoma di Kaposi sono parte dello spettro di malattie opportunistiche dell'Aids, la quale è causata dal virus Hiv”, aggiungendo che tale epidemia si stava diffondendo ad una velocità allarmante, con le prime stime dei tassi di sieropositività della popolazione già al 10 %¹¹⁸.

L'Uganda nel 1985 era stravolta dalla guerra civile. Le notizie sull'Hiv/Aids non giunsero alla stampa finchè il governo Obote non fu rovesciato e ricomparve il “Weekly Topic” che le pubblicò nelle sue edizioni di settembre nel 1985¹¹⁹. Con le scoperte riguardanti l'epidemia Hiv/Aids in Uganda ora di dominio pubblico e la scena politica in un momento di transizione e di mutamento, l'evoluzione dell'epidemia sarà profondamente legata al percorso politico intrapreso dal paese e segnerà un cambiamento ed una sfida importante, non soltanto per il sistema sanitario. Tra il 1985 e il 1986 nasce la piena consapevolezza nell'ambiente scientifico ugandese della comparsa dell'Hiv/Aids e della sua rapida diffusione nel paese; in questi anni arriva anche al potere il National Resistance Movement, NRM, di Y.K. Museveni,

tuttora al governo. Questa coincidenza di eventi lega in modo indissolubile il cammino della ricostruzione ugandese con quello della lotta all'Hiv/Aids. Prima di analizzare in maggior dettaglio l'intrecciarsi tra politica nazionale e lotta all'Aids e le risposte attuate negli anni successivi alla comparsa del virus, è necessario tracciare un quadro fattuale dell'evoluzione dell'epidemia in Uganda.

1.1 I dati dell'epidemia

L'Uganda è una delle nazioni africane meno urbanizzate, con circa l'80 % degli abitanti residenti nelle zone rurali. Il 40 % della popolazione ha meno di 15 anni¹²⁰.

Su una popolazione totale di circa 24 milioni¹²¹, il numero cumulativo stimato, dal *Ministry of Health Surveillance Unit*¹²², di persone vive con l'Hiv a fine 2001 è di circa 1,050,555, di cui circa 120,000 hanno sviluppato l'Aids e oltre 940,000 ne sono morti dall'inizio dell'epidemia. Il Ministero della Sanità, MdS, ha stimato che solo nel 2002, le nuove infezioni di Hiv sono state circa 70,170, i nuovi casi di Aids circa 73,830 e le morti da Aids circa 75,290¹²³.

Quasi l'80 % dei malati di Hiv/Aids hanno fra i 15 e i 45 anni di età, la parte più produttiva della società, considerando soprattutto il tipo d'economia prevalentemente agricola del paese. Le ragazze adolescenti fra i 15-19 anni sono dalle 3 alle 6 volte più vulnerabili all'infezione Hiv rispetto ai loro coetanei maschi. I bambini pagano un costo molto alto per questa situazione. Circa 2 milioni di ragazzi sotto i 18 anni sono stati resi orfani dall'epidemia¹²⁴. Secondo gli ultimi dati dell'UNAIDS e dell'OMS, alla fine del 2003 in Uganda circa 530,000 persone vivevano con l'Hiv¹²⁵; 450,000 adulti, 270,000 donne e 84,000 bambini. Durante il 2003 si sono avuti circa 78,000 morti da Aids e con un numero di ragazzi sotto i 17 anni rimasti orfani¹²⁶ a causa dell'epidemia (di almeno un genitore se non entrambe) di circa 940,000¹²⁷.

Secondo il *STD (Sexually Transmitted Diseases)/Aids Controll Programme*¹²⁸ del Ministero della Sanità, MdS, ugandese, nel 2002 i tassi d'infezione di Hiv/Aids in Uganda variavano da un minimo di 0,7 %, nell'ospedale di Matani, Distretto di Moroto, ad un massimo dell'11,9 % all'ospedale Lacor, Distretto di Gulu, con un dato medio nei 59 distretti ugandesi di circa il 6,2 % (il tasso nel 2001 era del 6,5 %). Inoltre, i tassi d'infezione variavano fra il 7,9 %, nelle principali zone urbane, ed il 5,1 % nelle zone rurali, a testimonianza del legame con la mobilità interna. Secondo il

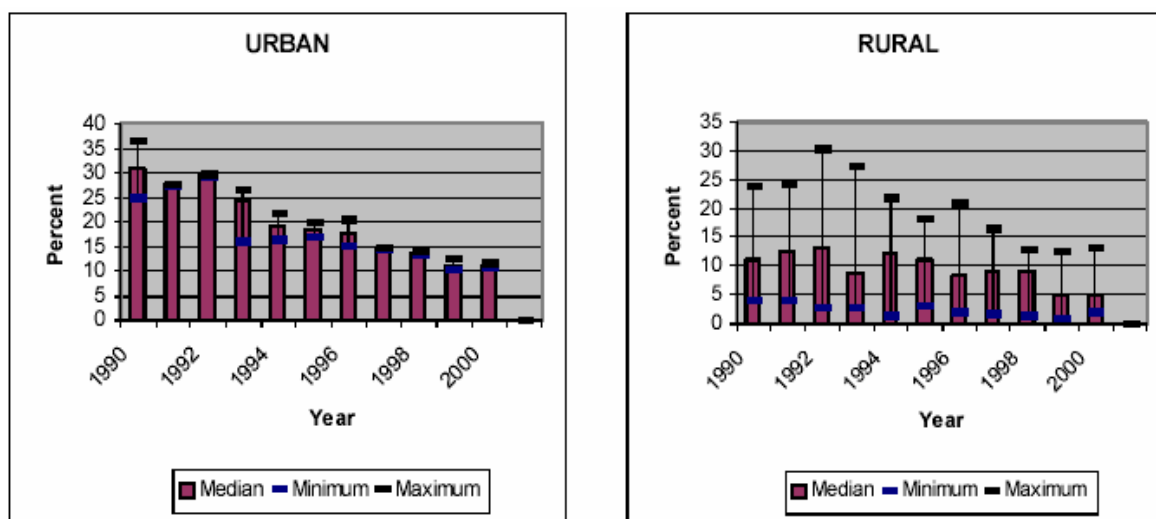
MdS il tasso medio nazionale di prevalenza da Hiv nel 2002 era circa del 5 %, confrontato al 5,4% del 2001 ed il 5,2 % del 2000¹²⁹.

Anche se vi sono discordanze fra i dati forniti dalle organizzazioni internazionali OMS/UNAIDS e le agenzie o studi del MdS ugandese, i dati sono in linea di massima simili¹³⁰. Possiamo concludere che, negli anni fra il 2001 ed il 2003 il tasso di infezione di Aids era di circa 6,2 % nelle cliniche sentinella per gestanti e di circa il 5 % come media dell'intera popolazione.

Come già detto, i primi casi di Hiv/Aids comparvero in Uganda verso il 1982 nel distretto di Rakai nel Sud-ovest del paese, anche se alcuni studi rintracciano i primi focolai in questa zona già negli anni settanta o addirittura negli anni cinquanta¹³¹. Un'indagine nazionale condotta nel paese nel 1987/88 dichiarò un tasso di infezione nazionale di circa il 9 % della popolazione¹³². L'epidemia quindi si diffuse velocemente in tutto il paese e per il 1990 i casi furono rilevati in quasi tutti i distretti ugandesi¹³³.

Con l'evolversi dell'epidemia si rivelò una netta differenza fra le zone urbane e le zone rurali. Nelle zone urbane i tassi d'infezione di Hiv/Aids aumentarono a ritmi relativamente molto più elevati rispetto alle zone rurali, vedi figura 7. Eppure, a questa tendenza, si mostrano subito eccezioni, come il caso del Distretto di Gulu nel nord del paese, al confine con il Sudan, il quale è un centro rurale eppure ha mantenuto tassi d'infezione molto elevati rispetto alla media del paese. Il collasso dell'infrastruttura sociale e il dislocamento di grandi quantità di persone, causato dall'intensificarsi della guerriglia nella zona¹³⁴, è responsabile della esplosione dei contagi in tutto il Nord.

Fig.7



Fonte: UNAIDS/WHO Epidemiological Fact Sheet, update 2002¹³⁵.

I tassi d'infezione continuarono a salire vertiginosamente fino ai primi anni novanta, quando raggiunsero a livello nazionale una percentuale del 18% della popolazione. La crescita vertiginosa di malati raggiunse un picco nel 1992, quando in alcune delle zone urbane più colpite si registrarono tassi di infezione fino al 30 %¹³⁶. A Kampala, la capitale e la zona urbana di maggiore estensione e densità, il tasso di infezione raggiunse in quell'anno il 29,4%, mentre i tassi medi di prevalenza di Hiv nelle cliniche per gestanti fuori dalle zone urbane furono del 13%. Fra le lavoratrici sessuali prese in analisi durante i primi anni Ottanta a Kampala, i tassi di prevalenza di Hiv erano attorno all'80 %¹³⁷.

Il 1993-4 segna un momento di svolta per l'evoluzione dell'epidemia Hiv/Aids in Uganda. Tutte le fonti reperibili indicano che attorno a questo periodo i tassi di infezione di Hiv indicano, nell'intero paese, l'inizio di un'inversione di tendenza. L'inarrestabile impennata di malati di Hiv/Aids sembra lentamente iniziare ad arrestarsi. A Kampala i tassi di infezione scendono dal 13,80 % nel 1998 all'11,25 % nel 2000 fino all'8 % nel 2002. I tassi medi di prevalenza di Hiv nelle cliniche per gestanti fuori dalle zone urbane si riducono al 5,9 % nel 2000, mentre i tassi di infezione fra le lavoratrici sessuali prese in analisi a Kampala arrivano al 28 %. Studi condotti sugli studenti di alcune scuole secondarie nel distretto di Gulu, nel nord Uganda, notano una diminuzione dal 2 % nel 1994 all'0,8 % nel 1998¹³⁸. Pur rimanendo all'interno del paese rilevanti differenze nella diffusione dell'epidemia, in tutti i distretti osservati si riscontra dopo il 1993 un declino dei tassi di infezione.

1.1.1 Differenza fra zone urbane e zone rurali.

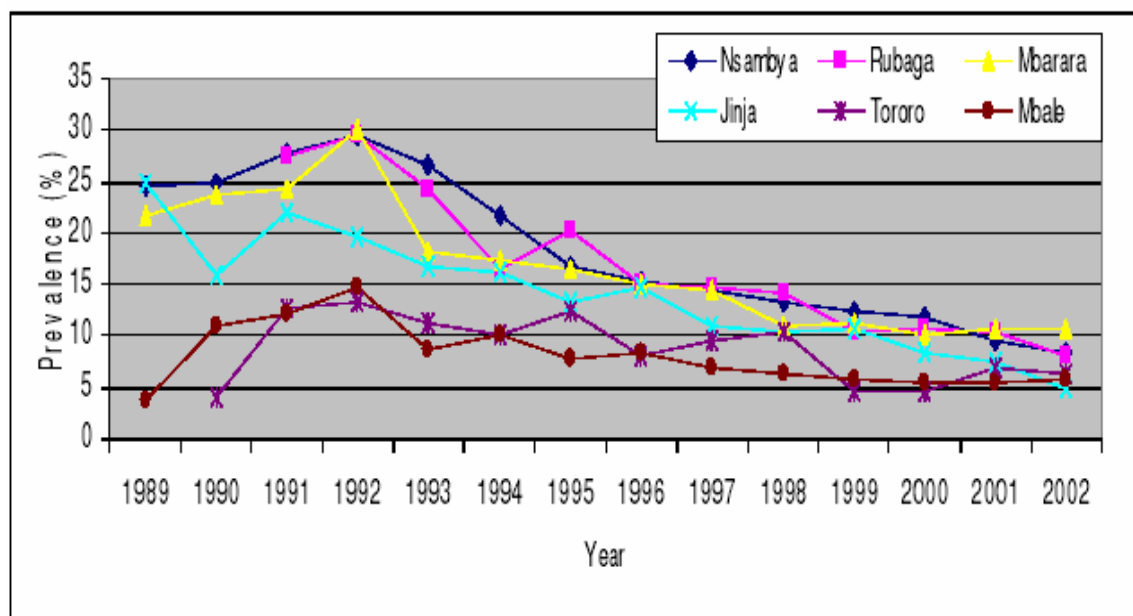
Il calcolo della diffusione dell'epidemia nel paese viene fatto dividendo i dati raccolti in due generiche categorie di "maggiori zone urbane" e "zone rurali" per favorire una migliore comprensione delle differenze di caratteristiche fra le due aree.

I maggiori centri urbani presi in considerazione, in questa specifica ricerca, sono Nsambia e Rubaga (due ospedali di Kampala), Mbarara, Jinja, Mbale e Tororo. Nel 2002, in queste zone, i tassi di prevalenza nelle cliniche sentinella variavano dal 5,0 % a Jinja al 10,8 % a Mbarara. Il tasso di prevalenza medio per tutte e sei le zone è in diminuzione (7,2% nel 2002, 8,4% nel 2001 e 9,1% nel 2000). Nel 2002, il tasso di prevalenza medio per Nsambia e Rubaga, entrambi nella capitale, era del 8,3 %. I tassi

in queste due cliniche sentinella della capitale sembrano in continua diminuzione, da un apice del 29,4 % nel 1992 al 8,3 % nel 2002, vedi figura 7.

Fig.8

Fig 1: HIV infection prevalence rates among ANC attendees in major towns



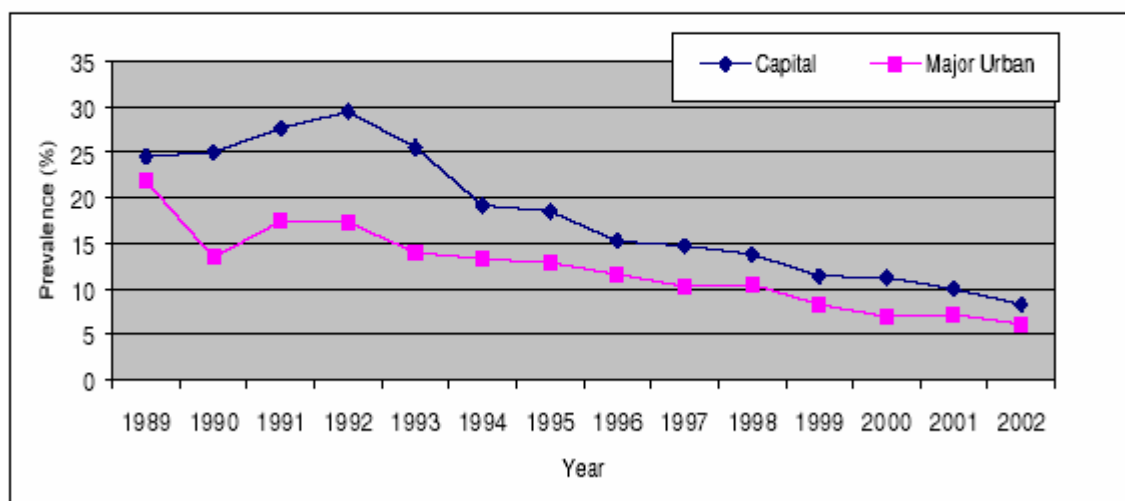
Fonte: STD/HIV/AIDS Sureveillance Report¹³⁹

Per quanto riguarda le zone rurali, i tassi di prevalenza rimasero, in media, decisamente più bassi rispetto a quelli delle zone urbane. Nel 2002, i valori variarono dallo 0,7 % a Matany all'11,9% al St. Mary's hospital di Lacor, Gulu. Il tasso di prevalenza medio sembra essere rimasto relativamente stabile dal 1998 al 2002, oscillando fra il 4 e il 6 per cento, con una spinta verso l'alto dovuta agli alti valori registrati nell'ospedale di Lacor nel Distretto di Gulu, i maggiori registrati negli ultimi anni, sia nelle zone rurali che in quelle urbane¹⁴⁰.

In conclusione, la diffusione dell'Hiv/Aids in Uganda si differenzia fra zone rurali e zone urbane, le prime con un tasso medio di prevalenza nel 2002 attorno al 4,6 %, relativamente più basso rispetto al 7,2 % riscontrato nelle zone urbane nello stesso anno. La capitale, Kampala, è la zona urbana più colpita dall'epidemia, vedi figura 9, anche se, pur con tassi generalmente più bassi, è una zona rurale a detenere il primato di maggiore diffusione dell'epidemia: il distretto di Gulu.

Fig.9

Fig 2: Median HIV infection prevalence rates among ANC attendees in Capital City (Kampala) and major towns (Mbarara, Jinja, Mbale and Tororo)



Fonte: STD/HIV/AIDS Sureveillance Report¹⁴¹

1.1.2 Differenza fra classi di età.

Quasi il 50 % della popolazione dell'Uganda ha meno di 15 anni¹⁴², mentre circa 10 milioni, sui 24 milioni totali, ha fra i 15 e i 49 anni¹⁴³. L'aspettativa di vita alla nascita è in media di 49 anni, (50 per le femmine e 47 per gli uomini)¹⁴⁴.

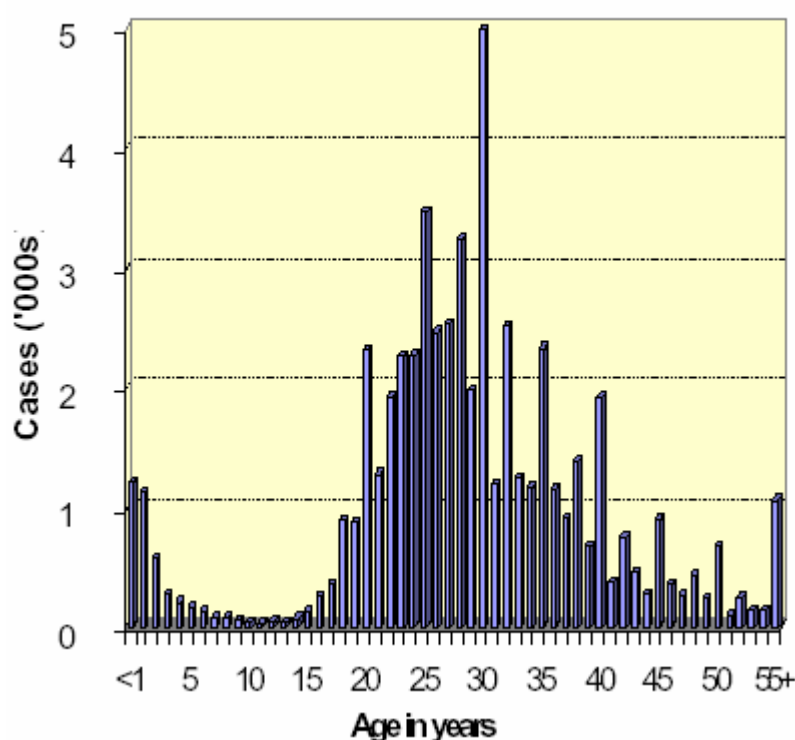
L'Hiv/Aids in Uganda è trasmessa quasi esclusivamente per via eterosessuale, attraverso rapporti sessuali non protetti. Poiché una grande parte della popolazione appartiene alla fascia di età 15-49 anni, che è anche quella più sessualmente attiva, risulta piuttosto evidente come tale epidemia si sia diffusa in modo particolarmente rapido in questo paese. Inoltre, come molti altri paesi poveri, l'Uganda possiede un alto tasso di fertilità (TdF) pari al 7,1%. Il TdF rappresenta il numero medio di bambini che una donna partorisce nell'arco della sua vita. A confronto, va ricordato che il TdF dell'Italia è pari quasi a zero, mentre quello medio dell'Africa subsahariana è di 5,6% e nelle nazioni meno sviluppate (*Least Developed Countries*) è pari al 5,3%. L'Ufficio O.N.U. per la Popolazione stima che il T.d.F. ugandese sia il quinto più alto al mondo. Ogni famiglia in Uganda ha molti bambini, anche per le mancanza di rapporti sessuali protetti, lo scarso accesso agli anticoncezionali e il basso potere sociale delle donne. L'elevato livello del T.d.F. aumenta la probabilità di diffusione dell'Hiv nella popolazione, soprattutto nella popolazione giovane o dalla

madre ai figli. I dati raccolti nel *Surveillance Report 2004* stimano un tasso medio di prevalenza di Hiv del 4,9 % nella la fascia di popolazione che ha dai 15 ai 24 (6,5 % nelle 6 principali zone urbane e 4,1 % nelle zone rurali¹⁴⁵).

La fascia di età più colpita sembra essere quella fra i 20 e i 30 anni di età, con le donne più vulnerabili degli uomini, (ved.Fig.12 STD/AIDS). L'età media dei malati di Hiv/Aids è di 30,9 anni, 33 anni per gli uomini e 29,3 anni per le donne. A causa della trasmissione verticale¹⁴⁶, che in Uganda è ancora molto frequente, vi sono anche molti bambini sieropositivi. Vedi figura 10.

Fig.10

Figure 2. 2: Age of Ugandan AIDS Cases



Fonte: Aids, Public Policy and Child Well-being¹⁴⁷

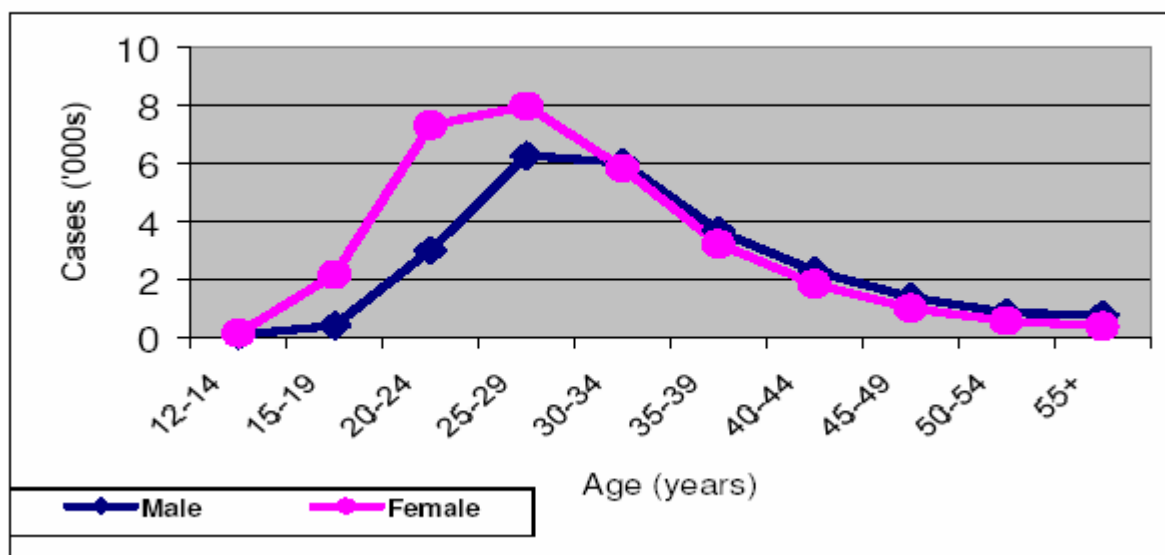
1.1.3 Differenza fra i generi.

L'Hiv/Aids è una epidemia che varia significativamente anche in base al genere (vd. Fig.12 STD/AIDS). I dati riportati dall'*Aids Information Centre (AIC)*¹⁴⁸ indicano che le femmine nella fascia di età fra i 15 e i 19 anni hanno dalle 3 alle 6 volte più probabilità di essere infettate dei loro coetanei maschi. Ciò suggerisce che le ragazze iniziano ad avere rapporti sessuali in età più precoce rispetto ai maschi. La netta

differenza fra la vulnerabilità femminile e maschile all'infezione continua a crescere fino a raggiungere l'apice fra i 20 e i 24 anni di età. Tuttavia, con l'aumento dell'età, tale differenza tende a ridursi e verso i 30 anni è minima. Dopo i 30 anni la tendenza si inverte e fra i maschi risultano i tassi di infezione più elevati. Secondo i dati raccolti presso gli AIC di Kampala (in base agli esami gratuitamente forniti da questa struttura ai ragazzi, maschi e femmine, dai 15-24 anni) nell'arco dei tre anni fra il 2000 e il 2002 il tasso di prevalenza da Hiv nelle ragazze (10,3 % nel 2002) è rimasto nettamente superiore a quello dei ragazzi (2,8 % nello stesso anno). Questa tendenza è presente anche in molti altri paesi africani tanto che si è progressivamente parlato di una femminizzazione dell'Hiv/Aids, anche se la differenza è maggiore nel periodo più vicino alla pubertà, principalmente dai 13-25 anni. Con l'aumento dell'età entrambi i generi divengono similmente vulnerabili all'infezione. La maggiore esposizione femminile all'infezione da Hiv/Aids apre un altro canale di diffusione, quello verticale tra madre e figlio, esponendo maggiormente i neonati al rischio di contagio. Vedi figura 11.

Fig.11

Fig 14: Distribution of Adult AIDS Cases by Age and Sex



Fonte: STD/HIV/AIDS Sureveillance Report¹⁴⁹

1.2 Attività di sorveglianza dell'Hiv/Aids in Uganda

Le principali modalità di sorveglianza e rilevazione dei dati riguardanti l'Hiv/Aids nel paese sono cinque: Hiv/Aids Sentinel Surveillance, sorveglianza dei comportamenti,

sorveglianza dei casi di Aids, sorveglianza dei casi di TB (Tubercolosi), dati forniti dai partners.

Hiv/Aids Sentinel Surveillance. Il M.d.S. raccoglie i dati riguardanti i tassi di infezione da Hiv dalle donne incinte che frequentano i siti sentinella, i quali sono distribuiti in varie località nel paese in modo da rappresentare il maggior numero di distretti. In passato vi erano 19 siti sentinella localizzati negli ambulatori per gestanti presso le strutture ospedaliere; nel 2002 furono creati 5 nuovi siti sentinella per accrescere la rappresentanza dei distretti rurali. Il sangue utilizzato è quello che viene prelevato negli ambulatori per gli esami di routine. Vengono raccolti dai 250-600 campioni di sangue trimestralmente da ogni sito sentinella. I campioni di sangue vengono prima esaminati in loco, per la sifilide o altre patologie richieste dal cliente. Il sangue residuo non utilizzato viene inviato, con cadenza trimestrale, all'*Uganda Virus Research Institute*, UVRI, dove viene testato per l'Hiv utilizzando la tecnica ELISA¹⁵⁰. La raccolta e l'analisi dei campioni di sangue avvengono attraverso procedure disgiunte e anonime¹⁵¹.

Sorveglianza dei comportamenti. I dati riguardanti i comportamenti nei confronti dell'Hiv/Aids sono raccolti attraverso indagini nazionali generali sulla popolazione; indagini a base distrettuale; indagini sui giovani fuori e nelle scuole e quelle su specifiche categorie (come quelle sulle lavoratrici sessuali). I dati sui comportamenti generali delle persone a livello nazionale sono raccolti principalmente attraverso l'*Uganda Demographic and Health Survey Report*, UDHS. L'UDHS è un sondaggio generale sulla popolazione ugandese, condotto ogni cinque anni per raccogliere dati sulla fertilità, mortalità, pianificazione familiare e sulla salute.

I giovani svolgono un ruolo fondamentale nell'epidemia Hiv/Aids. Assicurarsi che i giovani abbiano piena consapevolezza della minaccia che devono affrontare ed essere informati sui loro comportamenti e le conoscenze, su temi quali la sessualità, è di fondamentale importanza per analizzare sia ciò che è successo fino ad ora in Uganda sia come strutturare le future risposte. Il Ministero dell'Istruzione ha condotto in varie scuole indagini di questo tipo, anche se l'attenzione al ambiente scolastico non è ancora molto articolato. Per colmare questa lacuna del governo centrale, sono intervenute varie associazioni private, le quali hanno condotto interviste e ricerche sui comportamenti dei giovani in riguardo all'epidemia Hiv/Aids.

Vengono condotte indagini anche su determinati gruppi "bersaglio", individuati come gruppi a maggiore rischio di infezione. Nella capitale Kampala, è in corso un

progetto ministeriale per studiare la situazione generale delle lavoratrici sessuali. Il monitoraggio viene condotto attraverso indagini anonime fatte alle ragazze consenzienti, alle quali viene anche chiesto un campione di sangue. Essendo la prostituzione illegale in Uganda, non esiste una specifica struttura sanitaria che le assista né una specifica documentazione su di loro¹⁵².

Sorveglianza dei casi di Aids. La diagnosi dei casi di Aids è basata su una serie di sintomi e segni secondo la definizione clinica di Aids formulata dall'OMS. La loro sorveglianza avviene a livello di unità sanitaria¹⁵³, dove vengono diagnosticati. Il trasferimento dei casi di Aids diagnosticati a strutture sanitarie è influenzato da fattori quali la precisione e la completezza dei moduli di rapporto redatti dalle varie unità sanitarie. Il numero di casi di Aids in un distretto, o presso una unità sanitaria, non riflette quindi necessariamente la reale dimensione dell'epidemia in quella zona¹⁵⁴.

Sorveglianza dei casi di TB. I dati sulle infezioni di TB sono raccolti attraverso il programma nazionale di TB/Lebbra, poi comunicati al programma di controllo di STD/Aids. Queste informazioni sono importanti nella rilevazione dei casi di Aids perché la TB è una delle malattie più direttamente correlate con l'infezione di Hiv.

Dati forniti dai Partners. L'utilizzo di ciò che viene chiamata "informazione di seconda generazione", cioè informazione da altre fonti oltre a quella dei programmi ministeriali, è finalizzata alla creazione di una rete di collaborazione con terzi per fornire un quadro della situazione epidemiologica che sia il più completo possibile.

Esistono varie collaborazioni continuative instaurate fra il governo ugandese ed altre istituzioni ed organizzazioni, finalizzate al reperimento e all'elaborazione di dati riguardanti la situazione dell'epidemia Hiv/Aids in Uganda. Tali collaborazioni si possono distinguere fra quelle con organismi internazionali e quelle con centri di ricerca ugandesi, autonomi dal ministero. Fra i primi, è da ricordare la collaborazione fra il governo ugandese e la partnership UNAIDS/OMS. Un'altro esempio è la collaborazione fra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) italiano ed il distretto di Gulu. L'ISS ha continuato a sostenere e seguire la sorveglianza dei casi di Hiv/Aids attraverso il sito sentinella dell'ospedale Lacor nel distretto di Gulu¹⁵⁵. Esempio del secondo tipo di collaborazione è il lavoro svolto dal *Medical Research Council* (MRC) situato presso l'*Uganda Virus Research Institute*, che dal 1990 porta avanti uno studio su gruppi selezionati nella zona sud occidentale del paese nei distretti di Masaka e Sembabule.

1.3 Canali principali di diffusione e *risk factors*

Secondo il MdS, i principali canali di diffusione dell'Hiv/aids in Uganda sono:

- Rapporti eterosessuali non protetti, che rappresentano il 75-80 % delle nuove infezioni, che costituisce la principale modalità di infezione.
- Trasmissione verticale: la trasmissione dalla madre infetta al bambino, anche attraverso l'allattamento, rappresenta circa 18-22 % delle infezioni
- L'utilizzo di sangue infetto, dovuto principalmente alla scarsa igiene di molte strutture sanitarie, rappresenta circa il 2 % di infezioni
- La condivisione di aghi, o altri strumenti appuntiti, con persone infette, rappresenta meno dell'1 % delle nuove infezioni.

È necessario ora analizzare più attentamente alcuni canali principali di trasmissione dell'epidemia e le condizioni che determinano una sua maggiore diffusione e vulnerabilità da parte di alcune categorie di persone.

La Trasmissione Verticale. Uno studio condotto dall'Università di Makerere (Kampala) ha rilevato che oltre il 26% delle madri sieropositive trasmettono il virus ai loro figli prima, durante o dopo il parto. Complessivamente, la Trasmissione Verticale è la causa del 90% dei casi pediatrici di Aids, mentre meno del restante 10% è causato da interventi che richiedono la trasfusione o donazione di sangue o dal contatto con aghi infetti. Le organizzazioni OMS/UNAIDS/UNICEF in una loro ricerca hanno evidenziato che l'allattamento da una madre sieropositiva ha dal 15 al 25 % di probabilità di infettare il neonato. Altri studi hanno rivelato che il 66 % dei casi pediatrici di Aids muoiono prima dei tre anni, l'età media di morte per i bambini nati o infettati alla nascita con l'Hiv è di 2,2 anni. Questo implica una relativa assenza di infezione nei bambini fra i 5-9 anni¹⁵⁶, vedi figura 8.

Il livello di infezioni di Hiv attraverso la Trasmissione Verticale è in continua crescita ed è particolarmente alto a causa anche del lungo tempo di incubazione dell'epidemia Aids in quanto le persone possono vivere a lungo con il virus Hiv prima di sviluppare l'Aids conclamato. Nel frattempo, le donne continuano ad avere bambini, spesso senza sapere di essere sieropositive. La trasmissione dell'Hiv dalla madre al figlio può essere prevenuta e in paesi come l'Italia non avviene quasi più. Servono farmaci, risorse per acquistare latte artificiale e determinate azioni preventive che purtroppo molte madri ugandesi non si possono permettere, così dando la vita a bambine/i che sono condannati presto a morire.

Circoncisione maschile e femminile. Di importanza, per la diffusione dell'epidemia sono le cerimonie tradizionali di circoncisione. Per quanto riguarda la circoncisione maschile, sono frequentemente precedute da un periodo di alta mobilità degli interessati, periodo nel quale i ragazzi spesso sono incitati ad avere multipli rapporti sessuali occasionali. Inoltre, la scarsa igiene degli strumenti utilizzati per la circoncisione rappresenta un notevole rischio specialmente quando il medesimo strumento viene usato su più persone. Anche la circoncisione femminile può essere causa di infezione e diffusione dell'Hiv. Secondo l'UNFPA, il Fondo delle Nazioni Unite per le Popolazioni, poche comunità ugandesi praticano la circoncisione femminile (intesa come mutilazione delle labbra vaginali), interessando circa il 2 % della popolazione. Queste sono prevalentemente i Sabiny nell'Uganda del est, mentre il resto è costituito da immigrati di discendenza somala, sudanese o nandhi.

Le lavoratrici sessuali. La legge ugandese vieta la prostituzione e quindi è difficile poter dire quante lavoratrici sessuali ci possano essere in Uganda. Anche se culturalmente il sesso è vincolato al matrimonio, questo non rappresenta più la consuetudine. Una possibile causa è la degenerazione dei valori condivisi dalla società e dai giovani, cambiamento indotto anche dalla rapida crescita economica e dal conseguente aumento del dislivello fra ricchi e poveri. Comunque sia, il risultato è che l'età delle prostitute è sempre più giovane e ciò ha delle forti ripercussioni sulla diffusione dell'epidemia, specialmente in caso di rapporti non protetti. È evidente che più una ragazza è giovane, e quindi più vulnerabile e più ingenua, più le sarà difficile imporre al cliente di utilizzare un preservativo. Una indagine condotta dal MdS a Kampala nel 1998 su un campione di 166 prostitute ha rivelato che il 72,9 % erano ragazze fra i 15 e i 24 anni.

Credenze culturali e religiose. Vari studi hanno dimostrato che pratiche tradizionali come l'ereditare la moglie di un fratello defunto, la poligamia e la condivisione delle mogli sono comportamenti che determinano una maggiore possibilità di diffusione dell'epidemia nella comunità. Inoltre, alcuni stereotipi sociali dei ruoli fra maschi e femmine, come la sottomissione delle ragazze e l'aggressività da parte dei ragazzi, possono fungere da canali di diffusione. Per esempio, molte culture attribuiscono grande onore alla verginità femminile fino al matrimonio, incitando però l'attività sessuale anche precoce nei ragazzi. Ciò porta ad una maggiore possibilità del partner maschio di essere già sieropositivo al momento del matrimonio. Inoltre, il mito della

purezza e della verginità femminile rende l'umiliazione e l'emarginazione attorno ad una donna sola e sieropositiva considerevole.

Mobilità e conflitti interni. In Uganda, così come in tutta la zona dei Grandi Laghi, le persone si spostano prevalentemente a causa dei conflitti civili o in cerca di un lavoro migliore. La mobilità e il dislocamento conduce al ri-modellamento delle unità familiari e all'inserimento in un tessuto di rapporti, anche sessuali, nuovo. In Uganda la popolazione migrante e mobile è costituita da sfollati e rifugiati; persone che fuggono dalla siccità o da altre calamità naturali, lavoratori migranti, militari, camionisti, operatori turistici, lavoratrici sessuali, mercanti/commercianti/venditori, orfani o bambini vulnerabili (come i bambini di strada), operatori umanitari e prigionieri.

Nel 2003, si stima che fossero fra gli 820,000 e i 1,4 milioni di sfollati (IDP - *Internally Displaced Persons*) in Uganda, mentre i rifugiati erano fra i 147,000 e i 190,000. I rifugiati, gli sfollati e i soldati sono particolarmente a rischio di infezione da Hiv. Come vedremo fra poco, l'Uganda è colpita da una guerra civile che dura da 18 anni. Nei Distretti del nord Uganda, i più colpiti dal conflitto (Gulu, Kidgum, Pader e Lira), la crescente insicurezza e il conseguente smembramento delle attività economiche hanno fortemente limitato la capacità delle popolazioni locali di coltivare e acquistare il cibo. Questo rende gli sfollati quasi totalmente dipendenti dall'aiuto umanitario e li mette in una situazione di vulnerabilità estrema. La continua guerra civile in Sudan ha causato il riversarsi di molti sudanesi soprattutto nel Distretto di Moyo, mentre lo scoppio della guerra nella R.D.Congo ha provocato lo spostamento di migliaia di civili congolesi, riversatisi prevalentemente nel distretto di Nebbi.

Nelle zone di conflitto è molto difficile per qualsiasi istituzione o associazione riuscire a portare qualche tipo di aiuto o supporto e quindi anche i progetti di prevenzione e cura dell'Hiv/Aids sono difficilmente realizzabili. Come nota lo UNAIDS: "il conflitto ed il dislocamento delle persone è associato all'aumento del rischio di trasmissione dell'Hiv/Aids fra la popolazione a seguito del cambiamento comportamentale causato dall'alterazione delle reti sociali e dalla vulnerabilità economica (particolarmente degli adolescenti e delle donne), così come la violenza sessuale e lo smembramento dei sistemi sanitari"¹⁵⁷.

Varie ricerche hanno evidenziato che, generalmente, ci si può aspettare di trovare tassi di Hiv/Aids molto più alti in zone colpite da conflitti. Così, vari studi condotti nel nord Uganda, che ospita oltre il 50 % degli IDP, hanno collegato i movimenti dei

militari, i campi degli sfollati, la mobilità delle persone e la prostituzione con la diffusione ed gli alti tassi di Hiv/Aids nella zona¹⁵⁸.

Il conflitto non è l'unico determinante del movimento delle persone. Nel 2003, il *World Food Programme* contò circa 650,000 ugandesi colpiti dalla siccità. Un raccolto molto scarso nel 2002, nella Regione di Karamoja, nell'Uganda orientale, ha determinato una forte diminuzione nelle riserve familiari e nel cibo in vendita nei mercati¹⁵⁹. Tali condizioni precarie hanno poi determinato il movimento di molte persone verso le zone urbane, in cerca di cibo e lavoro. Le persone che, per qualche motivo, sono portate a spostarsi dalle proprie case e famiglie per lunghi periodi di tempo, sono tutte (anche se varia a seconda della situazione in cui si trovano a vivere) esposte a maggiore rischio di contagio.

La mobilità è un fattore di maggiore vulnerabilità delle persone perché causa l'inserimento delle persone in reti di relazioni nuove, le espone maggiormente al rischio di povertà ed esclusione, le rende più propense ad assumere comportamenti a rischio di infezione. Le persone che, d'altro canto, si spostano spesso per lavoro, sono solitamente anche fra i più ricchi della comunità, come i commercianti e gli uomini d'affari. Come abbiamo già osservato, ricoprire un ruolo relativamente importante nella società e guadagnare relativamente bene può attrarre l'attenzione delle lavoratrici sessuali e invogliare ad assumere comportamenti a rischio di infezione da Hiv/Aids. Indicativo di questa situazione sono i dati raccolti dal *Medical Research Council* (UK) nel Distretto di Masaka. Essi evidenziano come le prime persone ad ammalarsi di Aids sono state quelle più benestanti e mobili, solitamente gli uomini d'affari: "all'inizio della epidemia le persone più ricche morivano molto di più di quelle povere perché erano più mobili. Erano coloro che si spostavano dal villaggio per affari, per esempio andando a Rakai, dove vi erano già persone che morivano. Questi si infettavano per primi, portando la malattia a Masaka, dove contagiavano le prostitute per poi arrivare al villaggio, dove anche i poveri si ammalavano; così ora siamo tutti malati"¹⁶⁰. La perdita di molti uomini d'affari ha significato per questa cittadina, una grave privazione della parte modernizzatrice della sua popolazione, che fungeva da forza per lo sviluppo dell'intera città. La loro morte significò la rottura del tramite che collegava i poveri contadini al mercato di Masaka e Rakai, facendo da importante canale di commercio e fonte di reddito, nonché motore di sviluppo: "Sono i ricchi che potevano sviluppare la città che sono morti per primi"¹⁶¹.

Ruolo della donna. In Uganda, l'impatto dell'AIDS sulle donne è stato molto forte. Come è emerso anche dai dati sopra analizzati, le donne sono più vulnerabili degli uomini all'infezione di Hiv/Aids, soprattutto le donne giovani. Le donne ugandesi sono particolarmente esposte all'Hiv/Aids anche a causa del loro status più basso, del minore accesso all'istruzione, della maggiore disoccupazione e del minore potere contrattuale all'interno delle relazioni con gli uomini. Il 27 % delle bambine ugandesi oltre ai 6 anni non è mai stata a scuola, a confronto del 6 % fra i bambini della medesima età¹⁶². Una ricerca condotta dalla UNAIDS assieme a la ONG ugandese TASO¹⁶³ riscontra che molte donne ugandesi sono al corrente dei rischi e modalità di trasmissione dell'Hiv ma non pensano di essere in grado di controllare il comportamento a rischio dei propri partner nè di potere negoziare per rapporti sessuali più sicuri¹⁶⁴.

Diversi studi hanno dimostrato la maggiore esposizione biologica della donna all'infezione; proprio per le sue caratteristiche fisiche la donna ha più probabilità di contrarre il virus durante il rapporto sessuale che l'uomo, soprattutto se in tale rapporto vi è l'uso della forza, procurando lacerazioni interne alla donna¹⁶⁵. La maggiore esposizione delle donne all'epidemia ha varie radici anche sociali. Il genere¹⁶⁶ svolge un ruolo importante nel determinare la vulnerabilità e l'esposizione dell'individuo al contagio di Hiv. Le norme socio-culturali che formano la nostra idea di mascolinità e femminilità, e le relazioni di potere asimmetriche che ne scaturiscono, si sommano alle vulnerabilità biologiche e psicologiche dei singoli individui, strutturando la loro predisposizione al rischio di contagio dell'Hiv¹⁶⁷. Il genere determina in modo rilevante come noi pensiamo, come ci sentiamo e quello che noi riteniamo di potere o non potere fare, strutturando le scelte che l'individuo pensa di avere di fronte, ed è in questo modo che influisce sulla sua libera scelta e sulla vulnerabilità dell'individuo all'infezione di Hiv. Escludere una visione che abbia chiara il significato specifico che in una determinata società ha il genere, e la differenza fra i due sessi, significa non comprenderne chiaramente le modalità di diffusione dell'epidemia.

In Uganda, come abbiamo osservato dai dati, le ragazze spesso hanno rapporti sessuali in età più precoce rispetto ai maschi. A peggiorare la situazione, fra gli uomini adulti vi è la credenza che più la ragazza è giovane e minore sia la probabilità che sia infetta di Hiv/Aids, così continua a diminuire l'età in cui le ragazze divengono

sessualmente attive. Questa predilezione per le ragazze giovani espone sempre più le ragazze all'infezione.

In Uganda, la categoria più povera è costituita dai contadini che lavorano nell'agricoltura di sussistenza, i quali sono predominantemente donne. Le donne costituiscono il 75 % della mano d'opera nel settore agrario. Eppure, la cornice legale ugandese non prevede il controllo e la proprietà delle terre da parte delle donne; quando i mariti muoiono, le donne solitamente perdono qualsiasi diritto sulla terra che fino a quel momento hanno coltivato¹⁶⁸. L'epidemia Hiv/Aids, aumentando la mortalità degli adulti, ha reso questo problema particolarmente acuto¹⁶⁹. La dipendenza economica è alla base di un'altra pratica piuttosto diffusa in Uganda, e che aumenta la possibilità di diffusione dell'epidemia: l'ereditare la moglie dei parenti defunti. L'asimmetria di potere determinata dalla differenza nell'accesso alle risorse produttive produce una asimmetria di potere anche nelle relazioni sessuali, dove il soddisfacimento del piacere maschile è prioritario rispetto a quello femminile, dove l'uomo ha maggiore controllo sulla propria sessualità e spesso può imporre i confini delle sessualità femminile¹⁷⁰. Così, per esempio, non potere scegliere o imporre la propria volontà significa spesso dovere subire la volontà di un marito, un partner o un uomo qualsiasi, che si impone pretendendo rapporti sessuali non protetti.

L'abuso di alcolici e di stupefacenti. In Uganda si trova facilmente alcol a produzione industriale, anche se, una grande quantità è fatto in casa. Vi sono varie forme tipiche ugandesi di alcol fatto in casa, come *malwa*, *tonto* ed *enduli*. La vendita di alcolici è anche una delle strategie utilizzate dalle donne per procurarsi qualche fonte di reddito. L'uso e abuso dell'alcol è generalmente associato con attitudini sessuali promiscue e rischiose. I bevitori di alcol spesso interagiscono con le cameriere, disinibiti dal consumo di grandi quantità di alcol finiscono per comprarsi del sesso. Il consumo di alcol nelle ricorrenze ed eventi sociali come i matrimoni, rituali per la circoncisione, feste di fine scuola, discoteche e altre, sono spesso associate con alti livelli di attività sessuale e frequentemente anche da stupri.

Uno studio condotto nel distretto di Rakai, su un campione di 5,109 donne in età riproduttiva, ha mostrato un forte legame fra il consumo di alcolici da parte degli uomini e le violenze sessuali subite dalle mogli. Le donne, i cui mariti spesso consumano alcol prima di tornare a casa o di avere rapporti sessuali, hanno un rischio oltre cinque volte maggiore di subire violenze rispetto alle donne i cui mariti non bevono¹⁷¹. Questo stesso studio ha, inoltre, indagato sul legame che intercorre fra

l'abuso di alcolici e l'infezione di Hiv. I risultati furono che, il tasso di sieropositività nelle famiglie che vendono alcolici è del 15 %, mentre nelle famiglie non impiegate in questo tipo di produzione e commercio, è del 8 %. Gli individui che regolarmente bevevano hanno il doppio del tasso di sieropositività di quelli che non hanno mai bevuto, 10 % confronto al 5 %¹⁷². Avere mai bevuto alcolici, o essere un bevitore abitudinario, emerge dalle ricerche condotte come una caratteristica che può determinare se l'individuo sia o meno un possibile malato di Aids, o se l'individuo sia più a rischio di essere infettato dall'Hiv, intraprendendo comportamenti pericolosi.

Per quanto riguarda il consumo di stupefacenti, molto poco si sa e si documenta in Uganda sul controllo delle droghe. Secondo l'Ufficio ONU sulle Droghe ed il Crimine, in base ai sequestri fatti nel corso degli ultimi anni, il traffico di droghe in Uganda sembra essere in aumento. Le droghe più comuni sono la Cannabis e l'Eroina. Non si sa quasi nulla su quanti possano essere i tossicodipendenti nel paese. L'altra faccia di tale mancanza verso queste problematiche è che non esiste nel paese nessuna struttura pubblica nè privata che si occupi dei problemi della tossico dipendenza¹⁷³. In tale contesto anche solo tentare di formulare una opinione sul rapporto fra Hiv e consumo di droghe in Uganda è impossibile.

Categorie più a rischio. I camionisti, i conducenti di taxi, i pescatori, i militari, i poliziotti, le cameriere e le bariste sono le categorie di persone solitamente considerate come gruppi ad alto rischio di infezione. Quasi il 75% delle morti dei camionisti in Uganda è dovuta all'infezione di Hiv/Aids. Il motivo principale, che fa sì che questa categoria sia così particolarmente colpita dal rischio di infezione, è legato alle condizioni avverse in cui i camionisti si trovano a lavorare e lo stile di vita che spesso adottano. Stando molto tempo lontani da casa, viaggiando per molte ore soli, spesso i camionisti cercano di divertirsi bevendo e trovandosi qualche donna con cui passare la notte.

Un'altra categoria particolarmente a rischio di contagio, a causa dello stile di vita, è quella militare. Alcuni studi recenti stimano che i tassi di prevalenza di Hiv/Aids fra i militari dell'Africa sub sahariana raggiungano picchi fino al 60 % in Angola e il 40 % in Sud Africa¹⁷⁴. Tuttavia, ricerche specifiche sul tasso di infezione di questa categoria sono carenti e poco si sa effettivamente sul loro tasso di esposizione alla malattia, anche se è generalmente accettato che il tasso di Hiv/Aids sia più elevato fra i militari che operano in zone di conflitto. I soldati, inclusi i ribelli, sono solitamente giovani e perciò sessualmente attivi. Spesso si rivolgono all'alcol e al sesso come mezzi per

distrarsi e rilassarsi dallo stress e la tensione, o come modo per scacciare la noia dell'essere lontani da casa per così tanto tempo. I militari attraggono le prostitute perché hanno soldi. In Uganda sono presenti circa 190,000 uomini in divisa: 50,000 militari; 18,000 poliziotti; 25,000 operatori nelle carceri; 96,000 fra guardie di confine e della dogana e personale dei servizi nazionali.

La *Uganda Aids Commission*, fondata nel 1992 per sorvegliare e coordinare la lotta all'epidemia nel paese, dichiara che il tasso di prevalenza all'interno del UPDF non è molto differente da quello degli altri settori della popolazione. Eppure, un monitoraggio volontario di 3,000 soldati condotto nel 2001 rivelò un tasso di prevalenza del 23% che attualmente sembra essere sceso al 20 %. Questa prevalenza sembra accettata come indicativa dalla maggior parte degli osservatori esterni, anche se alcuni lo stimano attorno al 70 %¹⁷⁵. Comunque sia, sembra riconosciuto il fatto che i militari ugandesi detengono un tasso d'infezione superiore a quello medio della popolazione, anche se ricerche specifiche su questa categoria ancora non sono disponibili. Tuttavia la preoccupazione per la diffusione dell'epidemia nell'esercito continua a crescere, emergendo chiaramente nel discorso pronunciato dal Presidente Yoweri Museveni alle nuove reclute del UPDF nel novembre del 2003, in cui affermava che il maggior nemico per l'esercito, in questo momento, non è la guerra ma l'Hiv/Aids¹⁷⁶.

1.4 Impatto dell'epidemia

In un contesto, come quello ugandese, di forte scarsità di risorse, un problema dirompente come quello dell'Aids ha avuto ripercussioni molto forti e violente sulla precaria situazione generale del paese. Elementi quali la diffusa povertà della sua popolazione, la mancanza di una struttura statale forte, efficiente e capillare, e soprattutto la mancanza di strutture sanitarie adeguate, hanno favorito l'espandersi dell'epidemia in Uganda. Queste carenze strutturali e di contesto hanno reso l'impatto dell'epidemia sugli individui, sulle famiglie, sulle comunità e sullo stato, ancora più profondo e destabilizzante. A causa delle precarie situazioni in cui si trovavano già prima dell'emergere dell'Hiv/Aids, molte famiglie colpite dall'epidemia sono state trascinate in condizioni di povertà estrema. Vediamo in più dettaglio l'impatto che l'epidemia ha avuto su specifici settori in Uganda.

1.4.1 Demografia

Nel 2003, la popolazione ugandese era di circa 24,8 milioni, il 50,3% di sesso femminile. Secondo l'UNFPA anche se l'aspettativa di vita in Uganda crescerà negli anni a venire, si prevede che l'epidemia la ridurrà del 17% nel periodo fra il 2000 ed il 2005, del 18 % fra il 2010 ed il 2015, e del 3% fra il 2045 ed il 2050. L'epidemia Aids causa oltre il 12 % del totale delle morti che si hanno ogni anno e rappresenta la principale causa di morte fra coloro che hanno fra i 15 e i 49 anni. L'Hiv/Aids avrebbe fatto salire il numero di morti in Uganda del 23 %¹⁷⁷.

1.4.2 Macroeconomia

Come hanno riconosciuto anche il Ministero delle Finanze, della Programmazione e della Sviluppo Economico, nonostante in Uganda il tasso di infezione di Hiv/Aids sia fortemente diminuito e sembri continuare su questa strada, il paese ha perduto e continuerà a perdere una porzione rilevante del settore più produttivo della sua popolazione attiva. Il Rapporto della Banca Mondiale del 2003 ha affermato che tutte le precedenti previsioni del governo ugandese sull'impatto dell'epidemia sul proprio paese sono state carenti, in quanto non hanno preso sufficientemente in considerazione gli effetti che questa epidemia hanno indirettamente sull'educazione e sulle famiglie¹⁷⁸.

Colpendo in maniera preminente i giovani adulti, l'epidemia non sottrae solamente la risorsa di mano d'opera che questi rappresentano ma anche il ruolo e le risorse che questi provvedono ai propri figli per assicurare loro una educazione, e così renderli adulti in grado di crearsi una propria vita e trovarsi un lavoro, per diventare a loro volta adulti produttivi. Si interrompe il ciclo naturale attraverso il quale le risorse e il capitale umano vengono trasmesse e si rigenerano. La perdita della forza lavoro, sia nel settore pubblico che in quello privato, sta progressivamente colpendo la produttività del paese. I primi rilevamenti di una inchiesta condotta nel 2000 (dal Ministero dei Servizi Pubblici, MdSP, ugandese) sulle tendenze e l'impatto dell'Hiv/Aids sul servizio pubblico in Uganda, mostrano che fra il 15,2 e il 27,4% dei funzionari pubblici sembrano essere morti di Aids nel periodo 1995-1999. Lo studio stima che fra il 4,6 e il 13,2% dei funzionari pubblici sono sieropositivi e che il governo ha speso oltre US\$120,000 nel 1995 per malattie collegate all'Aids contratte

dai suoi funzionari pubblici, spesa che è aumentata fino a circa US\$3,000,000 nel 1999. L'impatto sulla produttività a livello settoriale gradualmente si trasforma in pesanti conseguenze sull'economia nazionale. E' stata stimata una perdita annuale di PIL (Prodotto Interno Lordo) dello 0,9% a causa dell'epidemia Hiv/Aids. Ovviamente, la situazione è resa più pressante dal fatto che la fascia di età colpita è quella più produttiva.

Un'altra conseguenza dell'epidemia è l'insicurezza e la discriminazione che si è venuta a creare in molti luoghi di lavoro. Alcune imprese sottopongono i futuri impiegati a test medici, fra i quali quello per la sieropositività, e alle persone che risultano positive viene negato l'impiego. Molte delle persone che contraggono il virus durante il loro impiego, vengono licenziate a causa della loro sieropositività.

Uno studio condotto nel Distretto di Rakai ha mostrato come il 25 % delle famiglie stiano coltivando sempre meno. Di queste, il 35% ha affermato che il motivo principale per questa perdita di coltura è la morte e le malattie causate da Hiv/Aids. Questo minaccia la sicurezza alimentare delle famiglie colpite dall'epidemia, peggiora il loro livello nutrizionale e porta ad una diminuzione nella produzione e coltivazione dei cash-crops. Il reddito medio mensile di una famiglia ugandese è attorno ai US\$18, mentre la spesa media per un funerale è di US\$20 e di US\$40 per le spese mediche dei malati nello stadio terminale. Inoltre, il 65% delle famiglie interpellate dichiarano di aumentare le proprie ore lavorative giornaliere di almeno 2 o 4 ore per compensare il reddito perso a causa della malattia di un membro, soprattutto se è il marito¹⁷⁹. E' evidente che l'impatto sulla struttura e l'apparato dello stato è piuttosto rilevante e influisce negativamente su molti aspetti del suo funzionamento, incrementando notevolmente anche le spese a cui lo stato deve far fronte (in un contesto pubblico comunque già deficitario e vincolato da un importante debito estero). Ad una conferenza del Commonwealth nel 2002, il Presidente Museveni dichiarò che l'Aids costa al paese oltre US\$702 milioni all'anno, mentre i costi per la malaria si aggirano sui US\$348 milioni all'anno¹⁸⁰. A contribuire a queste spese è la perdita dei lavoratori, la perdita di produttività, la perdita di medicinali e l'aumento di altre spese che ricadono sulle famiglie, aggravando la loro condizione economica, quali le spese per i funerali.

1.4.3 Impatto sanitario

L'epidemia di Hiv/Aids esercita una pressione molto forte sul sistema sanitario ugandese. L'infezione di Hiv/Aids aumenta la quantità di malati che richiedono cure e che si riversano nelle strutture sanitarie, già carenti e troppo oberate di ammalati. Inoltre, la cura per i malati di Aids è molto più costosa dei medicinali necessari per la cura della maggior parte delle altre patologie. Il governo si trova confrontato con la sfida di assicurarsi le risorse per procurare la cura ai malati, impedire e diminuire ulteriori diffusioni dell'epidemia, e trattare le altre malattie croniche e comuni nel paese quali la malaria e la tubercolosi. Come ha notato anche lo UNAIDS, il sistema sanitario ugandese necessita di risorse addizionali se deve far fronte in modo efficiente all'epidemia. I medici e tutti gli operatori sanitari devono affrontare una quantità di malati di Aids in continua crescita, inoltre, la diffusione dell'infezione di Hiv ha fatto aumentare la quantità di malattie opportunistiche che i medici si trovano a dover curare¹⁸¹.

Recenti studi e *surveys* hanno mostrato che la situazione della sanità in Uganda sta peggiorando. La mortalità infantile dei bambini sotto i 5 anni sta aumentando, mentre la mortalità delle donne alla nascita non diminuisce, mantenendosi molto alta. L'utilizzo dei servizi sanitari è diminuito del 20 % in 5 anni e non sembra esserci stato un significativo miglioramento della sua qualità¹⁸². Non è possibile collegare direttamente la diffusione dell'Hiv/Aids con il peggioramento del sistema sanitario. Il sistema sanitario è influenzato molto più da fattori quali la pace, il reddito medio del paese, la scolarità, le situazioni abitative, la presenza di cibo, la giustizia sociale, il debito estero e la presenza di un ecosistema stabile, etc., cioè, da quei fattori che vengono chiamati i determinanti della salute. Sono tali caratteristiche del contesto in cui un sistema sanitario deve funzionare che determinano fortemente la sua operatività e la sua qualità. Sicuramente l'epidemia Hiv/aids ha influito in modo indiretto sulla sanità ugandese mettendo ulteriormente in luce un problema di mala gestione e carenza di strutture e mezzi. D'altra parte, che la carenza del sistema sanitario ha facilitato la diffusione dell'epidemia¹⁸³.

1.4.4 Le famiglie

Le famiglie ugandese sono probabilmente quelle che pagano il prezzo più alto dell'epidemia. Il costo addizionale delle continue cure che necessita una malato di Aids, sono un onere molto grosso sulle precarie condizioni economiche delle famiglie ugandesi. La spesa familiare per le cure per l'Aids (che devono essere pagate in cash e sul momento) spesso competono con altre spese cruciali come quelle per l'affitto, il cibo e per l'educazione. Frequentemente una spesa elimina l'altra.

Come conseguenza dell'epidemia, la spesa sanitaria familiare è aumentata. Per affrontare i costi sanitari, le famiglie diminuiscono le altre spese e vendono i propri beni. Uno studio condotto dalla FAO (*Food and Agricultural Organization*) nel Distretto di Rakai ha rivelato che le famiglie spendono un terzo del loro reddito annuale nelle mensili spese sanitarie o in un singolo funerale¹⁸⁴. Le famiglie ugandesi spesso vendono i loro raccolti per poi pagare le spese sanitarie, a volte vendono anche i loro terreni. L'insicurezza alimentare fra le famiglie affette dall'epidemia è una realtà in forte crescita. L'erosione dei beni e del reddito familiare a causa della spesa sanitaria per i propri malati, mina profondamente la capacità ma anche la qualità di sopravvivenza delle famiglie. Le famiglie subiscono forti diminuzioni nel proprio reddito e nella loro capacità produttiva, proprio quando le altre spese aumentano vertiginosamente. Inoltre, le donne vedove e i loro bambini spesso hanno grande difficoltà nel appropriarsi e mantenere il controllo dei beni dei mariti e padri defunti, la legge ugandese non prevede il diritto di proprietà per le donne.

1.4.5 I bambini

L'impatto dell'epidemia Hiv/Aids sul benessere dei bambini ha varie dimensioni che spaziano dal renderli orfani, lo smembramento delle famiglie, la perdita di reddito delle famiglie, abuso sui minori, l'abuso di alcol e la mancanza di famiglie e di case adeguate.

La *Uganda Aids Commission* (UAC, 2002) afferma che almeno 2 milioni di bambini in Uganda sono stati resi orfani dall'epidemia, mentre la UNAIDS stima che nel 2001 erano 800,000¹⁸⁵. Un rapporto di USAID, UNICEF e UNAIDS ha calcolato che la percentuale di bambini resi orfani a causa dell'Aids (sul totale di bambini orfani nel paese) è aumentata dal 17,4 % nel 1990, al 42,4 % nel 1995 fino al 51,1 % nel

2001; questa percentuale dovrebbe diminuire fino a circa 47,2 % nel 2005 e 38,9 % nel 2010. Quindi la proporzione degli orfani causata dall'epidemia è stata in costante crescita fino al 2001, quando oltre la metà dei bambini resi orfani in Uganda è stato a causa della morte dei genitori per Hiv/Aids.

Possiamo affermare che, anche se non esistono ancora dati esatti sui bambini di strada, l'epidemia Hiv/Aids e l'aumento della mortalità fra i giovani adulti aumenta la possibilità che ai bambini venga negata una famiglia che si prenda cura di loro e provveda per loro finché non siano in grado di farlo da soli. Questa privazione nei confronti dei bambini, ha profonde ripercussioni anche sul futuro delle comunità. La precaria adolescenza dei bambini influisce negativamente sul loro atteggiamento verso il futuro e, spesso, preclude loro di acquisire le conoscenze fondamentali per inserirsi nel mondo lavorativo, per contribuire alla produzione dell'economia e per a loro volta mantenere una famiglia. La rottura di questo naturale ciclo della vita può avere un impatto molto serio sullo sviluppo della società¹⁸⁶.

1.4.6 Istruzione

Nonostante l'incredibile progresso che l'Uganda ha compiuto nel arrestare l'epidemia di Hiv/Aids fra la sua popolazione, questa epidemia continua a minacciare gli obiettivi di sviluppo del paese. Uno degli obiettivi di sviluppo, minacciati dall'epidemia, è quello della *Universal Primary Enrolment* (UPE, iscrizione universale alla scuola primaria) dichiarato dal governo ugandese nel 1996. L'impatto che l'epidemia Hiv/Aids esercita sugli scolari e sul sistema educativo ugandese si può dividere in due aree differenti: la prima è quella dei bambini, la loro produttività a scuola, l'assenteismo dalla scuola e la mancanza di una guida fornita dai genitori; la seconda è l'impatto sul settore educativo, come la quantità degli insegnanti e la qualità dell'educazione fornita.

Per quanto concerne la prospettiva dei bambini, i ricercatori del Dipartimento di Geografia dell'Università di Liverpool affermano che, secondo le loro previsioni, l'epidemia di Hiv/Aids ridurrà considerabilmente il numero di ragazzi in età scolastica, confronto ad uno scenario privo di Hiv/Aids. Essi prevedono che l'epidemia riduca il numero totale di ragazzi in età scolastica del 8 %.

L'impatto dell'epidemia sul sistema educativo può essere visto principalmente su due fronti: la quantità di insegnanti presenti e disponibili e la qualità dell'educazione

fornita. L'effetto esercitato sulla quantità di insegnanti è dovuto alla morte o alla malattia degli insegnanti.¹⁸⁷.

Un vista panoramica del corpo docente ugandese ci mostra come la maggioranza di essi sono giovani adulti, circa il 40 % degli insegnanti maschi hanno meno di 30 anni, mentre le insegnanti femmine sono ancora più giovani con oltre il 60 % che ha meno di 30 anni¹⁸⁸. Questo colloca la maggioranza del corpo docente ugandese nella fascia di età più esposta al rischio di infezione di Hiv/Aids. Nella ricerca finanziata dalla fondazione Rockefeller, tutti i presidi delle scuole interpellati hanno affermato che nelle loro scuole vi erano stati vari casi di morte degli insegnanti più giovani, anche se questo su un arco di tempo molto ampio, dal 1991 ad oggi.

L'impatto che l'epidemia può esercitare sulla qualità dell'educazione è una diminuzione nella qualità delle lezioni impartite dai docenti a causa di una loro maggiore mancanza da scuola, ma anche da un aumento nello stress e nelle preoccupazioni degli insegnanti che può influire negativamente sulla loro concentrazione e impegno nelle ore di scuola. Inoltre, la continua sfida posta al sistema sanitario può indurre il governo a spostare alcuni dei finanziamenti per le scuole pubbliche verso il sistema sanitario, diminuendo dei fondi già troppo limitati. Il governo è già passato ad incitare fortemente l'apertura di scuole private, per aiutare anche nell'obiettivo di fornire accesso universale alla scuola primaria, UPE. Però, sono proprio le famiglie più povere a risentire maggiormente dell'epidemia Aids e sicuramente anche se ci fossero più scuole private, non riuscirebbero a permettersela.

1.4.7 Agricoltura

Secondo la FAO, l'Uganda fra il 1985 e il 2020 avrà perso il 14 % della sua forza lavoro agricola a causa dell'epidemia Aids. Secondo uno studio condotto dal ricercatore Topouzis nel 2003 nei distretti fortemente colpiti dall'epidemia, quali Rakai e Masaka, si rivelò che fino al 25 % delle famiglie coltivano molto meno terra a causa dell'Hiv/Aids. Si osserva, anche, una netta diminuzione nella coltura dei cash-crops— particolarmente come il caffè che richiede alte quantità di mano d'opera. Inoltre l'epidemia sta contribuendo alla carenza di cibo, in zone dove solitamente non vi erano mai stati problemi del genere¹⁸⁹.

La diminuzione nella produzione di cibo, anche a livello dell'agricoltura di sussistenza, è un problema molto grave. La sicurezza alimentare è fondamentale nel

determinare lo stato di salute e la propensione all'infezione degli individui. Inoltre, un altro fattore di importanza cruciale per la diffusione dell'epidemia è che l'insicurezza alimentare, cioè la fame, è una delle cause principali che spingono le persone a muoversi lontano dalle proprie case e intraprendere lavori ad alto rischio di infezione, come la prostituzione. La fame struttura le scelte dinanzi ad un adulto, o ad un bambino lasciato orfano, in una situazione di carenza di cibo, la scelta degli individui non può essere ritenuta libera (visto che la prima ed immediata necessità è quella di sfamarsi in qualche modo).

Diviene evidente come si possa innescare un circolo vizioso fra la perdita di produttività, la conseguente "produzione" di povertà e il perpetuarsi di una strutturazione del rischio per i poveri che li mette nelle condizioni di non poter non scegliere ed agire in modo particolarmente a rischio di infezione da Hiv/Aids.

Conclusioni

Dopo avere descritto le caratteristiche dell'epidemia Hiv/Aids in Uganda, è necessario esaminare la risposta istituzionale ugandese all'epidemia. Salvo alcune critiche¹⁹⁰ sull'attendibilità dei dati forniti, possiamo affermare che il tasso di infezione in Uganda è diminuito costantemente dai primi anni novanta ad oggi. Ciò che ci interessa è cosa sia successo in Uganda. Pur rimanendo un grave problema, l'epidemia Aids in Uganda sembra essere stata affrontata in modo da dare speranza per un futuro dove l'epidemia sia, se non completamente sotto controllo, almeno scesa a livelli quasi europei e che non minacci più la sicurezza ed il futuro della società.

Il nucleo centrale della tesi qui seguita è che sono state le politiche sanitarie ugandesi a dare un input determinante alla risposta all'Aids, che si è negli anni costruita e consolidata in Uganda. Per analizzare l'impatto che la politica ha avuto sulla diffusione dell'Aids, per capire se vi sia una correlazione positiva fra le politiche sanitarie e pubbliche del governo ugandese e la diminuzione dei tassi di infezione nel paese è necessario ricostruire i passi istituzionali compiuti in questa direzione negli ultimi anni. Questo sarà l'argomento principale del seguente capitolo.

Sezione seconda: IL CONTESTO

Nel momento in cui iniziano ad essere diagnosticati i primi casi di Aids in Uganda, il paese è in un periodo di grande subbuglio e cambiamento politico ed istituzionale. Nel 1979 in Uganda cade la dittatura di Idi Amin e nel 1985 Milton Obote; con l'estromissione di questi due personaggi dalla scena politica terminano vent'anni di terrore e conflitto civile che hanno dominato la politica ugandese post-coloniale. Inizia, così, un cammino di ricostruzione dello stato e della società ugandesi, e si avvia un processo molto importante di revisioni e costruzioni. Per comprendere meglio la risposta che viene attuata per contrastare l'esplosione dell'epidemia Hiv/Aids e se e come si sia verificata l'inversione di crescita dell'epidemia, è fondamentale cogliere la specificità del momento storico in cui conduciamo la nostra ricerca e la situazione particolare del contesto ugandese. Attraverso una breve ricostruzione della sua storia, fra colonizzazione, decolonizzazione, indipendenza, guerra civile, fino alla costruzione odierna di una "democrazia senza partiti", cercheremo di conoscere meglio l'assetto ed il contesto dell'attuale nazione ugandese. Passeremo quindi ad analizzare più dettagliatamente alcuni aspetti dell'odierno sistema, quale l'economia, la società e la sanità, per dare maggiore spessore alle argomentazioni sulla diffusione dell'epidemia e sulla successiva risposta.

Molte delle rivendicazioni odierne avanzate dal governo del National Resistance Movement, NRM, a favore del proprio tipo di governo (senza partiti) sono basate su interpretazioni delle esperienze brutali dell'Uganda post-coloniale. Come riassunto da un recente resoconto della storia ugandese: "Il sogno di indipendenza ugandese velocemente si trasformò in un incubo dal quale il paese si deve ancora risvegliare. Comprendere le dimensioni di questa tragedia richiede una conoscenza delle interrelazioni fra le varie popolazioni che compongono l'Uganda, la crescente incapacità del governo centrale, l'emergere dei militari come attori politici, e la proliferazioni di leader deboli, brutali ed incompetenti"¹⁹¹.

2. Storia politica ed economica recente dell'Uganda

Dopo oltre vent'anni d'instabilità politica ed economica, nel 1986 l'NRM eredita un apparato statale screditato e procede ad una radicale riforma, a suo modo unica e

innovatrice nel contesto africano. Venne creato un sistema di governi locali, vennero organizzati consigli di resistenza a livello di villaggio, parish, sub contea, contea e distretto. Questo sistema di consigli eletti intendeva rafforzare la capacità dello stato sviluppando una cultura partecipativa a ciascun livello. I leader dell'NRM si professavano marxisti non dogmatici poiché la loro analisi della situazione derivava dall'esperienza specifica del paese. Il programma dell'NRM, quando prese il potere, era di riconciliare e democratizzare e si trovò a dover fare i conti con i bisogni e gli interessi delle nuove forze sociali emerse durante gli anni del conflitto. Dal 1986 si sono confrontate due concezioni del ruolo dello stato e della politica: quella centrista che vuole forti poteri dello stato sulle altre realtà locali, e quella sostenuta da un nuovo gruppo di influenti imprenditori che vuole il decentramento politico e l'apertura alla competitività dei mercati¹⁹².

Quasi contemporaneamente alla sua ascesa al potere, Museveni dichiara che l'attività dei partiti politici sarebbe stata sospesa durante il periodo di transizione, il quale non avrebbe dovuto durare oltre ai quattro anni. La sospensione dei partiti divenne legale con il decreto amministrativo n.1 del 1986, che stabilì che il *National Resistance Council*, NRC, anche se non ancora eletto, avrebbe diretto il periodo di transizione. Pur dominato da rappresentanti del NRM/A, il governo di coalizione di Museveni inizialmente comprendeva anche membri del *Democratic party*, DP¹⁹³, del *Uganda's Peoples Congress*, UPC¹⁹⁴, e di altri gruppi di varia rappresentanza. Col tempo, tale coalizione si affinò enormemente, a discapito dei gruppi più piccoli.

Durante i primi anni di amministrazione, l'NRM dovette affrontare opposizioni armate nelle zone del nord, est e sud ovest. Le tattiche utilizzate sia per sedare le rivolte armate, che per reprimere le attività dei partiti politici, mostrarono la prontezza del governo nel dimostrare la sua forza¹⁹⁵. Nel 1993 l'NRM approva lo statuto di decentramento, che rafforza ulteriormente i poteri delle amministrazioni locali. Il decentramento, non il federalismo, è considerato la risposta all'esigenza di un maggiore controllo locale sulle decisioni politiche ed economiche. Sempre nel 1993, la legge per l'elezione dell'assemblea costituente rappresenta la prima opportunità per il governo del NRM di tradurre il divieto amministrativo sulla libertà di associazione in un divieto legale. Le regole delle elezioni permettono che i candidati si presentino singolarmente per essere votati in base al merito individuale, dichiarando però che qualsiasi candidato che si fosse appellato ad un partito politico, ad una affiliazioni regionale o religiosa o ad altri richiami settari per procurarsi i voti sarebbe stato

squalificato dalla corsa elettorale. Nonostante le forti restrizioni, molti furono gli oppositori politici che si presentarono alle elezioni per l'assemblea costituente nel marzo 1994. La costituzione ugandese entra in vigore nel 1995. Tale costituzione ribadisce l'ambizioso programma di decentramento politico ed amministrativo voluto dal NRM, volendo concretizzare l'obiettivo del coinvolgimento della vita individuale nella vita politica del paese, attraverso lo strumento dei governi locali. La legge sul governo locale del 1997 rifinisce il sistema di decentramento politico, individuando cinque livelli (il villaggio, la parrocchia, la sub contea, la contea ed il distretto) dei consigli di resistenza, ed rappresenta tutt'oggi il cuore del sistema decentramento dello stato ugandese.

I consigli di resistenza del periodo di guerriglia e di ascesa al potere, con legge del 1997, divengono consigli locali, CL¹⁹⁶. Anche se redigono una forte partecipazione dal basso dei singoli ugandesi, l'impatto che questi vari CL hanno sulla politica nazionale appare limitato¹⁹⁷. La partecipazione locale è sicuramente una cosa fondamentale nella costruzione dello stato, ma se i governi locali non riescono a fungere da contrappeso alla politica dominante, purtroppo si perde molto della loro potenzialità. Ciò che sembra mancare è un vero collegamento fra la rete dei CL ed il centro del sistema. Comunque, anche se accusati di incompetenza, corruzione e insufficienti capacità tecniche ed amministrative, vi è una grande partecipazione ai CL che mostra come essi abbiano attivato le comunità locali ad organizzarsi e ad auto-controllarsi. Visto che i rappresentanti locali sono eletti e non nominati centralmente, i politici locali devono rispondere direttamente alla località che li ha eletto, invece che dovere essere fedeli e vincolati al governo centrale. La relativa autonomia che hanno i CL per la raccolta e l'impiego delle tasse e di altre questioni fiscali, assieme al rapporto diretto che si crea fra i rappresentanti locali e la comunità, hanno potenziato la sensazione di partecipazione ed influenza delle comunità sulla propria vita associata.

Una delle più importanti riforme, attuate dal governo di Museveni, è stato l'inserimento delle donne, che tradizionalmente sono una figura di secondo piano, in molti settori della struttura governativa. L'amministrazione ha promosso programmi di azione con l'obiettivo di aumentare il grado di partecipazione delle donne all'interno del governo, le donne sono rappresentate sia a livello locale che nazionale. Attualmente almeno un posto per ogni distretto è riservato ad un candidato donna. Iniziative private, come il Forum per le Donne in Democrazia, FOWODE,

promuovono attività per preparare ed incitare le donne ad aspirare, e ad affrontare, la leadership politica. Inoltre, vi sono molte associazioni ed ONG che si sono formate per promuovere l'*empowerment* delle donne.

Quando arrivò al vertice del paese, Museveni si diede cinque anni prima di restituire il potere ad un governo civile eletto, ma nel 1990 ritenne che il paese non fosse ancora pronto per una democrazia multipartitica, così, per mezzo di un referendum la moratoria venne estesa di altri cinque anni. La medesima situazione si ripropose con il referendum del 2000, nel quale gli ugandesi furono chiamati a scegliere se introdurre o meno un sistema multipartitico, oltre il 90 % dell'elettorato votò per la continuazione del sistema del movimento, anche se l'affluenza al nord fu molto bassa, sotto il 10 %, sintomatico di un continuo distacco del nord dalle questioni del governo centrale¹⁹⁸.

La cautela sulla questione della democrazia multipartitica, avvocata da Museveni e i suoi, deriva da interpretazioni del passato politico dell'Uganda: si vuole evitare che possano riprodursi le condizioni che hanno provocato il regno del terrore fra il 1971 e il 1986, che, secondo il NRM, è stato dettato da una politica settaria catalizzata attraverso la lotta politica a rappresentanza partitica. Per evitare una tale condizione la risposta è il Movimento o il sistema politico senza partiti. Un movimento che includa tutti gli ugandesi, da quale nessuno può essere espulso, in cui i candidati individuali si candidano in base al merito individuale. La struttura del movimento è concepita a forma piramidale, dal locale al nazionale, per assicurare l'inclusione di tutte le persone. Alla base del movimento vi è il concetto di democrazia partecipativa, che permetta ad ogni persona di influire sul proprio governo, sia locale che nazionale.

Utilizzando argomentazioni marxiste, Museveni difende la struttura del movimento dichiarando che nelle società contadine come l'Uganda, manca una identità di classe, così la società è particolarmente vulnerabile alla polarizzazione dello scontro politico in rivendicazioni regionali o religiose, facilmente manovrabili dai leader politici¹⁹⁹. Eppure, queste affermazioni, per quanto comprensibili alla luce della storia recente ugandese, hanno portato al congelamento della struttura politica ugandese, che dal 1986 non ha attraversato grandi cambiamenti. Sia nelle elezioni presidenziali del 1996 che in quelle del 2001, Museveni ha continuato ad affermare che il voto per gli oppositori del movimento è un voto per il ritorno al passato, le sue argomentazioni non si sono evolute di molto e, dopo 18 anni al potere, Museveni e il NRM non danno alcun segno di voler riaprire la competizione politica.

Al centro del dibattito politico rimane la mancanza di partiti politici e di una vera opposizione al Movimento. Da soluzione al problema dei conflitti e delle divisioni all'interno del paese, la democrazia senza partiti viene accusata dagli stessi ugandesi di essere la causa della mancata risoluzione dei conflitti interni, primo e più sanguinoso il conflitto al nord dell'Uganda. L'Uganda di Museveni e del NRM è passata da paese sull'orlo del baratro, ad uno dei rari paesi africani con tassi di crescita positivi e con una ottima fama nel mondo occidentale, è divenuta potenza regionale e sembra che stia vincendo la grande sfida dell'Aids; eppure l'apparente "miracolo ugandese" nasconde forti contraddizioni e gravi problemi.

2.1 Società e libertà di espressione

Uno dei miglioramenti più importanti dell'Uganda di Museveni è stata la relativa libertà concessa alle Organizzazioni Non Governative, ONG, alla comunità e alla stampa. In Uganda vi sono molti giornali indipendenti, alcuni dei quali sono frequentemente in contraddizione con il governo. Lo *Human Rights Network of Uganda*, HURINET, un consorzio di ONG che si occupano di diritti umani in Uganda, attualmente ha 25 ONG iscritte. Il Centro per i Diritti Umani e la Pace dell'Università di Makerere è riuscito a rendere l'educazione ai diritti umani una parte centrale dell'educazione di tutti gli studenti universitari e attualmente è considerato una delle migliori istituzioni sui diritti umani a livello africano. Il governo di Museveni ha fatto passi importanti verso la diffusione di una cultura di diritti umani in Uganda, rompendo con il passato di terrore.

Nel 1986, poco dopo la presa del potere, il NRM istituisce una commissione d'inchiesta sui delitti commessi da tutti i governi susseguitesisi dall'indipendenza al 1986. Anche se in costante carenza di fondi, la commissione tenne almeno un migliaio di interrogatori e pubblicò un rapporto di oltre 700 pagine per la diffusione pubblica, dove si dava racconto delle gravi violazioni dei diritti umani in Uganda e si raccomandava al governo e alle istituzioni locali azioni necessarie per evitare i ripetersi di situazioni simili e per assicurare il rispetto dell'altro. Nel 1997, con la legge sulla Commissione dei Diritti Umani, essa divenne una commissione permanente, il cui primo presidente fu una donna, Margaret Sekaggya. A questi fatti importanti, resta comunque da ricordare che il rispetto dei diritti umani in Uganda è molto lontano dall'essere consuetudine, soprattutto al nord e nell'ovest del paese.

La maggioranza delle ONG si trovano nella capitale o al sud, ma sono comunque presenti in gran parte del paese. Il governo ugandese esercita un discreto potere sull'operato delle ONG attraverso lo Statuto delle Organizzazioni Non-Governative, il quale richiede che tutte le ONG che operano sul territorio ugandese vi siano iscritte. Alcuni rappresentanti delle ONG si sono lamentati dichiarando che la registrazione obbligatoria funge talvolta da mezzo di coercizione per censurare i critici. Il *National Board for Non-Governmental Organizations*, creato dallo statuto sopra citato, ha il potere di revocare la registrazione delle ONG quando ritenuto "consono al bene comune della collettività". Comunque sia, è dato di fatto che negli ultimi 15/18 anni c'è stata una grande proliferazione di associazioni, di movimenti, di ONG, di gruppi di pressione o di interesse di varia natura. Attualmente, in Uganda, vi sono migliaia di piccole associazioni, sia a base locale che più grandi e a copertura nazionale. Alcuni dei gruppi si sono sviluppati in movimenti sociali di grande importanza nazionale, i più importanti sicuramente sono il movimento dei disabili e quello delle donne ed il più eterogeneo movimento di lotta all'Aids. Questi movimenti non sono stati risucchiati dal Movimento ma mantengono una loro importante, anche se non totale, autonomia²⁰⁰.

L'Uganda ha una stampa indipendente e polifonica, oltre al *New Vision* di proprietà statale. Alcuni partiti politici di opposizione pubblicano dei giornali, come il giornale *People* dello UPC. Vi sono oltre venti giornali indipendenti nel paese, che spesso esprimono pareri critici al governo. Eppure, tali critiche non sono esenti da ripercussioni. Infatti la situazione appare paradossale visto che, se da una parte si ha afferma il pieno diritto di espressione e di stampa, prova ne sono i molti giornali indipendenti, dall'altra si ha una legislazione sul diritto di espressione che viene sovente scavalcata. Molti giornalisti hanno subito detenzioni ed intimidazioni per le loro opinioni. Nel 1997 fu presentata una petizione da parte del corpo dei giornalisti per la libertà di stampa e rivendicando una lunga lista di abusi, ma vennero completamente ignorati²⁰¹.

2.2 Sviluppo asimmetrico

Il colonialismo ha avuto un notevole impatto sulla determinazione della struttura economica del paese, che rimane grossomodo ancora oggi. È durante il colonialismo che l'agricoltura d'esportazione prende piede nell'economia ugandese e si formano le

coltivazioni per l'esportazione, quale il cotone ed il caffè. Lo sviluppo dell'economia d'esportazione ha determinato l'evoluzione delle infrastrutture, come le strade, le linee ferroviarie e le altre reti strutturali necessarie per la coltivazione industriale ed il successivo trasporto. La localizzazione di questo tipo di coltura ha determinato lo sviluppo del paese, le maggiori piantagioni di *cash-crops* si trovavano, e in parte ancora oggi, nelle regioni sud e sud occidentali del paese, sono queste le zone che attualmente e per tutta la storia economica recente dell'Uganda hanno goduto di maggiore ricchezza e crescita. L'asimmetria nello sviluppo delle infrastrutture, e così nell'accesso alle risorse, ha accentuato una forte disparità fra le regioni e i distretti ugandesi, tali differenze sono alla base di molti risentimenti e dei conflitti presenti oggi nel paese. L'era dell'aiuto allo sviluppo e degli aggiustamenti strutturali ha ridato stabilità e crescita ad un paese in forte crisi economica, ma la crescita è dipendente dai fondi esteri e continua ad essere asimmetrica.

2.2.1 Il fattore differenziale nord/sud

L'Uganda è un paese con buone risorse naturali, terre fertili, buone risorse idriche e piogge regolari, inoltre, sostanziali giacimenti di risorse minerarie particolarmente il cobalto e il rame. L'agricoltura rimane oggi il settore più importante dell'economia ugandese, occupando oltre l'80 % della forza lavoro. Questa condizione struttura, un'economia di esportazione dominata dai prodotti agricoli e quella d'importazione dominata dai prodotti manifatturieri. Il 55 % dei guadagni dalle esportazioni proviene dall'esportazione di caffè, questo rende l'economia specializzata soprattutto nella coltura di caffè e fortemente dipendente dalle fluttuazioni internazionali del prezzo del caffè, il quale ha una domanda internazionale particolarmente elastica, così rendendo il prezzo del caffè molto volatile.

Il caffè è un bene per il quale esiste una vastissima produzione mondiale e perciò una grande competizione. L'Uganda, inoltre, è un paese relativamente piccolo, non potendo influire sui prezzi internazionali rende l'economia ugandese dipendente dai mercati esteri. Così, i guadagni annuali possono variare enormemente a seconda del raccolto e della domanda internazionale. Anche se l'Uganda riesce a trattare la riduzione del debito estero, questo alleviamento sull'economia può essere cancellato con una semplice fluttuazione del prezzo del caffè e una conseguente perdita di

entrate. Generalmente, i guadagni annuali dell'Uganda dalle esportazioni sono quasi pari a 1/1000 di quelli annuali dell'America del nord²⁰².

La dipendenza dell'Uganda dalle esportazioni di caffè rende l'economia rurale, e non quella urbana, la più importante in termini di produzione di ricchezza e di benessere individuale. La piccola economia rurale ugandese implica che la maggioranza delle persone contano soprattutto sulla produzione e coltivazione familiare e dove la forza lavoro è costituita dalla famiglia stessa. Quasi il 90 % del fabbisogno di energia ugandese è soddisfatto con l'utilizzo di legno e carbone²⁰³. Inoltre, il fatto che la maggior parte del raccolto sia svolto a base familiare sottintende che una quantità significativa del settore produttivo sia classificato come "non monetario", cioè di sussistenza. Infatti, per molti ugandesi l'idea di mercato internazionale è molto lontano, la prima priorità è la sicurezza economica individuale.

Il Colonialismo costruì sulle differenze presenti nelle regioni d'Uganda in modo tale da produrre un'economia fortemente sbilanciata. Il risultato è esemplificato nei forti squilibri nei redditi pro capite fra la "*fertile crescent*" (la mezzaluna fertile), sulle e attorno alle rive del Lago Vittoria, e il nord molto più povero, con un clima ed un terreno che in alcune zone è secco ed arido. La costruzione di una ferrovia da Mombasa a Kampala nei primi anni del '900, segnò la definitiva incorporazione dell'Uganda nell'economia imperiale, le aree relativamente vicine alle ferrovie furono incoraggiate a coltivare cotone per l'esportazione. Presto venne introdotto il caffè, la cui coltivazione divenne talmente estesa da prendere il posto del cotone nel commercio con l'estero. In questo periodo si struttura l'economia ugandese, le piantagioni richiedono mano d'opera intensiva, il nord, non toccato dalla nuova economia, diviene fonte di emigrazioni e di mano d'opera a basso costo. Lo sviluppo economico fu, verso gli anni '50, rafforzato dal progresso industriale e manifatturiero. Il cuore industriale ugandese spazia da Jinja nell'est a Masaka nell'ovest, sempre però nel centro-sud. Tranne alcune eccezioni di prestigio, come il Mulino Tessile di Lira nel nord Uganda, non vi è stato alcun tentativo di modernizzare la struttura dell'economia oltre alla "*fertile crescent*". Uno squilibrio che i successivi ampliamenti nel commercio e nell'amministrazione non hanno fatto altro che rafforzare.

Un aspetto fondamentale per il futuro politico del paese, è stata la scelta del governo coloniale di limitare lo squilibrio evidente fra nord e sud Uganda, arruolando la maggior parte dei militari dell'esercito coloniale dal nord. I risultati furono che per gli

anni cinquanta, gli agricoltori del Buganda guadagnavano redditi molto più alti di qualsiasi altra regione ugandese, tre volte tanto quanto gli Acholi e i West Nile, nove volte tanto gli allevatori di bestiame in Karamoja²⁰⁴. È importante notare come la relativa prosperità del sud Uganda è tale in confronto alla povertà ed il degrado nel nord.

Lo squilibrio economico è anche alla base della relativa pace, sicurezza ed investimenti nelle strutture, di cui ha goduto il sud dal 1986. D'altra parte, il nord ha sofferto di una continua insicurezza sia alimentare che politica, che ha portato maggiore degrado ed impoverimento delle popolazioni e ha creato pochi incentivi per gli investimenti privati e poche opportunità per investimenti pubblici nelle strade, telecomunicazioni e fornitura di energia. Le differenze economiche erano presenti fra le regioni ugandesi anche prima del colonialismo e la geografia ha dettato molto della differenza nell'accesso alle risorse di queste due regioni. Eppure, il colonialismo ha gettato le basi per uno sfruttamento delle zone con maggiori potenzialità che passasse per un totale assoggettamento del resto del paese a tale sviluppo. Da allora niente ancora è stato fatto di decisivo per sostenere anche il nord e sviluppare le sue infrastrutture, così che possa generare qualche forma alternativa di economia e così che possa anche questa regione usufruire delle risorse alle quali ha partecipato a produrre.

2.3 Ripresa economica, dipendenza e povertà

Gli anni di Obote, Amin e la guerra civile che scatenarono furono disastrose per l'economia del paese. L'impatto della decadenza di questi anni sulla struttura economica del paese fu l'innescarsi di un processo di crescente contrasto fra la ricchezza e i beni privati e la decadenza pubblica, mentre il collasso del settore formale faceva emergere una grande economia informale. È questo settore informale che ancora oggi domina l'economia ugandese, sia per il numero di persone coinvolte che il valore di tale attività per l'economia nazionale. Museveni arriva al potere, nel 1986, di un paese devastato economicamente: lo stato controllava ogni settore economico, il PIL pro capite era del 42 % più basso rispetto agli anni settanta, l'inflazione era altissima e la base del reddito e delle entrate statali crollate mentre le spese, gli esporti e gli investimenti statali caduti sotto il 10 % del PIL²⁰⁵. Non avendo

altra scelta, Museveni cerca aiuto finanziario dall'estero. Questa scelta rimane una costante negli anni della politica di Museveni.

Fra il 1980 e il 1999 l'Uganda ha ricevuto 20 prestiti tramite il SAP (Structural Adjustment Programme) dalla Banca Mondiale, BM, e dal Fondo Monetario Internazionale, FMI²⁰⁶. Attualmente l'Uganda gode di ottima fama presso queste organizzazioni internazionali di avere "buone competenze economiche e disciplina finanziaria"²⁰⁷, fama che si è conquistata negli anni come fedele ed ubbidiente apprendista. Gli sviluppi economici ugandesi sono incontestabili, durante gli anni novanta il tasso di crescita del PIL è stato di circa il 7 % mentre l'inflazione è diminuita fino a circa il 5 %, inoltre, il tasso di cambio della valuta nazionale non ha subito grosse fluttuazioni, sostenuta dalla costante crescita nelle riserve di moneta estera.

È indubbio che la ripresa economica ugandese, ormai un fatto, sia stata finanziata e sostenuta dagli investimenti stranieri soprattutto tramite gli SAP. Nel 1986 quando arriva al potere l'NRM, l'assistenza estera allo sviluppo era di circa US\$200 milioni, mentre nel 1997, grazie alla stretta collaborazione che Museveni ha instaurato con la BM e il FMI, l'aiuto estero ammontava a US\$850 milioni. L'aiuto allo sviluppo rappresenta una parte consistente dei fondi statali, dal 13 al 14 % del PIL, e hanno rappresentato la risorsa principale alla base della ripresa e della forte crescita economica del paese. Un esempio del motivo per cui l'Uganda necessita di fondi esteri è per far quadrare la sua bilancia dei pagamenti. La differenza fra esportazioni ed importazioni è in continua crescita; come abbiamo visto l'Uganda produce quasi solo caffè per l'esportazione ma non ha industrie consistenti, la sua specializzazione in un unico prodotto rende l'economia ugandese dipendente dall'importazione dei beni manifatturieri o industriali per la diversificazione del mercato: l'Uganda importa molto più di quello che esporta, questo la rende ancora più dipendente dal mercato internazionale. Mentre nel 1987 le esportazioni coprivano circa il 70% dei costi delle importazioni, nel 1999 ne coprono appena il 40%²⁰⁸.

L'ironia dietro la ripresa ugandese è che la stabilità macroeconomica raggiunta si fonda interamente sulle concessioni, fortemente condizionate e condizionanti, e i trasferimenti di aiuto allo sviluppo, e non su un miglioramento di base nella struttura e capacità economica dell'Uganda. L'Uganda è totalmente assoggettata all'aiuto esterno e, mentre continua la dipendenza, così anche la povertà. Museveni ha investito molta energia in lunghe trattative con la BM ed il FMI, seguendo alla lettera le loro

condizioni imposte assieme ai crediti. Per continuare ad usufruire dell'aiuto, dopo il 1998 e i cambiamenti interni al FMI e BM, il governo di Museveni ha iniziato trattative per formulare nuovi accordi e concessioni di aiuto tramite i pacchetti riforme e crediti che hanno preso il posto dei SAP, i PRSP²⁰⁹ (Poverty Reduction Strategy Papers). Ma anche con la continua entrata di fondi esteri e il tasso di crescita nazionale che si mantiene relativamente alto, l'Uganda rimane una delle nazioni più povere al mondo. Nel 2001 il RNI (Reddito Nazionale Lordo, terminologia che ha preso il posto del PIL) era di US\$260. Questa cifra è molto al di sotto del RNI mediano sia per l'Africa sub sahariana (US\$460) che per tutte le nazioni a basso reddito (US\$430). Globalmente, alla fine del 2001, il PIL ugandese si classificava 188 su 208 paesi²¹⁰. Secondo il Ministro ugandese della Programmazione Finanziaria e dello Sviluppo Economico, la proporzione delle persone sotto la soglia di povertà nel paese cadde dal 56 % nel 1992, al 44 % nel 1997 e fino al 35 % nel 2000. Anche se nel nord del paese non si è verificata tale diminuzione, qui oltre il 66 % della popolazione è sotto la soglia della povertà²¹¹.

Utilizzando misurazioni internazionali, le persone che in Uganda sopravvivono con circa US\$1 al giorno sono l'82 % della popolazione totale, mentre il 96,4 % vive con US\$2 al giorno o meno²¹². A livello familiare, la povertà è determinata da fattori quali la localizzazione (soprattutto se la famiglia vive al nord o all'est), la mancanza di terra fertile, il livello di istruzione, se la famiglia è guidata da una donna (a maggior ragione se è vedova) o da un anziano e lo scarso accesso ai mercati. Secondo l'indice di sviluppo umano, HDI *Human Development Index*, dell'UNDP²¹³ un HDI di 0,800 o superiore è indice di alto sviluppo umano, un HDI di 0,500-0,799 è indice di medio sviluppo mentre un HDI di 0,500 o inferiore indica un basso sviluppo umano. L'Uganda ha un HDI pari a 0,489, anche se è in costante crescita dal 1985 quando era di circa 0,402. Pur essendo attualmente, il HDI ugandese al di sopra di quello mediano per l'Africa sub sahariana (0,468), rimane molto al di sotto di quello per le nazioni a basso reddito (0,561)²¹⁴. Così, questa ripresa e crescita dell'economia ugandese dimostra che ci può essere crescita economica anche senza una significativa riduzione della povertà. La riduzione della povertà dipende direttamente dal grado in cui i benefici della crescita sono ridistribuiti fra la popolazione o reinvestiti nella struttura del paese. La conseguenza più evidente della recente crescita economica ugandese è la crescita dell'ineguaglianza all'interno del paese e dell'asimmetria nella distribuzione della ricchezza.

Grazie al relativo successo delle politiche macroeconomiche, nel quadro dell'aggiustamento strutturale allo sviluppo e di una articolata strategia di riduzione della povertà, l'Uganda è stata la prima nazione a beneficiare della riduzione del debito, con l'iniziativa HIPC (*Heavily Indebted Poor Countries*, nazioni povere gravemente indebitate), la quale è gestita dalla BM e dal FMI. Sembra però che ammettere un paese come l'Uganda all'iniziativa HIPC di riduzione del debito significa una implicita ammissione che i passati aggiustamenti strutturali non sono stati sufficienti a ridurre la povertà nel paese e a diminuire la necessità dei fondi esteri. L'Uganda si è assicurata pieno appoggio dall'iniziativa HIPC sia nel 1998 che nel 2000, così ha ricevuto un taglio al suo debito estero pari a US\$347 milioni e US\$656 milioni rispettivamente²¹⁵. Parte dei tagli ai debiti sono stati trasformati dalla BM in concessioni da essere utilizzate nel programma nazionale ugandese di arruolamento scolastico universale, UPE. La riduzione del debito estero non equivale al suo annullamento, ma una sua ristrutturazione attraverso varie concessioni. Viene previsto, infatti, che l'Uganda reinvesta i fondi per sostenere gli investimenti nazionali nel campo dell'educazione, della sanità, dei programmi di sviluppo rurali e urbani. Inoltre, l'iniziativa HIPC non preclude che i paesi possano continuare a ricevere prestiti; in realtà, l'Uganda rimane ancora totalmente dipendente dai prestiti esteri e non si prevede quindi che il suo debito diminuisca nè interrompa la sua crescita.

Il risultato di questa stretta collaborazione fra organizzazioni finanziarie, BM e FMI, e governo ugandese ha determinato importanti risvolti anche sulla politica interna del paese.

Sezione terza:

LOTTA ALL'HIV/AIDS IN UGANDA E LA RISPOSTA ISTITUZIONALE

Osservando i dati esposti nel precedente capitolo, l'Uganda è stata una delle prime nazioni africane ad osservare e descrivere l'espandersi dell'infezione di Hiv fra la sua popolazione. Fino ai primi anni novanta quest'epidemia è stata in costante crescita nel paese. Dal 1993/4 fino ad oggi, invece, sembra essersi verificata una persistente diminuzione nel tasso d'infezione di Hiv/Aids, riduzione che pare aver caratterizzato tutto il paese.

Due ipotesi sono state formulate per spiegare questa evoluzione dell'endemia Aids: la prima è stata articolata nelle prime due sezioni ed ha argomentato il legame fra l'infezione di Hiv/Aids, la povertà e la vulnerabilità²¹⁶ degli individui. Una seconda ipotesi d'indagine, con la quale si intende proseguire ed approfondire l'analisi dell'Uganda, è che la volontà politica del governo ugandese di affrontare in modo diretto, impegnato e realistico l'epidemia ha poi funto da perno per l'organizzazione strutturata ed articolata della società civile e l'attivismo dei malati. Le linee strategiche dall'alto e l'organizzazione dal basso hanno formato una sinergia di azioni che hanno svolto un ruolo determinante nella lotta e nella diminuzione dei tassi d'infezione nel paese.

L'approccio polifonico del governo ugandese avrebbe agito su vari livelli, contrastando non solo il problema dell'epidemia a livello medico-sanitario, ma costruendo una risposta organica che ha influito su più settori e così modificato anche il contesto in cui gli individui agiscono. L'azione multisettoriale²¹⁷ seguita dal governo Museveni ha inciso sui determinanti sociali della povertà, i quali spesso strutturano le azioni dei poveri. Inoltre, le politiche governative avrebbero agito anche su di uno dei fattori determinanti per le iniziative dal basso efficienti: il consolidamento e *confidence-building* delle capacità individuali.

Per verificare quanto abbia inciso la politica governativa ugandese nell'inversione compiuta dall'epidemia negli ultimi anni, sarà necessario ricostruire l'intrecciarsi tra politica, sanità, società civile ed epidemia Hiv/Aids in questi stessi anni. Questo capitolo sarà dedicato alla presentazione di nozioni e strumenti necessari per valutare in maniera ponderata perché l'Uganda sembra essere riuscita ad affrontare l'epidemia Aids in maniera più efficiente rispetto alla maggioranza dei paesi africani,

raggiungendo risultati relativamente positivi. Soprattutto, se la politica ugandese può essere ritenuta essenziale per questi cambiamenti.

Date tali ipotesi, in questo capitolo si vuole esaminare in modo dettagliato quale sia stato l'impegno dei servizi pubblici, gestiti dal governo, verso la lotta all'epidemia Aids, quale l'impegno delle ONG locali ed estere e delle istituzioni di credito internazionali. Si vuole comprendere in che misura questi fattori assieme abbiano creato una sinergia di forze, fornendo al paese i mezzi per dare spinta e supporto alle strutture sanitarie, così sbarrando la strada alla diffusione del virus. Fondamentale sarà l'analisi delle politiche sanitarie portate avanti dal governo dopo il 1987, delle risorse investite nella ristrutturazione del settore sanitario, delle fonti dei finanziamenti esteri e i loro criteri di prestito, nonché dell'impatto delle politiche di aggiustamento strutturale. Un altro aspetto centrale per analizzare la risposta messa in atto contro l'epidemia Aids sono le politiche pubbliche attuate in altri settori sociali importanti, quale l'istruzione. Infine, sarà necessario ricostruire sinteticamente la rete delle organizzazioni che si sono formate negli ultimi vent'anni in Uganda attorno al problema dell'Aids, così da osservare quale spartizione effettiva delle azioni si è avuta fra pubblico e privato.

3. Periodizzazione della risposta governativa.

I primi casi riconosciuti come Aids in Uganda sono contemporanei di un momento storico di transizione nel sistema politico ugandese. Fra il 1982 e il 1985, l'Uganda vive un periodo molto difficile, il paese è attraversato dalla guerra civile. In questi anni emerge il NRM di Y.K. Museveni che arriverà alla presa, attraverso le armi, della capitale nel 1985. Solo con la caduta di Obote le scoperte che in quegli anni si erano fatte sulla presenza dell'Hiv/Aids nel paese escono allo scoperto, vengono pubblicate su alcuni giornali ugandesi e la questione comincia a circolare anche fra la popolazione. Sappiamo che la consapevolezza dell'esistenza di una nuova malattia, in questi anni, era già forte fra la popolazione ugandese, particolarmente nei distretti del sud ovest dell'Uganda, tanto che era ormai stata coniata una nuova parola per identificarne i malati: *Slim*²¹⁸. Molto importante per i successivi risvolti nella lotta all'epidemia e nella mobilitazione del paese è stato il collegamento creato fra queste credenze, che si sono affermate a livello popolare, e le nozioni che si stavano sviluppando in ambito scientifico riguardanti l'Hiv/Aids.

Durante il primo anno del governo Museveni, vari Ufficiali ugandesi vennero mandati a Cuba per seguire corsi di addestramento. Attraverso questo viaggio il neonato governo riceve la notizia che la maggior parte degli ufficiali mandati a Cuba sono sieropositivi. Forse questo fatto, data la particolare importanza che rivestiva l'esercito in quel determinato momento, influenza in modo determinante le imminenti scelte del governo. Il fatto d'aver avvertito per prima il pericolo del diffondersi dell'epidemia proprio nel settore più importante in quel momento, può aver scosso in modo determinante le coscienze del NRM.

Inizialmente, nei primi anni ottanta, la questione dell'epidemia Aids in Uganda era affetta da grandi pregiudizi, paure e superstizioni. La popolazione aveva avvertito l'espandersi di una nuova malattia. La scarsa conoscenza su di essa creò paura ed insicurezza fra le persone, preparando un terreno particolarmente fertile per l'insorgere dei pregiudizi e delle superstizioni. Molti cominciarono ad etichettare l'epidemia come una piaga delle persone deviate e pervertite²¹⁹. Proprio in un tale contesto di pregiudizio e scarsa conoscenza il governo ugandese compie dei passi importanti ed abbastanza azzardati vista la sua recente ascesa al potere.

3.1 I primi anni:1982-1986.

Due sono le cose fondamentali da tenere presente in questo primo passo nella ricostruzione degli eventi legati alla lotta all'epidemia Aids in Uganda: da una parte la popolazione locale è consapevole che è comparsa una nuova malattia, dall'altra l'epidemia Aids si sta diffondendo ad una velocità allarmante all'interno del paese. Considerando l'estrema confusione ed instabilità sociale che in quel momento caratterizzano lo stato ugandese, appare più comprensibile la veloce diffusione dell'epidemia Aids all'interno del paese. Pochi sono i documenti che ci permettono di capire cosa sia stato fatto prima del 1985 per contrastare l'epidemia. Possiamo ragionevolmente affermare che fino a questi anni all'epidemia è stata data una valenza esclusivamente sanitaria, come a tutti gli altri problemi sanitari che il paese già presentava, e che molto poco sia stato fatto anche in questo ambito. La presa del potere da parte dell'NRM ha segnato il punto di inizio per la costruzione di una risposta specifica all'epidemia.

Uno dei problemi più gravi nel 1985 era la totale ignoranza della popolazione nei riguardi dell'epidemia, situazione che aveva facilitato una rapida costruzione di

leggende, superstizioni e pregiudizi verso le persone malate di Hiv e le loro famiglie. Questo, a sua volta, portava le persone a tentare di nascondere per il maggior tempo possibile il loro stato di malattia o quello di amici e parenti. Un tale ambiente attorno all'epidemia creava una situazione particolarmente agevole per la diffusione della stessa e di incapacità per i singoli ammalati, per le famiglie e per le comunità di organizzare meccanismi di auto difesa ed aiuto.

L'economia del paese era stata particolarmente colpita dagli anni di guerriglia, le famiglie in generale erano divenute più povere e più deboli. Inoltre, l'Uganda era, e rimane, un paese poco sviluppato industrialmente e l'economia, come la società, è ancora basata su piccole comunità e villaggi dove la solidarietà tra famiglie e parenti è ancora particolarmente forte. Questo elemento di solidarietà fra le comunità è di fondamentale importanza perché fonte di incredibili risorse. Tuttavia per attingere da essa e trasformarla in potenziale risposta all'epidemia Aids necessita che attorno alla questione dell'Hiv esista una atmosfera aperta. Per questo è stato così importante l'atteggiamento assunto da Museveni al suo arrivo al potere nel 1985.

La presa di posizione del nuovo governo è immediata e già nel 1986, alla *World Health Assembly* a Ginevra, il Ministro della Sanità del NRM dichiara apertamente che in Uganda era comparsa ormai da tempo l'Aids e la portata della sua diffusione non era ancora certa²²⁰. Questa apertura nel riconoscere l'epidemia fu molto mal vista dalla maggior parte degli altri politici africani ma segnò per l'Uganda un momento di inizio per un impegno governativo alla lotta all'Aids contraddistinto da grande apertura. Nell'ottobre del 1986 il governò creò il *National AIDS Control Programme* (NACP; il primo del suo genere nel mondo) all'interno del Ministero della sanità, MdS, che segnò la prima risposta strutturale all'epidemia. Il NACP univa in un'unica struttura il governo con i creditori internazionali, le organizzazioni religiose e le fondazioni di volontariato e lanciò una aggressiva e ampia campagna pubblica e mediatica che includeva le radio locali, materiale cartaceo, locandine e manifesti. Poco dopo, il governo organizzò a Kampala una conferenza per i donatori e creditori internazionali, con il fine di raccogliere aiuti finanziari per supportare attività di prevenzione e cura dell'Aids. L'apertura e la sincerità del governo ugandese durante la conferenza furono tali da conquistare la fiducia e l'entusiasmo di 21 donatori internazionali che promisero immediato supporto e fondi per i programmi sull'Hiv/Aids²²¹.

Questi due primi fatti iniziali sono importanti perché segnano l'inizio di una vasta campagna a livello popolare e comunitario per la diffusione di informazioni sulla nuova epidemia, sui rischi che comporta e sulle modalità di trasmissione. Inizia quindi un processo di demistificazione dell'epidemia, primo passo verso l'articolazione di una risposta strutturata ed istituzionale che ha avuto come spina dorsale il sistema sanitario. Il nuovo governo ugandese dimostra la volontà di affrontare pubblicamente ed apertamente la questione e la capacità di agire su più livelli.

3.2. Apertura politica ed innovazioni istituzionali

Già dalle prime conferenze e dibattiti pubblici con la popolazione ugandese, Museveni mostrò l'intento di includere la lotta all'Aids fra le prime questioni da affrontare. Parlò frequentemente della minaccia rappresentata dalla nuova epidemia, denunciando il rischio costituito dai rapporti sessuali non protetti e chiedendo alle persone di astenersi da comportamenti sessuali a rischio. Anche la *First Lady*, la signora Janet Museveni, appoggiò e seguì il marito agli eventi pubblici sostenendo le sue affermazioni²²². Museveni asserì, in ogni momento ed evento pubblico, che combattere la diffusione dell'Aids fosse un dovere patriottico il quale richiedeva apertura, comunicazione e forte leadership, dalla base del sistema fino all'istituzione statale²²³. Queste prime dichiarazioni del presidente richiamavano già la necessità di una risposta multisettoriale.

Parallelamente, iniziarono nel 1986 campagne informative di massa per la diffusione ed educazioni su STD/HIV/AIDS (STD; malattie sessualmente trasmissibili) da subito legando l'Hiv/Aids all'altrettanto diffuso problema. I messaggi furono indirizzati sia al pubblico generale, che ad alcune categorie ritenute più a rischio, fornendo informazioni principalmente sulle modalità di trasmissione, vulnerabilità, importanza della responsabilità individuale e delle decisioni individuali e prevenzione²²⁴. Nel 1986, all'interno del MdS comincia ad essere incoraggiata la registrazione dei casi di Aids diagnosticati nei vari ospedali della capitale, allargando poi la richiesta a tutti gli ospedali dei vari distretti. La diagnosi viene eseguita utilizzando come riferimento la definizione clinica di Aids formulata dell'OMS²²⁵, che viene diffusa ai vari ospedali ed esortata la sua osservanza per le diagnosi.

Nel 1987 viene aperto a Kampala, presso l'ospedale di Mulago, il primo ambulatorio di riferimento per i malati di Hiv/Aids. Sempre in quest'anno parte il

sistema di monitoraggio e sorveglianza dei casi di Hiv/Aids nel paese attraverso le cliniche sentinella (Hiv/Aids Surveillance). Già dai primi anni è chiaro al governo di Museveni quanto sia fondamentale, sia per il reperimento fondi che per la strutturazione della risposta interna, avere dati attendibili ed aggiornati sulla diffusione dell'epidemia. Con il sistema sanitario gravemente carente e con strutture fatiscenti, questo obiettivo non è facilmente raggiungibile, ma l'impegno a tentare di instaurare un buon sistema di monitoraggio lo possiamo riscontrare nell'immediata apertura, nel 1987, dei primi quattro siti sentinella per la rilevazioni di dati riguardanti la diffusione dell'epidemia. Nel 1988 viene richiesta dal MdS la prima indagine nazionale sullo stato della diffusione dell'epidemia nel paese. I risultati sono allarmanti, indicando tassi di infezione che variavano dal 50 % nelle zone più colpite al 6 % in quelle meno colpite²²⁶.

La prima struttura creata dal nuovo governo fu, come abbiamo visto, il NACP, fondato e diretto dal MdS. Il NACP aveva il compito di occuparsi delle questioni sanitarie, prevalentemente della ricerca e dell'organizzazione delle attività di miglioramento dei servizi trasfusionali, monitoraggio nonché educazione sanitaria e sull'Aids. Tuttavia il ruolo principale del NACP era di funzionare come unità di coordinamento e come segreteria per il Comitato Nazionale per la Prevenzione dell'Aids, il CNPA. L'obiettivo iniziale del NACP era di rispondere all'emergenza Aids e alle necessità immediate, particolarmente limitando la diffusione iatrogena dell'epidemia²²⁷. Dopo i primi quattro anni di governo, l'NRM si convince di come una risposta prettamente sanitaria non potrà bastare ad arrestare l'epidemia, in primo luogo per la devastante condizione in cui si trova l'intero sistema sanitario ugandese, carente di mezzi, fondi e strutture per far fronte ad una simile epidemia.

Nel 1990, a Kampala, nell'Ospedale di Mulago, apre il primo *Aids Information Centre*, AIC, in Uganda. L'AIC nasce come consultorio ed appoggio per i giovani, ragazzi fra i 14 e i 25 anni, fornendo gratuitamente test per l'Hiv/Aids e consulenze su VCT (Voluntary Counselling and Testing). Nel 1993 centri AIC erano attivi in quattro delle più grandi zone urbane ugandesi e il numero delle persone interessate a ricevere consulenze e a sottoporsi ai test per l'HIV era in costante crescita, denotando un forte interesse e coinvolgimento dei giovani. I centri AIC furono i primi a fornire risultati in giornata utilizzando test rapidi e a fondare gruppi di sostegno post-esame. Per questo aspetto l'Uganda sembra essere stata piuttosto unica nell'enfasi che ha posto sul VCT,

in un momento in cui le organizzazioni internazionali ancora non lo esortavano come prerequisito fondamentale ad una buona strategia di prevenzione²²⁸.

Sempre nel 1990 il governo forma un gruppo di lavoro con l'incarico di valutare tutti i programmi di lotta all'Aids e tutte le iniziative che fino a quel momento erano state attuate nel paese, col fine di proporre un quadro d'azione multi settoriale per una futura implementazione di programmi nazionali di lotta all'Aids. Oltre a varie associazioni locali furono coinvolte anche le grandi agenzie internazionali presenti nel paese quali la Banca Mondiale, OMS, UNICEF, USAID e UNDP²²⁹. Successive consultazioni dirette da Museveni portarono alla formulazione e adozione nel 1992 della linea politica nazionale sull'Aids. Questi sforzi si fondano sull'allarmante impatto ed estensione dell'epidemia Aids in Uganda, che ha portato il governo a voler costruire una politica innovativa ed adeguata alla gravità della situazione. Viene presa la decisione di adottare una risposta all'epidemia di tipo multi settoriale e con una partecipazione la più ampia possibile.

La *Uganda Aids Commission* (UAC) fu formalmente creata, con votazione parlamentare, nel 1992, come ufficio statale con rapporti diretti e privilegiati all'Ufficio del Presidente, per coordinare e gestire i legami fra i vari settori all'interno dei programmi multisettoriali previsti per il futuro²³⁰. La UAC comincia a lavorare al programma operativo nazionale, PON, per indirizzare e guidare le agenzie specifiche ed i gruppi di lavoro nell'elaborazione di attività e progetti per la lotta e la prevenzione dell'Aids. Il lavoro principale della UAC è di coordinare e gestire i vari attori che intendono far parte del PON, assicurando un buon funzionamento dell'approccio multisettoriale²³¹. La UAC iniziò a svolgere un ruolo fondamentale di razionalizzazione dei progetti e delle iniziative riguardanti la lotta e la prevenzione dell'Hiv/Aids, cominciando a tessere una importantissima rete di relazioni e di scambi d'informazioni. Fondamentale in questa iniziativa fu che incitò all'inclusione di tutti coloro che lavoravano per i malati, stimolando un ambiente di solidarietà e d'apertura facilmente accessibile.

3.3. Verso un approccio multisettoriale e decentrato

La linea politica nazionale decisa dal governo nel 1990 e ripresa nel documento fondante l'approccio multisettoriale in Uganda nel 1993, recita testualmente: *“Tutti gli ugandesi hanno una responsabilità individuale e collettiva di essere attivamente*

partecipi nelle attività di controllo dell'Aids svolte in modo coordinato ai vari livelli amministrativi, politici fino ai livelli comunitari e locali. La lotta all'Aids non è rivolta solamente alla prevenzione della diffusione dell'Hiv/Aids ma si rivolge anche ad una risposta attiva che sia rivolta a, e per il controllo di, tutte le conseguenze scaturite dall'epidemia.”²³²

Queste frasi sono indicative dell'approccio multisettoriale che nel 1993 viene adottato dal governo ugandese, e che dal quel momento sarà l'approccio base di tutte le successive azioni e programmi. Il documento che sviluppa e presenta l'approccio multisettoriale, AMS, per la lotta all'Aids ha il fine di prescrivere una direzione ed un processo di svolgimento della lotta all'Aids e di indicare determinati cambiamenti necessari, che rappresentino obiettivi graduali da raggiungere. L'approccio stabilisce 5 obiettivi che devono fare da guida ed indicare la direzione comune di tutte le iniziative e programmi, a qualsiasi livello, che vengono o verranno implementate per la lotta all'Aids. Gli obiettivi elencati hanno, inoltre, il fine di giustificare la distribuzione delle risorse disponibili:

- Arrestare la diffusione dell'Hiv/Aids
- Alleviare l'impatto negativo dell'epidemia sulla salute e sull'economia e sulla società
- Rafforzare la capacità nazionale di rispondere all'epidemia
- Stabilire una base d'informazione nazionale sull'Hiv/aids
- Rafforzare la capacità nazionale di svolgere attività di ricerca relative all'Hiv/Aids²³³.

Nell'AMS vengono dichiarati anche tre principi fondamentali, che fanno da quadro di riferimento di base al resto delle indicazioni: il primo è che tutti gli ugandesi individualmente sono chiamati a partecipare attivamente alle varie iniziative di lotta all'Hiv/Aids, il secondo è che la lotta all'Aids viene esortata non solo come prevenzione della sua diffusione ma come diretta ai vari livelli sui quali l'epidemia influisce in modo negativo, il terzo principio è che viene sollecitato il rafforzamento delle capacità organizzative ed esecutive dei vari settori ed anche dei singoli individui.

Vi sono una serie di presupposti sottostanti a questi tre principi fondamentali che vengono dichiarati nel documento originale e che è importante tenere presente, perché assieme alle sopra citate informazioni ci danno un quadro generale di come il governo, almeno sulla carta, abbia inteso l'AMS. Sottostando alle linee principali individuate dall'AMS, si dichiara che vi sono delle azioni che vanno inevitabilmente associate ad

esse e che sono: a) La necessità di portare avanti riforme a favore di: il rafforzamento del ruolo della donna nel percorso di sviluppo; il decentramento della programmazione e dei servizi amministrativi; la promozione dell'auto aiuto e dell'*empowerment* delle varie comunità; lo sviluppo di una stretta collaborazione fra il governo le ONG e le CBO (Community Based Organizations, organizzazioni a base comunitaria). b) volontà politica di affrontare e appoggiare la lotta all'Aids continuerà, verrà rafforzata e ribadita in ogni occasione pubblica. c) Una risposta positiva pubblica sarà un prossimo ed ingente cambiamento dei comportamenti a rischio. d) La distribuzione delle risorse disponibili al governo saranno progressivamente indirizzate a sostenere le iniziative di lotta all'Aids. e) La mobilitazione e la sensibilizzazione della popolazione sulle questioni relative all'Aids saranno aumentate e rafforzate. f) L'assistenza e il supporto internazionale, molto ben accetto, non influenzerà eccessivamente le priorità nazionali nella lotta all'epidemia

L'approccio multisettoriale così concepito, richiede anche l'apertura presso altri Ministeri statali, oltre al MdS, di programmi per il controllo dell'Aids, NACP. Inoltre, nel 1992, la UAC procede all'apertura di *District Aids Coordination Committees* (DACC, comitati distrettuali di coordinamento sull'Aids) in tutti e 39 i distretti che in quel momento esistevano nel paese. Con l'intento di sviluppare, di seguito, comitati in tutte le successive frazioni ed organizzazioni comunitarie in cui si dividono i distretti ugandesi. L'intento era ovviamente di coinvolgere il maggior numero di persone e diffondere fra la maggioranza della popolazioni informazioni sui rischi e le modalità di prevenzione dell'Aids. Le strutture più piccole furono create in alcuni villaggi, ma la loro organizzazione fu più lenta rispetto alla creazione di quelle a livello distrettuale. Pure i DACC non ebbero un grande successo per via delle grandi carenze di fondi dei distretti, gli unici che funzionarono furono quelli totalmente finanziati dall'esterno (come da qualche ONG straniera), e quando questi fondi finirono i comitati terminarono di essere attivi²³⁴. Infatti, queste sezioni distaccate distrettuali furono viste come dei relativi fallimenti.

Nel 1994 inizia l'implementazione del programma operativo nazionale, PON, il quale ha la funzione di guidare tutte le azioni ed i programmi di prevenzione, cura e lotta all'Aids previsti fra gli anni 1994 e 1998²³⁵. Il PON rappresenta il programma attraverso il quale deve essere implementato l'approccio multisettoriale. Uno dei primi obiettivi raggiunti dal PON, fra le altre cose, fu di scoprire e pubblicare le principali vie d'infezione dell'Hiv/Aids in Uganda che sono: rapporti sessuali non protetti,

trasmissione verticale, trasfusioni di sangue infetto e uso di aghi infetti, dove la modalità di infezione più comune è attraverso rapporti sessuali non protetti. Queste informazioni furono molto importanti sia per le attività di prevenzione che per l'organizzazione delle cure per l'epidemia.

Sempre nel 1994, ad opera della UAC e seguendo i principi sollecitati nell'AMS, viene creato il Centro Nazionale di Documentazione ed Informazione sull'Aids, CeNDIA²³⁶. Il CeNDIA riflette la necessità di una base informativa che promuova le decisioni, riguardanti le azioni di lotta e di prevenzione dell'Aids, su vario livello, fungendo, anche, come una sorta di cassa di risonanza per le informazioni riguardanti l'epidemia nel paese. Il CeNDIA fu creato con l'appoggio finanziario e logistico del governo giapponese e francese ed ha ricevuto ausilio da varie istituzioni ed organizzazioni. Il Centro fornisce informazioni alle associazioni governative e non, ma anche al pubblico attraverso le sue librerie, database e audiovisuali²³⁷.

Il governo di Museveni compie un passo importante nel 1997, quando con legge parlamentare viene stabilito il carattere decentrato dello stato ugandese. Con questa legge i Consigli di Resistenza divengono Consigli Locali, CL, inoltre, si articola tutta una serie di trasferimenti di ruoli e poteri dal livello centrale al livello distrettuale. Il numero di distretti aumenta, da 39 a 45 distretti, che a loro volta sono divisi in contee, poi in sotto contee, frazioni, parrocchie e ogni parrocchia in villaggi. La legge serve principalmente per razionalizzare il sistema amministrativo statale. Per quanto riguarda la lotta all'Aids, viene richiesto, presso ogni distretto, l'istituzione dei comitati distrettuali di coordinamento sull'Aids, i DACC che abbiamo visto sopra, che vengono estesi anche ai nuovi distretti.²³⁸

La questione del decentramento è una trasversale ai temi qui analizzati ed è alla base della strategia governativa, sia in ambito di lotta all'Aids che per le riforme attuate nel sistema sanitario, educativo e negli altri settori esaminati. Il decentramento di competenze attuato all'interno delle prime istituzioni create per gestire la lotta all'Aids è, già dall'inizio della risposta all'epidemia, particolarmente evidente e può essere interpretato come un tentativo, diretto o indiretto, di *empowerment*²³⁹ delle comunità. Fra la fondazione del UAC e l'approvazione dell'AMS, il governo di Museveni nei primi anni novanta consolida la base istituzionale della risposta governativa all'epidemia, ed è una risposta che, come stiamo vedendo, ha una forte impronta inclusiva e partecipativa e sottolinea l'importanza del dare un respiro non solo sanitario alla visione dell'epidemia.

3.4. Le prime revisioni, il secondo quadro strategico per la risposta all'Aids e l'affermazione della lotta alla povertà come priorità del governo

Il programma operativo nazionale, PON, redatto dalla UAC per il delineamento e l'articolazione delle attività di lotta all'Aids, prevede un periodo di circa quattro anni, dal 1994 al 1998. Già dalla fine del 1996, inizia all'interno delle strutture create dal NRM, un processo di auto valutazione delle attività intraprese negli ultimi anni. Tale ricerca viene condotta perché divenga la base della successiva formulazione di un nuovo programma nazionale quadriennale, che culminerà poi nella formulazione del *National Strategic Framework for Hiv/Aids Activities in Uganda*, NSF, 1998-2002.

Ormai è un dato di fatto che in Uganda i tassi d'infezione di Hiv/Aids sono in discesa, un trend osservato nei siti sentinella già a cavallo fra 1993-4. Eppure i tassi d'infezione sono ancora troppo alti ed i primi programmi governativi per la lotta all'Aids hanno incontrato varie difficoltà e fallimenti. Il decentramento delle attività rivolte alla lotta all'Aids non è stato realizzato in eguale misura nei diversi distretti, si è scontrato con strutture locali inadeguate e con gravi carenze di fondi. Non sempre si è avuta partecipazione dalla popolazione locale, soprattutto per motivi economici, culturali e sociali. Spesso l'azione comunitaria passava in secondo piano rispetto all'ambizione politica di alcuni personaggi. Il maggiore problema, presso i CL e le altre amministrazioni locali, sembra essere stato la grave carenza di fondi e la già precaria situazione economica dei membri della comunità. Inoltre, l'esiguo collegamento dei vari gruppi locali con il governo centrale e la poca attenzione portata da quest'ultimo verso le singole realtà, ha spesso attenuato l'attivismo²⁴⁰.

Un'altra critica che emerge alle attività fino a questo momento portate avanti è la mancanza di coordinamento e di apertura verso i vari settori. Per quanto si sia cercato di promuovere una azione olistica, di sinergia fra le varie parti, questo non si è verificato come voluto. Molte delle attività sono state condotte autonomamente e con scarso collegamento con le altre organizzazioni, gruppi o ONG. Così i risultati, le scoperte o anche solo le attività future non vennero condivisi fra i vari attori coinvolti nella lotta all'Aids²⁴¹. Viene inoltre osservata la scarsa partecipazione diretta dei malati di Hiv/Aids, i quali sembrano essere più destinatari passivi che attori partecipi della loro sorte, tralasciando soprattutto l'importante risorsa, che essi rappresentano, di testimonianza diretta dei problemi legati all'epidemia.

All'inizio del 1997 venne formato un gruppo di lavoro composto da 11 organizzazioni governative e non, nazionali e non, per la valutazione del PON 1994-1998 e per la scrittura del nuovo programma d'azione coordinata. Ogni obiettivo elencato nel AMS fu esaminato e fu valutato a che punto si fosse sulla strada del suo raggiungimento. Tutte queste informazioni sono contenute nel documento “ *The National Strategic Framework for HIV/AIDS Activities in Uganda 1998-2002*” (NSF 1998-2002), il quale, dopo aver esposto i problemi rilevati, indica i nuovi obiettivi e le nuove azioni di base che si prevedono e si necessitano per il futuro quadriennio. Gli obiettivi specificati sono: fornire una guida di base per le future attività che siano dirette alla prevenzione della diffusione di Hiv/Aids e all'alleviamento degli effetti negativi che produce sulla società e sull'economia ugandese; fungere da base per la mobilitazione di risorse per implementare il *National Aids Programme*²⁴².

Nel NSF 98/02, vengono ribaditi i 5 obiettivi affermati nell'AMS, i quali sono confermati come centrali al lavoro che va svolto in futuro. A questi obiettivi ne vengono aggiunti altri due, alla luce delle indagini fatte sulle carenze dei progetti precedenti: 1. Promuovere la cura, il supporto e la protezione dei diritti delle persone infettate di Hiv/Aids. 2. Ridurre la vulnerabilità degli individui e delle comunità all'Hiv/Aids, con particolare riguardo ai bambini, ai giovani e alle donne²⁴³.

3.4.1 Lotta alla povertà

I primi capitoli di questa tesi, fra gli altri argomenti, hanno cercato di delineare la rilevanza della povertà e dei determinanti sociale dell'epidemia nella diffusione dell'Hiv/Aids. In base a tale argomentazione devono essere valutate le azioni del governo ugandese nel realizzare congiuntamente, la lotta all'Aids ed i programmi di riduzione della povertà.

L'Uganda, dal 1987, usufruisce di vari Programmi di Aggiustamento Strutturale, PAS, abbracciando con essi le politiche liberiste di potenziamento del mercato e dell'imprenditoria privata. Per i primi anni novanta divengono evidenti, anche al governo stesso, le conseguenze “collaterali” di questi pacchetti di riforme, primo fra tutti il peso che viene ad esercitarsi sui poveri sempre più emarginati. Eppure, l'Uganda rimane un paese, secondo lo *Human development Report* dello UNDP 1997, a basso reddito: il reddito medio nel 1995 era di circa US\$1.3 per capita. I dati del Ministro ugandese della Programmazione Finanziaria e dello Sviluppo Economico,

nel 1997, sostenevano che oltre il 47 % della popolazione viveva sotto la soglia di povertà²⁴⁴. Alla luce, anche, degli effetti asimmetrici sulla società dei PAS e della costante crescita nel numero di poveri nel paese, il governo, nel 1997, formula il suo programma per la lotta alla povertà: il *Poverty Eradication Action Plan*, PEAP. Programma d'azione per eliminare la povertà nel paese²⁴⁵.

Il PEAP contiene due obiettivi principali: 1. Aumentare il reddito familiare attraverso una rapida crescita economica e 2. Migliorare la qualità della vita attraverso il miglioramento dei servizi pubblici, particolarmente la sanità, l'educazione, le strade rurali, l'accesso all'acqua e alle misure igieniche, e l'espansione dell'agricoltura.

Il PEAP elenca, inoltre, quattro pilastri fondanti da sostenere: 1. Crescita economica veloce e sostenibile, e una trasformazione strutturale dello stato 2. Sicurezza nazionale e buon governo 3. Aumentare la capacità dei poveri di migliorare il proprio stipendio 4. Aumentare la qualità della vita per i poveri²⁴⁶.

Per il raggiungimento di questi obiettivi, il PEAP prevedeva un aumento di investimenti verso le zone più povere, cercando di assicurare tali investimenti anche a fronte di futuri tagli nella spesa pubblica²⁴⁷. Dal 1997, il governo ha portato avanti varie riforme nei diversi settori pubblici e molte privatizzazioni. Alla fine degli anni novanta si registrano nel paese tassi di crescita dell'economia fra i più alti nei paesi poveri. L'Uganda, però, è anche uno dei paesi poveri più pesantemente indebitati, così circa l'80 % della ricchezza prodotta dal paese è poi utilizzata per il pagamento del debito estero, con molte poche risorse restanti per far fronte alle necessità dei servizi sanitari nazionali, o per sostenere il programma di riduzione della povertà. Questo è stato e rimane uno dei problemi anche alla base della risposta nazionale all'Aids.

Nel 1998 parte l'iniziativa HIPC (*Heavily Indebted Poor Countries*) promossa dai grandi paesi creditori internazionali, FMI e BM in capo, con lo scopo di ridurre il debito estero. L'Uganda è stata la prima nazione africana a beneficiare di questa iniziativa (anche grazie alle sue politiche economiche interne e ai grandi rapporti diplomatici tessuti dal governo del NRM nei confronti di queste due organizzazioni, vedi anche sotto). I fondi e le risorse "liberate" dalla riduzione del debito possono così essere reinvestiti in altre iniziative nazionali, anche se la situazione e le condizioni dettate dall'HIPC sono piuttosto complesse²⁴⁸. A questo fine, fu creato dal governo ugandese il *Poverty Action Fund*, PAF, il quale è mobilitato sia da fondi governativi che da fondi provenienti dai donatori internazionali, sia multilaterali (IMF, BM, UE, USAID) sia bilaterali (come Svezia, Regno Unito, Paesi Bassi). La maggior parte dei

fondi che costituiscono il PAF sono utilizzati per finanziare i progetti proposti in linea con il programma per la lotta alla povertà. L'approccio alla gestione di questi fondi viene definita SWAp²⁴⁹, approccio settoriale, cioè che tutti gli *stakeholders*, tutti i gruppi di interesse, ivi inclusi i paesi che hanno concesso una riduzione del credito, tutti questi soggetti determineranno come dovrà essere utilizzato questo denaro. Così, diviene sempre più centrale il coordinamento e l'organizzazione. Inoltre, visto che tra i quattro principali settori d'intervento del PEAP²⁵⁰ viene riconosciuta anche l'epidemia Aids, alcuni dei fondi disponibili sotto il PAF sono intesi per sostenere attività e programmi di lotta all'Aids.

Queste politiche di diminuzione della povertà sono ritenute coerenti con l'argomento riguardante la costruzione governativa della risposta all'epidemia Aids. Ci danno una panoramica più ampia sull'azione del governo e sulla sua volontà di reperire fondi a disposizione delle strutture create per dirigere le attività di lotta all'Hiv/Aids. Inoltre, ci mostrano la volontà del governo di portare avanti la risposta all'epidemia come parte di un programma generale di miglioramento della condizione di vita degli ugandesi, così favorendo un'azione multisettoriale. Queste azioni sembrano sottintendere la consapevolezza che lo stile di vita, o la qualità della vita²⁵¹, degli ugandesi è uno dei fattori più pericolosi nella diffusione dell'epidemia²⁵².

3.5. Azioni recenti e programmi in corso

Il programma strategico per la lotta all'Aids, NSF 98/02, ha avuto una successiva valutazione ed aggiornamento durante il 2000, lavoro che è culminato nel NSF 2000/1-2005/6, l'ultimo programma strategico di lotta all'Aids quadriennale del governo ugandese, ora in via di attuazione. Ciò che emerge in modo ancora più forte da questo ulteriore aggiornamento del programma strategico di lotta all'Aids, è la volontà politica di rendere l'arena dell'implementazione e della partecipazione la più ampia possibile. Anche il PEAP ha avuto un aggiornamento e riformulazione nel 2001. Non subendo grandi cambiamenti si è verificato, però, un ulteriore avvicinamento fra i due quadri d'azione.

In linea con questi ulteriori sviluppi e critiche, la UAC, nel 2001, fonda un nuovo coordinamento, il *Uganda HIV/AIDS Partnership*. Questo vuole essere un meccanismo innovativo di coordinamento fra gli attori che lavorano sull'Hiv/Aids ai vari livelli nel paese. Alcuni dei membri sono: i vari ministeri governativi, le

rappresentanze distrettuali, le persone che vivono con l'Hiv/Aids e le organizzazioni, il settore privato, le ONG nazionali ed internazionali, le Agenzie ONU, ed altri. I rappresentanti delle associazioni/istituzioni membri si incontrano a scadenza mensile in riunioni di coordinamento, nei quali il Ministero della Salute e delle Finanze, il consiglio della UAC e il segretariato dell'UNAIDS hanno un posto permanente. Il compito principale del *Uganda HIV/AIDS Partnership* è di controllare ed innovare l'implementazione della risposta nazionale all'Hiv/Aids, guidata e diretta dal NSF 01-06. Il ruolo di questo ulteriore organismo è di aiutare la UAC ad implementare, controllare, ed in particolare armonizzare le attività che sul territorio nazionale vengono portate avanti per la lotta all'Aids, così da assicurarsi che le aree prioritarie e le zone deficitarie siano affrontate più diligentemente²⁵³. Eppure, nell'approccio e nelle istituzioni o coordinamenti create ad hoc per affrontare l'epidemia permangono ancora gravi carenze. Le più gravi sono forse la mancanza di un'equa distribuzione nel paese delle attività e delle azioni di supporto ai già malati e di lotta all'Aids, nonché la continua carenza di fondi, sia delle organizzazione che, soprattutto, della popolazione ugandese.

A conclusione di questo percorso cronologico della risposta governativa all'epidemia Aids, evidenziamo non solo l'immediata presa di posizione del governo del NRM alla questione dell'Hiv/Aids ma anche il costante tentativo, negli anni, di mantenerla fra le problematiche principali della propria politica. Tali informazioni non bastano però per ricostruire ciò che è successo in Uganda e comprendere le linee fondanti della risposta governativa, nei vari livelli in cui questa si scompone. Non ci bastano per comprendere perché l'epidemia si sia diffusa così velocemente nei primi anni e poi, abbia iniziato un lieve ma percepibile rallentamento. Finora abbiamo il contesto generale, ora servono i particolari. Serve osservare con maggior attenzione gli aspetti che compongono la struttura ed il corpo del paese, sui quali, ed in funzione dei quali, sono state create le tante iniziative che abbiamo visto finora (vedi anche Appendice 3). Veniamo così ad un altro aspetto centrale per la lotta e risposta all'Hiv/Aids: le riforme attuate dal governo nei vari settori centrali per affrontare l'epidemia, primo fra tutti il sistema sanitario.

4. Riforme ed innovazioni nel sistema sanitario.

L'Uganda è un paese molto povero. Uno dei principali corollari di questo fatto è una spesa pubblica per la sanità esigua, molto al di sotto delle necessità base e di conseguenza un sistema sanitario carente, poco esteso, scarsamente presente sul territorio, soprattutto nelle zone rurali ed un rapporto medico-popolazione molto alto. La mortalità infantile e l'aspettativa di vita alla nascita in Uganda sono fra i peggiori al mondo. Oltre il 50 % della popolazione ugandese non ha accesso ad acqua potabile, rendendoli particolarmente vulnerabili all'infezione di colera e diarrea. La malaria e le malattie respiratorie sono molto comuni e frequentemente causa di morte²⁵⁴.

Al fine della nostra indagine interessa qui comprendere lo stato, l'estensione, il funzionamento e le risorse del sistema sanitario ugandese. Ci interessa comprendere le politiche e le riforme che hanno modellato il sistema sanitario e come la risposta governativa all'epidemia si sia inserita in tale contesto. La politica sanitaria viene determinata dal governo in carica e dalle forze che agiscono su di esso. Comprendere l'evoluzione delle politiche sanitarie è quindi fondamentale per avere un quadro più completo di ciò che in Uganda può avere determinato la diminuzione dei tassi di infezione da Hiv/Aids e di come abbia influito su questo l'azione del governo.

4.1 Storia della politica sanitaria ugandese

Essendo un argomento vastissimo, qui ricorderemo solo le tappe principali dello sviluppo recente del settore sanitario ugandese. Il sistema sanitario ugandese, sia per qualità che per innovazioni e cura, era fino al 1970 ritenuto il migliore dell'Africa sub sahariana, godendo di strutture relativamente nuove, efficienti, con un corpo medico ben preparato, ed una spesa pubblica per la sanità piuttosto alta per il tempo²⁵⁵. L'Uganda in questo periodo spiccava anche per la formazione del suo personale medico. A Kampala, l'Università di Makerere aveva fama internazionale e molti professori stranieri, principalmente inglesi, vi trascorrevano il loro anno sabbatico, e non solo, come docenti. Il periodo prossimo all'indipendenza, 1962-1970, fu caratterizzato da due iniziative di grande respiro: l'estensione nazionale delle infrastrutture sanitarie ed il mantenimento di un sistema sanitario pubblico sullo stampo dei modelli occidentali. Questa politica di espansione era fondata sull'illusoria speranza che l'economia del paese, già prospera, avrebbe continuato a crescere in un

clima di stabilità politica. Tuttavia l'abrogazione della costituzione, l'abolizione delle sovranità regionali, il colpo di stato del 1970 ed il conseguente tracollo economico che ne seguì contribuirono alla fine di tale progetto.

Durante il regime militare repressivo e la misera realtà economica del periodo 1971/80 la sola opzione sanitaria fu quella di mantenere l'ampio ma insostenibile sistema di infrastrutture e servizi esistente. La contemporanea crisi del petrolio portò ad un declino delle economie di molti stati africani relativamente stabili, tanto che alla fine degli anni settanta era oramai evidente che questi non sarebbero stati in grado di assicurare e consolidare sistemi sanitari sul modello occidentale²⁵⁶. Gli anni di guerra civile e di dittatura interruppero bruscamente il processo di crescita ed espansione che prendeva piede nell'Uganda indipendente, nel sistema sanitario come nel resto del settore statale.

Nel 1978 la conferenza di Alma Ata lancia il concetto della *Primary Health Care*, PHC²⁵⁷. L'Uganda adotta la PHC come strategia nazionale nei primi anni ottanta, mettendo come obiettivo primario l'accesso alla sanità pubblica per tutti, ma quando si trattò di metterla in pratica fu presto evidente che essa non era sostenibile per il paese. Venne in aiuto l'UNICEF, con la proposta di una PHC selettiva secondo la formula GOBIFF (*growth-monitoring, oral rehydration, breast-feeding, immunization, family-planning, female education*)²⁵⁸. Così partirono i programmi verticali²⁵⁹ che tuttora formano l'ossatura portante del sistema sanitario ugandese, con il coinvolgimento delle strutture missionarie e di quelle gestite dalle ONG. Queste ultime erano arrivate numerose alla fine del 1986 al termine della rivoluzione che portò al potere il NRM. Esse tuttavia hanno lavorato in maniera poco integrata e spesso conflittuale una con l'altra a causa dell'assenza di una azione centrale di supervisione.²⁶⁰ Inoltre, fino ad anni molto recenti, non vi è stata neppure grande collaborazione fra queste organizzazioni ed il governo, a dimostrazione di una struttura sanitaria atomizzata e poco coerente.

4.2 Prime politiche sanitarie del NRM e decentramento

Nel 1987 iniziano i primi veri tentativi di creare una nuova politica sanitaria, di dare una svolta alla disastrosa condizione della sanità pubblica nel paese. È importante notare che, il processo di rinnovamento del sistema sanitario è inserito e parte

integrante di un processo più ampio di rinnovamento e trasformazione dell'intera struttura statale avviato in questo periodo dal NRM.

Nel 1987 si costituisce la Commissione di Revisione Sanitaria, con l'obiettivo principale, oltre alla riabilitazione del sistema esistente, di espandere l'accesso alle strutture sanitarie, in linea con la politica base del NRM che voleva il coinvolgimento totale della popolazione nei cambiamenti del nuovo regime²⁶¹. Tuttavia, la strategia decisa dalla Commissione dimostrò presto due gravi mancanze: da una parte non teneva conto della profonda crisi finanziaria del paese, dall'altra dava per scontato che la messa a punto dei servizi di PHC potesse avvenire senza una sostanziale riforma del settore secondario e terziario (ossia gli ospedali) e soprattutto del sistema economico ugandese, che devono produrre le risorse per sostenere almeno in parte tali obiettivi. Di conseguenza, il piano sanitario decennale 1991-2001, presentato dalla commissione, venne rifiutato dalle agenzie di cooperazione internazionali in quanto il budget richiesto era superiore di almeno quattro volte delle risorse disponibili nell'immediato e nel futuro²⁶².

Il governo del NRM, per la sua linea politica di base socialista e con forte base popolare, fu inizialmente ostile verso l'implementazione nel paese delle riforme orientate verso l'apertura al mercato avvocate dalla BM e dal FMI. Tuttavia Museveni e i suoi furono presto confrontati con una realtà di scarsità di fondi e mancanza di solide alternative. Con il tempo il legame con le due istituzioni di Washington, e con le politiche neo liberiste che proponevano, divenne progressivamente più forte, soprattutto con il rivelarsi dei chiari cambiamenti positivi dell'economia e del tasso di crescita ugandese²⁶³. La preoccupazione per la direzione presa dalla politica sanitaria ugandese alla fine degli anni ottanta portava al coinvolgimento dei donatori, voluto dalla Banca Mondiale, nello sviluppo della stessa, a cui si è associato l'uso sempre più frequente di misure condizionali, vincolanti gli aiuti sanitari. Il Piano Triennale 1992-1995, esteso poi al 1997, venne così formulato in larga parte ad opera di esperti espatriati. Esso propone alcune raccomandazioni fondamentali, tra cui ricordiamo soprattutto l'introduzione delle *user fees* come modalità di finanziamento dei singoli ospedali, la centralità della lotta all'epidemia Aids, l'orientamento del sistema sanitario verso la PHC e l'elaborazione di un "pacchetto" minimo di servizi sanitari.

Con il sistema di *cost sharing* o *user fees* veniva richiesto ai pazienti di partecipare direttamente alla spesa per l'assistenza sanitaria offerta dal servizio pubblico. Già dalla fine degli anni ottanta inizia l'attuazione di questa pratica, anche se la sua

introduzione avviene seguendo un percorso piuttosto tortuoso. La proposta poggiava sia sulla necessità di sviluppare un finanziamento aggiuntivo dei servizi sanitari da utilizzare a livello locale, sia per disciplinare questa pratica, che oramai era largamente corrente²⁶⁴. L'applicazione degli *user fees* fu decentrata e differenziata per località e strutture, perfettamente integrata nell'opera di decentramento di tutte le istituzioni e attività dello stato che dal 1993 divenne sempre più forte. Vi era grande differenza fra le quote richieste dagli ospedali pubblici, dagli ospedali privati *for-profit* e da quelli *non-profit*, così come fra le cliniche o ospedali nelle zone rurali e quelli nelle zone urbane. A grandi linee si può affermare che le strutture *non-profit* fornivano le maggiori cure senza richiedere remunerazione mentre, fra i servizi che richiedevano un pagamento diretto, le *user fees* erano solitamente più basse nei servizi pubblici. L'utilizzo dei soldi così raccolti veniva finalizzato, per grande parte, dalla struttura stessa al pagamento di medicinali, dei costi per la manutenzione e molti confluivano nei salari del personale medico o para medico. Infatti, altro obiettivo di questa ulteriore fonte di entrate era proprio di aumentare o regolarizzare il pagamento del personale, gravemente sotto pagato e di conseguenza spesso sotto motivato e poco disponibile²⁶⁵.

La ripercussione più forte di questa pratica si ebbe sulle famiglie e sulle persone più povere, proprio il settore della popolazione più vulnerabile e più a rischio di malattia. Inoltre, questa pratica contrastava con le dichiarazioni a favore di un maggior accesso di tutti alle strutture sanitarie ed alla salute, e con i principi alla base dell'idea di PHC. Questa modalità di finanziamento è stata una realtà ben consolidata per molti anni; gli *user fees* rimasero pratica comune nel paese fino al 2000/2001, a ridosso delle ultime elezioni presidenziali, quando il presidente dichiarò la loro abolizione durante la sua campagna elettorale. È rilevante notare che, visto l'evidente impatto negativo sull'accessibilità alle strutture sanitarie dei più bisognosi, le *user fees* non vennero mai richieste in alcuni distretti nel nord del paese (Gulu e Lira ad esempio), dove le autorità locali ne hanno escluso la loro adozione²⁶⁶. Da questa eccezione viene inoltre messa in risalto l'estrema autonomia che negli anni viene devoluta ai distretti ed ai consigli locali nel decidere, all'interno di determinate regole, la politica della propria comunità. Questo ultimo particolare, ha un impatto determinante sulla costruzione di una sanità più prossima alle persone e di una risposta all'epidemia Aids più calata e vicina alle reali e specifiche difficoltà individuali e comunitarie.

4.2.1 Decentramento nel sistema sanitario e partecipazione

L'emergere dell'epidemia Aids è stata contemporanea all'inizio della ripresa dell'economia e delle strutture statali in generale. Questo ha messo ulteriormente a dura prova le strutture sanitarie decadenti che uscivano dagli anni di guerra. Dall'arrivo al potere, il NRM scommette sul futuro del paese puntando ad una maggiore partecipazione della popolazione e per quanto riguarda la sanità, si muove per avvicinare le strutture ai cittadini. Eppure, le strutture sanitarie statali versavano in situazioni talmente fatiscenti che un aumento della loro accessibilità non era abbastanza, necessitava un forte miglioramento della qualità dei servizi forniti e delle strutture disponibili. Per la cronica mancanza di fondi disponibili, quest'ultimo passo è stato più lento a realizzarsi.

Dal 1986 in particolare, si moltiplicano le ONG che entrano nel paese e che aprono strutture sanitarie parallele a quelle governative, inoltre aprono molte strutture sanitarie private di proprietà nazionale o estera. I servizi sanitari in Uganda sono erogati attraverso un misto di fornitori pubblici e privati. Accanto alle strutture fornite dal governo vi sono quelle *non profit* (ONG, ospedali o cliniche missionarie ad esempio) e quelle *for profit*. Vari studi hanno rivelato che per larga parte degli anni ottanta e inizio anni novanta la maggioranza delle famiglie, sia povere che non povere, tendevano a preferire le cure delle ONG o delle strutture private a quelle delle strutture pubbliche, anche se spesso queste ultime erano meno care. Questo dato ribadisce il forte stato di degrado in cui versano le strutture statali a cavallo tra gli anni ottanta e novanta: piuttosto che spendere meno per un servizio decadente si preferivano le altre alternative. Inoltre, non mancano solo i fondi, alle strutture pubbliche manca personale qualificato e motivato e medicinali di base²⁶⁷.

Nella legislazione governativa dei primi anni novanta vediamo che vi è progressivamente un parziale impegno politico per tentare di correggere queste lacune e carenze della sanità pubblica. Nel 1993 leggi e norme governative iniziano a rendere ufficiale e legale un processo che è in atto dal 1986, la riforma ed il decentramento dell'apparato statale. In Uganda le riforme attuate nel sistema sanitario fanno parte del generale processo ricostituente dello stato, il quale consiste principalmente di liberalizzazioni dei principali monopoli statali e di molte delle sue strutture, riforme costituzionali, riforma dell'amministrazione statale, decentramento e privatizzazione²⁶⁸. I cambiamenti all'interno della sanità pubblica sono parte

integrante del programma di riforma dell'amministrazione statale, che diviene formale nel 1991, ma il cui processo parte già dal 1987. L'obiettivo alla base delle decisioni di cambiamento strutturale è di creare un assetto statale che fornisca servizi opportuni, in tempo adeguato e di qualità, con il minor peso finanziario per la popolazione, per sostenere un rapido e concreto sviluppo nazionale e facilitare nonché sostenere la crescita del settore privato, visto come potenziale fonte di ricchezza.

Il decentramento ha portato grandi cambiamenti nell'allocazione dei ruoli, delle responsabilità e rapporti fra il governo centrale e i governi locali. Sia il ministero della Sanità che le amministrazioni locali sono state ristrutturate, così da riflettere la differenza fra le direttive politiche e la loro esecuzione. Tutti gli ospedali (fanno eccezione solo gli ospedali per la formazione del personale) divengono responsabilità dei Consigli Locali dei distretti. Il personale di queste strutture è per metà impiegato dai consigli e pagato direttamente da questi, per l'altra metà dipendente, impiegato e stipendiato dal MdS. Il ministero della Sanità viene ridotto in grandezza, competenze e della metà in numero di dipendenti. Le sue competenze di fornitura di servizi viene interamente decentrata così che non abbia più alcun compito o responsabilità a livello centrale ma solo tramite le sedi ospedaliere locali o nazionali, alle quali ha devoluto molte potestà manageriali e di decisione, rendendo l'*accountability*²⁶⁹ verso le comunità locali compito delle strutture presenti in esse. L'obiettivo ultimo è di rendere i vari ospedali e le altre strutture sanitarie autonome finanziariamente ed operativamente. Mentre le funzioni che rimangono o si aggiungono al MdS sono di redigere le politiche quadro, definire gli standard base dei servizi ed assicurarne la qualità.

Il decentramento ha inoltre la finalità di potenziare l'*empowerment* della società civile e delle comunità locali. Nel contesto della struttura sanitaria, l'*empowerment* si traduce in un maggior coinvolgimento della comunità nella fornitura dei servizi e anche nella gestione dei servizi forniti pubblicamente, attraverso il divenire soci da parte degli utenti, cioè dei membri della comunità, dei comitati ospedalieri o dei gruppi di gestione presso le unità sanitarie.

Il quadro generale del decentramento politico in Uganda è tracciato da 3 leggi principali. Lo Statuto del Governo Locale emanato nel 1993, che prevede il decentramento a favore dei distretti. La Costituzione del 1995 e la Legge sul Governo Locale del 1997 che definiscono dettagliatamente la spartizione dei poteri e dei ruoli anche in ambito sanitario, fra ministeri e distretti. Si afferma chiaramente che tutte le

funzioni, poteri, responsabilità e servizi devono essere decentrati ai vari livelli dei governi locali per assicurare la partecipazione popolare ed il controllo democratico sul processo decisionale²⁷⁰. Inoltre, sempre nel 1993 viene creato dal MdS l'*health management information system* (HMIS, sistema di informazione per la gestione della sanità). Fino a questa data in Uganda vi era un sistema di informazione sulla sanità centralizzato, ogni ricerca e informazione veniva ricondotta a livello centrale, dove poi si rielaboravano i dati che erano accessibili a tutti. Si vuole decentrare anche questo processo, privilegiando l'uso e la rielaborazione dei dati nel luogo di raccolta. Altro cambiamento è l'inclusione nel HMIS degli operatori e delle unità sanitarie non ugandesi, dalle ONG alle altre organizzazioni, di conseguenza l'unione di tutti gli attori in campo sanitario, in un determinato distretto, per favorire il loro scambio di conoscenze ed eventuali collaborazioni. Nonostante il progetto non abbia funzionato nel modo sperato e rimangano grandi carenze, la struttura rimane ed il tentativo di maggiore concertazione tra i vari partner rappresenta una innovazione importante²⁷¹.

4.2.2 Decentramento e lotta all'AIDS

Qui si è tentato di tracciare una sintesi del processo di decentramento innescato dal governo del NRM, con particolare attenzione ai cambiamenti che questo ha significato per il settore sanitario. Ciò che è rilevante sottolineare in questa sede è che il decentramento dell'amministrazione statale in Uganda è stato un fatto principalmente politico, frutto dell'impostazione ideologica del governo di Museveni. Le innovazioni non sono state attuate ad hoc per combattere l'Hiv/Aids, ma hanno costituito parte integrante di un processo di rinnovamento più ampio. È stata la lotta all'epidemia Aids ad essere integrata all'interno di questo progetto di cambiamento. Inoltre, il decentramento delle politiche sanitarie e della gestione delle strutture è stato fondamentale nell'elaborazione di una risposta all'epidemia che fosse calata nelle problematiche specifiche delle varie comunità e che fosse vicino alle persone.

La nozione di PHC e delle unità sanitarie aperte e collegate alla comunità ha permesso una maggiore vicinanza fra le persone e le strutture sanitarie, così fra la comunità e le strutture addette a fare educazione sanitaria. Questo fatto sicuramente ha svolto un ruolo fondamentale anche nel mobilitare la società civile, aumentando la sua consapevolezza d'essere parte fondante del processo decisionale statale. Il fatto di dare rilevanza politica alla partecipazione di ogni individuo, anche nelle strutture

sanitarie, ha fornito un canale di fondamentale importanza per la crescita di auto stima e fiducia nelle proprie capacità fra le persone, il quale è elemento centrale per la lotta all'epidemia e la costruzione di una risposta partecipata.

È necessario riconoscere che, sia il decentramento amministrativo che il decentramento del sistema sanitario ha avuto ed ha gravi problemi. Il coordinamento con il centro politico e la partecipazione dal basso non è avvenuta sempre in modo equo, i distretti non sempre hanno avuto i fondi, il tempo e la volontà politica di includere nell'arena decisionale tutti coloro che ne volevano una parte²⁷². Eppure, la struttura legale che si è formata a favore della partecipazione dal basso è importante. Pur permanendo gravi deficit, riteniamo che queste politiche abbiano spianato la strada ad una risposta all'epidemia Aids che è stata molto vicina alla comunità e calibrata in base alle specificità di ogni territorio, facilitando inoltre una capillare diffusione delle informazioni, così da rendere nel giro di una decina di anni la questione sulle modalità di diffusione dell'Hiv/Aids e rischi connessi di dominio comune a tutti gli ugandesi. Inoltre, queste politiche hanno aperto la porta alla possibilità di una auto organizzazione da parte dei vari gruppi di interesse e di categoria della società civile. Il decentramento, articolato nei modi sopra riportati, ha generato una sorta di *empowerment*.

La risposta all'epidemia in Uganda è stata fundamentalmente basata su iniziative locali. In questo approccio è necessario rivedere la linea di continuazione con le macro politiche del governo. L'approccio, scelto dal governo ugandese, per la diffusione d'informazioni sui comportamenti a rischio ha rispecchiato l'importanza data alle specificità locali. Cioè, si è fatta leva soprattutto sulla comunicazione di massa non elettronica, la quale è stata fundamentalmente basata a livello comunitario, faccia a faccia e culturalmente appropriata e ha saputo tradurre in modo culturalmente vicino e comprensibile le tematiche e le problematiche legate all'epidemia nelle varie e differenti località (l'insieme di queste attività è stata denominata *Behaviour Change Communication*, BCC, comunicazione per il cambiamento dei comportamenti). Le attività si sono svolte utilizzando strumenti e modalità che non richiedono particolari fondi né risorse, essendo calibrate sulle reali possibilità disponibili. L'essere stata culturalmente comprensibile e vicina agli interlocutori è forse la caratteristica principale che ha reso l'azione efficace determinando la conseguente inversione nelle tendenze dell'epidemia.

Organizzazioni non governative e d'appoggio radicate a livello comunitario hanno costruito interventi flessibili, creativi e culturalmente appropriati che hanno funzionato nello stimolare alla riflessione e al cambiamento del comportamento individuale, anche in contesti di grave povertà. Tali approcci a "bassa tecnologia" hanno portato alla sensibilizzazione ed al coinvolgimento nei progetti sulla consapevolezza e l'educazione all'Aids non solo del personale sanitario, dei guaritori tradizionali, delle ostetriche tradizionali, ma anche di personaggi influenti ed in vista che solitamente non avrebbero alcun contatto con le questioni sanitarie, quali i leader politici, della comunità e quelli religiosi, professori ed insegnanti, rappresentanti dei gruppi giovanili e per le donne, etc²⁷³.

4.3 Consolidamento della nuova struttura sanitaria

Nonostante questi programmi ed obiettivi, nel 1998 solo il 50 % della popolazione è in grado di usufruire dei servizi sanitari di base, soprattutto a causa della scarsa distribuzione sul territorio delle strutture.²⁷⁴ L'analisi condotta dal Ministero della Sanità ugandese nel 1997 conferma che lo stato della sanità in Uganda è ben lontano dall'essere soddisfacente. Molti settori della società non hanno accesso ai servizi sanitari di base, disuguaglianze significative esistono fra il Nord e il Sud del paese, fra la popolazione urbana e quella rurale, fra uomini e donne. La caratteristica che emerge con più enfasi dall'analisi ministeriale è la disuguaglianza e disparità fra le varie parti e gruppi di persone all'interno del paese. Tale problema incontra un altro problema strutturale del governo: nelle proiezioni future si stima che la spesa sanitaria pro capite varierà dai US\$7 ai US\$14, a fronte di un valore minimo raccomandato per i paesi sub sahariani di US\$19.²⁷⁵

Verso la fine del 1997, il MdS riconosce la necessità di un nuovo programma sanitario che faccia fronte alle tante carenze presenti, prima fra tante l'accessibilità alle strutture sanitarie (misurata come distanza da una struttura sanitaria di meno di 5 chilometri). Soltanto il 49 % della popolazione risulta avere una struttura sanitaria accessibile dal luogo di residenza. Le comunità rurali sono particolarmente escluse, soprattutto perché le strutture sanitarie sono prevalentemente nelle città e sulle strade principali. Inoltre, è stata rilevata una grande differenza nell'accesso alle strutture sanitarie non solo all'interno dei distretti ma anche fra distretti, variando dal 8,9% al 99,3%. Anche fra le strutture sanitarie più fornite, molte non offrono l'intera gamma

dei servizi base di PHC. Oltre il 60% delle madri non sono seguite da personale adeguatamente formato durante il parto e l'accesso ad acqua potabile è solo del 48 % (UDHS 1995). Altro elemento importante che viene riconosciuto come fortemente carente è l'attenzione alle questioni di genere. Viene riconosciuta l'impatto negativo che l'ineguaglianza di genere determina sulla salute, di conseguenza l'importanza di prestare maggiore attenzione alle relazioni di genere ed alla sessualità nell'elaborazione delle politiche e dei programmi sanitari²⁷⁶.

Il Programma Strategico del Settore Sanitario, PSSS *Health Sector Strategic Plan*, venne finalizzato, con l'approvazione da parte dei creditori, solo nel 2000 e divenne operativo dall'anno finanziario 2000/2001. Una componente chiave del PSSS è la creazione di unità sanitarie di contea, USC, e l'obiettivo di rafforzare gli ambulatori, le cliniche e gli ospedali preesistenti. Un altro punto centrale è l'obiettivo di raddoppiare l'accesso alle strutture sanitarie, fornendo almeno un ambulatorio di base per ogni parrocchia. Altro obiettivo importante è di aumentare il numero e qualificazione del personale²⁷⁷. Ormai, dalle elaborazioni delle politiche governative, sembra essere riconosciuta l'importanza dello sviluppo della salute come determinante di un più generale sviluppo del paese. La salute assume il ruolo di prerequisito, e allo stesso tempo risultato, fondamentale per una politica di sviluppo risolutiva. Infatti, nel 1998, il *Uganda Participatory Poverty Assessment Project* (UPPAP) identificò la carenza di salute come la causa più frequente, ed il motivo alla base, della povertà.

4.4 Progetti per migliorare il sistema sanitario

In maniera trasversale ai progetti e programmi delineati sopra, il MdS dal 1993 comincia una lenta evoluzione anche nel modo e nella maniera di gestione delle malattie e di lotta alla cattiva salute. Ricollegandoci al discorso sul tentativo fatto, attraverso le riforme governative intraprese, di cambiare la cultura in materia di gestione dei servizi pubblici, verso una gestione che fosse orientata ai risultati ottenuti, questo atteggiamento investe anche la politica sanitaria, diretta per primo dal MdS.

4.4.1 Delivery of Improved Services for Health - DISH

Dal 1993/4 aumenta l'attenzione generale alla qualità dei servizi, alla prevenzione ed all'educazione sanitaria. Di conseguenza, nel 1994 parte il primo progetto

quinquennale di *Delivery for Improved Services for Health*, DISH, (fornitura di migliori servizi per la salute). Promosso dal MdS e dai servizi sanitari distrettuali, il DISH ha l'obiettivo di migliorare la qualità e l'accesso ai servizi sanitari e dei servizi attraverso un maggiore accesso alle strutture sanitarie e di stimolare cambiamenti nei comportamenti individuali in riguardo alla salute riproduttiva. In questo progetto sanitario assume un ruolo prioritario la salute riproduttiva delle persone, particolarmente delle donne.

Il DISH 1 viene gestito principalmente dalla organizzazione internazionale *Pathfinder International* (PI)²⁷⁸, altre collaborazioni furono date dal Johns Hopkins Centre for Communication Programs (JHC/CCP)²⁷⁹, University of North Carolina Program in International Training in Health (INTRAH)²⁸⁰ e E. Petrich e Associati. Questi partner stranieri hanno aiutato nella gestione, nella redazione dei programmi e nell'implementazione all'interno dei vari distretti²⁸¹. Nel 1999 il DISH viene rivisto, si scrive un nuovo programma costruendo sui successi ottenuti nei cinque anni precedenti e parte il DISH 2. Questo nuovo programma, ora quadriennale previsto per il periodo 1999-2002, è sempre in collaborazione con il MdS e le unità sanitarie distrettuali, viene allargato a 12 i distretti, in cui si implementano le azioni progettuali, e viene finanziato in grande parte da USAID. Sia il DISH 1 che 2 sono stati particolarmente rilevanti nella lotta all'Hiv/Aids, come pure nel tentativo di migliorare la condizione di salute degli ugandesi, soprattutto per la grande attenzione posta alla salute riproduttiva.

4.4.2 Il Progetto Yellow Star – PY

Nel 2000, il Ministero della Salute ugandese, il progetto DISH, rappresentanti dei distretti ed i partner per lo sviluppo si incontrano per discutere le modalità per migliorare la qualità dei servizi dell'assistenza sanitaria nel paese. Varie indicazioni mostravano, infatti, che la percezione pubblica sulla qualità dei servizi fosse molto bassa, corrispondendo all'effettiva carenza di qualità tecniche in alcuni settori chiave. Lo scopo era quello di creare un programma basato sull'esistente attività del sistema di supervisione, che potesse migliorare e mantenere una buona qualità dei servizi, incentivare l'utilizzo delle strutture sanitarie pubbliche ed accrescere il grado di soddisfazione dei pazienti, il tutto attraverso un sistema di certificazione e riconoscimento. Il programma avrebbe dovuto stabilire un "approccio di gruppo" per

sostenere una migliore qualità dei servizi; riqualificare il livello tecnico delle prestazioni degli operatori sanitari; coinvolgere le comunità in attività di verifica della qualità; sostenere nel tempo gli eventuali miglioramenti raggiunti. Utilizzando esperienze di altri paesi in questo campo (come il progetto *Porquali* in Brasile, il progetto *Gold Star* in Egitto) adattandole alla realtà ed alle esigenze locali, è stato concepito il Programma Yellow Star (PYS).

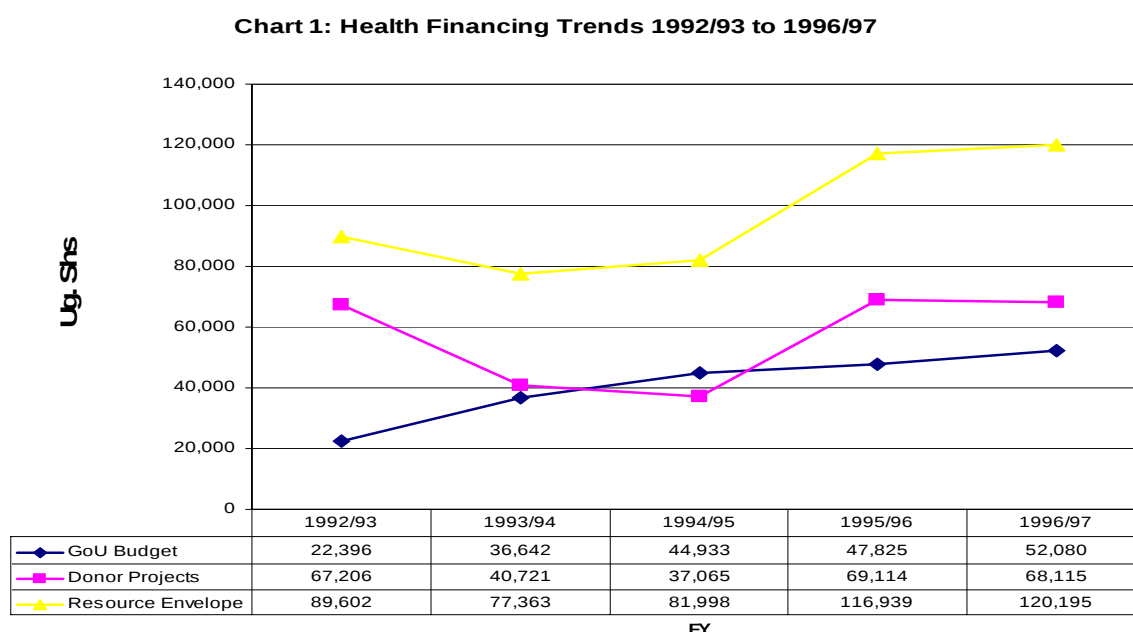
4.5 Finanziamenti e risorse investite

Abbiamo visto come un grande ostacolo all'attuazione della politica sanitaria ugandese è la cronica carenza di fondi. Una situazione questa che ha reso lo stato ugandese, sin dai primi anni in cui inizia la nostra attenzione (anche se la situazione ha radici ben più lontane), fortemente dipendente per ogni innovazione e decisione politica dalle risorse disponibili e dai fondi che vengono dall'esterno. Questo determina una grave vulnerabilità decisionale nei confronti dei creditori che ha avuto non poche ripercussioni sulle scelte governative. In questo paragrafo vogliamo proporre una sintesi dei fondi a disposizione del settore sanitario ugandese. Per analizzare le modalità di finanziamento del settore sanitario ugandese è utile dividere il periodo di tempo preso in considerazione in alcune fasi caratteristiche.

4.5.1 Dal 1986 al 1995, Ricostruzione e carenza di fondi

Fra il 1986-1992, il finanziamento al sistema sanitario viene prevalentemente dal governo, tramite il MdS alle unità sanitarie (ospedali, ambulatori, etc.), ed è particolarmente basso. Dal 1992 al 1995, invece, inizia un nuovo processo: il decentramento del finanziamento. Iniziano ad essere concessi dal governo crediti incondizionati a 13 distretti, poi estesi a tutti i distretti. Inoltre, in questi anni aumentano molto i finanziamenti dei donatori e vengono implementati gli *user fees*, come ulteriore fonte di finanziamento, raccolti e per la maggior parte utilizzati a livello distrettuale. Vediamo che in questi anni, gradualmente, la quantità di fondi investiti dal governo sul sistema sanitario inizia ad aumentare, anche se rimane comunque molto bassa, intorno al 2% del PIL. Mentre il grosso del finanziamento al sistema sanitario proviene dai donatori²⁸², vedi figura 12.

Fig.12



Fonte: Health Budget and Health Sector Performance in Uganda²⁸³

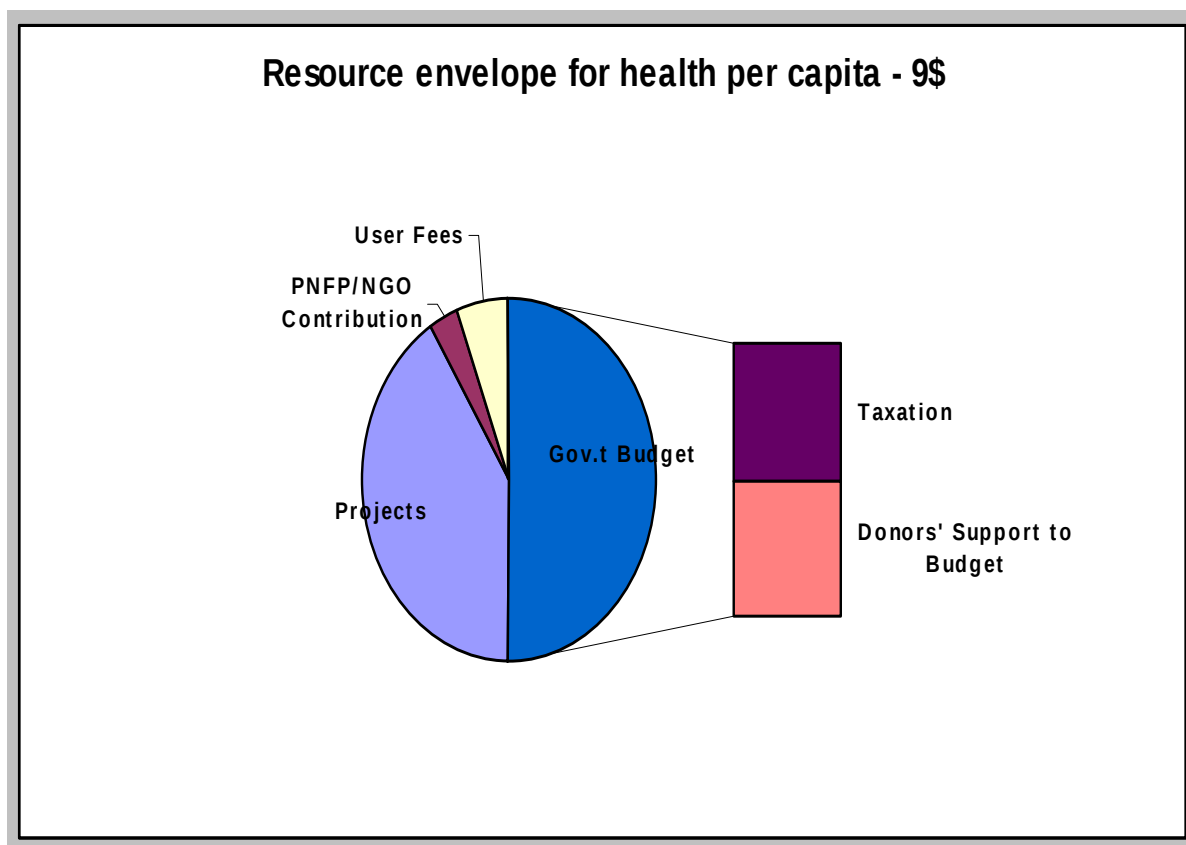
4.5.2 1996 – 2000, Crescita economica e privatizzazioni

In questo periodo cresce il numero dei finanziatori del sistema sanitario attraverso l'allargamento delle partnership e del cost sharing. In questi anni, l'Uganda diviene il primo paese ad usufruire dell'iniziativa HIPC per la riduzione del debito. Nel 1997 viene formulato il Programma contro la povertà con cui il governo si impegna a spendere di più per la crescita del settore pubblico, compreso quello sanitario. Con i soldi risparmiati attraverso l'HIPC ed in linea con le politiche di riduzione della povertà viene formato il *Poverty Action Fund*, PAF, le cui risorse vanno a finanziare anche il sistema sanitario. Nel 1999 viene accettato dal parlamento l'utilizzo del *Sector Wide Approach* con cui si cerca di orientare la gestione della spesa per i beni pubblici verso una crescente concertazione con le forze in campo, così da poter razionalizzare le attività finanziarie e poter dirigere in modo coerente le risorse investite. Fra il 1997/8 la spesa del governo per la sanità cresce rispetto al decennio passato ed è di 11US\$ per capita, l'equivalente del 3,7 % del PIL e continua ad aumentare lievemente, fino al 4,1 % del PIL nel 1999, l'equivalente di 14US\$ per capita²⁸⁴.

Nel 1998, i donatori internazionali dell'Uganda tengono il loro meeting annuale per la prima volta in Uganda, a Kampala e promettono lo stanziamento complessivamente di 2,2US\$ miliardi nell'arco dei futuri tre anni. Le risorse stanziati dai donatori

forniscono, in questo periodo, circa la metà del budget operativo del governo ugandese e sono vincolate allo sviluppo dell'infrastruttura, fondi per l'amministrazione pubblica, lo sviluppo del settore privato, il decentramento e la modernizzazione dell'agricoltura. Anche se è riferita alla prima metà degli anni novanta, quando la spesa sanitaria per capita era ancora attorno ai US\$9, la figura 13 ci dà un'idea di come è ripartito il finanziamento al settore sanitario durante gli anni novanta. Il *pie chart* rappresenta l'intera spesa sanitaria, mentre possiamo osservare che i finanziamenti statali alla spesa sanitaria provengo metà da fondi governativi (attraverso le tasse o altro) e metà da fondi forniti dai donatori.

Fig.13²⁸⁵



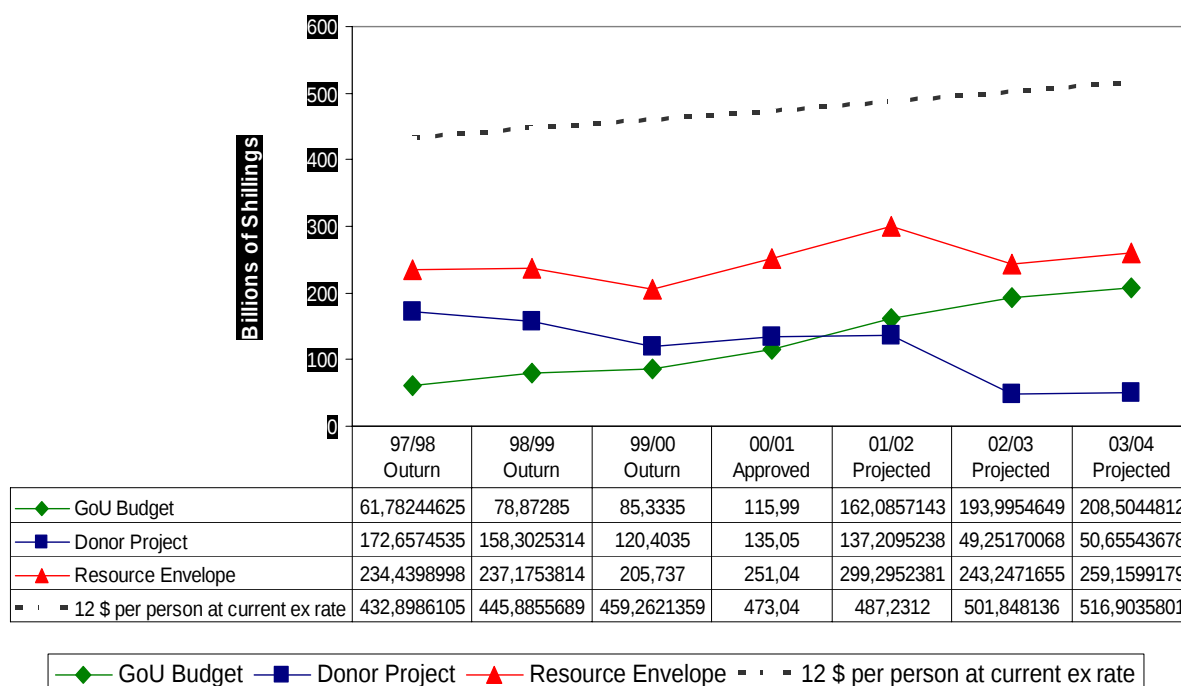
4.5.3 2000 - 2002 Abolizione delle *User Fees*, verso un sistema sanitario gratuito

Questa è l'era della politica sanitaria nazionale e del programma strategico per il settore sanitario. Vede l'elaborazione del pacchetto minimo nazionale dei servizi sanitari e l'allocazione delle risorse disponibili avviene in riferimento ad esso. Nell'anno 2001/2002, per la prima volta i finanziamenti governativi e quelli tramite lo SWAp (incluso i finanziamenti dei donatori) sono superiori a quelli dispensati

attraverso i progetti dei donatori, vedi figura 14. Questo è un fatto piuttosto importante, perché significa che per la prima volta durante il periodo di governo Museveni, cioè dal 1986, il governo (tramite i vari canali di finanziamento) è il principale finanziatore del sistema sanitario, o quanto meno, il governo gestisce la maggioranza dei finanziamenti poi investiti sulla sanità.

Fig. 14

Chart 3: Health Financing Trends in Uganda 1997/98 to 2003/04 (At 2000/01 Prices)



Fonte: Health Budget and Health Sector Performance in Uganda²⁸⁶

In questi anni la spesa governativa per la sanità cresce ulteriormente al 4,7 % del PIL, pari a 15US\$ per capita. Crescono anche le sovvenzioni per finanziare la PHC, che vengono spese per i salari, per l'acquisto dei medicinali necessari e per le ONG. La sanità nel paese è sempre stata molto dipendente dalle numerose ONG e da gruppi privati. La presa di consapevolezza della realtà di questa situazione e dell'impossibilità del governo di sostituirsi a queste organizzazioni, porta al trasferimento verso di loro di risorse e finanziamenti. In questi anni, aumentano le collaborazioni fra pubblico e privato nel settore sanitario, soprattutto con il settore *non profit*, verso il quale aumentano anche i sussidi statali. Si consolida una nuova politica, chiamata *Private Public Partnership* (collaborazione pubblico-privato) che sancisce come le organizzazioni private che prestano servizi sanitari alla comunità

possano trarre benefici dai fondi previsti dal governo, inclusi quelli raccolti nel PAF. In questo periodo vengono ufficialmente abolite le *user fees*²⁸⁷.

Abbiamo qui voluto esaminare, sinteticamente, il finanziamento governativo verso il sistema sanitario ugandese, per valutare meglio l'impegno statale nel raggiungere gli obiettivi dichiarati nelle proprie politiche sanitarie, come il maggior accesso alle strutture sanitarie e l'impegno a migliorare la condizione di salute della popolazione. Il finanziamento governativo al settore sanitario è ritenuto un buon indice di impegno nel mantenere tali obiettivi, in quanto senza i fondi, senza una sostegno attraverso un deciso dispiego di risorse nulla può essere costruito e cambiato. Inoltre, tale impegno è importante al fine del nostro obiettivo specifico di rilevare la risposta governativa all'epidemia Hiv/Aids. Abbiamo già più volte premesso, come abbiamo inoltre riscontrato nelle dichiarazioni dello stesso governo ugandese, che la lotta all'Aids deve passare anche attraverso un miglioramento delle condizioni sanitarie generali e della qualità della vita della popolazione. Qui è il collegamento necessario che dobbiamo fare nella nostra ricostruzione. Un impegno finanziario a seguire le riforme del sistema sanitarie implica anche una assunzione di responsabilità nei confronti di un miglioramento della salute dei cittadini e della lotta all'Aids.

Come possiamo notare dal breve quadro tracciato sopra, il finanziamento governativo al sistema sanitario è cresciuto costantemente dai primi anni novanta ad oggi. Eppure, tale aumento è stato, anche se molto importante, comunque esiguo confronto alle necessità del paese. Questo lieve aumento dei finanziamenti sanitari va visto all'interno del quadro più generale in cui si trova a districarsi la politica ugandese. È necessario ricordare che il NRM, tranne una brevissima parentesi all'inizio del suo governo, ha abbracciato in pieno le politiche liberiste proposte dalla BM e FMI. Dal 1987 al 1999 l'Uganda ha ricevuto 20 prestiti tramite gli Aggiustamenti Strutturali delle due organizzazioni di Washington. Prima ancora di divenire un caso di successo per la lotta all'Aids, l'Uganda viene riconosciuta come vincente nel suo processo di crescita economica. In effetti, dal 1987 il governo ugandese, con il supporto dei donatori, ha perseguito la crescita economica e la stabilizzazione macroeconomica del paese e, in parte, vi è riuscita. Il tasso di crescita economico è stato in aumento per tutti gli anni novanta, da circa il 2,3 % a fine anni ottanta fino ad oltre il 7 % negli anni novanta. Però, è importante notare l'altra faccia di questa crescita: lo sviluppo economico che si è registrato in Uganda è stato

controbilanciato dalle condizioni imposte dai PAS: la conseguenza più lampante è stata la crescente differenza fra ricchi ed poveri nella società ugandese. Le dichiarazioni di impegno del governo per aumentare l'accesso alle strutture sanitarie e di voler portare maggiore attenzione ai più poveri vanno inserite nel contesto generale di crescita economica e delle diseguaglianze all'interno del paese.

4.6 Formazione, il Makerere University College ed i suoi medici.

Analizzando la risposta istituzionale del governo ugandese all'epidemia Aids è fondamentale prendere in considerazione il ruolo che ha svolto la nota facoltà di medicina ugandese, il Makerere University College, e l'élite medica ugandese. I professionisti medici nei paesi in via di sviluppo sono generalmente formati da una o più scuole di medicina, nell'Africa orientale il Makerere College adempie questo ruolo. È stata in questa sede che, fra gli anni venti e quaranta, la pratica di apprendistato e l'educazione teorica si sono fuse per creare una formazione medica completa e competente.

L'indipendenza portò i medici africani al potere, molti entrarono in politica. Avendo l'Università di Makerere, per il suo prestigio, raccolto grande parte della élite del paese, molti dei medici erano anche già inseriti nei circoli politici più influenti ed importanti. Così si sviluppò una caratteristica molto importante, anche per la nostra specifica ricerca: l'intreccio fra la formazione medica e la politica ugandese. Nel 1965 i medici ugandesi avevano raggiunto obiettivi importanti dimostrando la loro competenza, per esempio avevano lanciato la prima campagna di immunizzazione di tutta l'Africa. In questi anni, la base della intelligenza medica ugandese era nel Makerere, ed assunse una ottima reputazione internazionale per formazione e ricerca. Durante il regime di Amin, ed in forte contrasto con l'esperienza precedente, i medici non ebbero alcun ruolo al di fuori di quello prettamente sanitario, ed anche in questo ambito Amin dimostrò una invadenza preoccupante per la loro autonomia. Questo stato delle cose si rispecchia nei dati: nel 1973 oltre il 70% dei bambini in Uganda erano vaccinati contro la TB, dieci anni dopo lo erano solo il 10 %. Una caratteristica rilevante di questo periodo è che gli ospedali pubblici caddero in disuso e decadimento strutturale, mentre divennero progressivamente importanti e di riferimento gli ospedali missionari. Molti chirurghi preferirono lavorare negli ospedali missionari piuttosto che quelli pubblici, visto l'estrema carenza di questi ultimi²⁸⁸.

Quando Museveni prese il potere nel 1986, il suo principale intento dichiarato era quello di ricostruire un forte stato ed economia, i medici si chiesero se questo significava la riabilitazione anche del loro prestigio perso. Anche durante i primi anni del nuovo governo, i medici praticarono la loro professione in un ambiente violento e il conflitto accrebbe il loro interesse per la politica. Il primo consiglio del governo del NRM era composto, fra gli altri, di dieci medici. Data la composizione del Movimento, ci si rivolse ai medici per la formulazione della nuova politica sanitaria. Nei primi anni di governo venne aumentata, su espressa richiesta dei medici, la spesa pubblica per la ricostruzione del sistema sanitario, dal 4 al 20%. Anche se rimasero alcuni problemi, il NRM portò a grandi miglioramenti nel settore sanitario. Uno fu nelle Scuole di Medicina. Crebbe la competizione fra il Makerere ed il Mbarara University of Science and Technology, che nel 1989 lanciava il primo corso di laurea in medicina comunitaria di base. La ricerca presso il Mulago stava inoltre prendendo slancio, la maggior parte del nuovo lavoro si concentrò sull'Aids.

Nel 1991 sempre più medici praticanti negli ospedali erano ugandesi, o quanto meno africani, ed una porzione sempre maggiore erano femmine. Comunque sia, lo stipendio e lo status sociale non riprese mai i livelli raggiunti nell'immediato dopo indipendenza, almeno non fino a tempi molto più recenti²⁸⁹.

4.6.1 L'Aids e i medici ugandesi

L'epidemia Aids diede ai medici dell'Africa orientale, negli anni ottanta e novanta, e alla loro storia un significato globale. Furono loro che riconobbero per prima l'epidemia nella regione e, con l'aiuto degli espatriati, loro che scoprirono la sua epidemiologia specifica in quanto trasmessa prevalentemente per via eterosessuale. La ricerca epidemiologica poggiò particolarmente proprio sulla formazione e le esperienze che si erano nel tempo create all'Università di Makerere. Come abbiamo visto nella prima parte del capitolo, fu un giovane medico ugandese che, trasferitosi nel Distretto di Rakai come *District Medical Officer*, cominciò ad osservare strani casi di malattia che iniziò ad avvicinare ai casi studiati sui rapporti internazionali come Aids. Questo fu il primo passo, che portò ad una serie di ricerche e studi nel paese, condotti prevalentemente da medici ugandesi. La vigile risposta dei medici produsse delle ricerche ben fondate e documentate, la loro buona preparazione gli portò a fare i giusti passi e così nel giro di un anno si ebbero le prove certe che in Uganda vi era una infezione di Hiv/Aids.

Se i medici non si fossero mossi o non avessero avuto le competenze per sapere come e cosa fare per condurre gli accertamenti, sicuramente la questione sarebbe uscita allo scoperto con molto più ritardo, ed in queste condizioni il tempismo è molto importante. Già a questo punto, si può comprendere l'inestimabile valore per la risposta governativa e per la lotta all'Aids che ha svolto l'eredità di competenze e formazione lasciata dalle Scuole di Medicina ugandesi²⁹⁰.

Una volta pubblicato sui giornali di medicina nazionali, la questione arrivò anche al governo. Samuel Okware, medico epidemiologo ugandese di grande formazione e fama, venne contattato da Museveni per formare un gruppo di ricerca sull'epidemia, subito fu avvertita, anche dal governo stesso, la potenzialità di questa malattia. Okware divenne la figura più importante nella formulazione delle strategie contro l'Aids, non solo in Uganda, ma di tutta l'Africa orientale. Il primo contributo ugandese alla campagna globale contro l'Aids fu di studiarne e spiegarne l'epidemiologia in una area a prevalente trasmissione eterosessuale. E non a caso, l'epidemiologia è un'area in cui i medici ugandesi hanno una ampia tradizione di ricerca ed esperienza. Una volta che in Uganda si dichiarò che la *Slim* era in effetti Aids, la ricerca si concentrò prevalentemente su tre aspetti: 1. Gli aspetti clinici dell'epidemia 2. La dimostrazione del fatto che il rapporto eterosessuale era la modalità di diffusione più comune 3. L'identificazione dei gruppi più vulnerabili e a rischio. Accanto a queste ricerche epidemiologiche, furono condotte importanti ricerche sociologiche sulle conoscenze, le abitudini e le pratiche. Il pioniere in questo ambito fu Joseph Konde-Lule, che già esperto sociologo sulle modalità di trasmissione nella regione della sifilide, trasferì le proprie competenze alla ricerca sull'Aids. Fu lui che scoprì come molti dei progetti d'informazione promossi dallo stato stavano raggiungendo i villaggi, ma che molte idee sbagliate (come che l'Aids fosse causata da morsi di zanzara o da stregonerie) continuavano ad ostruire questi progetti, così come il pregiudizio e lo stigma verso i malati. Quasi tutta queste ricerche condotte, cadevano sulla scia della tradizione d'epidemiologia dell'Università di Makerere.

Una volta che l'Aids venne identificata, fu immediatamente formulato un programma nazionale contro l'Aids. Il Programma ugandese fu il primo del suo genere al mondo, venne presentato alla conferenza dei donatori nel 1987 e contribuì alla formazione di un consiglio nazionale per la prevenzione dell'Aids di 36 membri (con presidente Okware, e fra i membri molti dei ricercatori più importanti, fra i quali Konde-Lule) al quale fu creato come organo esecutivo l'Aids Control Programme,

ACP, diretto sempre da Okware e con base all'interno del MdS. Durante la conferenza, Okware elencò le attività principali che l'ACP doveva affrontare. Le attività indicate come prioritarie e la struttura che assunse la neonata istituzione ricevettero riconoscimenti internazionali, divenendo un modello per molti programmi nazionali per l'Aids, non solo in Africa, ma anche in Tailandia, Yemen, e le Isole Solomon, il programma nazionale per l'Aids tanzaniano fu redatto con la consulenza di Okware. Inoltre, l'esposizione di Okware, convinse i donatori ad impegnarsi per un contributo di S\$21,676,000 per sostenerne i primi cinque anni di attività. Delle sette attività prioritarie elencate da Okware, l'enfasi sulla educazione sanitaria ricevette particolari lodi visto che viene ritenuta l'unica vera strada accessibile nell'immediato, inoltre fu la base per l'apertura politica e sociale attorno alla malattia. In una conferenza nel 1993, Okware dichiarò su quei primi giorni che "abbiamo demistificato una malattia e gli abbiamo dato un volto"²⁹¹.

Con oltre 500 malati di Hiv/Aids per ogni medico durante gli anni novanta, la professione medica in Uganda avrebbe potuto essere soffocata dall'epidemia. In un certo senso si può dire che fu così; eppure l'impatto dell'epidemia è complesso ed intelligibile solo nel contesto dello sviluppo storico di questa professione. In effetti, per il 1996 oltre la metà dei letti negli ospedali ugandesi erano occupati da pazienti con malattie legate all'Hiv/Aids, con proporzioni anche più elevate nelle zone più affette. Una delle posizioni più importanti prese dai medici ugandesi a favore dei loro malati da Aids, furono le campagne a favore dell'introduzione nel paese di progetti sperimentali per il trattamento con gli ARV.

In linea con l'atteggiamento della sua classe medica, nell'ottobre del 2004 il Presidente Museveni ha inaugurato, al Mulago Hospital, un nuovo dipartimento costato circa US\$4,5 milioni. La struttura è il nuovo *Infectious Diseases Institute*, IDI, istituto per le malattie infettive, che fa del Mulago l'unico ospedale di tutta l'Africa che offre formazione contro l'Aids. L'IDI vuole preparare i medici di questo continente nella gestione e nella cura delle persone malate di Hiv/Aids.²⁹² Inoltre, nel giugno del 2004 l'Uganda ha lanciato un programma per la fornitura gratuita dei farmaci antiretrovirali, ARV, ai malati di Aids nel paese²⁹³. Nel 1996 il MdS creò la commissione nazionale per l'accesso alla terapia ARV. Nel 1998 l'Uganda fonda l'iniziativa per l'accesso ai medicinali, IAM, un corpo organizzativo che avrebbe dovuto lottare per la riduzione del prezzo dei medicinali ed organizzare le strutture necessarie per l'implementazione dei programmi di distribuzione. Un grande passo in

avanti si ebbe nel 2000 quando il *Joint Clinical Research Centre*, JCRC, iniziò ad importare medicinali ART a basso costo, prodotti dalla compagnia farmaceutica indiana Cipla. Il JCRC venne fondato nel 1990 con il supporto UNAIDS, nato come progetto comune del MdS, Ministero della Difesa e la Makerere University, fu il primo centro di trattamento e di ricerca a partecipare all'iniziativa IAM ed è stato il centro di diffusione e di rifornimento dei medicinali ARV più importante di tutta l'Uganda. Inoltre, la Makerere University ed il Mulago Hospital, con i loro ambulatori di ricerca e il loro personale, hanno svolto un ruolo fondamentale nel paese per aumentare la diffusione degli ARV e assicurare un loro adeguato trattamento²⁹⁴. In questo contesto, dove la fornitura dei medicinali oramai è avviata, dove si tenta di tenere il prezzo il più basso possibile, l'accesso ai medicinali rimane tuttavia un privilegio di pochi, i più ricchi e soprattutto le persone abitanti nelle zone urbane. L'iniziativa, inaugurata l'11 Giugno 2004, di fornire medicinali ARV gratuiti è sicuramente un programma ambizioso, un passo in avanti incredibile, una speranza molto grande per i tanti malati più poveri²⁹⁵.

Il costo della terapia ARV a Kampala nel 1997 era di oltre US\$1000 al mese. Nel 2004, la terapia ARV meno costosa è pari a US\$30 al mese. Una riduzione drastica, anche se non abbastanza per la maggioranza dei poveri, visto che il reddito familiare mensile medio è di circa US\$70. Così, nel 2004, il Ministro della Sanità afferma che grazie alle diminuzioni nei prezzi dei medicinali e al aumentato sostegno dei donatori si è reso possibile arrivare all'inaugurazione del programma per la distribuzione gratuita. Inizialmente, l'Uganda ha speso US\$1,7 milioni per comprare ARV per i 2700 pazienti più in bisognoso, utilizzando un prestito della BM. Con lo stesso prestito, il governo spenderà altri US\$1,7 milioni per altri ARV. Durante il 2005 l'Uganda aspetta di ricevere altri US\$7,6 milioni dal Fondo Globale per l'AIDS. Inoltre, durante i prossimi 5 anni 60 000 pazienti dovrebbero ricevere medicinali ARV attraverso la *Hiv/Aids Support Initiative* di George Bush²⁹⁶.

Il forte intreccio fra la classe medica e politica è sicuramente anche dovuto alla fama delle istituzioni di formazione medica, che essendo ben riconosciute e stimate hanno reso il lavoro ed il ruolo del medico uno di fiducia e di autorità. Si ritiene che questi elementi abbiano dato un grande contributo alla risposta governativa all'Aids. La buona formazione del personale e la forte presenza dei medici nei ruoli d'importanza all'interno del nuovo governo, hanno contribuito in modo determinante nel gettare le

basi per la risposta all'epidemia. È da ricordare, tuttavia, che questi argomenti compongono ancora solo la macrostruttura fondante della risposta all'epidemia Aids, perché il lavoro concreto sul campo è stato gestito e portato avanti per la maggiore parte dalle piccole associazioni, dai volontari e dalla società civile. Inoltre, quasi ogni azione è stata possibile solo grazie al supporto finanziario fornito dall'esterno, che ha influenzato non poco le scelte politiche del paese.

5. Riforme ed Azione negli altri settori pubblici.

A questo punto della nostra indagine, è necessario esaminare alcuni altri ambiti della struttura statale ugandese, quali l'istruzione, che svolgono un ruolo fondamentale nella prevenzione dell'epidemia Hiv/Aids e del miglioramento generale delle condizioni di salute e di sviluppo della popolazione. Queste condizioni di salute e di sviluppo possono essere determinanti per la vulnerabilità degli individui all'epidemia stessa. Vedremo, schematicamente, quali altre azioni governative sono state, a nostro avviso, importanti nella costruzione della risposta all'Aids e nella successiva diminuzione dei tassi di infezione.

5.1 Universal Primary Education ed educazione alla salute

Il sistema educativo formale ugandese è composto dal livello primario (P1 a P7), secondaria divisa in bassa (S1 a S4) e alta (S5 e S6) ed i livelli terziari che durano dai tre ai cinque anni. Questa struttura è tale dal 1963. L'istruzione primaria è centrale all'intero sistema educativo e la maggior parte delle scuole sono pubbliche²⁹⁷. Fino al 1997, tutte le scuole pubbliche erano a pagamento, anche se spesso a discrezione dei distretti o delle scuole stesse. Come abbiamo visto per gli *user fees* del sistema sanitario, le rate servivano per pagare gli insegnanti ed il materiale, visto la scarsa capacità di sostegno da parte del governo centrale. Questo determinava l'esclusione dal sistema educativo di molti bambini, perché le famiglie erano incapaci di pagare le rate, o pagarle per tutti i componenti della famiglia.

Negli anni novanta, le famiglie ugandesi stentavano a mandare a scuola i loro figli, e le rate scolastiche erano divenute l'onere più grave sulle spese delle famiglie. Il costo delle rate scolastiche era pari ad 1/5 del reddito annuale della famiglia media, come risultato circa 1/3 dei bambini in età scolastica non erano iscritti a scuola. Di quelli

iscritti nelle scuole, molto pochi erano destinati a terminare il percorso educativo a fronte delle crescenti spese. La spesa pubblica per l'educazione si aggirava, in quegli anni, attorno al 1,6 % del PIL²⁹⁸. La crescente diffusione dell'Hiv/Aids rende le famiglie ancora più vulnerabili e più incline a cadere in uno stato di estrema povertà. Le famiglie con un membro malato di Aids, soprattutto fra i genitori, determina una quasi sicura esclusione per i restanti membri della famiglia dal sistema scolastico. Inoltre, la bassa possibilità educativa determina una scarsa possibilità di scelta dei bambini sul proprio futuro, aumentando a sua volta, l'incapacità di cambiare stile di vita. Queste limitazioni rendono le persone particolarmente vulnerabili anche all'infezione di Hiv/Aids, in quanto, come abbiamo visto nei precedenti capitoli, una impossibilità di scelta ed una necessità di sopravvivenza spesso sono elementi costrittivi che portano frequentemente ad intraprendere stili di vita fortemente a rischio di infezione.

È alla luce di questo importante legame fra istruzione, possibilità di scelta individuale e difesa dall'infezione di Aids che dobbiamo osservare i passi che il governo ugandese ha compiuto per assicurare un accesso universale all'educazione primaria, *Universal Primary Education*, UPE. È alla luce di questo legame che è importante ricondurre queste azioni governative in un settore pubblico, che non è quello sanitario, alla risposta istituzionale all'epidemia Aids.

Nel 1997 il governo ugandese dichiarò l'intento di fornire educazione primaria (per i bambini dai 6 ai 13 anni) gratuitamente per quattro bambini ogni famiglia. Questa azione è parte della strategia governativa per raggiungere un accesso universale all'educazione primaria, UPE, per il 2003. Gli ambiziosi obiettivi posti per il 2003 includono la costruzione di 25,000 classi, la fornitura di materiale scolastico gratuito per tutti gli scolari e un miglioramento nella formazione dei professori. L'impatto di una tale decisione ha avuto profonde conseguenze. Il numero di bambini iscritti nelle scuole è raddoppiato quasi immediatamente, con le iscrizioni aumentate da 2,6 milioni nel 1996 a quasi 5,1 milioni nel 1997²⁹⁹. Questo forte incremento nel numero di bambini iscritti alle elementari e medie diviene anche un bacino importantissimo di risorse e potenzialità per la diffusione e costruzione di una buona educazione sessuale che dia anche informazioni sull'Hiv/Aids. Come abbiamo visto nel capitolo riguardante la diminuzione dei tassi di infezione di Hiv/Aids, si è osservato la diminuzione più consistente fra le persone di età compresa fra i 15 e i 49 anni, la parte della società più sessualmente attiva; inoltre vi è stato un calo importante anche fra la

categoria di popolazione più giovane, fra i 15 e i 24 anni. I cambiamenti più decisivi in Uganda si sono rivelati nei comportamenti individuali. Le campagne informative hanno svolto un ruolo fondamentale in questo, e non meno le campagne informative che si sono costruite attorno alle e nelle scuole. Anche se i ragazzi sono più giovani della categoria d'età definita a rischio, una buona educazione sessuale verte sulla prevenzione e sulla sedimentazione delle conoscenze per un cambiamento di comportamento individuale consapevole.

Il Ministero dell'Istruzione ha promosso almeno tre attività dirette alle scuole per promuovere l'informazione e la prevenzione all'Hiv/Aids. Il primo è stato il School Health Education Programme (SHEP, programma di educazione sanitaria), promosso nel 1986, in riconoscimento della fondamentale importanza che poteva svolgere la scuola nella prevenzione dell'epidemia. Nel 1994, una valutazione rivelò che i programmi non sembravano avere grande impatto sul comportamento dei ragazzi. Il problema principale sembra essere stata la mancanza di fondi e di capacità e volontà da parte degli insegnanti di promuovere programmi interessanti per i ragazzi. Un nuovo programma per l'educazione elementare è stato approvato nel 2000, nel quale viene introdotta una nuova materia nel curriculum scolastico, scienze integrate, con otto temi principali da trattare, fra i quali: salute umana, il corpo umano, popolazione-comunità e la vita familiare, sono pertinenti all'educazione all'Hiv/Aids³⁰⁰. Tuttavia la maggior parte dell'educazione all'Hiv/Aids attorno e nelle scuole è svolta da ONG o da gruppi locali che lavorano in contatto con le scuole, come la:

- *Straight Talk Foundation* che pubblica due giornalini mensili che raggiungono oltre un milione di ragazzi delle scuole primarie e secondarie. I suoi obiettivi principali sono di aumentare la conoscenza dei giovani riguardo alla salute riproduttiva e ai rischi connessi, informandoli sui loro diritti.³⁰¹
- *School Health and Aids Prevention Programme* La fondazione africana per la medicina e la ricerca (AMREF) assieme all'amministrazione del Distretto di Soroti hanno iniziato un progetto di prevenzione nelle contee rurali del Distretto di Soroti. Il progetto, inizialmente copriva 95 scuole primarie, poi allargato a 213 scuole nel 1998 ed a altre 154 nel vicino Distretto di Katakwi. Il progetto è fondato su una metodologia di implementazione che è stata chiamata "approccio dell'interazione sociale", approccio opposto alla impostazione classica della lezione frontale. I ragazzi delle scuole vengono incoraggiati a scrivere su dei fogli varie domande riguardanti la sessualità, la riproduzione o la salute riproduttiva, i

fogli vengono raccolti in “cassetta delle lettere per la salute”. Gli interrogativi anonimi vengono letti ad alta voce durante le assemblee giornaliere della scuola e risposte sul momento da professori formati appositamente. Questo approccio è stato incorporato nel curriculum delle due scuole di specializzazione per professori, che forniscono quasi tutti i professori dei due Distretti³⁰².

- *The Mobile Farm School Project* Nel 1998, grazie ai fondi di Caritas

Norway, il Programma Mobile di Kituvu (un ramo dell’ospedale di Kituvu nel Distretto di Masaka) ha iniziato un progetto di “*Mobile Farm School*”, scuola fattoria mobile, indirizzato ai giovani ragazzi orfani che abbiano dovuto lasciare la scuola ai quali intende dare una preparazione manuale e tecnica all’agricoltura (principale mezzo di sostentamento in Uganda).³⁰³

Questi progetti, solo alcuni fra i tanti, sono fuori dall’azione del governo e sono stati molto più influenti e capillari nel loro impatto sulle conoscenze e sul comportamento dei progetti governativi. Le azioni ed i programmi informativi nelle scuole o con i ragazzi in età adolescente fuori dalle scuole sono stati condotti in modo creativo ed efficiente dalle tante ONG ed associazioni che localmente si sono organizzate con l’accordo delle scuole a tale fine. Queste associazioni, essendo più vicine alla realtà dei singoli studenti, hanno saputo ideare ed implementare azioni più in sintonia con la vita e le esigenze degli studenti nelle specifiche realtà. Il governo ha però dimostrato, fin dall’inizio della sua ascesa al potere, anche in questo ambito, lungimiranza e sensibilità all’importanza dell’educazione, sia sulla salute che educazione come diritto universale. Ciò che si vuole sottolineare dell’azione governativa è l’impegno a rendere l’educazione un diritto universale e l’impegno ad investire nella pubblica istruzione perché ritenuta fonte di sviluppo e crescita.

5.2 Agricoltura e sussistenza

L’agricoltura è il settore più importante dell’economia ugandese. Uno dei problemi principali dell’agricoltura è la mancanza d’accesso degli agricoltori più poveri ed isolati ai mercati, questo è determinato anche da una forte differenza nelle infrastrutture del paese. Più uno prosegue verso il nord del paese e minori sono le infrastrutture, in primo luogo le strade, le quali sono asfaltate prevalentemente nel sud, causando non pochi problemi di comunicazione. Essendo l’agricoltura così importante per l’economia ugandese è stata fra i temi centrali trattati nel PEAP, dove si dichiara

che “la povertà non diminuirà se l’economia, complessivamente, non cresce e la crescita economica necessita una trasformazione strutturale”³⁰⁴. La povertà è centrale anche alla nostra analisi sulla diffusione dell’Hiv/Aids. Abbiamo analizzato precedentemente³⁰⁵ come la povertà, intesa in modo pluridimensionale, porta a stili di vita e a contesti sociali ed inter relazionali che spesso provocano un’impossibilità di scelta sulle proprie azione da parte degli individui. La trasformazione strutturale dichiarata dal PEAP passa principalmente attraverso la promozione di un maggior accesso degli agricoltori ai mercati centrali, volendo favorire una trasformazione degli agricoltori di sussistenza ad agricoltori per il mercato agricolo.

Nel 1998 viene emanata la Legge sulla Terra, la quale va ad implementare e rafforzare le decisioni ed i cambiamenti apportati al sistema di proprietà della terra dichiarati nella nuova costituzione ugandese del 1995. L’Articolo 237 della Costituzione dichiara che la terra in Uganda è di proprietà dei cittadini ugandesi. Questo Articolo stravolge completamente il sistema precedente dove il possesso della terra era di proprietà pubblica, dello stato. Con questa legislazione viene ribadito il diritto individuale alla terra attraverso la sua occupazione effettiva fisica e lo stato non è più il primo proprietario terriero³⁰⁶. Altro elemento molto importante per la nostra indagine è una disposizione introdotta dalla legge sulla terra del 1998 che regola la gestione e l’eredità delle terre, affermando che, quando si tratta di terre fondamentali per la sussistenza familiare e sulle quali la famiglia risiede, la moglie ed i figli maggiorenni devono essere consultati. In accordo con questa disposizione sull’obbligatorietà della consultazione, la legge sulla terra prevede che, qualsiasi pratica e decisione che abbia negato la partecipazione delle donne e dei figli, o che abbia negato a questi l’uso della terra, saranno dichiarate nulle³⁰⁷. Questo è un argomento particolarmente rilevante: abbiamo visto precedentemente il problema di molte vedove, dopo la morte del marito di Aids, di fare valere i propri diritti di proprietà sulle terre coltivate. Questo problema mette a rischio la sicurezza alimentare delle famiglie lasciate orfane dei padri, che anno già subito una perdita di reddito, visto le spese sanitarie e la morte di una delle fonti principale delle entrate. Quest’ultima disposizione, se si riuscisse ad implementare, dovrebbe avere un impatto molto positivo sulla sopravvivenza delle famiglie colpite dall’Aids. Il problema sta proprio nell’applicazione di questa disposizione, che ancora è particolarmente ignorata.

6. Azioni trasversali.

Vi sono alcuni argomenti che riteniamo attraversino, o debbano farlo, in modo trasversale la risposta all'epidemia Hiv/Aids, sia da parte del governo nel suo complesso, sia da parte del MdS o di qualsiasi altro ministero, o ancora da parte dei donatori e delle ONG locali ed internazionali. Questi argomenti sono la questione del genere e i pregiudizi e la discriminazione verso i malati. Vediamo brevemente cosa abbia fatto il governo per includere questi argomenti nello spettro di azioni proposte ed implementate per la lotta all'Aids.

6.1 Il *Mainstreaming*³⁰⁸ del genere³⁰⁹ nella lotta all'Aids

L'asimmetria nei rapporti di potere fra maschi e femmine è una componente fondamentale nella diffusione dell'Hiv/Aids. Abbiamo visto nella parte seconda di questa tesi quanto questa asimmetria di poteri si trasformi in uno dei canali principali di diffusione dell'epidemia. Abbiamo inoltre visto come vi sia una asimmetria nella diffusione dell'epidemia in Uganda, con le donne più colpite degli uomini, particolarmente in età più giovane. Questi fattori determinano una situazione in cui qualsiasi azione o risposta sarebbe fallimentare se non trattasse in modo esplicito anche la differente posizione in cui si trovano l'uomo e la donna. L'importanza che ha assunto, in modo trasversale, il contesto in cui agisce l'individuo all'interno di questa tesi si riafferma anche in questo argomento. Vi sono strutture di potere e di relazioni fra individui che determinano in modo rilevante ciò che gli individui a loro volta possono fare o scegliere, così determinando l'assetto del contesto in cui agiscono tali individui. Se non si riesce a dare rilievo a questi elementi strutturali del contesto, sarà difficile poter comprendere realmente come e perché una epidemia come l'Aids si diffonda, di conseguenza come e dove agire per frenarla.

Il governo ugandese è stato indicato da molti, a livello internazionale, come aperto e sensibile alle questioni di genere e all'*empowerment* delle donne. Già dall'inizio del suo governo il NRM si è dimostrato particolarmente progressista anche per la sua apertura e considerazione per i problemi legati alla discriminazione delle donne nella società ugandese. Nel 1988 il governo istituisce il Ministero per il Genere, il Lavoro e lo Sviluppo Sociale ed un Direttorio per il Genere e lo Sviluppo Comunitario, per integrare la questione del genere all'interno del processo di sviluppo³¹⁰. Queste azioni

dimostrarono da subito la sensibilità del nuovo governo per la sotto rappresentanza delle donne all'interno dello stato e la necessità di includere la lotta alla discriminazione delle donne nel cammino di sviluppo che si voleva intraprendere. Nel 1991 apre il Dipartimento per gli studi sulle Donne e sul Genere, DDG, all'interno della Facoltà di Scienze Sociali dell'Università di Makerere. Questo dipartimento fu il primo del suo genere nell'Africa sub sahariana e scaturì dalla necessità di rendere le questioni di genere una parte fondamentale delle politiche e delle pratiche per lo sviluppo del paese. L'obiettivo del DDG è principalmente nell'ambito della ricerca ed è quello di contribuire allo sviluppo del paese, accrescendo le conoscenze sulle questioni di genere in Uganda³¹¹.

Nel 1993 venne promulgato il *National Women's Council Act* in base al quale, da questa data, si formarono consigli per le donne presso tutti i Consigli Locali. Questo atteggiamento aperto alle questioni di genere da parte del governo venne incluso anche nella nuova Costituzione ugandese del 1995. La Costituzione del 1995 prevede esplicitamente varie riserve per la tutela dei diritti delle donne: il sesto obiettivo politico dichiarato nella costituzione si riferisce all'equilibrio fra i generi e ad una giusta rappresentazione dei gruppi più marginali, affermando che è compito dello stato assicurarsi che vi sia un giusto equilibrio fra uomini e donne nella composizione degli organi statali³¹². Inoltre, è legge del parlamento che le donne compongano almeno 1/3 dei membri dello stesso³¹³. Nella Costituzione viene riconosciuto il ruolo importante delle donne e viene ribadito che il diritto delle donne di usufruire dell'educazione, della sanità e delle altre strutture statali e dei guadagni dello sviluppo debba essere pari al diritto degli uomini.

Nel 1997 il governo adotta la *National Gender Policy*, NGP, politica nazionale sul genere, come parte della politica governativa per il *mainstreaming* delle questioni di genere nel processo di sviluppo nazionale. Infatti, la NGP vuole essere parte integrante della politica nazionale per lo sviluppo del paese. Si vuole rendere la questione del genere, e dello squilibrio di potere fra i generi, una questione che tagli in modo trasversale tutti gli argomenti che il governo prende in attenzione per lo sviluppo del paese. Il fine è di correggere lo squilibrio, riconoscendo che un vero sviluppo della società ugandese non può non passare anche per lo sviluppo dei diritti delle donne³¹⁴. È il Ministero per il Genere, il Lavoro e lo Sviluppo Sociale a scrivere questa NGP ed è questo ministero che ha l'incarico di attuarlo, nonché di fornire consulenze ai vari attori, istituzionali e non, per la sua attuazione. Come ulteriore

implementazione della NGP, il governo adotta nel 1999, la *National Action Plan for Women*, NAPW, per il periodo 1999-2004. L'obiettivo di base di questo programma quinquennale è di raggiungere pari opportunità per le donne. Inoltre, il Piano delinea le azioni strategiche che l'Uganda deve attuare per concretizzare la Piattaforma di Azione alla quale ha aderito a Beijing nel 1995³¹⁵,³¹⁶ nel 2002 il Dipartimento per gli studi sulle Donne e sul Genere ha organizzato la *Womens Worlds 2002*, l'ottavo Congresso Internazionale Interdisciplinare sulle Donne, facendo così dell'Uganda la prima nazione africana ad ospitare questo congresso³¹⁷.

A questo punto sembra piuttosto evidente che, in linea di massima, il NRM sia stato sin dall'inizio del suo governo particolarmente sensibile alle questioni di genere e ciò possiede una importante valenza per la diffusione e la lotta all'Aids. Eppure è proprio spostando l'attenzione sulla lotta all'Aids nel paese che iniziano ad emergere le gravi carenze che ancora sussistono nell'ambito della tutela dei diritti delle donne. Anche se vi sono, come abbiamo visto, molte azioni, programmi e politiche del governo riguardanti la lotta all'Hiv/Aids, purtroppo questi sono ancora troppo distanti da una reale integrazione con le dichiarazioni sopra richiamate sui diritti delle donne. La risposta all'Hiv/Aids del governo ugandese è ancora troppo silenzioso sull'importanza di un approccio di genere nell'implementazione delle sue politiche. Inoltre, molti diritti delle donne non sono rispettati e vi sono gravi carenze da parte del sistema giudiziario, della polizia e del sistema di successione economica e delle proprietà che portano al permanere di un forte disequilibrio fra i generi, con la donna come parte più debole.

Come risultato di questa abdicazione da parte dello stato di assumersi in pieno le proprie responsabilità verso la sua popolazione femminile, le ONG hanno tentato e costruito ricorsi meccanismi di aiuto per le donne che subiscono violenze, attualmente vi sono oltre 75 organizzazioni ugandesi che trattano questioni legate ai diritti delle donne³¹⁸, oltre a quelle non ufficiali. Il problema è che non possono prendere l'intera questione nelle loro mani perché va molto oltre le potenzialità delle singole organizzazioni e deve essere per prima portata avanti dal governo centrale, modificando e gestendo la struttura legale. Eppure il governo si dimostra pigro nei confronti delle tante problematiche che limitano gravemente i diritti delle donne in Uganda.

6.2 Pregiudizi e discriminazione verso i malati.

L'apertura politica del governo del NRM ha sicuramente svolto un ruolo fondamentale nel combattere il pregiudizio verso l'epidemia Aids. Questa apertura è stata mantenuta sempre ed ha avuto un valore simbolico enorme. Negli anni il presidente e la *First Lady* hanno intrapreso varie conferenze pubbliche, in varie parti del paese, parlando apertamente dell'Hiv/Aids, dell'importanza di usare un profilattico durante i rapporti sessuali, talvolta anche facendo vedere cosa fosse un profilattico³¹⁹.

Dall'apertura politica, fra le altre cose, è anche stato possibile la promozione dell'*Aids Day*, giornata dell'Aids. Festeggiata ogni anno è divenuta un ricorrenza nazionale, promossa e finanziata dal governo ugandese, durante la quale in molti distretti e nella capitale si tengono vari eventi per promuovere la prevenzione e la lotta all'Aids. Questa ricorrenza ha sicuramente un ruolo importante nel tentativo di diffondere le informazione sull'epidemia e di renderla una questione comune, di tutti, e non un problema da nascondere e da stigmatizzare. Inoltre, il fatto che molte questioni politiche trattano dell'Hiv/Aids ha permesso al problema di divenire di dominio comune, facendolo diventare un argomento di cui chiunque può parlare. Questo fattore, che facilita il dialogo popolare è molto importante per togliere i pregiudizi infondati da attorno all'epidemia e così nel rendere la vita dei malati più semplice. I vari sforzi del governo di rendere le cure o i servizi sanitari più accessibili rendono anche le persone incerte sul loro status di siero positività più inclini a farsi visitare e ad ammettere apertamente di essere malati, nel caso in cui risultassero positivi. Il lavoro più importante, però, nella lotta alla discriminazione e nel supporto ai malati di Hiv/Aids lo hanno svolto le organizzazioni della società civile, in primo piano il TASO. Infatti, veniamo all'ultimo argomento di questa sezione: le azione dal basso e la società civile.

7. La società civile.

Già dagli inizi della risposta istituzionale all'Hiv/Aids il *National Aids Control Programme* (NACP, programma nazionale per il controllo dell'Aids) del NRM includeva la partecipazione dei leader comunitari, della società civile e dei gruppi religiosi nelle sue attività. L'inclusione di persone molto in vista come l'arcivescovo

della Chiesa ugandese ed il famoso cantante ugandese Philly Lutaaya, che nel 1988 divenne la prima celebrità ugandese ad uscire allo scoperto con il suo stato di siero positività, ebbero un grande impatto sulla società³²⁰.

Le organizzazioni non governative, ONG, le organizzazioni a base comunitaria, OBC, e le singole famiglie hanno svolto un ruolo fondamentale nella risposta e nella lotta all'epidemia Aids. Le risposte organizzate su base comunitarie e distrettuali sono state essenziali in molte iniziative, come la cura a domicilio per i malati di Hiv/Aids, il supporto e la cura per i bambini resi orfani dall'epidemia e nelle iniziative di prevenzione ed alleviamento dell'Hiv/Aids³²¹.

È divenuto evidente che se il sistema sanitario è riuscito a non cedere sotto il peso incredibile esercitato dall'epidemia Aids, che si è aggiunta ad una situazione sanitaria già pesante e su di un sistema sanitario che era, ed in parte rimane, veramente carente, è stato grazie al lavoro della società civile. Le organizzazioni dei malati su base comunitaria e religiose si sono assunte la responsabilità di molte attività d'informazione; questo loro lavoro ha tolto gran parte della pressione dal sistema sanitario³²². Le molte organizzazioni della società civile si sono occupate anche della cura a domicilio delle persone malate di Aids, inoltre hanno cercato di far sì che le famiglie stesse fossero informate sulle necessità di base, così che potessero esse stesse prendersi cura in modo adeguato dei loro malati. Questa attività di promozione della assistenza familiare a domicilio ha permesso di liberare alcuni dei letti ospedalieri per la cura delle altre malattie, mentre ai malati di Aids curati a casa viene offerta anche una condizione più umana e familiare.

Più di 1000 organizzazioni per la prevenzione e la cura dell'Aids esistono attualmente in Uganda. Le iniziative e le opportunità offerte includono: 1. Servizi di consultorio e di informazione di base, si stima che oltre l'80 per cento del VCT è fornito da organizzazioni della società civile³²³. 2. Gruppi di appoggio e di incontro per le persone colpite da Hiv/Aids, si stima che oltre il 90 % della cura e delle consulenze post-test per l'Hiv/Aids vengono fornite dalla società civile³²⁴. 3. Assistenza domiciliare. 4. Mobilitazione della comunità e approccio *community-based*. 5. Supporto per gli orfani. 6. Linee guida per la gestione clinica dei pazienti. 7. Accesso facilitato ai farmaci essenziali. 8. Cure palliative per i malati terminali. 9. Associazioni con i servizi ospedalieri, gestiti dalle ONG e dal settore privato, per la gestione dei casi di Hiv/Aids³²⁵. L'organismo responsabile del coordinamento delle

organizzazioni e delle attività Aids-correlate è la commissione nazionale per l'Aids, UAC. Le iniziative vengono finanziate, in grande parte, dalla Banca Mondiale.

In Uganda si è sviluppata una tipologia di assistenza fornita ai malati che tiene conto delle necessità sia di tipo medico, sia di tipo psico-sociale, in modo da migliorare la qualità della vita dei malati di Hiv/Aids. Sono sorti molti gruppi di auto sostegno e di supporto a base comunitaria, così, le cure domiciliari in Uganda hanno assunto un valore prioritario, che si è tradotto nelle azioni delle organizzazioni a base comunitaria. Infatti, un elemento fondamentale per la lotta all'epidemia Aids in Uganda è stata proprio la mobilitazione della comunità, che ha dando forma ad un approccio *community-based*, a base comunitaria³²⁶.

A livello comunitario si è data particolare attenzione alla cure ed il supporto palliativo per i malati di Hiv/Aids e per le loro famiglie. In un contesto con scarse risorse e mezzi a disposizione, si è tentato di costruire una rete di cure ed aiuto che potesse reggere in una tale situazione di povertà. Queste risposte dal basso hanno così organizzato azioni che fossero a basso costo, efficaci ed appropriate culturalmente³²⁷. Queste attività di sostegno palliativo hanno un ruolo fondamentale nella lotta e nella cura dell'Hiv/Aids e lo hanno fatto cercando di ricucire e rafforzare il tradizionale legame comunitario e familiare che regge le società ugandesi. Tentando di ricomporre queste relazioni e legami, si è creata una sorta di rete di mutuo auto aiuto per le famiglie e per i malati di Hiv/Aids, per non lasciarli morire soli e per aiutare la famiglia a non soccombere al peso di tale morte.

L'esempio più esplicativo è quello della nota ONG ugandese TASO: *The Aids Support Organization*, TASO, il cui motto è: 'vivere positivamente e morire con dignità'. Questa organizzazione, sicuramente fra le più importanti, se non la più importante, organizzazione della società civile per la cura ed il supporto ai malati di Hiv/Aids e alle loro famiglie in Uganda. Il TASO origina da un gruppo di persone che incominciarono ad incontrarsi in modo informale nel 1986. Fra i 17 membri fondatori vi erano 12 persone Hiv positivi³²⁸. Nel 1987 il TASO viene fondato ufficialmente a Kampala. Da allora ha lavorato per promuovere l'apertura sulla questione dell'Hiv/Aids. 'Convivere positivamente con l'Aids' venne adottato come slogan dell'associazione e doveva essere un richiamo per l'intera società, per affrontare la realtà e prendersi le proprie responsabilità. Il lavoro fatto da questa associazione per rendere l'epidemia Aids accettata a livello comunitario, come una malattia da affrontare e non da nascondere e stigmatizzare, è stato un lavoro di fondamentale

importanza (nel quale il TASO è stato in prima linea, ma non l'unica associazione a trattarlo) come punto di partenza per affrontare in modo organico ed efficace l'epidemia³²⁹. Dai primi anni, il TASO è cresciuto enormemente sia in quantità di membri che in funzioni svolte per la comunità. Il TASO fornisce consulenze per i clienti, cura mediche e supporto palliativo, sociale e materiale alle famiglie affette dall'epidemia, gestisce ambulatori diurni dove i malati possono incontrarsi e scambiare supporto ed informazioni, dove le famiglie possono ricevere aiuti materiali e morali.

Inoltre, il TASO offre formazione per gli educatori che poi lavorano nei suoi centri, reclutando molti educatori fra i sieropositivi così che le consulenze e l'aiuto fornito è basato su esperienze di prima mano³³⁰. Nel 1990 il TASO dà inizio alla sua Iniziativa Comunitaria. Contemporaneamente il TASO riceve sempre più richieste di formazione e supporto da vari gruppi a base comunitaria nel paese. Molte comunità stavano cercando di mettere in piedi associazioni per la consulenza, il supporto e l'educazione all'Hiv/Aids ma non avevano esperienza né ricevevano alcun tipo di formazione. Il TASO riconobbe la necessità di rafforzare la capacità delle persone a livello locale, così che potessero iniziare ad affrontare il problema dell'epidemia da soli e nella propria comunità. Questo fu un passo di grande importanza per i risvolti positivi che poi si ottennero. Il TASO iniziò a fornire gli strumenti di base necessari per dispensare il supporto palliativo ai malati nelle diverse comunità, rendendo il potenziale per la cura e l'aiuto ai malati di Aids il più diffuso possibile a livello locale e comunitario, così non dipendente dall'esterno. Un programma pilota iniziò a Kampala, dove si forniva formazione di base per la cura a domicilio dei pazienti, per la consulenza ai malati di Aids e alle famiglie e per l'educazione sanitaria e all'Hiv/Aids. Dopo i successi iniziali, il TASO trovò adeguati finanziamenti per estendere il programma ad altre zone. Nel 1995 l'Iniziativa Comunitaria del TASO venne allargata ad altri centri del paese.

Il TASO ha redatto un curriculum per la formazione degli operatori sociali/sanitari, che fornisce tutte le informazioni principali, le attività da svolgere e le modalità di gestione, tutte calate nella realtà comunitaria in cui realmente agiscono gli operatori (vedi Appendice 3)³³¹. Le azioni intraprese dal TASO, basate appunto sulla diffusione delle conoscenze, sulla mobilitazione della comunità nonché sull'empowerment dell'individuo, la crescita della fiducia e della stima personale, sono veramente centrali nella lotta ugandese all'Hiv/Aids. Questo approccio 'bottom-up' ha fornito da

perno per il cambiamento capillare dei comportamenti e la partecipazione della comunità, che sono stati gli elementi distintivi della diminuzione nella infezione di Hiv/Aids nel paese.

Questo esempio è uno dei tanti che si potrebbero fare, uno fra le oltre mille associazioni della società civile che lavorano sul campo. Risulta importante qui comprendere solo la vera portata dell'azione della società civile nella risposta all'epidemia Aids. Sicuramente il lavoro più importante, sul campo, è stato gestito ed implementato dalle organizzazioni, sia ONG che OBC. È stato questo lavoro della società civile che è riuscito a toccare la maggioranza delle persone, anche quelle più emarginate, così convincendo le persone a modificare i propri comportamenti. Inoltre, le organizzazioni della società civile sono riuscite a sostituirsi allo stato nelle tante attività di cura, sostegno, consulenza ed informazione. Comunque, va sottolineato che l'azione della comunità non sarebbe mai stata così incisiva e capillare senza l'azione politica e strategica del governo ugandese. Si vuole evidenziare la fondamentale sinergia che si è creata fra azione dello stato e del governo ed azione della società civile. L'organizzazione dal basso si è estesa capillarmente dove lo stato ed il governo non aveva la possibilità di arrivare. Riteniamo che la situazione ottimale che si venuta a formare, di complessa interazione fra istituzioni pubbliche, *non-profit* e società civile abbia delineato la caratteristica base della risposta ugandese all'epidemia Aids: *una risposta articolata dal basso e la linea strategica delineata dall'alto*.

Riteniamo che sia ormai evidente come il NRM abbia costruito, sin dall'inizio del suo governo, un quadro strategico generale per la lotta all'Hiv/Aids in Uganda. Inoltre, l'organizzazione e la libertà d'azione da parte della società non sarebbe mai stata possibile senza il costante ed aperto impegno politico del governo nella lotta all'epidemia: la diversa azione che in Uganda si è avuta dal basso e dall'alto si è dimostrata una sinergia vincente.

Sezione quarta: IL CASO DEL DISTRETTO DI GULU

Dall'analisi riportata nella prima sezione di questa terza parte sulla diffusione dell'Hiv/Aids in Uganda, abbiamo osservato come, anche si vi è stata una costante diminuzione nei tassi d'infezione nel paese dal 1993/4, questa diminuzione è stata molto diversa a seconda dell'età, del genere, dell'appartenenza ad una categoria a rischio³³² e anche a seconda del luogo. Infatti, nelle tabelle esplicative abbiamo osservato che nelle località del nord Uganda, specialmente nella città di Gulu (capoluogo del distretto omonimo), la diminuzione è stata molto più lieve. Gulu rimane il distretto con il tasso di infezione da Hiv/Aids più alto del paese, e si pensa che sia in crescita. Le domande che ci poniamo a questo punto sono:

1. perché questa grande differenza con il resto del paese?
2. quali forme ha assunto la risposta all'epidemia in questa zona?

8. Gulu.

Nel febbraio del 2004 circa 300 uomini appartenenti al *Lord Resistance Army*, LRA, hanno assalito il campo profughi di Barlonyo, a pochi chilometri dalla città di Lira. Per circa due ore hanno ucciso, mutilato, violentato, bruciato donne e bambini nelle loro capanne. Hanno poi rapito decine di bambini e se ne sono andati. Alla fine del vero e proprio massacro, si sono contati più di 190 morti. A contarli è stato il rappresentante parlamentare della zona, per contrastare, cifre alla mano, le cifre fornite dall'esercito che parlava di 82 morti. Quasi un mese dopo si è saputo che le persone massacrate a Barlonyo erano, in realtà, 337³³³. Questo è uno degli ultimi episodi più gravi di un conflitto che va avanti da oltre 18 anni nella *Acholiland* (vedi appendice 5), zona del nord Uganda che include il Distretto di Gulu, Kitgum e Pader. La storia di questo conflitto, come quella dell'evoluzione dell'Aids, si intreccia alla storia politica ugandese e ha le sue radici nel processo di ricostruzione dello stato ugandese e nella presa del potere da parte del NRM.

Il governo del NRM, la ricostruzione dello stato, l'emergere dell'Hiv/Aids e lo scoppio della guerriglia nel nord Uganda sono elementi che si intrecciano e si influenzano a vicenda. In questo capitolo vogliamo tentare di districare questi elementi per comprendere cosa sia successo nel distretto di Gulu. Per fare questo dovremo compiere alcuni passi indietro e ricostruire brevemente gli elementi storici a

nostra disposizione che ci possono aiutare ad una maggiore comprensione della situazione attuale.

8.1 La guerra

La guerra fra il governo ugandese ed il LRA, ora nel suo diciottesimo anno, ha frustrato le aspirazioni dell'Uganda di svilupparsi in un sistema politico pluralista e di stabilire uno stato di diritto universale. Sta offuscando le azioni ed il prestigio internazionale del NRM, il quale è arrivato al potere nel 1986 con un programma molto articolato ed ambizioso per superare il disordine ed il degrado che hanno sfigurato la politica ugandese nel dopo indipendenza. La corruzione e la crescente intolleranza dell'opposizione politica, che hanno iniziato a mettere in ombra le tante conquiste del NRM, sono esacerbate dalla guerra nel nord, o quanto meno rese più difficili da gestire. Il governo ugandese ha più volte tentato di risolvere il conflitto militarmente, sottovalutando gli effetti che la propria strategia d'azione sta avendo sulla popolazione o sui fattori più ampi e trasversali che sottostanno al conflitto³³⁴. L'azione militare per limitare gli attacchi del LRA e per proteggere la popolazione civile è importante, ma la gestione del conflitto non può limitarsi a questo aspetto.

8.1.1 La divisione nord/sud

Il conflitto nel nord Uganda è profondamente radicato nella competizione fra i diversi gruppi regionali³³⁵ per il potere statale e per il controllo dell'esercito. Le condizioni di questa competizione furono definite durante il periodo coloniale, poi manipolate dai governi del periodo post-indipendenza. L'Uganda che Museveni eredita nel 1986 è divisa ed asimmetrica fra il nord ed il sud, con ulteriori divisioni regionali soprattutto nel nord fra Acholi, Langi e West Nile. La vittoria militare del NRM nel 1986, una organizzazione a maggioranza di membri del sud Uganda, creò nuove spaccature e disaccordi che ancora devono essere risolti e si manifestano chiaramente nello sforzo militare.

La divisione fra nord e sud del paese è un diretto risultato anche dello squilibrio economico che si è accentuato durante il periodo coloniale, a favore della potenza coloniale e del sud dell'Uganda^{336 337}. All'indipendenza ugandese il 9 ottobre 1962, il paese è diviso e diverso: nel sud le produzioni commerciali, i Baganda che dominano

l'economia ed i servizi pubblici; nel nord gli Acholi, che sono stati classificati e raccontati dalla retorica coloniale come naturali guerrieri. I governi post-coloniali di M. Obote e I. Amin trovarono questa formula particolarmente vantaggiosa e politicamente spendibile, a sua volta fomentando la divisione regionale e la militarizzazione della politica³³⁸.

8.1.2 L'insurrezione Acholi

Nell'agosto del 1986, una milizia Baganda, alleata con il NRA, il *Federalist Democratic Movement of Uganda*, FEDEMU, massacrò 40 civili nel villaggio natale di Tito Okello (presidente dell'Uganda nel 1985), Namokora, nel Distretto di Kitgum, in parte come risposta alle uccisioni dell'*Uganda National Liberation Army*, UNLA (i cui membri provenivano principalmente dalle zone più povere del nord Acholi) a Luwero³³⁹. Nel 1987, il NRA giustiziò 97 civili a Kona Kilak nel Distretto di Gulu. Nel 1988, 40 civili furono massacrati a Koch Goma. È stato riportato che il NRA seppellì molte persone vive durante la sua "operazione nord" e che un suo battaglione stuprò sia gli uomini che le donne davanti ai propri familiari con il fine esplicito di umiliare e degradare l'intera comunità. Gli eventi immediatamente successivi alla conquista del potere del NRA, rinforzarono i pregiudizi e crearono le percezioni che giustificarono, su entrambe le parti, la fase successiva del conflitto³⁴⁰.

Le atrocità perpetuate dal NRA/FEDEMU alimentarono i sospetti che una guerra di vendetta da parte del sud si stava innescando contro gli Acholi. Un ulteriore elemento, che sostenne i timori degli Acholi fu la mancanza di volontà da parte del NRA di includere fra il suo nuovo esercito gli ex-militari dell'UNLA, come invece aveva fatto con altri gruppi armati del paese. Questo portò gli ufficiali Acholi ad una rivolta armata, prendendo il nuovo nome di *Uganda People's Defence Army*, UPDA, nel 1986. Questa rivolta venne generalmente accettata fra gli Acholi come un tentativo dei militari del nord di riconquistare il potere. Dopo una campagna militare fallimentare, nel 1988 l'UPDF aprì i negoziati di pace con il NRM. Questi accordi furono seguiti da operazioni militari del NRA per sedare gli elementi recalcitranti e molti leader dell'UPDA furono uccisi; questo acuì le preoccupazioni Acholi. I sospetti furono nuovamente esasperati ed emersero nuovi gruppi, con maggiori basi di supporto, come sforzo collettivo per salvare gli Acholi dalla minaccia di estinzione che alcuni pensavano ponesse il NRA. La contro insurrezione del NRA nel 1988 fu brutale e incluse la deliberata distruzione di riserve di cibo dei civili e dei loro bestiame. La

situazione fu ulteriormente aggravata dalle frequenti incursioni dei vicini Karamojong, da Distretto di Kotido, che rubarono il rimanente bestiame.

Mentre stava sparendo l'UPDA, un nuovo movimento emergeva, il *Holy Spirit Mobile Forces*, HSMF, creato nel 1987. Questo costituisce una nuova manifestazione della guerra millenaria. Il HSMF, guidato dalla Profetessa Alice Auma "Lakwena", rappresentò una minaccia considerevole per il governo fino alla sua sconfitta, nei pressi di Iganga a meno di 150 Km da Kampala, nello stesso 1987. Alice Auma dichiarava che uno spirito chiamato Lakwena (Messaggero in Acholi) le aveva ordinato di riunire un esercito e di combattere una guerra contro il male che aveva invaso l'Acholiland. Apparentemente, il HSMF sembrava più un culto contadino, tuttavia riuscì ad attirare maggiore supporto dell'UPDA, estendendosi oltre gli Acholi a quasi tutti i gruppi del nord ed est Uganda. L'eredità principale lasciata da questo periodo di subbuglio politico sembra essere la fusione fra le tattiche militari convenzionali dell'UPDA e lo spiritualismo del HSMF³⁴¹.

8.1.3 L'insorgere del LRA

Anche se si dice che Kony, capo del LRA, sia un parente di Alice Lakwena, egli non ha mai fatto parte del HSMF. Del HSMF Kony ha fatto propri alcuni elementi, aggiungendovi una sua particolare dimensione di terrore e coercizione. Egli afferma di possedere simili doti paranormali, è attivo nella sua regione e ha reclutato molti degli stessi veterani militari Acholi nella sua forza armata. Il LRA è nato dalle ceneri dell'*Holy Spirit Movement* e ne è una diretta continuazione, così anche della insurrezione del UPDF. Negli ultimi 18 anni l'LRA ha ucciso, torturato e rubato. Ha orrendamente martoriato l'intera comunità degli Acholi.

Nei primi sette anni della sua esistenza l'LRA ha condotto una guerriglia di "bassa intensità" contro il governo e ha goduto di un certo sostegno da parte della popolazione locale. Nel 1993 colloqui di pace fra governo e LRA fallirono e i ribelli si rifugiarono nel sud Sudan. Dal 1994, il *National Islamic Front*, NIF, la giunta islamica che governa il Sudan, accorda al LRA un sostegno sempre maggiore, apparentemente in risposta al supporto dato dal governo ugandese al *Sudan People's Liberation Army*, SPLA, un movimento ribelle del sud Sudan che combatte per l'indipendenza del sud del paese. All'interno del Sudan, il LRA trova una nicchia

sicura dove addestrarsi e armarsi meglio. A questo fatto si unisce una perdita sostanziale di sostegno Acholi alla “missione” del LRA.

Questo periodo, fra il 1993 e il 1996, marca una transizione nella tattica di azione del LRA: è da questo momento che, grazie all'internazionalizzazione del suo appoggio ed al sottrarsi, invece, dell'appoggio popolare, il LRA comincia a ricorrere al rapimento di bambini come metodo di reclutare nuovi adepti. Si stima che il numero dei ribelli vari fra 3.000 e 4.000, e che oltre l'80 % delle sue forze siano, anche attualmente, bambini rapiti. Inoltre, da questo momento inizia una vera caccia ai sostenitori del governo come strategia per terrorizzare la popolazione civile, ed ad una escalation di violenze contro la popolazione civile³⁴².

Nel dicembre del 1999, il governo ugandese e quello sudanese firmano un accordo a Nairobi, impegnandosi entrambi ad interrompere ogni supporto al gruppo ribelle dell'altro paese. L'accordo cade da subito nell'oblio. Nel 2001 il Dipartimento di Stato degli USA classifica il LRA fra le “organizzazioni terroristiche”. Il governo sudanese, che in quel momento è coinvolto in un'azione diplomatica per rompere il distacco degli Stati Uniti, reagisce allontanandosi ufficialmente e pubblicamente dal LRA, anche se probabilmente una reale separazione fra i due non sarà possibile finchè in Sudan si combatterà la guerra civile. Il LRA reagisce spostando i propri campi, soldati e bambini soldato ad est, nella zona dei Teso, al confine tra Uganda e Kenya. Il LRA appare indebolito, aumenta le incursioni nei villaggi sudanesi per rubare cibo e molti sudanesi sono costretti a fuggire dai loro villaggi.

Il governo ugandese e sudanese iniziano a collaborare per trovare modi per rimuovere “chirurgicamente” i capi del LRA. Il Sudan concede ai militari ugandesi di entrare nel suo territorio per cercare i militanti del LRA. Nel 2002 il governo lancia la cosiddetta *Operation Iron Fist* (Operazione Pugno di Ferro), mirante ad annientare il LRA, inviando oltre 10.000 truppe nel sud Sudan. Molti dei campi furono trovati, ma già deserti. Questa operazione militare ebbe un effetto boomerang. Dal sud Sudan, il LRA ritorna nel nord Uganda con nuove armi, uniformi e rinforzato. Ancora non si sa esattamente da dove provenga questo nuovo materiale, anche se è certo che, anche dopo il ritorno delle basi in nord Uganda, il legame fra il LRA ed il governo del Sudan rimane ambiguo. Da questo momento il LRA allarga il suo raggio di azione. Dai distretti di Gulu, Kitgum e Pader diventa sempre più attivo anche nei distretti di Lira, Katakwi, Soroti. Il ritorno nel nord del paese marca anche un forte incremento nella violenza e negli attacchi ai villaggi, nei rapimenti, uccisioni, devastazioni, agguati ai

convogli ed ai mezzi di trasporto. Nel 2003 il LRA allarga anche il fronte della sua guerra, iniziando a prendere di mira in modo diretto la Chiesa Cattolica ed i suoi rappresentanti nel nord³⁴³.

Oltre allo stillicidio quotidiano che si perpetua nel nord, la storia recente dei distretti più colpiti ha conosciuto altre ecatombe:

- 215 persone vengono massacrate ad Atiak, nel distretto di Gulu, il 22 aprile 1995;
- 50 persone a Karuma, nel Distretto di Gulu, l'8 marzo 1996;
- 98 persone nel campo profughi di Achol Pii, nel Distretto di Pader, il 13 luglio 1996;
- 412 persone nella contea di Lamwoko, nel Distretto di Kitgum, fra il 5 e il 12 dicembre del 1997;
- 337 persone a Barlonyo, nel Distretto di Lira, il 21 febbraio 2004.³⁴⁴

Ogni incursione, grande o piccola, è accompagnata da stupri, mutilazioni, umiliazioni, saccheggi, distruzione e rapimenti. Gli abitanti di Gulu o Kitgum piangono la “distruzione della gente Acholi”³⁴⁵, che questi dati e fatti illustrano.

8.1.4 Sviluppo mancato.

A dispetto del generale sviluppo e crescita economica che l'Uganda ha registrato negli ultimi anni, risulta evidente che tale sviluppo si sia concentrato maggiormente in alcune regioni e non in altre. Il tasso di alfabetizzazione nel nord è di circa il 53%, molto al di sotto del tasso nazionale di 65%. La popolazione del nord presenta una frequenza casi di diarrea almeno doppia che nelle altre zone, il tasso di mortalità infantile è cresciuto dal 99/1000 nel 1995 al 106/1,000 nel 2000. L'acqua è fornita prevalentemente attraverso pozzi e pompe, visto che la maggior parte della popolazione si trova in campi per sfollati e non potrebbe utilizzare altre modalità di approvvigionamento. La quantità di popolazione per pompa è estremamente alta, da 1.050 ai 15.000, e nelle zone urbane molti servizi analoghi non funzionano³⁴⁶.

Mentre il resto del paese ha goduto, dai primi anni novanta, di una ottima crescita economica al di sopra del 7% annuo, il nord ne è stato escluso. Per Gulu si stima che negli ultimi anni il tasso di crescita non abbia mai superato il 3,6%. Inoltre, essendo la popolazione in una situazione di crescente povertà, le entrate fiscali sono quasi inesistenti. Questo toglie ulteriori risorse all'amministrazione locale, in un contesto

nazionale di rafforzamento del decentramento amministrativo, che per Gulu ha avuto la conseguenza di isolare ancora di più la zona e lasciare le casse dei governi locali quasi vuote, vedi figura 15.

Fig.15

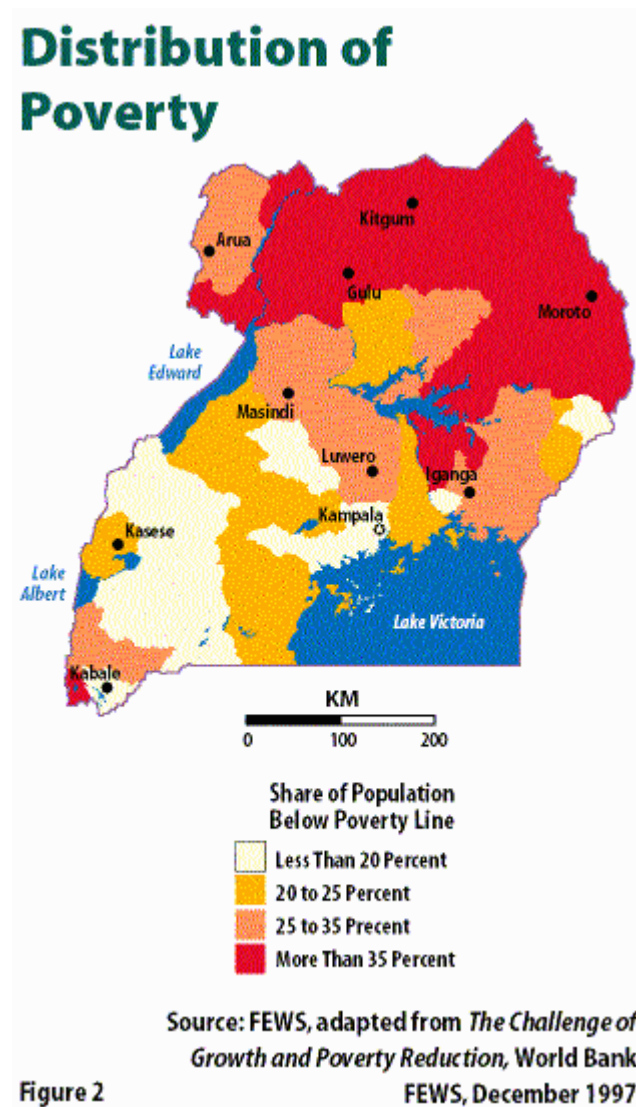


Figure 2

La ricchezza della popolazione Acholi, tradizionalmente, si perpetuava e manifestava attraverso il possesso di bestiame, particolarmente bovini. Infatti, l'economia Acholi è sempre stata basata soprattutto sul bestiame, che rappresenta un simbolo di potere e di prestigio delle famiglie. Altra fonte di ricchezza è stata la coltura di *cash-crops* (che nella Acholiland sono stati soprattutto cotone e tabacco). La vendita del bestiame teneva in moto l'economia familiare, permettendo di pagare le scuole, le spese mediche e le doti per i matrimoni delle figlie. Per il 1986 si stima che i capi di

bestiame posseduti dagli Acholi fossero circa 250,000, che rappresentavano la loro principale risorsa³⁴⁷.

Fra il 1986 e il 1988 avvengono violenti scontri fra le truppe governative e alcuni gruppi Acholi. Approfittando della confusione e della vulnerabilità degli Acholi, i vicini Karamojong, molto ben armati (si dice che siano stati armati dal governo stesso, per aiutarli a difendersi dai saccheggi che a loro volta subivano in questo periodo dai Turkana del Kenya³⁴⁸) saccheggiano i villaggi e rubano quasi tutto il bestiame Acholi. Incapaci di difendersi e non protetti dal governo, in poco tempo gli Acholi perdono quasi tutto il loro bestiame e con esso la loro base economica. Nessuna compensazione è mai stata ripagata agli Acholi per questa perdita. Questo fatto costituì sicuramente il primo passo della discesa degli Acholi verso una condizione di povertà estrema e di mancanza di autonomia.

Un altro fatto rilevante per l'odierna condizione socio-economica del distretto, è la risorsa agricola della regione. Il terreno Acholi è piuttosto produttivo e gode di un buon livello di precipitazioni. La maggioranza della popolazione è costituita da agricoltori di sussistenza e vi è abbastanza terreno fertile per assicurare un impiego del 100% della gente. Il Distretto di Gulu non è un territorio che, per le condizioni climatiche ed ambientali, dovrebbe avere problemi d'insicurezza alimentare né di carestie. Eppure, fra il 1986 e il 1997, è stata registrata una riduzione delle zone coltivate di oltre il 50%. L'insicurezza ha trasformato zone che una tempo venivano chiamate il "granaio" dell'Uganda in una terra di nessuno³⁴⁹.

La coltivazione del cotone e in maggior misura del tabacco hanno portato valuta straniera alla regione, anche in tempo di guerra,. Il 98% del tabacco coltivato nel nord è esportato, anche se si è stimato che viene perso quasi l'80% dei potenziali guadagni per l'impossibilità di coltivare a causa del conflitto³⁵⁰. Oltre ad essere diminuito fortemente il quantitativo di cibo prodotto nella zona per sfamare la popolazione, si è ridotta in modo consistente anche la coltura di quei raccolti che potrebbero generare risorse finanziarie assai importanti per lo sviluppo della regione.

Un'ulteriore fonte di ricchezza e di sicurezza economica di questa regione è stata, per gli uomini, l'impiego presso il servizio militare statale. Molte famiglie dipendevano dai redditi che provenivano da questo impiego e si è stimato che fino al 1988 circa il 20 o 30% delle famiglie Acholi avevano almeno un membro nel corpo militare ugandese³⁵¹. Dopo i problemi iniziali fra il governo del NRA ed il nord, particolarmente dopo la sconfitta dello UNLA ed il rifiuto del NRA di incorporare i

veterani Acholi nel UPDF, la maggior parte degli Acholi militari persero il proprio lavoro con una grave perdita economica per almeno il 20-30 % delle famiglie Acholi.

Non risulta difficile vedere come il conflitto abbia congelato il processo di sviluppo nel Acholiland, come nel Distretto di Gulu. Ci troviamo di fronte a una popolazione sfollata ed incapace di mantenersi nell'unico modo tradizionalmente conosciuto e incapace di trovare alternative per sopravvivere a causa

- dell'insicurezza generale e la carenza delle strutture ed infrastrutture,
- della mancanza di investimenti che fuggono dai rischi della zona
- della dipendenza totale dagli aiuti esterni per le cose basilari quali il cibo
- della carenza di sbocchi e di possibilità di accedere all'educazione.

Oltre ad un circolo vizioso di conflitto e povertà, si innesca una situazione che appare quasi l'opposto di quella che abbiamo visto precedentemente negli altri distretti ugandesi. Parlando di risposta all'Aids, di decentramento e dell'organizzazione della società civile abbiamo accennato più volte all'innescarsi di un processo di *empowerment* della società e degli individui. In questo caso, soprattutto nel Distretto di Gulu, l'auto organizzazione della società è limitata fortemente dall'insicurezza, dallo smembramento delle comunità, dalla povertà estrema delle persone e dalla carenza dell'ambiente.

8.2. Il St. Mary's Lacor Hospital

La nostra attenzione e ricerca si rivolgerà ad uno dei quattro ospedali del Distretto di Gulu, il St. Mary's Lacor Hospital (meglio conosciuto come Lacor Hospital, pron. Laciòr). Il Lacor Hospital si trova a 6 chilometri dalla municipalità Gulu, sulla strada per il Sudan. Uno dei principali motivi per la scelta di quest'ospedale è che nel Lacor Hospital vi è uno dei siti sentinella che nel paese registrano i tassi d'infezione da Hiv/Aids. Grazie al supporto dell'Istituto Superiore di Sanità, ISS italiano, in questo ospedale vengono esaminate le donne incinte seguendo le stesse modalità degli altri siti sentinella nazionali³⁵².

Il Lacor Hospital, è un'organizzazione non governativa che si propone d'offrire senza scopo di lucro cure sanitarie a chiunque ne abbia bisogno. Il Lacor Hospital offre una gamma di attività sanitarie integrate che includono la prevenzione, la cura e la formazione del personale sanitario; l'unica scuola per infermieri nel nord Uganda rimane quella fondata dal Lacor Hospital. Costruito nel 1959 dai Missionari

Comboniani della Diocesi di Gulu, inizialmente il Lacor comprendeva solo un piccolo ambulatorio. Nel 1961 i coniugi, Dott. Piero Corti, italiano, e Dott.ssa Lucille Teasdale, canadese, vi iniziarono la loro attività. Da allora, i coniugi Corti hanno diretto l'ospedale assumendosi la responsabilità di reperire i fondi necessari al completamento e allo sviluppo dell'ospedale, e di gestirlo in maniera finanziariamente autonoma. La Dott.ssa Lucille Teasdale è deceduta nel 1996 a causa di un'infezione da Hiv acquisita intorno alla fine degli anni settanta durante la sua attività chirurgica. Il Dott. Piero Corti ha continuato a dirigere l'ospedale fino alla sua morte, avvenuta nel 2003.

Negli anni l'ospedale è cresciuto notevolmente, aprendo numerosi nuovi reparti. Durante gli anni settanta, per la prima volta l'insicurezza della regione ha iniziato a minacciare direttamente anche l'ospedale stesso, che subisce in questo periodo molte incursioni da parte di frange residue dei ribelli di Idi Amin. Eppure, mentre le altre strutture sanitarie nel nord Uganda chiudono o vengono abbandonate, il Lacor rimane pienamente funzionante ed incrementa i propri servizi. Dal 1989 al 1992 il Lacor Hospital costituì l'unica struttura sanitaria pienamente operativa in un'area estremamente vasta. Il numero di pazienti che vi giungeva in cerca di cure si incrementò vertiginosamente nello spazio di pochissimo tempo e l'ospedale fu costretto ad ampliare strutture e servizi.

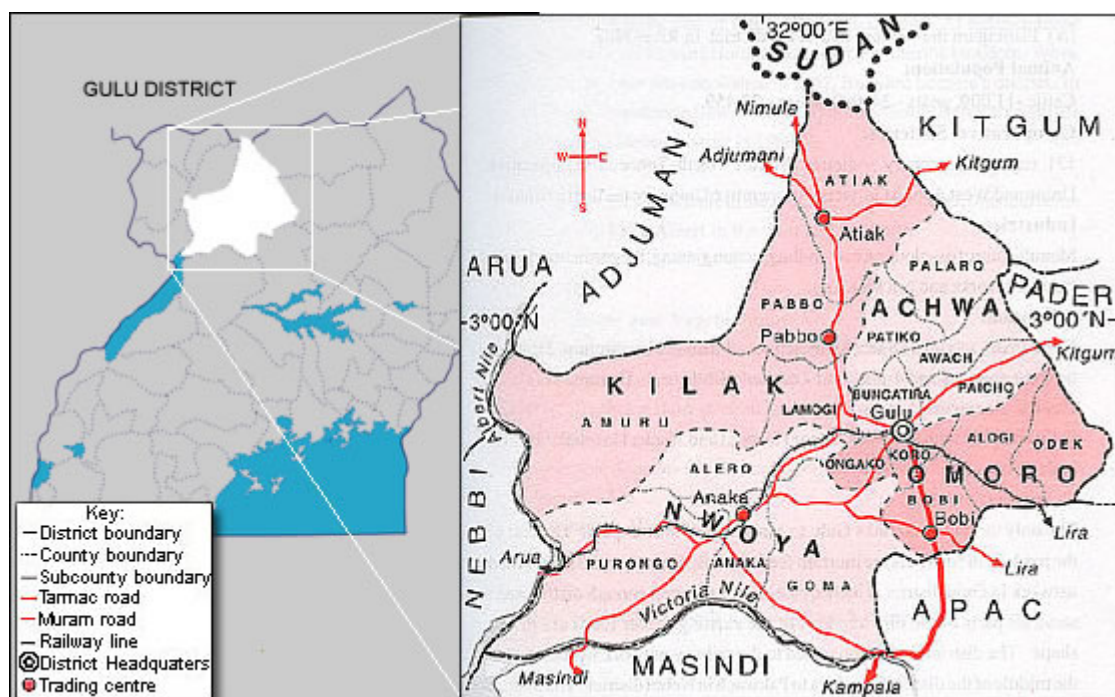
Nel mese di ottobre del 2000 una nuova emergenza ha visto protagonista il Lacor Hospital: l'epidemia di febbre emorragica da virus Ebola. L'epidemia in Uganda è stata dichiarata conclusa dall'OMS nel mese di febbraio 2001. Sono stati registrati 427 casi (di cui 396 nel distretto di Gulu) con 173 decessi (di cui 150 nel distretto di Gulu). Dei casi registrati nel distretto di Gulu, la metà sono stati trattati presso il Lacor Hospital. Il personale del Lacor Hospital ha pagato un prezzo molto alto per questa sua eccezionale dedizione, fra le persone uccise da quest'epidemia vi fu anche il direttore sanitario dell'ospedale, il dottore ugandese, Matthew Lukwiya, che per primo aveva sospettato e segnalato la malattia, e che dal primo giorno si era preso cura direttamente di questi malati, affiancato da altri medici ugandesi^{353, 354}.

8.3 Alcune conseguenze della guerra e della povertà

Il Distretto di Gulu si trova nel nord ovest del paese, come abbiamo visto è uno dei distretti che compongono la regione nota anche come Acholiland (vedi appendice 5).

Gulu è ritenuta tradizionalmente come la capitale regionale del nord Uganda. In base all'ultimo censimento nazionale del 2002, la popolazione totale del Distretto di Gulu è di circa 479,494 persone. L'85% della popolazione nel Distretto è Acholi. Come il resto del paese, l'amministrazione distrettuale di Gulu si divide in municipalità, contee, sotto contee, parrocchie e consigli di villaggio. Vi è una municipalità, quella di Gulu, 4 contee (Achwa, Nwoya, Kilak e Omoro), 19 sotto-contee, 121 parrocchie e 689 consigli di villaggio³⁵⁵, vedi figura 16.

Fig 16³⁵⁶.



Anche le strutture sanitarie, seguendo lo schema nazionale, sono divise secondo le aree amministrative del distretto. In tutto il Distretto di Gulu vi sono quattro ospedali: Anaka District Hospital e Gulu Referral Hospital, statali, St. Mary's Lacor Hospital, privato *non-profit* di proprietà del vescovo cattolico della diocesi di Gulu e il Private Independent Hospital. Oltre agli ospedali, vi sono 5 *health sub district* (HSD), i centri sanitari (*health centres*) sono circa 24, 28 gli ambulatori (autorizzati e non) e circa 75 i negozi autorizzati alla vendita di farmaci.

In questo distretto, soltanto circa il 29% della popolazione ha accesso alle strutture sanitarie e il 32,4 % ad acqua potabile. Inoltre, soltanto il 12,9% delle donne incinte ricevono assistenza durante il parto³⁵⁷. Vista la situazione d'insicurezza causata dalla guerra, oltre la metà della popolazione ha dovuto abbandonare i propri villaggi e

rifugiarsi nelle aree più sicure, vicino ai distaccamenti militari. Per questo motivo la popolazione della municipalità di Gulu è aumentata drammaticamente, da 40.000 nel 1991 a 113.000 nel 2003. Oltre il 60 % della popolazione vive sotto la soglia della povertà assoluta (con l'equivalente di meno di 1 dollaro al giorno per nucleo familiare) contro il 30% nel sud ed il divario aumenta costantemente. La metà della popolazione del distretto di Gulu è analfabeta, la percentuale degli occupati non supera il 10 %. Inoltre, il 17,2% dei bambini muore prima di compiere cinque anni e la mortalità materna raggiunge lo 0,7 %.

Le precarie condizioni sanitarie della popolazione del nord Uganda sono certamente in gran parte dovute alla grave e prolungata insicurezza della regione, che costituisce un forte deterrente per lo sviluppo delle infrastrutture e rappresenta una grave minaccia alla vita della popolazione. La guerra, vista l'incapacità della popolazione di coltivare le terre, ha provocato una perdita generale di reddito della popolazione, causando un'impennata nei tassi di mortalità da malnutrizione, che fra il 1992 ed il 2000 diviene la prima causa di morte nel distretto, soprattutto fra i bambini. Inoltre, fra il 1992 e il 1998, oltre il 60% delle morti avvenute nell'ospedale di Lacor sono state in bambini con meno di 5 anni³⁵⁸. Il conflitto ha anche aumentato grandemente la quantità di persone in necessità di cure mediche per lesioni e ferite. L'ospedale di Lacor in alcuni periodi è stato travolto da feriti che richiedevano interventi immediati e cure mediche prolungate. Inoltre, lo spostamento di grandi quantità di persone in luoghi con gravi carenze strutturali e sanitarie, come i campi per sfollati, ha esacerbato le precarie condizioni di salute della popolazione di questo distretto e l'impatto negativo del conflitto.

8.3.1 Gli sfollati

Una caratteristica imprescindibile di questo distretto è, appunto, lo spostamento forzato della sua popolazione dalle proprie case ai campi per sfollati. Si stima che, nei Distretti di Gulu, Kitgum, Lira, Pader, Apac, Soroti, Katakwi, Kaberamaido e Adjumani, circa 1,4 milioni di persone (1,8 milioni secondo altre stime) sono state costrette a lasciare le loro case e le proprie terre e a rifugiarsi in campi per sfollati³⁵⁹. Questa è la cifra ufficiale. Quella reale è sicuramente più alta, visto che molti sfollati sono accampati in centri urbani e non sono stati registrati come tali.

Gli unici campi accessibili sono quelli vicini alle città. Gli altri non sono raggiungibili per motivi di sicurezza e non ricevono alcuna assistenza umanitaria degna di questo nome. La situazione è particolarmente grave nei tre distretti Acholi: l'88% della popolazione di Gulu, il 90% della popolazione di Pader e il 95% di quella di Kitgum è costituita da sfollati³⁶⁰. L'allontanamento della popolazione dalle proprie abitazioni è divenuto anche una politica statale. Dal 1996, alla popolazione delle zone più colpite dal conflitto è stato dato l'ordine di trasferirsi, talvolta anche con un preavviso di sole 48 ore, dalle loro case ai campi per gli IDP, affinché l'esercito potesse "proteggere meglio la popolazione dagli attacchi del LRA". Comunque sia, lo sfollamento da parte dei civili non è mai volontario ed essi si trovano fra i due fuochi delle tattiche militari governative e del LRA e spesso non sanno a che parte affidarsi.

Ufficialmente, questi campi dovrebbero essere protetti dall'esercito. In realtà non godono di alcuna protezione. È stato riportato che, soltanto tra giugno e settembre del 2002, il LRA ha attaccato 16 dei 35 campi profughi presenti nei Distretti di Gulu, Kitgum e Pader³⁶¹. In almeno due dei distretti più colpiti sono state formate e armate delle milizie locali che dovrebbero difendere la popolazione dagli attacchi dei ribelli (i *Local Defence Units*, LDU). Tutto ciò da una parte conferma l'inefficacia dell'esercito, dall'altra pone una pesante ipoteca sul futuro. La militarizzazione della società rischia di produrre maggiore violenza anziché combatterla.

Come abbiamo visto, l'88% della popolazione a Gulu, complessivamente l'80% della popolazione della Acholiland, è costituita da sfollati. La permanenza nei campi per IDP sta avendo conseguenze laceranti. I bambini non vanno a scuola. I contadini, che come abbiamo visto costituiscono la maggioranza delle persone, non coltivano la terra e la dipendenza dagli aiuti alimentari è pressoché totale. Così, la permanenza in un campo significa spesso la rovina economica della famiglie e degli individui. Inoltre, alcune persone vivono in questi campi da quasi 10 anni ed alcuni bambini non hanno mai vissuto una vita fuori dai campi, allentando e modificando i legami ed i rapporti familiari e comunitari normali. Questa situazione è tale per oltre tre quarti della popolazione totale del Distretto di Gulu.

L'emergere di strutture e campi per sfollati ha costituito una grande sfida per gli operatori sanitari rimasti nel distretto, molti dei quali hanno lasciato la regione per cercare di rendere disponibile a queste masse di persone riversate nei campi profughi l'assistenza sanitaria di base. Il campo per sfollati più grande vicino alla municipalità di Gulu dista circa 10-15 chilometri dalla città ed accoglie circa 30 mila sfollati.

Spesso, per ogni campo di sfollati vi è un solo centro sanitario con poco personale e medicinali, a fronte di una popolazione molto elevata. Inoltre, la maggior parte dei servizi sanitari nelle località attorno ai campi sono chiuse. Le file per essere ascoltati da un infermiere o da un medico sono lunghissime e spesso non conducono ad alcuna soluzione poiché molti dei problemi principali delle persone, come la malnutrizione e le altre malattie infettive, non possono essere curate dal personale, comporterebbero risorse che questi non possiedono, e soprattutto necessiterebbero in primo luogo il ritorno a casa degli sfollati.

La carenza d'acqua potabile e di cibo con file di oltre 6/8 ore, la mancanza di materiale sterilizzante, le latrine in condizioni sudicie e il sovraffollamento trasformano i campi in serbatoi di infezioni e parassiti, in cui le malattie infettive, compreso l'Hiv/Aids, si diffondono velocemente³⁶². Qui, la malnutrizione e le malattie causate da mancanza d'igiene costituiscono le principali cause di morte.

Per far fronte all'insicurezza della situazione e allo sfollamento delle persone, il Lacor Hospital ha costruito un campo profughi nel comprensorio dell'ospedale. Per queste persone sono stati costruiti oltre 2.500 m² fra rifugi, latrine, pozzi per l'acqua e una scuola per i bambini. A seconda dei periodi di maggiore o di minore insicurezza, vivono in queste strutture 1.500-2.500 persone. Ad esse si aggiungono anche i "commuters" o pendolari, persone che durante il giorno risiedono presso le loro abitazioni, ma di notte si concentrano in aree più sicure, come il campus dell'ospedale. Il loro numero è estremamente variabile dipendentemente dalle condizioni di sicurezza, ma raramente scende sotto le 3.000 persone. L'ospedale custodisce e distribuisce i generi alimentari forniti dalle agenzie di aiuto per le popolazioni rifugiate. Anche se le condizioni igieniche in questo campo sono sicuramente migliori di molti altri, il cibo è ancora scarso e vi è un numero eccessivo di persone per ogni operatore sanitario³⁶³.

8.3.2 L'epidemia Hiv/Aids nel Distretto di Gulu

La maggior parte delle ricerche ed analisi sulla diffusione dell'Hiv/Aids in Uganda sono state svolte attorno a Kampala, o nella regione sud del paese. Nel nord Uganda, nello specifico nel Distretto di Gulu, il conflitto civile, lo sconvolgimento delle strutture sanitarie e lo sfollamento della popolazione rendono la situazione molto difficile per poter portare avanti ricerche o analisi che sarebbero particolarmente

importanti in un contesto come quello del nord Uganda, al fine di un'adeguata valutazione delle priorità e di un'efficiente programmazione sanitaria.

L'interazione fra complessi fattori sociali e comportamentali svolge un ruolo prioritario nel dare forma alle dinamiche epidemiologiche delle malattie infettive, come l'Aids, la cui modalità di diffusione è fortemente influenzata da situazioni come il disgregamento della società, le migrazioni, le reti del commercio sessuale, i disastri naturali e la guerra. Nella prima e seconda parte di questa tesi si è voluto delineare chiaramente questo importante legame fra l'epidemia e la struttura del contesto, fra l'epidemia e le relazioni sociali, perché è attraverso questo legame che noi possiamo leggere esplicitamente i canali di diffusione dell'Aids a livello mondiale, comprendendo perché questa epidemia abbia una diffusione asimmetrica sia a livello globale che all'interno dei paesi e delle comunità. Questo legame, che in parte ci ha dato una risposta al perché l'Africa sia stata colpita così violentemente da questa epidemia, ora ci fornisce una chiave di lettura sul perché il Distretto di Gulu abbia un tasso d'infezione così superiore al resto del paese.

La strutturazione del rischio d'infezione da Hiv/Aids in questo distretto è molto diversa da quella nel resto del paese, a causa prevalentemente del conflitto in atto e delle successive conseguenze che questo comporta, nonché della forte carenza del sistema sanitario ed educativo. L'aumento nella richiesta di cure e di posti letto per i malati di Aids, nel Distretto di Gulu, è coinciso con la quasi paralisi di molte strutture sanitarie, incluse molte di quelle periferiche, a causa della grave situazione d'insicurezza.

Per questo distretto i dati e le ricerche specifiche rimangono molto scarse. Dal 1993, iniziano ed essere testate in maniera anonima per infezione di Hiv tutte le donne fra i 15 e i 39 anni che, residenti nel Distretto di Gulu, frequentano l'ambulatorio per gestanti dell'ospedale Lacor. Da allora, l'Istituto Superiore di Sanità, ISS, italiano ha seguito e sostenuto questo sito sentinella dell'ospedale Lacor, l'unico in tutto il Distretto di Gulu. È stato in larga misura grazie al sostegno del ISS che si è potuto portare avanti in maniera efficiente questo sito sentinella. La procedura utilizzata dall'ISS a Gulu è la stessa seguita dal MdS per i siti sentinella nel resto del paese. Il campione è raccolto dalle donne che vanno per la prima volta all'ambulatorio di Lacor, o anche a quello dei suoi centri sanitari periferici di Opit e Pabo (sempre nel Distretto di Gulu)³⁶⁴.

Dal 1993 al 1997 vengono testate per l'Hiv un totale di 8.555 donne, fra i 15 e i 39 anni. Il test rimane anonimo ma vengono registrati dei dati base come età, area di residenza, appartenenza ai gruppi regionali³⁶⁵. Il test utilizzato, come nel resto del paese, è il test ELISA. Fra il totale delle donne esaminate, il 36,0% viveva nella municipalità di Gulu mentre il 64,0% nelle altre aree del Distretto di Gulu; il 95,1 % delle donne prese in esame era Acholi. Durante questo periodo di ricerca, fu riconosciuto che l'Aids era molto diffusa fra la popolazione del distretto, che risultò immediatamente molto più colpito dall'epidemia rispetto al resto del paese. Tuttavia, nell'arco dei cinque anni fu osservata anche una leggera diminuzione nel tasso d'infezione di Hiv, dal 26,0% nel 1993 al 16,1% nel 1997. Questa diminuzione si verifica in modo più evidente fra il 1993 ed il 1995 e nel 1996 il tasso di infezione sembra stabilizzarsi al 14,0% per poi salire di poco nell'anno successivo, vedi tabella 1.

Tabella 1.

Table 2. HIV-1 prevalence and the adjusted prevalence proportion ratios (PPR) among 8855 women attending the antenatal clinic at Lacor Hospital, Gulu, North Uganda, 1993–1997.

	Univariate analysis			Multivariate analysis		
	HIV-1 prevalence (%)	95% CI	P-value ^a	Adjusted PPR	95% CI	P-value ^b
Year tested						
1993 ^c	26.0	23.2–29.0	< 0.001	1		
1994	21.7	20.0–23.6		0.82	0.71–0.94	0.004
1995	14.3	12.7–16.0		0.54	0.47–0.64	< 0.001
1996	14.2	12.2–16.4		0.53	0.44–0.64	< 0.001
1997	16.1	14.8–17.5		0.64	0.55–0.73	< 0.001
Age group						
15–19 years ^c	12.9	11.6–14.4	< 0.001	1		
20–24 years	20.3	18.8–21.8		1.57	1.38–1.77	< 0.001
25–29 years	21.1	19.3–23.0		1.62	1.42–1.86	< 0.001
30–34 years	18.3	15.9–20.9		1.42	1.20–1.68	< 0.001
35–39 years	11.0	7.8–14.9		0.84	0.61–1.17	0.304
Area of residence						
Gulu District ^c	14.9	14.0–15.9	< 0.001	1		
Gulu Municipality	23.1	21.6–24.6		1.54	1.40–1.68	< 0.001

^aThe P-values refer to the χ^2 test, except for the association between HIV-1 prevalence and year tested, which was evaluated using the χ^2 test for linear trend.

^bThe P-values refer to the standardized normal test performed on the parameters of the log binomial model. ^c Reference categories for PPR. CI, confidence interval.

Fonte: M. Fabiani, S. Accorsi, M. Lukwiya³⁶⁶.

Scorporando i dati per analizzare i tassi d'infezione a seconda delle fasce d'età, si osserva che vi è stata una diminuzione significativa dei tassi d'infezione fra le donne sotto i 30 anni. Non c'è stato invece, in questo periodo temporale, una grande variazione nei tassi di infezione fra le donne comprese fra i 30 e i 39 anni di età. Le donne con il tasso di infezione più elevato nel 1993 erano le più giovani, con età fra i

20 ed i 24 anni, mentre negli anni successivi, dal 1994 al 1997, le donne con il tasso d'infezione più elevati sono quelle fra i 25 ed i 29 anni.

Analizzando questi dati in base all'area di residenza, notiamo che una significativa diminuzione nei tassi d'infezione di Hiv si registra sia fra le residenti nella municipalità, sia fra quelle delle altre zone, nonostante i tassi d'infezione nelle due aree di residenza, fra il 1993 e il 1997, furono molto differenti: una media del 23,1% per la municipalità di Gulu e del 14,9% per le altre zone³⁶⁷.

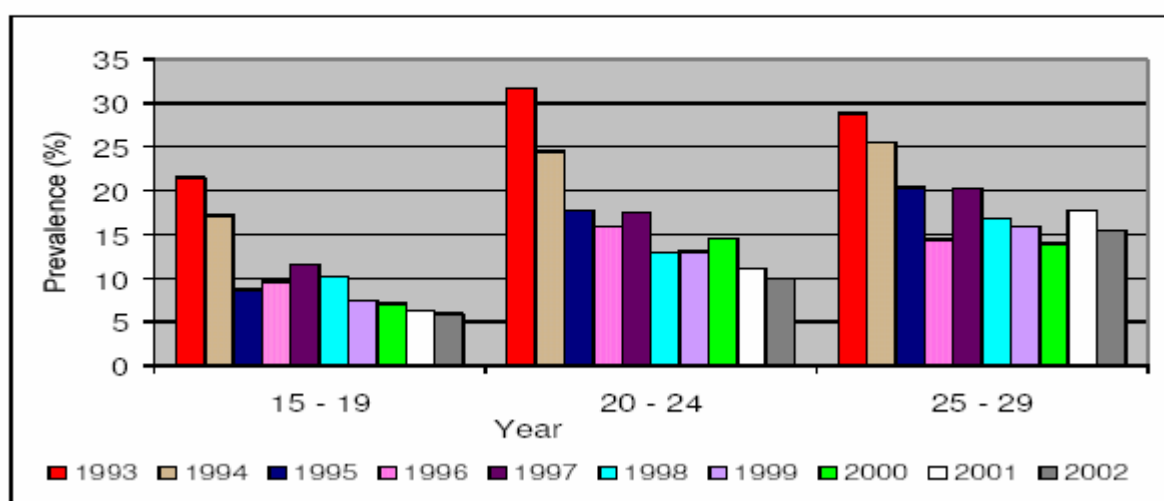
I tassi d'infezione da Hiv/Aids nella popolazione del Distretto di Gulu, pur essendo in diminuzione, rimangono molto alti. L'impatto che la diffusione di quest'epidemia ha avuto sulla erogazione di cure sanitarie, già messe a dura prova, può essere osservato anche dai dati raccolti sui ricoveri, sul registro dei decessi e sulla durata del ricovero, DR, dei malati presso le strutture del Lacor. Nel periodo fra il 1992 e il 1997, circa il 2% dei pazienti ammessi al Lacor furono diagnosticati come malati di Aids, con un DR medio di 20 giorni ed una età media di circa 31 anni. L'Aids è una malattia che presenta un elevatissimo numero di malattie opportunistiche che costituiscono poi la reale causa di morte. Così, con l'emergere dell'epidemia Aids in questa regione si è avuto anche un forte aumento di molte altre malattie collegabili all'Hiv/Aids. Prima fra tutti la tubercolosi, TB. Il forte aumento nei tassi d'infezione e nei ricoveri di malati di TB è stato in parte spiegato in base alla forte correlazione fra i malati di TB ed l'infezione di Hiv; infatti, il 50% dei pazienti di TB presso il Lacor in questi anni è risultato anche sieropositivo³⁶⁸. La TB è la malattia che necessita le maggiori cure e risorse ospedaliere. Il 6,2% dei pazienti ammessi al Lacor, fra 1992-97, erano malati di TB, con una DR media di 57,4 giorni e una età media di circa 26 anni. Osserviamo quindi che, oltre ai malati dichiarati di Aids, l'epidemia ha ulteriori effetti negativi sulla salute e sulla struttura ospedaliera, di cui l'infezione di TB è il più evidente.

I dati disponibili per gli anni 1997-2002, ci mostrano che il tasso d'infezione di Hiv, fra le donne che frequentano l'ambulatorio sentinella del Lacor Hospital in questo periodo, ha continuato a diminuire fino ad arrivare a circa l'11,9% nel 2002. La diminuzione non è però stata lineare, essendovi stati vari periodi stagnanti in cui il tasso d'infezione è aumentato per poi diminuire ancora. L'aumento maggiore del tasso d'infezione di Hiv si è verificato fra il 1996 e il 1997, un aumento di oltre il 2%, in corrispondenza con il periodo di accresciuta ferocia della guerriglia al nord verso la sua popolazione.

La fascia d'età che presenta il tasso d'infezione di Hiv più elevato, per quasi tutto questo periodo, sono le donne fra i 25 ed i 29 anni, tranne che per il 2000 ed il 2002, anni in cui vi è un maggiore tasso d'infezione fra le donne dai 30 ai 34. Le ragazze più giovani presentano i tassi d'infezione più bassi, vedi figura 17.

Fig.17

Fig 9: Trend in HIV infection prevalence rates among ANC attendees; Lacor hospital by age



I tassi d'infezione da Hiv/Aids, come si evince dai dati resi disponibili dall'ospedale di Lacor, sono in diminuzione anche in questa zona dell'Uganda. Pur rimanendo dal 1992 al 2002 il distretto con il più alto tasso di infezione da Hiv/Aids, nel Distretto di Gulu si verifica la tendenza che si è dimostrata nel resto del paese: anche in questa regione dal 1993/4 si verifica una diminuzione dei tassi di infezione di Hiv. Inoltre, possiamo osservare altre similitudini fra l'epidemia in questo distretto con le tendenze generali del paese a livello nazionale. Anche in questo distretto possiamo osservare un tasso d'infezione più elevato nella zona urbana rispetto a quello delle zone rurali, anche qui la categoria più colpita è quella delle donne in età più sessualmente attiva, particolarmente nelle donne fra i 20 ed i 30 anni. Inoltre, anche qui l'età media di una persona infettata di Hiv è di 30 anni con una media nazionale è di 33 anni³⁶⁹.

Finora abbiamo osservato i tassi d'infezione rivelati dai test sulle donne che hanno frequentato l'ambulatorio sentinella di Lacor. Vi è stato un'ulteriore modo di registrare i casi di Aids, come nel resto del paese, ed è in base alle ammissioni all'ospedale di Lacor registrate come casi di Aids. Quest'ulteriore fonte di dati ci svela

una dimensione che fino ad ora è mancata nel delineare la diffusione dell'Hiv/Aids in questo distretto, la differenza fra i generi. Per quanto riguarda i pazienti ammessi al Lacor come malati di Aids, fra il 1992 e il 1997, la maggior parte, il 62,1% furono uomini. Anche se, scomponendo i dati, vediamo che nella fascia di età più giovane, fra i 20 ed i 25 anni, le donne sono più frequentemente ricoverate per cause relative all'Aids, mentre aumentando l'età sono gli uomini che sono maggiormente ammessi al Lacor per Aids. Anche questa tendenza è comune ai dati nazionali: anche a livello nazionale le donne sono maggiormente colpite dall'infezione di Aids in età più giovane, mentre con l'aumentare dell'età sono gli uomini che risultano in maggior numero sieropositivi.

8.4 La risposta all'epidemia Aids

Pur essendoci in questo distretto tutti i *risk factors*, tutte le condizioni di rischio del contesto e della vita che rendono la diffusione dell'epidemia particolarmente facile e capillare, aumentati dalla presenza della guerra e di alti numeri di sfollati, abbiamo osservato che dai dati disponibili, anche in questa zona risulta una diminuzione nelle infezioni di Hiv/Aids. I tassi d'infezione in questa zona rimangono molto alti relativi al resto del paese, ma comunque si verifica una loro diminuzione. Vediamo ora quale risposte si sono cercate di articolare intorno al problema dell'Aids in un contesto come questo.

Attorno al Lacor Hospital gravitano e si diramano molte iniziative ed attività legate alla salute e al diritto alla salute delle popolazione meno agiate che vivono nelle aree circostanti. Il Lacor Hospital, da circa il 1992, ha fornito la possibilità alla popolazione del distretto di poter eseguire dei test per verificare il proprio stato di sieropositività. Questo è di fondamentale rilevanza per aumentare la consapevolezza e la conoscenza delle persone, così anche per fornire dei dati attendibile per i progetti e per le politiche di lotta all'Aids. Questo fatto è un elemento indispensabile per poter instaurare una risposta all'epidemia. Durante il 2003 sono stati effettuati 9.962 test per l'HIV. A tutte le persone sottoposte al test e a tutti i pazienti sieropositivi è stato offerto appoggio e consulenze (9.279 sessioni pre test, 7.059 post test e 4.184 sessioni di counseling di supporto), per un totale di 20.522 sessioni individuali.

Una delle modalità principali d'infezione di Hiv/Aids in questa zona, come in tutta l'Uganda, è la trasmissione verticale. L'ospedale Lacor fornisce la possibilità di

entrare a far parte del programma di prevenzione farmacologia della trasmissione materno-fetale ad alcune delle donne incinte che risultano positive al test per l'Hiv. La prevenzione farmacologia è stata offerta a 260 gestanti affette da HIV, 159 (61%) delle quali hanno accettato di arruolarsi.

Lezioni di educazione sanitaria, anche sull'Aids, vengono regolarmente impartite a tutti gli adulti che accedono, in quanto malati o accompagnatori, all'ambulatorio prenatale, all'ambulatorio dei bambini, al reparto di pediatria, nel reparto nutrizione, nel reparto tubercolosi, negli ambulatori per adulti, nelle scuole, nel campo profughi interno all'ospedale e nelle visite di supervisioni nei villaggi; per un totale, nel solo 2003, di 7.737 sessioni di educazione sanitaria.

Inoltre, l'ospedale Lacor ha la possibilità di distribuire trattamenti ARV; anche se la terapia è qui ancora molto costosa, rispetto all'indigenza generale, e non accessibile alla maggior parte delle persone, è comunque fonte di speranza il fatto stesso di sapere che esiste qualche forma di risposta medica al problema. Anche se è molto frustrante non poter accedervi, gli ultimi sviluppi a livello nazionale ed internazionale fanno ritenere che forse questa situazione potrebbe cambiare. Il Fondo Globale per l'Aids ha finanziato il lancio, dal 2004, di un programma per fornire gli ARV gratuitamente; quanto del denaro promesso e necessario verrà tuttavia assegnato al MdS ugandese, e quale proporzione verrà utilizzata dal MdS per la distribuzione degli ARV, particolarmente nel Distretto di Gulu non è ancora certo³⁷⁰.

L'Istituto Superiore di Sanità italiano ha scelto nel 1993 il Lacor come base di ricerca operativa per un progetto, da esso finanziato, denominato "Progetto di sostegno globale al piano nazionale per il controllo dell'HIV/AIDS in Uganda". Esso si articola in due componenti principali:

- una componente di sanità pubblica, che include attività di preparazione del personale medico e paramedico locale, lo screening e la diagnosi dell'Aids e delle altre patologie a trasmissione sessuale, la sorveglianza epidemiologica, il coinvolgimento della popolazione con consultori e educazione sanitaria, l'assistenza ai sieropositivi e alle loro famiglie, il rafforzamento dei laboratori locali;
- una componente di ricerca che mira a stabilire una base operativa per studiare gli esiti degli interventi di controllo dell'epidemia HIV/AIDS.

Ormai sono più di cento le pubblicazioni o le comunicazioni a congressi di ricerche compiute al Lacor Hospital che svolgono un ruolo decisivo nel rendere visibili, sia a livello nazionale che internazionale, i problemi specifici di questo distretto, aumentando la possibilità di reperire dei fondi di sostegno e di suscitare interesse per dei progetti d'aiuto duraturi³⁷¹. Inoltre, le linee principali di lavoro del ISS riprendono fedelmente i tratti essenziali che sono emersi dalle politiche governative ugandesi per la lotta all'epidemia, affinché si cerchi di mantenere il più possibile l'azione dell'ospedale all'interno ed in coordinamento con le linee politiche nazionali per la risposta all'Aids.

La maggioranza delle persone curate al Lacor fanno parte di popolazioni ad elevato rischio. I bambini e le donne costituiscono oltre l'80% di tutti i ricoveri. Se si includono i pazienti affetti da patologie croniche o debilitanti quali l'Aids e la tubercolosi, oltre il 90% dei pazienti curati al Lacor appartiene a gruppi sociali estremamente vulnerabili. Il sistema di contribuzione dell'ospedale è stato aggiustato proprio per tenere conto delle condizioni socio economiche degli utenti, con lo specifico intento di agevolare l'accesso alle strutture sanitarie ai più poveri. Le tariffe richieste ai pazienti del Lacor vengono tenute molto basse³⁷². Questo contribuisce sicuramente alla lotta all'Aids in quanto facilita l'accesso anche ai più poveri e ai più vulnerabili, fornendo loro sostegno in caso d'infezione. Le consulenze ricevute dagli operatori sanitari ed il fatto stesso di non essere lasciati isolati possono fungere da forte impulso per i malati di Aids, perché si comportino in maniera responsabile e perché cerchino comunque di affrontare degnamente la malattia. Inoltre, l'ospedale di Lacor cura l'aspetto sanitario del vicino orfanotrofio per orfani della guerriglia e dell'AIDS, il St. Jude Children's Home, (il "santo dei disperati"). L'orfanotrofio è gestito da Fratel Elio Croce, Missionario Comboniano responsabile dell'unità tecnica dell'ospedale, ed ospita quasi cento bambini.

Un problema dell'ospedale, nel confrontarsi con l'epidemia Aids, è stato anche quello del sovraffollamento dei posti letto. Persone malate di Aids, o con patologie correlate, in primo piano la TB che è la malattia che pesa di più sulle risorse ospedaliere, aumentano consistentemente la richiesta di cure rivolte all'ospedale. Osservando la durata del ricovero, DR, dei malati sieropositivi a confronto con quelli Hiv negativi, la DR è molto maggiore per i malati Hiv positivi, una media di 44,3 giorni per i Hiv negativi e di 50,2 giorni per i siero positivi. I casi di TB contano per la maggior parte delle permanenze a lungo termine. Questi dati sono importanti per

comprendere la pressione esercitata sull'ospedale: vengono richiesti sempre più letti ed attenzioni, nonché medicinali, per pazienti raramente curabili.

Un aiuto decisivo ai malati di Aids e all'ospedale di Lacor è stato offerto dallo svilupparsi di associazioni e gruppi di aiuto per la cura domiciliare dei malati. L'associazione *Comboni Samaritans of Gulu*, ha affrontato questa necessità attraverso il progetto di "Home care". Il progetto di "Home care" mira ad aiutare le famiglie a starsi vicino in un momento difficile come quello della malattia, inoltre, lavora con le famiglie portando avanti attività mirate alla terapia del dolore, per aiutare i malati a morire in maniera più umana e con meno dolore. Si cerca di fornire ai parenti dei malati terminali il sostegno e gli strumenti necessari per curare i malati a casa propria. Molta attenzione è data anche al sostegno psicologico delle famiglie e dei malati, cercando di aiutarli a trovare la pace interiore. Essendo quest'associazione a base religiosa, si fornisce anche sostegno spirituale proponendo alle persone di cercare un alleviamento del proprio dolore nella fede. Per aiutare l'Ospedale a non soccombere al peso dell'epidemia e per aiutarlo a fornire il maggior numero di cure in maniera efficiente, è stato fondamentale il forte incremento registrato nelle cure fornite ai malati di Aids direttamente nelle proprie case o presso i familiari.

Il pregiudizio e l'emarginazione verso i malati di Aids è stato anche in questa zona un forte ostacolo al lavoro di prevenzione e di lotta all'epidemia. Per far fronte ai preconcetti un lavoro molto importante è il sostegno ai malati, riuscendo a fornirgli le attenzioni e l'aiuto per far sì che possano affrontare la loro condizione in maniera umana. Un progetto molto incisivo, a tale riguardo, dei *Comboni Samaritans of Gulu*, è il "Memory project" nel quale i genitori sieropositivi vengono aiutati nel difficile lavoro di preparare i propri figli alla loro eventuale morte. L'attività si concentra sulla ricostruzione del passato e della memoria della famiglia. I genitori assieme ai bambini scrivono la storia della loro famiglia, attorno a quest'attività si crea anche un momento di riconciliazione e "terapia", in cui i membri della famiglia vengono aiutati ad esternare le paure e le difficoltà, per affrontare in modo unito la vicenda. La famiglia, nel percorso di lotta all'Aids è ritenuta centrale, come fonte di valori, di sicurezze e di affetti fondamentali per stimolare, sia i malati che le persone attorno, a prendere atto della malattia ed affrontarla, nonché a cambiare i propri comportamenti. I *Comboni Samaritans of Gulu* hanno creato anche una cooperativa di lavoro per i malati di Aids, per dargli una possibilità di vivere in maniera dignitosa. Questa iniziativa si è trasformata in un'incredibile terapia, sia per i malati che per la società circostante,

divenendo uno strumento di socializzazione fra i malati e la comunità. Con il passare degli anni si è voluto estendere sempre più il lavoro di sostegno e cura ai malati di Aids e d'educazione all'epidemia ai campi per sfollati. Consci del fatto che questi campi costituiscono veri e propri potenziali serbatoi d'infezione d'Hiv, l'associazione ha voluto articolare varie iniziative d'informazione e di sostegno al loro interno. A tal riguardo vi è stata una vera proliferazione di gruppi auto gestiti che lavorano sia con i malati di Aids o nei campi per sfollati, soprattutto divulgando informazioni.

Un altro progetto che lavora sull'educazione all'Aids è "Education for life", di un'altra associazione religiosa del Distretto di Gulu. Questo progetto lavora con i giovani stimolandoli alla riflessione su come poter evitare e proteggersi da quest'epidemia e sull'importanza del proprio comportamento individuale e della prevenzione.

Le associazioni della società civile che si occupano d'informazione sull'Hiv/Aids e del sostegno a domicilio dei malati di Aids, soprattutto quelle a base religiosa, sono aumentate considerevolmente. Come abbiamo visto dagli esempi sopra riportati, molta attenzione è stata data alla solidarietà all'interno della famiglia e al sostegno psicologico. Questo aspetto è certamente centrale nel riscattare i malati e la visione dell'epidemia all'interno di un contesto già così difficile come quello di Gulu. Inoltre, sono forse le uniche modalità disponibili in tale contesto, vista la carenza di medicinali e di risorse, per proporre qualche risposta alla diffusione dell'Aids. Se non fosse stato per queste "iniziative dal basso" è probabile che lo sforzo di mantenere l'efficienza del Lacor Hospital avrebbe ceduto sotto il peso dell'epidemia unita agli effetti "collaterali" del conflitto³⁷³.

La vasta campagna informativa del TASO e del governo, anche se in minor misura rispetto agli altri distretti, ha raggiunto anche il Distretto di Gulu. Molto è stato fatto dalle radio locali, che sono molto ascoltate in questo distretto. Anche le visite presidenziali in questa zona non hanno mai escluso riferimenti alla necessità di stare uniti nella lotta all'Aids. Queste attività, assieme ai programmi di educazione sanitaria dell'ospedale Lacor e all'attivismo di alcune associazioni civili hanno avuto un forte impatto sui comportamenti e le conoscenze della popolazione del Distretto di Gulu. Se la maggioranza delle persone ora dimostra una buona conoscenza di questa epidemia è stato largamente grazie al lavoro congiunto di questi attori. I cambiamenti nei

comportamenti individuali e nell'atteggiamento ai malati sono sicuramente stati determinanti nella diminuzione dei tassi di infezione³⁷⁴.

In questo distretto, le riforme pubbliche e i vari NSF sull'Aids sono stati meno sentiti a causa della barriera eretta dal conflitto. L'azione del governo per la lotta all'Aids in questa regione è stata particolarmente marginale, centrale è stato il lavoro sul campo svolto dall'ospedale di Lacor, ma in maggior misura dalle organizzazioni ed associazioni locali. Anche qui si ripropone lo schema nazionale di lotta all'epidemia: con le strategie generali del governo e le azioni locali della società.

Due sono gli elementi centrali da sottolineare in questo caso: i tassi d'infezione di Aids molto superiori al resto del paese e la riconoscibile diminuzione, dal 1994, nei tassi d'infezione. Per quanto riguarda il primo elemento, si può concludere che il conflitto e il divario economico e strutturale che separa il nord dal sud hanno determinato un ambiente particolarmente favorevole alla diffusione dell'epidemia Aids. La relativa povertà della zona, l'insicurezza e la maggiore carenza nell'accesso alla sanità di questa regione rispetto al sud hanno reso questa popolazione più vulnerabile all'infezione di Hiv rispetto al resto della popolazione ugandese.

Eppure, l'azione del governo, le riforme e le dichiarazioni, hanno comunque raggiunto anche questa zona. La pubblicità data alla questione investe anche il Distretto di Gulu. La presenza di almeno una struttura efficiente, come il Lacor Hospital, e di personale qualificato ha permesso una rapida comprensione della situazione. La risposta si è però concentrata nei gruppi e nelle associazioni a base religiosa ed in alcuni gruppi della società civile; sono questi che hanno svolto il lavoro principale nel ridurre i tassi d'infezione. Anche in una condizione d'insicurezza e di minaccia all'unità della società, la comunità di Gulu è riuscita a trovare modalità e mezzi per aiutarsi e di organizzarsi nella lotta all'epidemia Aids. Proprio la necessità di attivarsi contro una minaccia reale comune, sulla quale tutti hanno la possibilità d'influire, ha rappresentato una sfida che ha stimolato la capacità di reagire di ogni persona, anche dopo le esperienze più traumatizzanti. È proprio questa capacità di recupero delle persone che, in questo caso, si è manifestata attraverso l'organizzazione della società e la lotta all'Aids.

La diminuzione dei tassi d'infezione in questo distretto è riconducibile all'azione che ha caratterizzato il resto del paese: azione strategica dall'alto e organizzazione dal basso. È evidente che, senza la posizione del governo sull'Aids, l'organizzazione sia a livello ospedaliero che della società civile non sarebbe stata così diffusa. Tuttavia in

questo distretto la risposta all'epidemia è provenuta quasi unicamente dal basso. Proprio la relativa mancanza di sostegno e di maggiore incisività del governo centrale, unito alla situazione specifica di questa zona, hanno reso la risposta meno evidente risultando così in una minore diminuzione rispetto alle medie nazionali.

8.5 L'Hiv/Aids come problema di sicurezza.

Nel 2000, l'allora presidente degli Stati Uniti d'America, Bill Clinton, dichiara ad una conferenza al National Aids Trust che l'epidemia Aids in Africa, per la sua capillare diffusione e per i suoi effetti specifici, potrebbe porre dei gravi problemi di sicurezza ai nuovi stati emergenti in questo continente³⁷⁵. Essendo l'Hiv/Aids una malattia che colpisce principalmente la parte più produttiva della società, negli stati dove quest'epidemia ha raggiunto diffusioni molto alte si è iniziato ad avvertire una potenziale minaccia alla sicurezza e al funzionamento degli stati stessi. La stretta correlazione fra la diffusione dell'epidemia Aids e la presenza di conflitti, inoltre, sta divenendo sempre più evidente. Fra il 1989 e il 2000 il numero di stati africani colpiti da conflitti civili di relativa importanza è duplicato; attualmente uno stato africano su quattro è vittima di un conflitto³⁷⁶. La vulnerabilità della popolazione civile nelle zone di conflitto la rende anche maggiormente vulnerabile all'epidemia Aids per la rottura delle relazioni sociali, la mobilità delle persone e l'aumento della povertà generale.

Nel gennaio del 2000, il Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite ha dibattuto sull'impatto dell'Aids sulla pace e la sicurezza in Africa. Questo dibattito rappresenta la prima volta nella storia del Consiglio di Sicurezza in cui si sia discusso di una questione sanitaria proponendola come minaccia alla pace e alla sicurezza. Nel 2001 viene approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, durante l'Assemblea Speciale ONU sull'Hiv/Aids, la Dichiarazione di Intenti sull'Hiv/Aids, nella quale si dichiara fermamente la necessità che ogni organizzazione, di qualsiasi estrazione o appartenenza, che lavori nel campo umanitario e soprattutto in zone di guerra incorpori fra i suoi obiettivi prioritari l'educazione e la prevenzione all'Hiv/Aids e la cura dei malati di Aids e che fornisca formazione e consapevolezza ai propri operatori su queste tematiche³⁷⁷. Così vediamo che, soprattutto negli ultimi anni, l'ONU ha più volte affermato la stretta correlazione fra la guerra e la diffusione dell'epidemia Aids³⁷⁸.

8.5.1 L'impatto del conflitto sull'epidemia Aids

Il conflitto generalmente porta allo sfollamento dei nuclei familiari e di intere comunità, forzando gli individui a scappare dalle proprie case. Il movimento della popolazione in condizioni simili facilita lo smembramento della società, rendendo spesso le persone più vulnerabili, anche alle violenze sessuali. Nelle zone di conflitto diviene molto difficile per il governo, per le ONG e per le organizzazioni internazionali portare avanti programmi per soddisfare i bisogni primari, come anche la necessità di divulgare informazioni, prevenzione e sensibilizzare le persone sulle questioni legate all'Hiv/Aids. In questi contesti i programmi per la lotta all'Aids divengono meno efficienti e ricevono meno attenzioni. Tuttavia è ormai largamente accettato che il conflitto e lo sfollamento della popolazione sono correlati con un forte aumento nel rischio di contagio dell'Hiv/Aids a causa del drastico cambiamento dei comportamenti individuali causati dall'interruzione delle reti e dei legami sociali, dall'aumento della vulnerabilità economica (soprattutto fra le donne e i giovani), dall'aumento nelle violenze sessuali e dallo sconvolgimento dei servizi sanitari. Varie ricerche specifiche hanno rivelato che, come risultato del ridursi dei servizi sociali statali e privati e del comportamento dei soldati, è da attendersi un tasso di infezione di Hiv/Aids maggiore nelle zone di conflitto³⁷⁹.

Come abbiamo visto, i dati forniti in Uganda dalle cliniche sentinella rivelano che Gulu presenta i tassi d'infezione di Hiv più elevati del paese. Qui diviene evidente il forte impatto che il conflitto sta avendo sull'evoluzione e la diffusione dell'epidemia Aids. Abbiamo visto le cifre elevate degli sfollati nel Distretto di Gulu, oltre l'88% della popolazione. L'impatto dell'Hiv/Aids sulla società civile, in zone di guerra come questa, è dovuto soprattutto alla frequenza dei rapporti sessuali fra militari e la popolazione civile, sia attraverso la prostituzione che la violenza sessuale come arma di guerra, nonché alla estrema vulnerabilità della popolazione civile sfollata e terrorizzata dalla guerra all'epidemia Aids. Abbiamo visto l'incapacità della maggioranza della popolazione di coltivare la propria terra. Questa situazione può facilmente indurre le donne a vendere il proprio corpo in cambio di cibo, soldi o altre necessità primarie per se stesse o la propria famiglia. È stato dimostrato da alcune

ricerche che le donne che vivono in campi per sfollati hanno sei volte più probabilità di contrarre l'Hiv che la popolazione generale al di fuori dei campi.³⁸⁰

Anche se in Uganda si è dichiarata più volte la necessità di formare anche i militari alla prevenzione e alla lotta all'Aids, le azioni in tale direzioni non sono incoraggianti. La condizione del nord Uganda non richiede solo un grande sforzo da parte dei sistemi sanitari della zona ma anche da parte del governo. Anche se i tassi di infezione sembrano essere diminuiti, rimangono i più alti del paese e il permanere del conflitto civile non ci permette di affermare con sicurezza che i tassi effettivi non siano in realtà molto più elevati. La lotta e la risposta all'epidemia Aids in questo distretto non può non passare anche attraverso la risoluzione del conflitto. Il legame fra l'epidemia Aids ed il conflitto civile è tale che il protrarsi del conflitto può rendere vano ogni tentativo di prevenzione dell'epidemia Aids. Inoltre, l'incapacità di affrontare in maniera adeguata il conflitto nel nord del paese, unita all'accrescersi del peso dell'epidemia sulla società civile, non potrà fare altro che accendere maggiormente l'animosità della popolazione e l'astio verso il governo di Museveni.

CONCLUSIONI FINALI

La capillare diffusione dell'epidemia Aids in paesi poveri come l'Uganda, mette gli osservatori internazionali davanti ad una lampante evidenza: la differenza crescente nelle possibilità di vita fra ricchi e poveri. La grande disparità di esperienze dei paesi nell'affrontare l'Aids rivelano gravi squilibri nella struttura interna delle nazioni.

La questione dell'Hiv/Aids è divenuta in Uganda una fra le principali *issues* del governo ed è rimasta tale fino ad oggi. La lotta all'Aids si è inserita in un percorso di ricostruzione dello stato e di strutturazione di una nuova legittimazione dell'area politica, attraverso un rilevante decentramento istituzionale. Il forte appoggio dei creditori e donatori internazionali in Uganda si è legato ad una decisa apertura del governo per includere il maggior numero di persone nel processo di *decision making*, dai donatori internazionali agli attori nazionali. La forte crescita dell'economia ugandese, grazie in primo luogo ai crediti della BM e del FMI, non ha beneficiato tutti allo stesso modo. Il NRM ha agito per tentare di influire sulla crescita delle differenze all'interno del paese, investendo maggiormente nei beni e nelle strutture di pubblico

utilizzo fondamentali per lo sviluppo generale dei suoi cittadini: come l'istruzione e la sanità. Questa particolare attenzione alla necessità di migliorare l'accesso alle strutture sanitarie e all'educazione, nonché mantenere un atteggiamento aperto e consapevole sulla minaccia posta dall'Hiv/Aids, sono state azioni del governo Ugandese determinanti nella diminuzione dei tassi d'infezione. Inoltre, il processo di decentramento istituzionale è stato decisivo per innescare l'attivismo dei gruppi locali, delle ONG e della società civile per organizzare attività capillari di prevenzione e sostegno ai malati.

Per i risultati ottenuti, è stato essenziale la crescita continua delle risorse investite nel settore sanitario pubblico, come in quello dell'istruzione. Inoltre, la crescita dell'economia ugandese ed i programmi di lotta alla povertà hanno svolto un ruolo prioritario, influenzando per migliorare le risorse e la qualità della vita degli ugandesi. Eppure, i tassi d'infezione da Hiv/Aids rimangono ancora troppo alti in Uganda. L'unica strada possibile per continuare a diminuire il numero di nuove infezioni è continuare a rinforzare le azioni portate avanti fino ad ora.

L'analisi del caso del Distretto di Gulu ribadisce le conclusioni raggiunte sulla situazione ugandese. I tassi d'infezione più alti in questo distretto sono sintomatici di un minore accesso ai benefici ed alle azioni compiute dal governo ugandese. Il Distretto di Gulu è più colpito da quest'epidemia perché le riforme istituzionali, l'aumento dei finanziamenti e le altre azioni del governo non sono arrivate fino a questa regione del paese. Se non si inizia a lavorare in modo coerente per colmare il varco che continua ad aprirsi fra il nord Uganda e il resto del paese, l'eventuale frattura fra le due realtà ugandesi creerà grossi problemi al governo del NRM, offuscando questi anni di ricostruzione e passi in avanti. Eppure, ci si trova di fronte ad una tragedia le cui dimensioni sembrano essere proporzionali a quelle dell'indifferenza che la circonda. Molte organizzazioni umanitarie, le organizzazioni del sistema delle Nazioni Unite, le stesse autorità locali sembrano vivere in una dimensione parallela. Continuano a svolgere le loro mansioni amministrative (dove possono) e continuano a sfornare "piani di azione" che non vengono poi realizzati. Questa realtà non cambierà solo per volontà dell'attuale governo. Occorre che chi aiuta a sostenere il governo di Museveni, con più del 50% dei fondi necessari alla sua sopravvivenza, esca dall'indifferenza e da questo stato di complicità sonnolenta. Occorre che anche la comunità internazionale si renda conto che l'entusiasmo con il quale ha accolto i risultati positivi della risposta all'epidemia Aids in Uganda

potrebbero essere completamente vanificati se fra le priorità del governo ugandese non viene inserita la risoluzione del conflitto e un'azione concreta per reintegrare gli sfollati. Esistono relazioni molto forti che legano il governo Museveni ad alcune potenze internazionali; questi legami non possono rimanere ulteriormente impassibili dinanzi alla minaccia che il conflitto pone ai tanti risultati positivi che l'Uganda sta ottenendo, primo fra tutti quelli nella lotta all'Hiv/Aids.

Il tema dell'ultima conferenza internazionale sull'Aids, tenutasi a Bangkok, è stato "accesso per tutti" alle cure per l'Hiv/Aids. L'argomento principale attorno alla questione dell'epidemia è divenuto l'asimmetrico accesso ai medicinali e ai sistemi sanitari. Questo rimanda agli squilibri mondiali nell'accesso alle risorse. L'ultima risposta dei Grandi 8 della terra a questa pandemia è stata la creazione di un Fondo Globale per finanziare la lotta all'Aids. Eppure, l'Italia già dal settembre scorso ha smesso di contribuire al Fondo, inoltre, l'analisi del rapporto fra povertà e diffusione dell'Hiv ci suggerisce che questa strategia non può bastare. Per affrontare quest'epidemia è necessaria un'azione che tocchi la struttura del contesto in cui si diffonde, significa agire coerentemente per favorire un maggiore sviluppo dei paesi che non sia solo uno sviluppo economico di pochi privilegiati, ma che passi per un potenziamento delle strutture statali e pubbliche nonché per un miglioramento delle generali condizioni di vita degli individui. Non può bastare procurare le cure mediche perché queste devono anche essere accessibili e sostenibili nel contesto specifico in cui devono essere somministrati, così c'è bisogno di maggiore formazione di operatori sanitari, di maggiori strutture sanitarie e di maggiori informazioni. I *policy makers* occidentali svolgono un ruolo prioritario nella lotta all'Aids, perché detengono un ruolo principale e superiore nelle decisioni di politica e di economia internazionale. Solamente immettendo la lotta all'Aids e alla povertà come *issues* prioritari della politica internazionale si potranno avere dei reali cambiamenti.

APPENDICE 1

Cronistoria della malattia³⁸¹

5 giugno 1981 Morbidity and Mortality Weekly Report: i Centers for Disease Control and Prevention (Cdc) di Atlanta, senza particolare rilievo, segnalano che negli Stati Uniti si è riscontrato un improvviso aumento di casi di polmonite in giovani omosessuali statunitensi.

Il 3 Luglio 1981, il *New York Times* pubblica la notizia. Si inizia a fare strada la consapevolezza che una nuova sindrome si stia affacciando negli annali della medicina, a seguito di un fatto inusuale, visto che tali patologie solitamente venivano riscontrate in gruppi di popolazione in età più avanzata. La storia dell'epidemia inizia legata all'ambiente omosessuale.

1982 I Cdc collegano la malattia al sangue. Nel corso di un congresso promosso dalla Food and Drug Administration (Fda) sui prodotti ematici, Bruce Voeller, già direttore della National Gay Task Force, propone di chiamare Acquired Immune-Deficiency Syndrome (AIDS) la patologia emergente.

I casi di Aids negli USA sono 1.614 e le morti 619.

1983 Consapevolezza della “globalizzazione della malattia”. La comunità scientifica comincia a rendersi conto che oltre agli omosessuali e gli emofiliaci questa malattia colpisce anche altri gruppi, come i tossicodipendenti, e non solo negli Stati Uniti ma in tutto il mondo. Diventa chiaro che si è di fronte ad una nuova malattia che minaccia l'intero pianeta.

1984 L'Hiv viene identificato come l'agente causale dell'Aids. Negli USA i casi sono saliti a 11.055, le morti a 5.620.

1985 Vengono messi a punto i primi test per individuare la presenza di anticorpi all'Hiv. Ad Atlanta, i Cdc organizzano la I Conferenza Internazionale sull'Aids. L'Oms sponsorizza il congresso: 2mila ricercatori in rappresentanza di 30 nazioni prendono coscienza dell'esistenza del focolaio africano. Negli USA i casi sono 22.996, i morti 12.592. In Europa i casi sono 1.617. Non ci sono ancora dati attendibili sull'Africa. Si inizia a parlare di trasmissione eterosessuale.

1986 Viene pubblicato il primo rapporto statunitense sull'Aids dove si richiama l'attenzione sulla necessità di dare informazioni riguardo il comportamento sessuale. A Parigi si svolge la II Conferenza Internazionale sull'Aids. Si hanno le prime stime sull'infezione in Africa. L'OMS stima tra i 5 e i 10 milioni i sieropositivi nel mondo.

1987 A Washington la III Conferenza Internazionale sull'Aids, con oltre 12mila delegati in rappresentanza di 110 nazioni. Ronald Reagan per la prima volta in un discorso ufficiale nomina la parola “Aids”. Nonostante gli appelli a non discriminare le persone sieropositive, gli USA introducono norme che non consentono ai sieropositivi di entrare nel paese! L'OMS istituisce il suo Global Programme on Aids, l'Assemblea Mondiale della Sanità approva una strategia globale per fronteggiare l'epidemia. L'Fda, su pressione degli attivisti, riduce i tempi di approvazione dei farmaci anti-Aids. Viene approvata la prima molecola anti-Aids: è l'Azt.

1988 Stoccolma ospita la IV Conferenza internazionale sull'Aids. Per la prima volta è nutrita la partecipazione di ricercatori provenienti dalle nazioni in via di sviluppo. I casi nel mondo raggiungono 96.443. Per la prima volta viene celebrata la giornata mondiale di lotta all'Aids: è il 1 dicembre 1988. Viene fondata l'International Aids Society.

1989 A Montreal si tiene la V Conferenza Internazionale sull'Aids. I casi di Aids nel mondo sono circa 160mila. Negli USA, grazie alle proteste degli attivisti, la Burroughs Wellcome, l'industria farmaceutica che detiene il brevetto, è costretta ad abbassare il prezzo dell'Azt

1990 Ronald Regan ammette di non aver adeguatamente considerato in passato l'epidemia Aids. A San Francisco si tiene la VI Conferenza Internazionale sull'Aids, gli attivisti manifestano per richiamare l'attenzione sulla malattia e contestare le norme discriminatorie introdotte da George Bush. In tutto il mondo i casi sono 254mila, in Uganda oltre 12mila, in Francia 8.883, in Italia 6.759.

1991 Viene approvato un nuovo farmaco anti-Aids. Firenze ospita la VII Conferenza Internazionale sull'AIDS. I casi nel mondo sono circa 10 milioni.

1992 La Fda definisce un iter accelerato per l'approvazione dei farmaci anti-Aids, con l'obiettivo di rendere il prima possibile disponibili armi farmacologiche per contrastare il virus. Per la VIII Conferenza Internazionale sull'Aids si sarebbe dovuto tornare negli Stati Uniti, ma il permanere delle norme restrittive sull'ingresso in territorio nordamericano di malati e sieropositivi convince gli organizzatori a spostarsi nella più tollerante Amsterdam. In Italia i casi sono 13.669, negli USA oltre 213mila, in Uganda 30mila.

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 sull'Aids. Nel mondo i casi di Aids sono oltre 600mila. Nel mondo si inizia ad osservare che nel sud-est asiatico la diffusione del virus procede molto rapidamente.

1994 La Fda approva un nuovo farmaco anti-Aids. I casi di Aids riportati dall'Oms sono complessivamente 985,119, con un aumento del 37 % rispetto l'anno precedente, tuttavia l'Organizzazione stima un totale molto alto di circa 4 milioni di casi. Su quelli riportati, il 42 % compete agli Stati Uniti, il 33,5 % all'Africa, l'11,5 all'Europa, l'11,5 alle Americhe, l'1,0 % all'Asia e lo 0,5 all'Oceania. Se consideriamo però i casi stimati, l'Africa ne conta più del 67 %, le Americhe il 12 %, gli USA il 10 %, l'Asia il 6, l'Europa più del 4 e l'Oceania meno dell'1 %. La sensazione di disfatta dovuta ai risultati degli studi Concorde dell'anno prima induce ad accelerare i lavori sulle terapie di combinazione. Ottimismo per i risultati di due studi che mostrano come l'Azt sia in grado di ridurre drasticamente la trasmissione del virus da madre a figlio. In assenza di cure la prevenzione è l'unica arma efficace: se adottata, solo nei paesi in via di sviluppo potrebbe ridurre di circa 9 milioni e mezzo i nuovi casi di infezione previsti. Per ottenere questo obiettivo occorrerebbe una cifra di 2 miliardi e mezzo di dollari. Da Yokohama un calcolo scioccante: per reperire una simile cifra basterebbe che ogni persona al mondo donasse l'equivalente del costo di una Coca Cola e che il fondo così costituito fosse destinato alla prevenzione.

1995 'E il primo anno a non avere una propria conferenza internazionale. L'Oms stima che nel mondo siano 15 milione le persone con infezione da Hiv. Lo studio Delta e l'Actg 175 indicano senza dubbio che la strada da percorrere è la terapia di combinazione. In Italia si registrano 4.515 nuovi casi: è l'anno in cui si se ne registrano il più alto numero.

1996 'E l'anno della 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'Highly Active Anti-Retroviral Therapy (HAART). Molti i nuovi farmaci disponibili per le combinazioni che ampliano l'offerta terapeutica per le persone con Hiv. La XI Conferenza Internazionale di Vancouver si chiude con la convinzione che si è iniziato a vedere una luce in fondo al tunnel.

1997 Inizia a prendere forma lo squilibrio nord/sud della malattia. Gli effetti delle nuove terapie non tardano a mostrarsi: calo rapido e netto della mortalità per Aids, riduzione drastica dei ricoveri nei paesi occidentali. Torna la fiducia e l'entusiasmo tra medici e pazienti del Nord con l'Hiv. La partita si sposta sull'assoluta necessità di facilitare l'accesso alla terapia e la disponibilità dei farmaci per tutti. Ma se questo rappresenta un problema nel Nord del mondo, è addirittura una chimera per il Sud, dove si continua a morire nonostante gli strumenti messi a punto dalla ricerca scientifica. Nel mondo sono oltre 22 milioni le persone con Hiv. La ricerca procede spedita e vengono valutate possibili diverse combinazioni tra i farmaci disponibili, con risultati incoraggianti. Anche in Italia, dove le terapia sono state introdotte, si inizia a vedere una flessione dei casi di Aids.

1998 I risultati delle ricerche cliniche condotte con le terapie di combinazione vengono presentati alla XII Conferenza Internazionale sull'Aids di Ginevra. Anche con l'HAART si iniziano a vedere i primi fallimenti. Due le tematiche che emergono con prepotenza e che rappresentano ancora oggi le sfide a cui rispondere:

1. se la terapia non riesce ad azzerare rapidamente la replicazione virale, l'Hiv sviluppa resistenza ai farmaci, perciò occorre allestire rapidamente strategie di salvataggio
2. collegato ai rischi di sviluppare resistenza è il problema dell'adesione alla terapia. I farmaci da assumere obbligano a ritmi quotidiani difficili da mantenere, inoltre alcuni vanno assunti assieme a notevoli quantità d'acqua e cibi poveri di grassi. L'adesione diventa il tallone d'Achille della terapia: una persona su HAART deve assumere a orari fissi fino a 30 pasticche al giorno. Occorrono farmaci nuovi, più potenti, più facili da assumere e con un grado di tollerabilità maggiore.

Gli indiscutibili successi della scienza nel contrastare l'Hiv (negli USA la mortalità da Aids si è quasi dimezzata) da un lato generano la sensazione che la malattia sia battuta e l'epidemia arrestata, dall'altro accrescono la sensazione che il divario tra il Nord e il Sud del mondo sia sempre più ampio.

1999 La malattia ricalca i confini della politica. Sono ormai molti i nuovi farmaci disponibili. Nel mondo si verificano 10 nuove infezioni ogni minuto. Uno studio, l'HivNet 012, mostra l'efficacia della nevirapina nel dimezzare il contagio madre-figlio, nonostante le donne arruolate nello studio allattassero al seno: questo risultato è stato ottenuto somministrando solo una compressa alla madre al momento del parto e una dose di sciroppo al neonato entro 72 ore dalla nascita. Il costo di questa terapia è pari a 4 dollari. 'E la prima volta che la ricerca mette a punto una strategia di cura

davvero fruibile anche nei paesi più poveri. Se usato su larga scala questo approccio sarà davvero in grado di ridurre drasticamente una delle vie di contagio più importanti in queste nazioni.

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 combattere l'Aids.

Tabo Mbeki, il presidente del Sud Africa, nazione che ospiterà nel 2000 la XIII Conferenza Internazionale sull'Aids, in più occasioni ufficiali rivendica il diritto dell'Africa ad articolare una propria risposta all'epidemia, facendo proprie le tesi dei "dissidenti", un gruppo di ricercatori che fanno capo a Peter Duesberg³⁸², secondo i quali non solo l'Hiv non causa l'Aids ma i farmaci antiretrovirali, Atz in testa, sono tossici ed in sintesi la vera causa dell'Aids. Va ricordato che il Sudafrica non fornisce alle donne gravide farmaci antiretrovirali per prevenire la trasmissione materno-fetale. Viene reso noto che l'8 % della popolazione sudafricana è sieropositiva e 3,6 milioni hanno l'Aids: questi numeri rendono in Sudafrica una delle nazioni più colpite al mondo dall'infezione da Hiv.

I numeri dell'Aids comunicati dall'Unaid, l'agenzia delle Nazioni Unite che si occupa dell'infezione da Hiv, 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.

2000 Il dibattito sull'Aids si concentra sulle dimensioni geopolitiche della pandemia, quasi in preparazione della Conferenza Internazionale.

L'organizzazione 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 attraverso tutto l'anno, dividendo in due il campo: chi sostiene che i brevetti dei farmaci debbano essere sempre e comunque rispettati, chi invece sostiene che, di fronte alla catastrofe sanitaria, i paesi poveri possono e devono trovare forme diverse di approvvigionamento dei farmaci. Ovviamente la polemica si innesta nella questione della globalizzazione economica e della contestazione alla Wto.

Si diffondono voci di boicottaggio della Conferenza Internazionale. Il clima è teso a tal punto che molte aziende farmaceutiche decidono di cancellare la loro delegazione e il loro simposio satellite alla Conferenza. La scelta dell'Ias, International Aids Society, di organizzare l'evento proprio nell'epicentro dell'epidemia, il Sudafrica, è motivata dalla volontà di richiamare l'attenzione sulle dimensioni catastrofiche del problema.

Il presidente Clinton definisce l'Aids un problema che minaccia la sicurezza nazionale degli Stati Uniti e adotta un piano Marshall per affrontare l'Aids in Africa, "Ci sono attualmente 40 milioni di persone che vivono con l'Aids. Si prevede che il numero crescerà fino a 100 milioni per il 2005. Se questo accadrà sarà probabilmente sufficiente a far crollare le neonate democrazie" dichiarerà alla National Aids Trust a Londra il 13 dicembre 2001.³⁸³ 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. (Per la prima volta, nella storia dell'Aids e della medicina, un congresso scientifico ancor prima di svolgersi, e solo per la decisione del comitato promotore di organizzarlo in Africa, ha prodotto così tanti effetti e interventi positivi per la lotta contro l'epidemia.)

A Luglio si tiene la Conferenza di Durban, durante la quale l'attenzione si concentra sulla tragedia africana che secondo i dati presentati da Kevin De Cock, uno dei massimi epidemiologi, "ha un impatto pari solo alla tratta degli schiavi: l'epidemia di Hiv/Aids è completamente diversa da qualunque cosa accaduta prima: per alcune persone è quasi impossibile sfuggire all'Aids. L'emergenza è dovunque e l'Aids sta diventando la malattia

predominante della popolazione emarginata di alcune città del Botswana, come nella capitale Francis Town, dove la prevalenza di Hiv tra le donne gravide supera il 40 per cento. Occorre combattere una tale indifferenza: è finito il tempo di considerare i morti di Aids come un semplice fatto della vita”.

Nel corso della Conferenza è stata presentata la *Dichiarazione di Durban*, pubblicato su *Nature*, in cui si ribadisce che l'unica causa dell'Aids è l'Hiv. La Dichiarazione è stata firmata da più di 5 mila scienziati di tutto il mondo e da un numero di medici che è in continua crescita. La Dichiarazione è un documento scientifico e non politico, ma ha chiamato a raccolta scienziati e medici di 72 paesi che gridano in coro ai governanti di affiancarli nella lotta all'Aids.

Si svolge a Glasgow il congresso biennale sulla terapia dell'infezione da Hiv. Emerge con forza l'orientamento a ritardare l'inizio della terapia, anche in considerazione degli effetti collaterali a lungo termine dei farmaci antiretrovirali.

Secondo i dati Unaid, alla fine del 2000 si stima che nel mondo siano 36,1 milione di persone con Hiv/Aids. Oltre il 70 % di queste persone vive nell'Africa subsahariana.

2001 La Conferenza di Durban, in Sudafrica, dell'anno precedente ha contribuito a spostare l'attenzione del mondo industrializzato sulla situazione dei paesi in via di sviluppo alle prese con l'Aids. L'epidemia rende ancor più drammatiche anche altre malattie di cui soffre il continente africano, quali malaria e tubercolosi. Per questo è stato costituito il Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria, una partnership indipendente tra pubblico e privato (cui partecipano i governi donatori e riceventi, i rappresentanti dei pazienti, delle organizzazioni non governative, delle fondazioni e delle compagnie private) che ha l'obiettivo di raccogliere, gestire e distribuire i fondi raccolti per combattere la crisi globale provocata da queste malattie. Viene ipotizzato per la prima volta durante il G8 di Okinawa del 2000, è però durante la Sessione Speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite dedicata all'Hiv/Aids (tenta a New York dal 25 al 27 giugno 2001), che il Global Fund ottiene il riconoscimento ufficiale. Il documento finale della Sessione Speciale riconosce per la prima volta il *diritto della persona ad avere accesso alle cure* e dichiara solennemente “l'impegno ad affrontare la crisi dell'Hiv/Aids con opportune iniziative che tengano conto delle diverse situazioni e circostanze nelle diverse regioni e paesi del mondo”³⁸⁴

È durante il G8 di Genova, nel luglio dello stesso anno, che arriva il primo finanziamento sostanzioso, 1,3 miliardi di dollari statunitensi. Una somma comunque irrisoria rispetto ai 10 miliardi di dollari che secondo gli esperti sarebbero necessari ogni anno per mettere in campo una risposta efficace contro la malattia.

L'immissione sul mercato dei primi farmaci generici abbattano il prezzo dei trattamenti antiretrovirali, assieme alla pressione degli attivisti, convincono molte aziende a proporre consistenti riduzioni dei prezzi per i paesi più poveri. Il generale abbassamento dei prezzi permette a organizzazioni come Medici Senza Frontiere di sperimentare la distribuzione di terapie antiretrovirali in specifiche regioni dell'Africa subsahariana³⁸⁵. L'ipotesi di riuscire a portare i trattamenti in Africa non sembra più così irraggiungibile e improponibile.

2002 La commissione del Global Fund ha approvato la prima serie di proposte che riceveranno finanziamenti da Fondo. Il 61 % di tali proposte riguarda progetti in Africa, il 9 % nell'Europa dell'Est, il 16 % in America Latina, il 14 % in Asia. Il Fondo ha superato la quota di 2 miliardi di dollari, una cifra non sufficiente per mettere in atto tutte le azioni necessarie a fronteggiare adeguatamente la malattia.

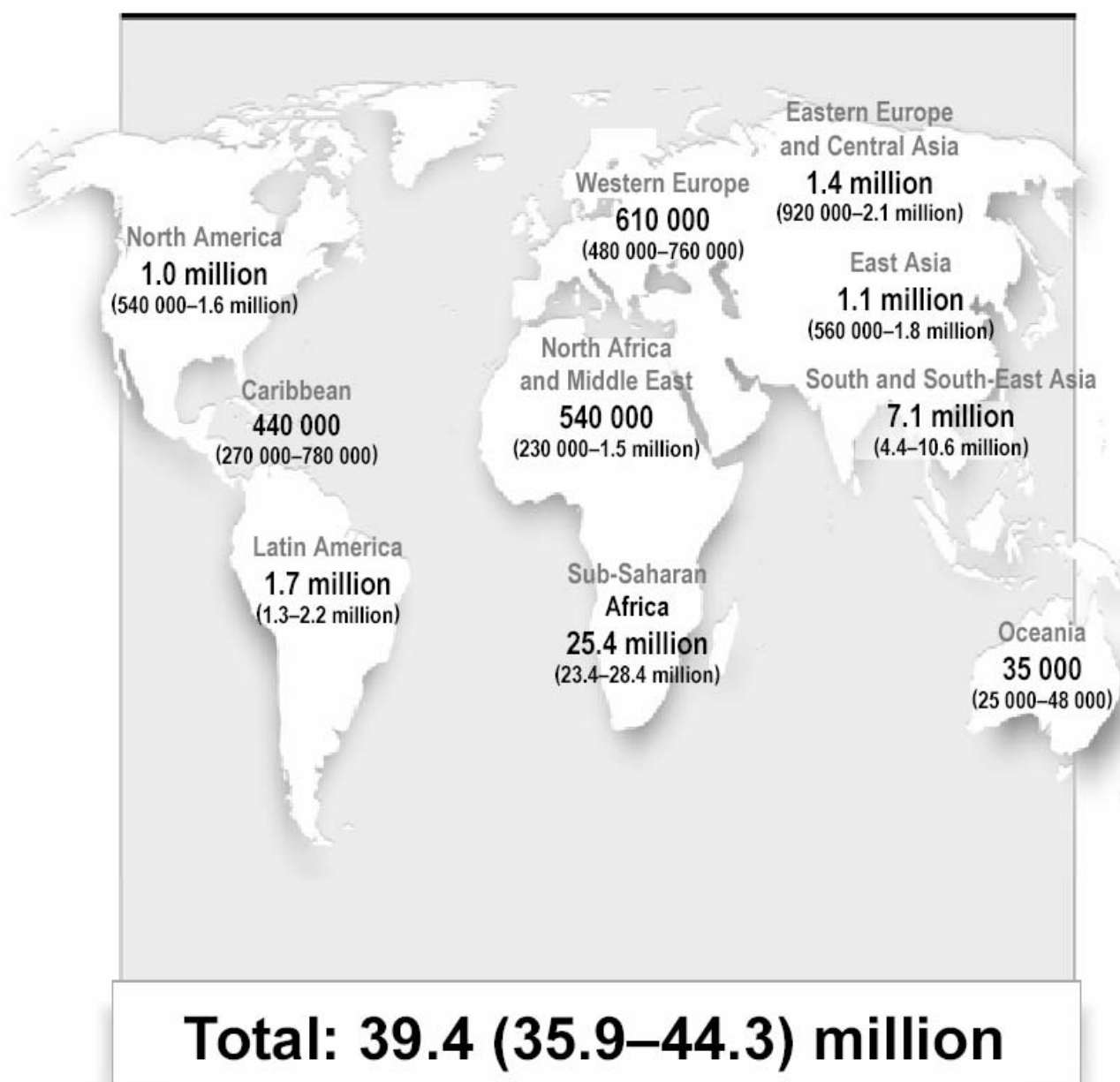
Questo rende più serrato il dibattito sulla migliore allocazione delle risorse da ripartire tra le campagne di informazione/prevenzione, gli interventi contro le malattie opportunistiche, e l'introduzione dei trattamenti antiretrovirali. Queste sono tutte questioni centrali per la XIV Conferenza Internazionale di Barcellona, che sceglie come tema "Conoscenza e impegno per l'azione" proprio per sottolineare la necessità che tutte le persone coinvolte riorganizzino tutte le informazioni finora ottenute dalla scienza e dall'esperienza per tradurle in un'azione focalizzata su tutti gli aspetti dell'Hiv/Aids e rivolta a tutte le persone alle prese con la malattia. Si richiede un sforzo unitario, che metta in comune le diverse esperienze, per un'azione contro una malattia che non conosce ormai confini. Proprio per il suo carattere rende esplicita la necessità di un forte impegno politico. Necessità sottolineata dalla presenza di Nelson Mandela a chiusura dei lavori della Conferenza.

La OMS fonda The International Hiv Treatment Coalition (ITAC) con l'obiettivo di aumentare l'accesso ai farmaci antiretrovirali da parte del crescente numero di persone infettate con l'Hiv nei paesi a basso e medio reddito.³⁸⁶

Il numero di infettati da Hiv sono, secondo le stime di UNAIDS/OMS, attorno ai 38 milioni³⁸⁷.

APPENDICE 2

ADULTS AND CHILDREN ESTIMATED TO BE LIVING WITH HIV AS OF END 2004



AIDS epidemic update: December 2004



APPENDICE 3

Evoluzione dell'epidemia e la risposta in Uganda

Preso da "Twenty years of Hiv/Aids in the World: Evolution of the epidemic and response in Uganda"
Cronologia preparata dalla *Uganda Aids Commission Secretariat*, giugno 2001³⁸⁸

1982	Alcuni medici ugandesi identificano i primi casi di Aids sulle rive del Lago Vittoria nel Distretto di Rakai, sud Uganda.
1982-86	L'epidemia è affrontata soprattutto dal sistema sanitario, aiutato in parte da iniziative spontanee che sorgono a livello comunitario per la cura dei malati
1986	Il Ministro della Sanità ugandese del governo del NRM dichiara l'esistenza dell'Hiv/Aids in Uganda durante la <i>World Health Assembly</i> (Assemblea Mondiale della Sanità) di Ginevra. Questo segna l'inizio dell'apertura politica del governo ugandese all'epidemia, la quale rimarrà un suo tratto comune fino ad oggi favorendo un ambiente conduttivo per le campagne di massa, spesso capeggiate dal Presidente Y.K. Museveni
1987	Creazione del <i>AIDS Control Programme</i> da parte del Ministero della Difesa per rispondere alle particolari esigenze nelle forze armate
1987-91	Consultazioni sull'approccio multi settoriale al controllo dell'Aids. Il governo riconosce che l'impatto dell'epidemia si espande molto oltre al sistema sanitario, di conseguenza la necessità di programmare e implementare attività relative negli altri settori
1988	Fondazione del <i>The Aids Support Organization</i> (TASO) per rispondere alla crescente necessità di supporto morale e psicologico per coloro infettati o affetti.
1990	Creazione del <i>Aids Information Centre</i> (AIC) per la fornitura gratuita di test per la verifica della propria siero positività e servizi di consulenza
1992	Il governo approva il <i>Multisectoral Approach to the Control of AIDS</i> (MACA) come politica e strategia base alla risposta all'epidemia
1992	La <i>Uganda Aids Commission</i> (UAC) è stabilita con legge del parlamento per la coordinazione degli sforzi multi settoriali così da unificare ed armonizzare la risposta
1993	L'UAC dirige e coordina lo sviluppo del primo <i>National Operational Plan</i> (NOP) multi settoriale per le attività riguardanti Hiv/Aids/Std per gli anni 1994-1998. Il NOP delineò le principali necessità e evidenziò l'importanza per i vari settori nel prendere la guida nel contrastare e affrontare l'epidemia.
1994-95	Altri <i>Aids Control Programme Units</i> sono stabiliti all'interno dei Ministero per le questioni di Genere, dell'Educazione, dell'Agricoltura, degli Affari Interni (polizia e prigionieri), della Giustizia, delle Finanze, dei Servizi Pubblici e dei Governi Locali.
1994	Il governo prende un prestito di US\$75 milioni dalla Banca Mondiale per combattere l'epidemia. Questo fu speso dal Ministero della Salute nel <i>Sexually Transmitted Infections Project</i> (STIP) 1995-2000.
1995	L'Uganda ospita e organizza la <i>International Conference on AIDS and STDs in Africa</i> (ICAS). L'Uganda dichiara la diminuzione nei tassi di infezione osservati.
1996	L'Uganda riceve il primo <i>Country Programme Advisor</i> (CPA) del UNAIDS.
1996	Il paese inizia prove con i Vaccini dopo intense consultazioni con i principali <i>stakeholders</i> .

- 1997 Partecipazione allo studio per la prevenzione dell'infezione di Hiv da madre a figlio utilizzando anti-retrovirali.
- 1997 Una revisione dettagliata delle attività riguardanti l'Hiv/Aids in Uganda è condotta da partners, supportati dal UNAIDS, per valutare la coordinazione e l'implementazione delle attività riguardanti l'Hiv/Aids.
- 1997 L'Uganda attraversa un cambiamento dal tradizionale *World Aids Day* alla *World Aids Campaign* che è intesa a continuare tutto l'anno per culminare ogni anno nella Giornata Mondiale dell'Aids. La Campagna Mondiale sull'Aids è divenuta una delle maggiori attività promozione di informazione nel paese.
- 1997 Elaborazione del *National Strategic Framework* (NSF) 1998-2002 per le Attività riguardanti l'Hiv/Aids, con il consenso di partners da vari settori a livello nazionale e distrettuale.
- 1997 Inizia la ricerca sulla *District Response Initiative* (DRI) nel Distretto di Kabarole. Il concetto alla base del DRI è stato sviluppato e accettato dai partners. L'implementazione è iniziata nel 2001.
- 1998 Un premio di eccellenza viene assegnato all'Uganda, per i risultati ottenuti nel combattere le STDs e l'Aids, dalla *Society of AIDS in Africa*, la *African Union Against Sexually Transmitted Infections* e il *Bristol-Myers Squibb*.
- 1998 Viene fondato il *Drug Access Initiative* per sostenere la riduzione dei prezzi dei medicinali Anti-Retro-Virali (ARV) e per patrocinare l'apertura di apposite strutture e infrastrutture per la somministrazione di questi medicinali.
- 2000 Revisione del NSF 1998-2002 e sviluppo del NSF 2000/1-2005/6 il quale pone i problemi dell'Hiv/Aids nel contesto più ampio degli obiettivi di sviluppo nazionali.
- 2000 Riconoscendo il forte impatto dell'Hiv/Aids sullo sviluppo, il governo intraprende un processo di inclusione delle questioni riguardanti l'Aids all'interno del *Poverty Eradication Action Plan* del paese.
- 2000 Il Direttore Esecutivo del UNAIDS, il Dott. Peter Piot, visita l'Uganda in riconoscimento dell'eccellente lavoro svolto dalla risposta nazionale all'Hiv/Aids. Compimento della preparazione del *Uganda Aids Control Project* sotto l'egida della Banca Mondiale. Un prestito di US\$50 milioni è stato assicurato per appoggiare le attività riguardanti l'Hiv/Aids in tutti in vari settori nazionali, distrettuali e a livello comunitario.

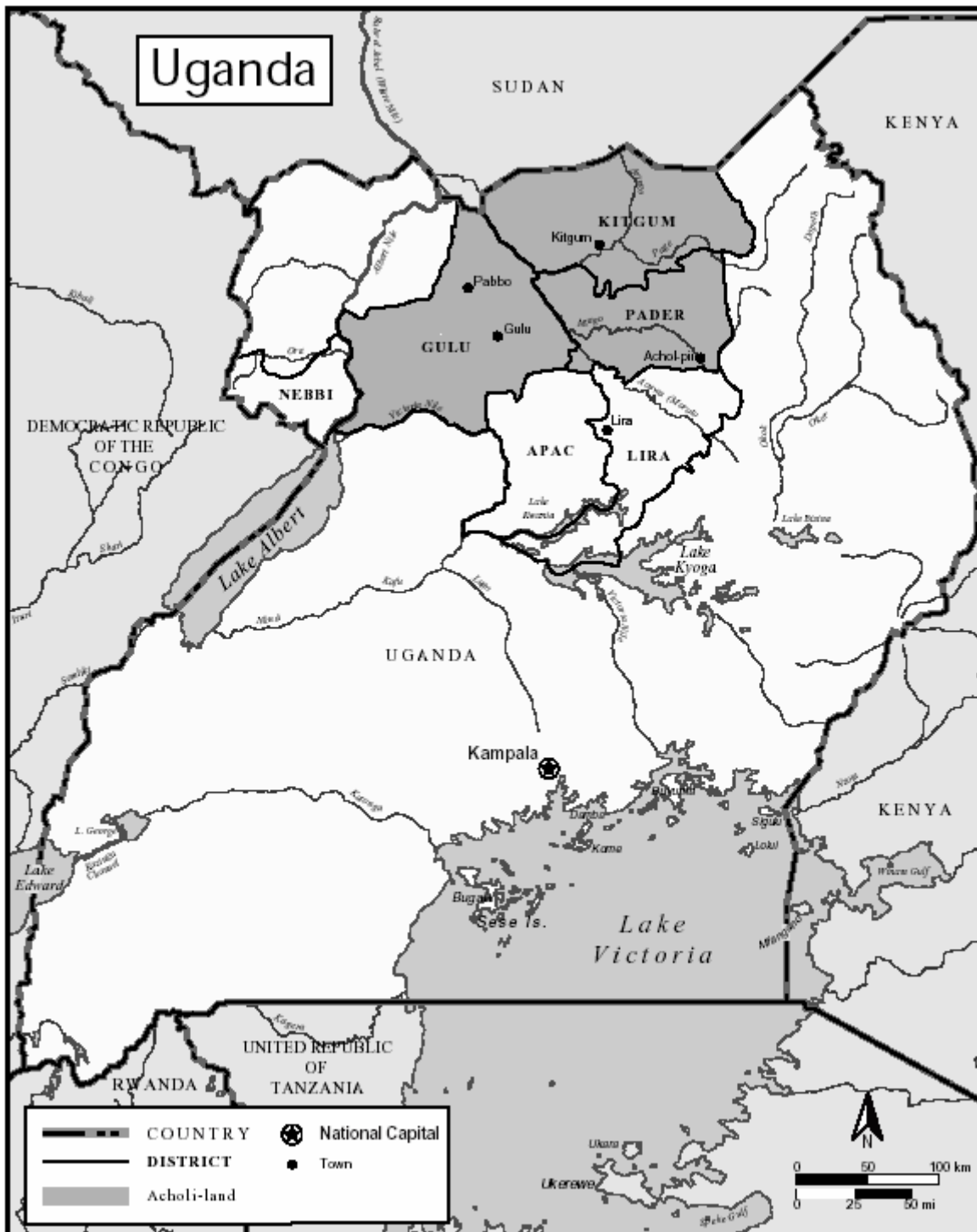
Gli sforzi ugandesi nella lotta all'Hiv/Aids sono stati sostenuti finanziariamente e materialmente dal governo e da altri partners di sviluppo. Questi includono: UNAIDS, UNDP, WHO, UNICEF, Banca Mondiale, UNFPA, USAID, Unione Europea, DFID, DANIDA, SIDA, il Governo francese, il Governo giapponese. Varie ONG internazionali hanno anche contribuito finanziariamente e collaborato alla implementazione di vari progetti e attività sul campo.

APPENDICE 4



APPENDICE 5

Acholiland



NOTE E BIBLIOGRAFIA

- ¹ World Health Organization, WHO, *World Health Report*, 2003 www.who.int/whr/2003/en/
- ² Le differenti teorie degli “eretici” dell’Aids, ed altre, riguardanti l’origine della malattia verranno approfondite nella sezione 3 di questo capitolo.
- ³ D. Minerva e S. Vella, *No AIDS, globalizzare la salute*, Avverbi Edizioni: Roma, 2002
- ⁴ P. Bombarda, L. Lambertini e R. Rovelli, *Dalla ricerca alla cura*, Dispensa delle Facoltà di Scienze Internazionali e Diplomatiche, 2002
- ⁵ Nel libro di E. Hooper, *A journey back to the source of HIV and AIDS*, Penguin Books: London, 1999, l’autore percorre a ritroso i passi di questa malattia tentando di raggiungere i primi casi, riportando gli inizi dell’Aids agli anni ’50 a causa di contaminazioni dovute alle sperimentazioni per un nuovo vaccino contro la polio, le quali scatenano una nuova letale malattia.
- ⁶ D. Minerva e S. Vella, op.cit.
- ⁷ Dati: UNAIDS, *Report on the global Aids epidemic*, 2004 www.unaids.org/wad2004/report.html
- ⁸ WHO, *World Health Organization says fauilure to deliver AIDS medicines is a global emergency*, 2003 www.who.int/entity/mediacentre/notes/en
- ⁹ WHO, *The World Health Report*, 2004 www.who.int/whr/2004/en/
- ¹⁰ WHO, *The World Health Report*, pag. 1-20, 2004 www.who.int/whr/2004/en/
- ¹¹ Per le fonti più aggiornate riguardanti lo stato della malattia a livello globale e nelle varie regioni vengono presi come fonti principali:
l’ultimo rapporto della WHO, *The World Health Report*, 2004 op.cit.
l’ultimo WHO/UNAIDS, *Aids Epidemic Update*, 2003 www.unaids.org/Unaids/EN/Resources/publications.asp
UNAIDS, *Report on the global Aids epidemic*, 2004 op.cit.
- ¹² WHO, *The world Health Report, key Facts*, 2004 op.cit.
- ¹³ La capitale della Tailadia, Bangkok, ha ospitato questa’anno, 2004, la XV conferenza internazionale sull’Aids. ‘E la prima volta che la conferenza si tiene in un paese dell’Asia. L’Asia rappresenta attualmente il paese con la crescita più elevata di Hiv/aids, lo svolgimneto di questo importante evento internazionale proprio in Asia ne è una prova, così anche un simbolo dell’attenzione che si vuole rivolta a questo continente.
- ¹⁴ Ibid.
- ¹⁵ WHO, *The world Health Report, key Facts*, 2004 op.cit
- ¹⁶ Per sistema-mondo ci si riferisce al concetto che per primo viene formulato da Wallerstein E.
- ¹⁷ il termine vulnerabile in questa ricerca lo si vuole utilizzare con una accezione leggermente più dinamica di quella nel linguaggio corrente gli si attribuisce. Il significato specifico, centrale per l’ipotesi da me sostenuta nella diffusione dell’Aids, verrà approfondita nel secondo capitolo.
- ¹⁸ P.H. Duesberg, *How long can we afford the Aids virus monopoly?*, 1995, www.duesberg.com/papers/index.html
- ¹⁹ D. Minerva e S. Vella, op.cit.
- ²⁰ Luis Pascal *What happens when science goes bad* University of Wollongong Science and technology analysis research program, working paper no.9, Australia, 1991
www.uow.edu.au/arts/sts/bmartin/dissident/documents/Aids/pascal91.html
- ²¹ Per ulteriori approfondimenti storico e fattuali delle vie di trasmissione di questa malattia, oltre ad una ampia ricerca storica sull’origine dai vaccini contro la polio dell’Aids, vedere il libro di E. Hooper, *A journey back to the source of HIV and AIDS*, Penguin Books: London, 1999
- ²² B. Martin, a cura di, *Polio vaccines and the origins of Aids: some key wrigtings*
www.uow.edu.au/arts/sts/bmartin/dissident/documents/AIDS
- ²³ Vedi nota 22.
- ²⁴ UNDP, *Human Development Report*, Oxford University Press: New York, 1997
- ²⁵ Ibid. Pag. 67-70
- ²⁶ I paesi poveri sono definiti come quelli con un PIL pro capite inferiore a 1.200 \$, in valori del 1999 e in tutti i Paesi dell’Africa sub-Sahariana. In totale sono 83 Paesi classificati in cinque categorie in base alla classificazione del Comitato per l’assistenza allo sviluppo dell’Ocse.
- ²⁷ F. Tediosi, *Il Rapporto “Macroeconomics and Health: Investing in health for Economic Development* in “Salute e Sviluppo” 1:53-65, 2001
- ²⁸ La salute e l’istruzione sono i due fondamenti del capitale umano. Il capitale umano è un concetto, introdotto negli anni ’60 dagli economisti americani Schultz e Becker, per definire la capacità professionale di un individuo. I due economisti sottolineano che il capitale umano, come qualsiasi altra forma di capitale, può essere accresciuto con opportuni investimenti: le spese per l’istruzione e per la salute quindi possono essere considerate a tutti gli effetti investimenti, poiché accrescono la produttività del lavoro e assicurano un maggior flusso di redditi futuri.
- ²⁹ www.who.int/macrohealth/en/
- ³⁰ G. Maciocco, *Hiv/Aids “Crisi globale” – “Azione globale”* in “Salute e Sviluppo” 2:5-7, 2002
- ³¹ Nel 1987, la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale istituiscono il “Structural Adjustment Program” (SAP), questo prevede la creazione di una nuova forma di investimento diretto e di credito internazionale, volto ai

paesi più poveri; Gli SAP sono pacchetti di investimenti diretti e crediti, vincolati all'implementazione all'interno del paese destinatario di determinate politiche decise da BM e FMI e con possibilità di credito a medio e lungo termine.

³² E. Missoni, *Fondo Global un dispendio di energie e risorse finanziarie sottratte ai canali tradizionali* in "Salute e Sviluppo" 1:9-12, 2003

Edoardo Missoni è stato il presidente del gruppo di esperti convocati dal G8 per valutare, tra le altre questioni sanitarie, il Fondo Globale, si è dimesso durante la sessione di lavori dopo avere rilevato "l'inutilità del lavoro dei tecnici, a fronte di decisioni già prese politicamente", citazione dello stesso nell'articolo sopra riportato.

³³ G8 Health Experts Group meeting, *Summary*, Rome: 12-13 March, 2001

³⁴ Vd. Nota 15

³⁵ Il WTO sorge nel 1994 dalle ceneri del GATT e "sancisce i principali obblighi contrattuali che determinano il modo in cui i governi devono sviluppare e attuare la propria legislazione interna". Una delle finalità principali della organizzazione è la riduzione delle barriere che limitano la libertà degli scambi commerciali internazionali

³⁶ A. Stefanini, *Chi può curarsi e chi no te lo dice il Wto* in "Salute e Sviluppo" 2:8-17, 2000

³⁷ Oxfam, *World trade rules and poor people's access to essential drugs*. Oxfam Policy Papers: Oxford, 1999

³⁸ Di questo articolo, se ne sono avvalsi diversi paesi ricchi come Regno Unito e Paesi Bassi per tenere bassi i costi delle terapie, gli Usa durante il "caso Antrace" per importare terapie a basso costo; paradossalmente, i paesi poveri sono riusciti di meno a sfruttare questa possibilità.

³⁹ Medici Senza Frontiere, *Accesso ai farmaci essenziali: la malattia del profitto*. Roma: Medici Senza Frontiere Dossier, 2002

⁴⁰ UNAIDS Report on The Global AIDS Epidemic 2004 www.unaids.org/bamgkok2004/report.html

⁴¹ USAIDS/U.S. Department of Commerce, *The Aids Pandemic in the 21st Century* in "International Population Reports", 2001 www.census.gov/ipc/www/wp02.html

⁴² Ibid.

⁴³ WHO/UNAIDS, *Aids epidemic update 2003* www.unaids.org/Unaids/EN/Resources/publications.asp

⁴⁴ UNAIDS, *Report on the global Aids epidemic 2004* op.cit.

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ UMP Regional Office for Africa, *Making the Linkages: Hiv/Aids, Urban Local Government and The Urban Management Programme in Sub Saharan Africa*, A discussion paper, 2003

⁴⁷ Le critiche rivolte al successo ugandese nel diminuire i tassi di infezione verranno discusse in dettaglio nell'ultimo capitolo, dove l'argomento fondante è, appunto, il caso dell'Uganda.

⁴⁸ UMP Regional Office for Africa, *Making the linkages*..... op.cit.

⁴⁹ è da ricordare che ogni volta che ci si riferisce a donne incinte parlando di tassi di prevalenza, ci si riferisce specificamente alle donne incinte che frequentano le cliniche di gestazione, sentinelle per il conteggio dei tassi di infezione.

⁵⁰ Tutti i dati sono presi da:

WHO/UNAIDS, *Aids epidemic update 2003* op.cit.

USAIDS/U.S. Department of Commerce 2001 op.cit.

⁵¹ UNAIDS, *Report on the global Aids epidemic*, 2004 op.cit.

⁵² WHO/UNAIDS, *Aids epidemic update*, 2003 op.cit.

⁵³ Ibid..

⁵⁴ UNAIDS, *Report on the global Aids epidemic*, 2004 op.cit.

⁵⁵ Ibid..

⁵⁶ "The Slim disease" la malattia della magrezza, così veniva frequentemente chiamata l'Aids, sicuramente per l'effetto che provoca al corpo. Negli stadi avanzati della malattia il malato perde progressivamente peso, sembra proprio che la malattia lo divori lentamente.

⁵⁷ La leggenda narra di un commerciante ugandese che, all'inizio degli anni ottanta vendeva una bellissima tela chiamata Juliana su entrambi i lati della frontiera. Una giovane donna tanzaniana desiderava la tela per farsi un khanga (nome del vestito tradizionale di queste zone), ma non aveva i soldi necessari per comprarsela, così il commerciante scambiò favori sessuali con la ragazza per un pezzo della sua tela. Altre donne, attratte dalla bellezza della tela, scambiarono prestazioni simili per averne un pezzo – queste donne furono le stesse, che poco tempo dopo divennero, per prime, gravemente malate. La gente locale così concluse che il commerciante doveva essere una strega. Altri affermano, invece, che Juliana è il nome di una prostituta locale

⁵⁸ E. Hooper, *The river, a journey back to the source of Hiv and Aids*, London: Penguin group, 1999, Pag. 31-51.

⁵⁹ E. Hooper, op.cit.; Da vedere: T. Avirgan e M. Honey, *War in Uganda – The legacy of Idi Amin*, Dar es Salaam: Tanzania Publishing House, 1982; 'E un resoconto dettagliato, basato su testimonianze dirette, della guerra del 1978/9.

⁶⁰ E. Hooper, pag. 31-51. Op.cit.

⁶¹ N. Miller e R. Yeager, *By virtue of their occupation, Soldiers and Sailors are at greater risk* in "Aids Analysis Asia", 1(6):8-9, 1995

⁶² E. Hooper, op.cit.

-
- ⁶³ W.B. Wood, *Aids north and south: diffusion patterns of a global epidemic and a research agenda for geographers* in "Profesional Geographer", 40:266-269, 1988
- ⁶⁴ W. Namaara Et al., *Cross section study of Hiv infection in western Uganda*, in E. Hooper, *The river.....* pag.31-51. Op.cit.
- ⁶⁵ M.J. Wawer e N.K. Sewankambo, *Dynamics of spread of Hiv infection in a rural district of Uganda* in "BMJ" 303:1303-1306, 1991
- ⁶⁶ Il forte legame riscontrabile tra la guerra, i campi per i IDP e la diffusione dell'Aids, verrà approfondito in dettaglio nello studio del caso dei distretti di Gulu, nell' terzo e d ultimo capitolo.
- ⁶⁷ I determinanti politici e socioeconomici della diffusione dell'Aids in questa zona verranno approfonditi nei seguenti paragrafi.
- ⁶⁸ UNAIDS, *Report on the global Aids epidemic*, 2004 op.cit.
- ⁶⁹ WHO/UNAIDS, *Aids epidemic update*, 2003 op.cit.
- ⁷⁰ Ibid.
- ⁷¹ questa la zona identificata dall'Oms, e utilizzata in tutte le sue analisi e ricerche, così per le agenzie Onu, incluso l'Unaid.
- ⁷² Tutti i dati sono presi da:
WHO/UNAIDS, *Aids epidemic update*, 2003 op.cit
UNAIDS, *Report on the global Aids epidemic*, 2004 op.cit.
- ⁷³ G.A. Cornia, *Aids, Public Policy and child well-being* Capitolo 1, UNICEF-IRC, 2002 www.unicef-icd.org/research/ESP/aids/aids_index.htm
- ⁷⁴ Internally Displaced Persons, IDP: persone dislocate internamente, rifugiati che si spostano all'interno del proprio paese.
- ⁷⁵ L'infezione dell'Hiv tra gli insegnanti è stata talmente alta in alcune regioni, da determinare la chiusura delle scuole e la diminuzione della disponibilità di personale, in un continente dove l'accesso all'educazione scolastica è già un grave problema. Questo tema verrà comunque ripreso nel seguire della tesi.
- ⁷⁶ G.A. Cornia, op.cit.
- ⁷⁷ Il rafforzamento delle capacità decisionali e di azione.
- ⁷⁸ Molti uomini, in varie nazioni africane, preferiscono avere rapporti sessuali con le vergini perché queste saranno sicuramente "pure", inoltre, tra i già malati, resiste la convinzione che più rapporti sono consumati con bambine vergini e più cresce la possibilità di curarsi.
- ⁷⁹ G.A. Cornia, op.cit
- ⁸⁰ Ibid.
- ⁸¹ Ibid.
- ⁸² Nato nel 1822 a Dole, in Francia, scopre che la maggioranza delle malattie infettive sono causate da germi, rimarrà una delle scoperte più importanti della storia della medicina. Il suo lavoro diviene la base della microbiologia e pietra miliare della medicina moderna.
- ⁸³ W. Ellwood, *We all have Aids* in "New Internationalist" 348:9-12, 2002
- ⁸⁴ P. Farmer, *Pathologies of power, health, human rights, and the new war on the poor*, University of California Press: Los Angeles, 2003 pagine 29-50.
- ⁸⁵ P. Farmer, op.cit.
- ⁸⁶ P. Farmer et al, *Community-based approaches to Hiv treatment in resource-poor settings* in "The Lancet", 358(9279): 404-409, 2001
- ⁸⁷ come la Banca Mondiale ed il Fondo Monetario Internazionale
- ⁸⁸ P. Farmer, op.cit. 2003 pag.161
- ⁸⁹ E. Hobsbawm, *The age of extremes: a history of the world 1914-1991*. New York: Pantheon Books, 1994
- ⁹⁰ S.R. Bantar, *Commentary: Justice and medical research: a global perspective* in "Bioethics ISSN" Vol.15-4:333-340, 2001
- ⁹¹ World Bank (1981) "Accelerated development in Sub-Saharan Africa" Washington D.C.
- ⁹² A.M. Gentili, *Lo Stato-nazione in Africa: sudditi o cittadini?* in "Il Mulino" 2:302-313, 2002
- ⁹³ A.M. Gentili, op.cit 2002
- ⁹⁴ L. Ditta, *Riduzione del debito, sviluppo e povertà* in "Il Mulino" 2:314-323, 2002
- ⁹⁵ Nel primo capitolo si è accennato ai PRSP, che vanno a sostituire i SAP, i quali danno una posizione centrale alla questione della crescente povertà nei paesi del sud e all'importanza che i progetti siano calati nelle varie contingenze del paese sul quale devono operare, riconoscendo (almeno sulla carta) il grave errore commesso di dispensare le medesime misure alle tante situazioni differenti.
- ⁹⁶ M. Murru, *La sconfitta sanitaria* in "Il Mulino" 2:322-333, 2002
- ⁹⁷ M. Murru, op.cit. 2002
- ⁹⁸ E. Stillwaggon, *Aids and poverty in Africa: Prevention and treatment require a focus on overall health and development* in "The Nation", June 1st, pag.22, 2001
- ⁹⁹ M. Murru, op.cit. 2002
- ¹⁰⁰ Joan Scott, 1988

-
- ¹⁰¹ A. Sen, *Lo sviluppo è libertà*, Milano: Mondadori, 1999
- ¹⁰² M. Kaldor e R. Luckham, *Global Transformation and New Conflicts* in "Ids Bulletin" 32; 2:48-69, 2001
- ¹⁰³ A.M. Gentili, op.cit. 2002
- ¹⁰⁴ "Il punto è piuttosto che i processi noti come globalizzazione stanno dissolvendo le divisioni culturali e socio-economiche che definivano gli schemi politici dell'età moderna. E il nuovo tipo di guerra deve essere pensato nei termini di questa dislocazione globale. Nuove forme di lotta possono assumere l'aspetto del tradizionale nazionalismo, tribalismo o autonomismo, ma si tratta pur sempre di fenomeni contemporanei che traggono origini da cause contemporanee e manifestano caratteristiche nuove" in M. Kaldor, *Le nuove guerre, la violenza organizzata nell'età contemporanea*, Roma: Carrocci editore, 1999
- ¹⁰⁵ "L'etnicità è un simbolo, una bandiera di rivendicazione di diritti civili o sociali o di protezione di privilegi, e si manifesta sempre più in maniera latente o violenta quando la gestione esclusiva o egemonica del potere coincide con una o selezionate identità di gruppo e le asimmetrie di accesso alle risorse, le gerarchie e le ineguaglianze che questa approfondisce o produce, vengono percepite come riferite a quell'identità" Gentili A.M. op.cit. 2002
- ¹⁰⁶ M. Murru, op.cit. 2002
- ¹⁰⁷ Africa News, *Soldiers Africa's highest Aids risk group*, 2002, www.afrol.com/News2002/afr019_aids_soldiers.htm
- ¹⁰⁸ W. Ellwood, op.cit.
- ¹⁰⁹ S. Basu, *Aids, Empire, and Public Health Behaviourism* in "International Journal of Health Services" Vol.34, 1:155-167, 2004
- ¹¹⁰ A. Richmond, *Global Apartheid: refugees, racism and the new world order*, Oxford: Oxford University Press, 1994; T. Alexander, *Unravelling global apartheid*, Cambridge: Polity Press, 1996
- ¹¹¹ S. Booker e W. Minter *Global Apartheid* in "The Nation" 2001 www.thenation.com
- ¹¹² T. Alexander, op.cit.
- ¹¹³ S. Booker e W. Minter, op.cit.
- ¹¹⁴ *World Leaders 'neglecting Aids'* in "BBC News", 2003, www.news.bbc.co.uk
- ¹¹⁵ Vd. Nota 24 al capitolo 2, in riferimento al paragrafo *Zona orientale* in "Geografia dell'Hiv/Aids in Africa".
- ¹¹⁶ I primi casi di Aids in questa regione di confine fra Uganda e Tanzania sono già stati trattati nel precedente capitolo, si veda: Cap. 2, *Zona orientale* in "Geografia dell'Hiv/Aids in Africa".
- ¹¹⁷ Illiffe J. *East African Doctors* Cambridge University Press: Cambridge, 1998, pag. 220-243
- ¹¹⁸ Ibid.
- ¹¹⁹ Ibid.
- ¹²⁰ Ministry of Health, MoH, *The Hiv/Aids epidemic. Prevalence and Impact* 2003 www.aidsuganda.org/pdf/situation_analysis.pdf
- ¹²¹ Gli ultimi dati del UNPOP (United Nations Population Division) del 2001 stimano la popolazione ugandese a circa 24022,5 mila. I dati forniti dal *Who Statistical Information System* (WHOSIS), indicano una popolazione in Uganda di circa 25,004 mila; 25 milioni.
- ¹²² unità di sorveglianza dell'Hiv/Aids del Ministero della Salute, MdS, ugandese, i dati sono raccolti localmente nei vari siti sentinella divisi nei distretti del paese, vengono poi mandati al sito centrale del MdS per essere conteggiati e rielaborati.
- ¹²³ Uganda Aids Commission, UAC, *The Hiv/Aids Epidemic* www.aidsuganda.org/aids/index.htm
- ¹²⁴ MoH, *The Hiv/Aids epidemic* op.cit. 2003
- ¹²⁵ Per "adulti", dove non specificato altrimenti, ci si riferirà a maschi e femmine in età compresa fra i 15 ed i 49anni, questa fascia d'età copre il periodo di maggiore attività sessuale.
- ¹²⁶ Per "orfano da Aids" si intenda qualsiasi bambino, sotto i 15 anni, che abbia perso la madre o il padre, o entrambe, a causa di morte per Aids; anche se, in Uganda non si è ritenuti adulti fino ai 18 anni, di conseguenza, nei dati ugandesi che si riferiscono agli orfani, sono sottintesi i ragazzi sotto i 18 anni nelle condizioni sopra citate.
- ¹²⁷ UNAIDS/OMS *Epidemiological Fact Sheet Update*, 2004 www.who.int/GlobalAtlas/PDFFactory/HIV/EFS_PDFs/EFS2004_UG.pdf
- ¹²⁸ Programma di controllo nazionale dell'Aids in Uganda, istituito per la prima volta nel 1986 per costruire una risposta articolata all'Aids, coinvolgendo attori nazionale ed internazionali.
- ¹²⁹ STD/AIDS Control Programme, Ministry of Health *STD/HIV/AIDS Surveillance Report* 2003 www.health.go.ug/docs/hiv0603.pdf
- ¹³⁰ Tali discordanze ci portano a riflettere sull'attendibilità dei dati forniti ma soprattutto sulla difficoltà del reperimento dei dati, a maggior ragione in un paese con gravi carenze strutturali ed istituzionali quali l'Uganda. Si ritiene che sia sintomatico della tipologia di paese trattato e della imprecisione insita nella rilevazione di statistiche sociali, riscontrare dati approssimativi e talvolta discordanti a seconda delle fonti utilizzate; i tassi di infezione dell'Hiv/Aids sono tendenze e devono essere prese come tali, ai fini della nostra analisi non necessitiamo di dati precisi, basti che le tendenze rivelate dalle varie fonti siano il più possibile simili. 'E necessario, però, notare tale discordanza perché sicuramente richiama problemi e motivi rilevanti, alcuni dei quali verranno trattati più avanti.
- ¹³¹ Vedi *Teorie sull'evoluzione dell'Hiv/Aids, lo scontro fra ambienti accademici*, capitolo 3 della prima parte di questa tesi.

-
- ¹³² ‘E importante sottolineare che l’unità geografica base di misura dei tassi di infezione di Hiv sono i distretti, in quasi tutte le ricerche condotte solitamente il tasso riportato è indicativo del tasso d’infezione nel distretto.
- ¹³³ Attualmente l’Uganda ha 56 distretti, fino al 1997 ne aveva 39.
- ¹³⁴ Il caso del distretto di Gulu verrà approfondito con più dettaglio nell’ultima sezione di questa parte.
- ¹³⁵ UNAIDS/OMS, *Epidemiological Fact Sheet* update 2002 www.who.int/emc-hiv/fact_sheets/pdfs/Uganda_EN.pdf
- ¹³⁶ UACS, *Hiv/Aids in Uganda: The epidemic and the response*, op.cit 2002
- ¹³⁷ UNAIDS/OMS, *Epidemiological Fact Sheet*, op.cit 2004
- ¹³⁸ UNAIDS/OMS, *Epidemiological Fact Sheet*, op.cit. 2004
- ¹³⁹ STD/AIDS Controll Programme, Ministry of Health *STD/HIV/AIDS Sureveillance Report*, op.cit. 2003
- ¹⁴⁰ Ibid.
- ¹⁴¹ Ibid.
- ¹⁴² gesource world guide www.gesource.ac.uk/worldguide/html/1050.htm
- ¹⁴³ UNAIDS/OMS, *Epidemiological Fact Sheet*, op.cit. 2004
- ¹⁴⁴ OMS, *Core Health Indicators - 2002*, www.who.int/whosis/country/indicators.cmf?country=uga
- ¹⁴⁵ UNAIDS/OMS, *Epidemiological Fact Sheet*, op.cit. 2004
- ¹⁴⁶ Trasmissione dell’infezione dalla madre al figlio che può avvenire durante la gravidanza, al momento del parto, anche se nella maggior parte dei casi avviene durante il periodo di allattamento.
- ¹⁴⁷ Basaza R. e Kauja D. (ed. Cornia G.A.) *Aids, Public Policy and Child Well-being* UNICEF-IRC, capitolo 2, 2002 www.unicef-icdc.org/research/ESP/aids/aids_index.html
- ¹⁴⁸ Il *Aids Information Centre* fornisce servizi di *Voluntary HIV Counseling and Testing* (VCT), consulenze e test per l’Hiv, attraverso varie sedi dislocate nel paese, una di queste è a Kampala con una grande quantità di clienti. Nelle ricerche condotte dal MdS, e usata come riferimento in questa tesi, vengono usati i dati rielaborati dal AIC così da fornire maggiori informazioni sulla situazione dei giovani, sia dei maschi che delle femmine, come campione della popolazione giovane ugandese.
- ¹⁴⁹ STD/AIDS Controll Programme, Ministry of Health, *STD/HIV/AIDS Sureveillance Report*, op.cit. 2003
- ¹⁵⁰ Vedi *Cos’è l’Aids?*, Capitolo 1 nella prima parte di questa tesi.
- ¹⁵¹ Basaza R. e Kauja D. (ed. Cornia G.A.) *Aids, Public Policy and Child Well-being* UNICEF-IRC, capitolo 2, 2002 www.unicef-icdc.org/research/ESP/aids/aids_index.html
- ¹⁵² STD/AIDS Controll Programme, Ministry of Health, *STD/HIV/AIDS Sureveillance Report*, op.cit. 2003
- ¹⁵³ Ospedali, ambulatori, cliniche etc.
- ¹⁵⁴ STD/AIDS Controll Programme, Ministry of Health, *STD/HIV/AIDS Sureveillance Report*, op.cit. 2003 e Basaza R. e Kauja D. (ed. Cornia G.A.) op.cit.
- ¹⁵⁵ Questo progetto verrà esaminato più in dettaglio nell’ultima sezione di questa parte, dedicata al caso del Distretto di Gulu.
- ¹⁵⁶ Basaza R. e Kauja D. (ed. Cornia G.A.) op.cit.
- ¹⁵⁷ UNAIDS, *Unaid Fact Sheet n. 2 Hiv/Aids and Conflict*, www.unaids.org/html/pub/Topics/Security/FS2conflict_en_doc.htm
- ¹⁵⁸ Basaza R. e Kauja D. (ed. Cornia G.A.) op.cit.
- ¹⁵⁹ E. Garbus e E. Marseille, University of California San Francisco (UCSF) *Hiv/Aids in Uganda, Country Aids Policy Analysis Project*, 2003, pagine 33-72, www.aidsuganda.org/pdf_Uganda_HIV_profile_u_Calif.pdf
- ¹⁶⁰ Williams A. *Ageing and Poverty in Africa* Aldershot: Ashgate, 2003, pag. 161-196
- ¹⁶¹ Ibid.
- ¹⁶² E. Garbus e E. Marseille, UCSF op.cit.
- ¹⁶³ “The Aids Support Organization”, ONG ugandese fondata nel 1986, prevalentemente da sieropositivi, per curare, fornire supporto psicologico ai malati di Aids e divulgare informazioni su questa epidemia. Di questa ONG e le altre parleremo in più dettaglio nei seguenti capitoli.
- ¹⁶⁴ E. Garbus e E. Marseille, UCSF op.cit.
- ¹⁶⁵ Basaza R. e Kauja D. (ed. Cornia G.A.) op.cit.
- ¹⁶⁶ Mentre il sesso determina la distinzione fra uomo e donna, il “genere” è un costrutto sociale che differenzia il potere, i ruoli, le responsabilità ed i doveri delle donne e degli uomini all’interno della società in cui vivono
- ¹⁶⁷ OMS *Integrating Gender into Hiv/Aids Programmes* (2003) www.who.int/gender/hiv_aids/en/Integrating%5b258kB%5d.pdf
- ¹⁶⁸ vedi anche *Riforme ed azioni negli altri settori pubblici*, terza sezione di questa parte della tesi.
- ¹⁶⁹ E. Garbus e E. Marseille, UCSF, op.cit.
- ¹⁷⁰ La sessualità è una costruzione sociale di una necessità biologica. La sessualità di ogni individuo è determinata da con chi si fa sesso, in quali modi, sotto quali circostanze e con quali fini. Così, la sessualità è un costrutto dinamico e pluridimensionale. Le regole esplicite ed implicite imposte dalla società, definite dal genere e dall’età, influenzano profondamente la sessualità individuale. Le regole della sessualità individuale sono alla base della diffusione dell’Hiv/Aids.
- ¹⁷¹ E. Garbus e E. Marseille, op.cit.

-
- ¹⁷² Ibid.
- ¹⁷³ Ibid.
- ¹⁷⁴ International Crisis Group, ICG, *Hiv/Aids as a security issue in Africa: Lessons from Uganda*, 2004 www.icg.org/library/documents/issues/03_lessons_from_uganda.pdf
- ¹⁷⁵ Ibid.
- ¹⁷⁶ Ibid.
- ¹⁷⁷ E. Garbus e E. Marseille, UCSF op.cit.
- ¹⁷⁸ Ibid.
- ¹⁷⁹ Basaza R. e Kauja D. (ed. Cornia G.A.) op.cit.
- ¹⁸⁰ E. Garbus e E. Marseille, UCSF op.cit.
- ¹⁸¹ Ibid.
- ¹⁸² Okuonzi S.A. *Uganda, Crescita economica e condizioni di salute* in “Salute e Sviluppo”, 1/2002
- ¹⁸³ L’impatto dell’epidemia sul sistema sanitario ugandese verrà approfondito con più dettaglio nei seguenti capitoli.
- ¹⁸⁴ E. Garbus e E. Marseille, op.cit. Ibid.
- ¹⁸⁵ in questo caso ci si riferisce ai bambini sotto i 15 anni.
- ¹⁸⁶ Basaza R. e Kauja D. (ed. Cornia G.A.) op.cit.
- ¹⁸⁷ Basaza R. e Kauja D. (ed. Cornia G.A.) op.cit.
- ¹⁸⁸ Hyde K.A.L, Ekan A, Kiang P e Barasa C. *Hiv/Aids and Education in Uganda, Window of Opportunity?* Finanziato dalla Fondazione Rockefeller, 2003 www.hivaidsclearinghouse.unesco.org
- ¹⁸⁹ E. Garbus e E. Marseille, UCSF op.cit.
- ¹⁹⁰ vedi la conclusione della tesi.
- ¹⁹¹ Human Rights Watch, HRW, *Hostile to Democracy, The Movement System and Political Repression in Uganda* 1999 Pag. 14-21 www.hrw.org/reports/1999/uganda/; la citazione è presa da Ofcansky T.P. *Uganda: Tarnished Pearl of Africa* Westview Press: Boulder, 1996.
- ¹⁹² Gentili A.M. *Il leone e il Cacciatore, Storia dell’Africa sub-sahariana* op.cit. pag. 351-353, 1995
- ¹⁹³ Il Democratic Party, DP, fondato in Uganda nel 1956, riprendeva la protesta la protesta dei cattolici contro il predominio economico e sociale dei protestanti nel paese.
- ¹⁹⁴ Nel 1952, venne fondato il partito dell’intelligenza, il *Uganda National Congress*, UNC, il quale era dominato da personalità baganda, pur differenziandosi dalla politica del *Kabaka* e dell’aristocrazia. Scontri interni allo UNC, scatenati dall’affermarsi di una corrente baganda che rivendicava, tra le altre cose, piena autonomia del regno portarono, nel 1959, alla scissione del partito. Una componente del UNC, guidata da Milton Obote, e formata prevalentemente da uomini delle regioni settentrionali, diede vita al *Uganda People’s Congress*, UPC, tessitura di una larga rete di interessi locali che si opponevano alla supremazia baganda.
- ¹⁹⁵ Human Rights Watch, op.cit. pag. 18-19,
- ¹⁹⁶ Durante il periodo di guerriglia contro il secondo governo Obote, il NRM/A istituì Consigli di Resistenza nei villaggi sotto il proprio controllo. Queste strutture erano vagamente basate sui comitati di zona organizzati nelle “liberated zones” in Mozambico dal Fronte per la Liberazione del Mozambico, FREMLINO, alla fine degli anni sessanta. Anche se nacquero come strutture di supporto per i combattenti, i consigli di resistenza si trasformarono in un modello per ciò che era concepita come una “democrazia popolare”. Quando il NRM arriva al potere nel 1986, si decide di estendere l’istituzione a livello nazionale come base della nuova amministrazione.
- ¹⁹⁷ Human Rights Watch, op.cit. pag. 18-19,
- ¹⁹⁸ Leggett I., *Uganda an Oxfam Country Profile* Fountain Publishers: Oxford, 2001.
- ¹⁹⁹ Human Rights Watch, op.cit. pag. 22-52,
- ²⁰⁰ Leggett I., op.cit.
- ²⁰¹ Human Rights Watch, op.cit. pag. 53-60,
- ²⁰² E. Garbus e E. Marseille, University of California San Francisco (UCSF) *Hiv/Aids in Uganda, Country Aids Policy Analysis Project*, 2003, pagine 33-72, www.aidsuganda.org/pdf_Uganda_HIV_profile_u_Calif.pdf
- ²⁰³ Leggett I., op.cit.
- ²⁰⁴ Ibid.
- ²⁰⁵ E. Garbus e E. Marseille, UCSF, op.cit.
- ²⁰⁶ Ibid. pag 33-72
- ²⁰⁷ Leggett I., op.cit.
- ²⁰⁸ Ibid.
- ²⁰⁹ Vedi anche *Storia e decorso dell’Hiv/Aids nel mondo*, capitolo 4 della prima parte di questa tesi.
- ²¹⁰ E. Garbus e E. Marseille, UCSF, op.cit.
- ²¹¹ Ibid.
- ²¹² Ibid.
- ²¹³ Il HDI, creato dall’UNDP per tenere conto dello sviluppo dei paesi su: aspettativa di vita alla nascita, tassi di alfabetizzazione, i tassi di iscrizioni alle scuole primarie, secondarie e terziarie e il PNL. Vedi anche *Storia e decorso dell’Hiv/Aids nel mondo*, capitolo 4 della prima parte di questa tesi.

²¹⁴ E. Garbus e E. Marseille, UCSF, op.cit.

²¹⁵ Ibid.

²¹⁶ La diffusione dell'epidemia Hiv/Aids in Africa ed il suo stretto rapporto con la povertà di questo continente è stato approfondito nella seconda parte di questa tesi.

²¹⁷ Per azione multisettoriale si intende un'azione che coinvolge diversi settori della società, verso il raggiungimento di un fine comune. Ad esempio, la sanità, l'istruzione, l'ambiente, etc. possono concorrere insieme alla promozione della salute.

²¹⁸ Vedi la prima sezione di questa parte, ed anche la nota 24 alla seconda parte di questa tesi.

²¹⁹ I. Laggett *Uganda An Oxfam Country Profile*, Fountain Publishers: Oxford, 2001

²²⁰ Uganda Aids Commission Secretariat, UACS, *HIV/AIDS in Uganda: the Epidemic and the response*, 2002
www.aidsuganda.org/pdf/hiv_aids_impact.pdf

²²¹ K.A.L. Hyde, A. Ekatan, P. Kiage e C. Barasa *HIV/AIDS and Education in Uganda: window of opportunity* Finanziato dalla Fondazione Rockefeller, 2003, www.hivaidsclearinghouse.unesco.org

²²² K.A.L. Hyde, A. Ekatan, P. Kiage e C. Barasa op.cit.

²²³ A.J. Hogle et al. *What Happened in Uganda? Project Lessons Learned, Case Study*, USAID, 2002
www.usaid.gov/pur_work/global_Health/aids/Countries/africa/uganda_report.pdf

²²⁴ UACS op.cit. 2002

²²⁵ Definizione data dall'OMS, come requisiti per poter diagnosticare l'Hiv/Aids in una persona: "tutte le persone che abbiano meno di 200 CD4+ T-linfociti/uL, oppure una percentuale di CD4+ T-linfociti sul totale di linfociti che sia minore di 14. La diagnosi di Aids necessita anche il requisito di almeno una delle seguenti condizioni: tubercolosi polmonare, polmonite ricorrente, e cancro cervicale invasivo .

²²⁶ Uganda Aids Commission, UAC, *Aids Controll in Uganda: The Multi-Sectoral Aids Controll Approach* UAC, P.O. Box 10779, Kampala, Uganda, 1993

²²⁷ UAC op.cit. 1993

²²⁸ A.J. Hogle et al. op.cit

²²⁹ Uganda Aids Commission, UAC, *The Multi-Sectoral Approach to Aids Controll* Executive Summary, 1993
www.aidsuganda.org/pdf/mac_a_executive_summary.pdf

²³⁰ UACS op.cit. 2002

²³¹ E. Garbus e E. Marseille, University of California San Francisco (UCSF) *Hiv/Aids in Uganda, Country Aids Policy Analysis Project*, 2003, pagine 33-72, www.aidsuganda.org/pdf_Uganda_HIV_profile_u_Calif.pdf

²³² UAC, *The Multi-Sectoral Approach to Aids Controll*...op.cit. 1993 N.B. le sottolineature sono riportate ugali dal testo originale, tenute perché dimostrano ulteriormente quanto fosse centrale il concetto di partecipazione attiva.

²³³ UAC, *The Multi-Sectoral Approach to Aids Controll*...op.cit. 1993

²³⁴ The Uganda Aids Commission and The National Hiv/Aids Partnership *HIV/AIDS Coordination at Decentralised Levels in Uganda: Guideline for District HIV/AIDS Coordination*, 2002, www.gov.uga

²³⁵ *Hiv/Aids Coordination* sul sito www.aidsuganda.org/uac/index.htm

²³⁶ National Aids Documentation and Information Centre, NADIC

²³⁷ *Hiv/Aids Coordination* sul sito www.aidsuganda.org/uac/index.htm

²³⁸ A. Jeppsson e S.A. Okounzy *Vertical or Holistic Decentralization of the Health Sector? Experiences from Uganda and Zambia* in "International Journal of Health Planning and Management" 15:273-289, 2000

²³⁹ Il rafforzamento della capacità decisionale e di azione degli individui, comunità o gruppi.

²⁴⁰ L. Kapiriri, O.F. Norheim e K. Heggenhougen *Public Participation in Health Planning and Priority Setting at the District Level in Uganda* in "Health Policy and Planning", Oxford University Press, 18(2):205-213, 2003

²⁴¹ Government of Uganda, UAC, UNAIDS *The National Strategic Framework for HIV/AIDS Activities in Uganda* (1998-2002) dicembre 1997

²⁴² Government of Uganda, UAC, UNAIDS *The National Strategic Framework*....op.cit. 1997

²⁴³ Government of Uganda, UAC, UNAIDS *The National Strategic Framework*....op.cit. 1997

²⁴⁴ con meno di US\$1 al giorno, fonte: E. Garbus e E. Marseille, UCSF op.cit. pag. 33-47, 2003

²⁴⁵ A tal riguardo è importante tenere presente che questa presa di posizione non è unica del governo ugandese, in questi anni avviene all'interno delle due istituzioni di Washington, BM e FMI, un processo di valutazione ed innovazione dei progetti di prestito. In questi anni diviene evidenti che in molti paesi i PAS non hanno ottenuto i risultati voluti e che la povertà e la crescente disparità fra poveri e ricchi sta diventando una vera barriera al processo di sviluppo e crescita che queste due istituzioni mirano ad innescare nei paesi più poveri. Per ulteriori approfondimenti vedere anche la prima parte di questa tesi, in specifico: *La risposta Istituzionale*.

²⁴⁶ USAID *Poverty Reduction in Uganda*, PPC Evaluation Working Paper No.3, 2003,
www.dec.org/pdf_docs/PNACR483.pdf

²⁴⁷ USAID *The Development Challenge* www.usaid.gov/pubs/bj2001/afr/ug/

²⁴⁸ J. Odaga *L'impatto sociale, economico e politico dell'epidemia Hiv/Aids in Africa: il caso dell'Uganda* in "Aids in Africa", Atti del Meeting Internazionale tenutosi a Padova dal CUAMM l'11 maggio 2002

²⁴⁹ Il Sector-Wide Approach, SWAp, può essere definito come una metodologia di lavoro che unisce il governo, i donatori ed altri fiduciari o partner all'interno di qualsiasi settore. Definisce un meccanismo per coordinare il

sostegno dato ai programmi nazionali per le spese pubbliche di un paese da soggetti terzi, nonché per migliorare l'efficienza con la quale le risorse, sia pubbliche che private, vengono impiegate nel settore. È caratterizzato dall'elaborazione di una serie di principi operativi, piuttosto che di un pacchetto specifico di attività o politiche. Quest'approccio mira nel tempo a sviluppare: 1. Un dibattito più ampio sulle politiche da attuare. 2. L'elaborazione di un'unica politica settoriale (che si rivolga sia ai settori pubblici che a quelli privati) e di un programma di spesa comune e realistico. 3. Modalità comuni di sorveglianza. 4. Procedure comuni e coordinate per la raccolta dei finanziamenti.

²⁵⁰ Una sintesi del progetto PEAP è stato in seguito utilizzato dal governo ugandese per contrattare con la BM e il FMI anche per la concessione dei nuovi PRSP, i pacchetti di credito finanziario che nel 1998-9 hanno sostituito i fallimentari PAS (programmi di aggiustamento strutturale).

²⁵¹ per qualità della vita si intende la situazione di povertà, mancanza di accesso alle strutture sanitarie, mancanza di accesso alla produzione di un reddito base adeguato per la sussistenza, mancanza di una salute riproduttiva adeguata.

²⁵² 'E sindacabile l'affermazione che le scelte a favore della riduzione della povertà sia una scelta governativa solo a favore dei poveri e degli ugandesi, basta guardare le politiche nazionali e la distribuzione delle risorse, come verrà approfondito nei prossimi paragrafi, anche solo considerare l'incredibile pressione esercitata dai donatori internazionali e la quasi cieca ubbidienza dell'Uganda a queste, per mettere in dubbio l'origine ed il fine di queste azioni. Prova ne sia il continuo stato di povertà e carenza della maggior parte degli ugandesi. Ciò che si vuole esporre qui, però, è ciò che è stato fatto, deciso o scritto, quello che c'è e che può aver contribuito alla relativa "vittoria" degli ugandesi sull'epidemia. Tali critiche, e le molte altre che possono essere avanzate, sono molto importanti, alcune verranno prese in considerazione poco più avanti, eppure ora a nostro avviso non servono al fine della nostra indagine.

²⁵³ Uganda Aids Commission, UAC, *Follow-up to the Declaration of Commitment on Hiv/Aids (UNGASS, United Nations General Assembly Special Session dedicated to Hiv/Aids)) Uganda CountryReport*, 2003
www.aidsuganda.org/response/prg_reports/ungass.htm

²⁵⁴ I. Leggett op.cit.

²⁵⁵ J.Corkery *Public Service Reforms and their impact on health sector personnel in Uganda 1999-2000*, ILO and WHO, www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/pubserv6.pdf

²⁵⁶ S.A. Okuonzi *Dall'emergenza alla costruzione di un sistema sanitario equo* in "Salute e Sviluppo", 1/1998:30-34

²⁵⁷ La Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria, riuniti ad Alma Ata il 12 settembre 1978, organizzata dall'OMS e dall'UNICEF, formula una Dichiarazione di intenti dove, tra le altre cose, definisce ciò che si intende per assistenza sanitaria primaria, PHC: "la PHC è costituita da quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, che sono realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e autodeterminazione. L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria." Tratto da *La Dichiarazione di Alma Ata* in "Wikipedia, l'enciclopedia libera",

http://it.wikipedia.org/wiki/La_dichiarazione_di_Alma_Atta

²⁵⁸ monitoraggio della crescita, reidratazione per via orale, allattamento al seno, immunizzazione, programmazione familiare, educazione femminile.

²⁵⁹ Programmi selettivi che mirano ad un'unica malattia o condizione, spesso diretti dai vertici di organizzazioni internazionali le cui sedi operative sono lontane dal luogo di implementazione dei programmi stessi. Verticali perché le politiche e le decisioni sono gestite e si articolano seguendo vie gerarchizzate.

²⁶⁰ S.A. Okuonzi op.cit.

²⁶¹ Il NRM aveva un grande debito verso le popolazioni rurali e più emarginate, soprattutto nella zona ad sud e ovest del paese, le quali avevano sostenuto il movimento nei lunghi anni di guerriglia. L'arrivo al potere non poteva dimenticarsi di questo grande appoggio.

²⁶² S.A. Okuonzi op.cit.

²⁶³ M. Foster e P. Mijumbi *How, When and Why does Poverty get Budget Priority? Poverty Reduction Strategy and Public Expenditure in Uganda* Working Paper 163, 2002, Overseas Development Institute, London, England
www.odi.org.uk/publications/working_papers/wp164.pdf

²⁶⁴ S. Santini *La Partecipazione alla Spesa dei Servizi Sanitari: l'Esperienza ugandese* in "Salute e Sviluppo" 3:34-38, 1999

²⁶⁵ M. Lindelow, R. Reinikka e J. Svensson *Health Care on the Frontline, Survey Evidence on Public and Private Providers in Uganda* Development Research Group, World Bank, 2002

www.worldbank.org/research/projects/publicspending/tools/newtools.htm#Uganda

²⁶⁶ S. Santini op.cit.

²⁶⁷ M. Lindelow, R. Reinikka e J. Svensson op.cit.

- ²⁶⁸ A. Jeppson e S.A. Okuonzi *Vertical or Holistic Decentralization of the Health Sector? Experiences from Zambia and Uganda* in "International Journal of Health Planning and Management", 15:273-289, 2000
- ²⁶⁹ Responsabilità. Il dovere di rendere delle proprie azioni, la responsabilità verso gli altri.
- ²⁷⁰ J.Corkery op.cit.
- ²⁷¹ J. Gladwin, R.A. Dixon e T.D. Wilson *Implementing a new health management information system in Uganda* in "Health Policy and Planning" 18(2):214-224, 2003
- ²⁷² L. Kipiriri, O.F. Norheim e K. Heggenhougen op.cit.
- ²⁷³ A.J. Hogle et al. op.cit.
- ²⁷⁴ S.A. Okuonzi op.cit.
- ²⁷⁵ Ibid.
- ²⁷⁶ Ministry of Health *The National Health Policy 1999* Ministry of Health, P.O.BOX 7272 Kampala, Uganda
- ²⁷⁷ M. Foster e P. Mijumbi op.cit.
- ²⁷⁸ PI è un'associazione che da anni lavora per migliorare la salute riproduttiva delle donne, dei bambini, uomini e giovani in tutti paesi in via di sviluppo. Vedi anche www.pathfind.org
- ²⁷⁹ Questo centro dell'università di Johns Hopkins, fondato nel 1988, è fra i migliori e più attivi nell'area della ricerca strategica e sul campo per la promozione del cambiamento comportamentale e della salute. Nel 1998 fu l'agenzia USAID a richiedere il suo intervento nel progetto ugandese DISH 2; vedi anche www.jhuccp.org
- ²⁸⁰ Fondato nel 1979 all'interno della scuola di medicina dell'università di North Carolina, l'INTRAH ha il compito di fornire assistenza ai paesi in vari stadi del loro sviluppo verso il miglioramento del dispenso dei servizi per la salute riproduttiva, attraverso il miglioramento della preparazione e dell'utilizzo delle proprie risorse umane; vedi anche www.intrah.org
- ²⁸¹ DISH About Us, www.ugandadish.org/about.shtml
- ²⁸² Dr. J. Bataringaya, *Health Budget and Health Sector Performance* Ministry of Health, Republic of Uganda, ottobre 2002
- ²⁸³ Ibid.
- ²⁸⁴ Dr. J. Bataringaya, op.cit.
- ²⁸⁵ *Resource envelope for health per capita*, materiale fonito dal dott. Maurizio Murru.
- ²⁸⁶ Dr. J. Bataringaya, op.cit.
- ²⁸⁷ Ibid.
- ²⁸⁸ Illiffe J. *East African Doctors* Cambridge University Press: Cambridge, 1998, pagine 136-168
- ²⁸⁹ Ibid.
- ²⁹⁰ Ibid. pagg. 220-243
- ²⁹¹ New Vision 1993, in Illiffe J., op.cit. pag. 220-243
- ²⁹² A. Wasike *Anti-AIDS school launched at Mulago* in "The New Vision" giovedì 21 ottobre 2004, www.newvision.co.ug
- ²⁹³ C. Wendo *Uganda begins distributing free antiretrovirals* in "The Lancet" Vol.363, 19 giugno 2004, www.thelancet.com
- ²⁹⁴ E. Garbus e E. Marseille, UCSF op.cit. pag. 33-72
- ²⁹⁵ C. Wendo *Uganda begins distributing free antiretrovirals* in "The Lancet" Vol.363, 19 giugno 2004, www.thelancet.com
- ²⁹⁶ C. Wendo op.cit.
- ²⁹⁷ K.A.L. Hyde, A. Ekatan, P. Kiage e C. Barasa op.cit.
- ²⁹⁸ I. Leggett op.cit.
- ²⁹⁹ Ibid.
- ³⁰⁰ K.A.L. Hyde, A. Ekatan, P. Kiage e C. Barasa op.cit.
- ³⁰¹ Ibid.
- ³⁰² Ibid.
- ³⁰³ Ibid.
- ³⁰⁴ USAID *Poverty Reduction in Uganda, a background paper* PPC Evaluation Working Paper No.3, 2003 www.dec.org/pdf_docs/PNACR483.pdf
- ³⁰⁵ Vedi *La malattia della povertà* nella parte seconda di questa tesi.
- ³⁰⁶ M. Rugada *Land Reform: The Ugandan experience*, Land Use and Villagisation workshop, Kigali, 1999 http://www.oxfam.org.uk/what_we_do/issues/livelihoods/landrights/downloads/ugaexp.rtf
- ³⁰⁷ Ibid.
- ³⁰⁸ Per mainstreaming, parlando delle questioni di genere, si intende: un processo di valutazione delle implicazioni, per gli uomini e per le donne, che qualsiasi azione programmata comporta (come la legislazione, le politiche o i programmi) in qualsiasi area e a ogni livello. L'obiettivo ultimo di questa strategia è di raggiungere l'eguaglianza di genere. Detto altrimenti, significa leggere ogni rapporto o relazione standardizzata attraverso un'ottica di genere, che metta in evidenza i diversi ruoli e possibilità che l'appartenenza ai diversi generi comporta.
- ³⁰⁹ A questo punto, è fondamentale dare una definizione del termine "genere" per comprendere meglio ciò di cui si sta parlando in questo capitolo. Per "genere" si intende: "La costruzione simbolica e culturale delle identità sociali

del femminile e del maschile che prendono forma in una determinata cultura o gruppo. Delimita l'essere uomo dall'essere donna, riconoscendo ed evidenziando quanto l'essere uno si sviluppa in base a ciò che significa essere l'altro". Questo termine è fondamentale per mettere in evidenza il carattere relazionale che vi è fra la costruzione sociale del ruolo della donna e quello dell'uomo.

³¹⁰ Human Rights Watch *Just Die Quietly: Domestic violence and women's vulnerability to HIV in Uganda*, 2003, <http://www.hrw.org/reports/2003/uganda0803/>

³¹¹ Makerere University, Faculty of Social Sciences, Department of Women and Gender Studies <http://www.genderuganda.go.ug/index.html>

³¹² The Constitution, <http://www.government.go.ug/constitution/>

³¹³ A.J. Hogle et al. op.cit.

³¹⁴ Ministry of Gender and Community Development *The National Gender Policy*, 1997 http://kob.parliament.go.ug:8080/~oracle/policy/full_doc.jsp?full_id_doc=28

³¹⁵ La Piattaforma di Azione di Beijing del 1995 è

³¹⁶ International Labour Organization *National Guidelines in Uganda: Ministry of Gender, Labour and Social Development* <http://www.ilo.org/public/english/employment/gems/eo/guide/uganda/mglsd.htm#1>

³¹⁷ *Womens Worlds* è un congresso interdisciplinare internazionale sulle donne che si tiene ogni tre anni. Il perno del congresso è la ricerca sul genere e la costruzione di una conoscenza interdisciplinare. Il primo congresso fu tenuto in Israele nel 1981 e da allora è stato tenuto nei Paesi Bassi 1984, Irlanda 1987, USA 1990, Costa Rica 1993, Australia 1996, Norvegia 1999. Fonte: Makerere University, Faculty of Social Sciences, Department of Women and Gender Studies <http://www.genderuganda.go.ug/index.html>

³¹⁸ Vedi http://www.wougnet.org/wo_dir.html

³¹⁹ Informazioni raccolte durante una intervista al Dottore Sandro Accorsi, aprile 2004.

³²⁰ E. Garbus e E. Marseille, UCSF, op.cit. pag. 33-72

³²¹ Ibid.

³²² Informazioni raccolte durante una intervista al Dottore Sandro Accorsi, aprile 2004.

³²³ E. Garbus e E. Marseille, UCSF, op.cit. pag. 33-72

³²⁴ Ibid.

³²⁵ dove non specificato la fonte è E.T. Otolok *L'assistenza e il supporto ai pazienti affetti da Hiv/Aids* in "Salute e Sviluppo" N.2, 2001, Numero Speciale AIDS, pag. 101-104.

³²⁶ Ibid.

³²⁷ Editoriale *The untapped potential of palliative care for Aids* in "The Lancet", Vol.362, n.9398, 29 novembre 2003, www.thelancet.com

³²⁸ I. Leggett op.cit.

³²⁹ K.A.L. Hyde, A. Ekatan, P. Kiage e C. Barasa op.cit.

³³⁰ I. Leggett op.cit.

³³¹ TASO, *TASO Community Initiative Trainer's Manual* Third Edition P.O. Box 10443, Tel:231138/255079, Kampala

³³² Come abbiamo visto precedentemente, per categoria a rischio si intendono i camionisti le lavoratrice sessuali, i militari e gli altri tipi di lavoro che implicano una maggiore vulnerabilità o esposizione all'infezione di Aids.

³³³ M. Murru *Uganda: orrore senza fine* in "Afrinews", 15 maggio 2004

³³⁴ International Crisis Group, ICG, *Northern Uganda: Understanding and Solving the Conflict* Aprile 2004, ICG Africa Report N.77 www.icg.org/documents/africa/central_africa/077_uganda_conflict.pdf

³³⁵ Si preferisce questa definizione alla più usata *etnia*. Con questa definizione intendiamo i gruppi regionali che compongono l'Uganda e che per la diversa storia, credenza, tradizione, cultura e modalità sociale di organizzazione sono profondamente differenti fra loro. Tali differenze sono state esacerbate negli anni, particolarmente durante il colonialismo. Abbiamo già visto nella seconda sezione di questa terza parte, sul contesto, la composizione della nazione ugandese al tempo della sua trasformazione in protettorato Inglese, i suoi confini artificialmente creati e la differente composizione di gruppi che vanno a formare la nazione ugandese.

³³⁶ Vedi anche 2.4.1 *Il fattore differenziale nord/sud*, nella terza parte, sezione seconda di questa tesi.

³³⁷ Prima della seconda guerra mondiale, gli ugandesi, nord e sud, erano reclutati nella forza armata coloniale britannica, la *King's African Rifles* (KAR), ma questo cambiò radicalmente dopo il 1945. Coloro che, in quegli anni, stavano emergendo all'avanguardia della lotta nazionalista anti-coloniale provenivano principalmente dal sud, dove si trovava la maggior concentrazione dell'élite economica e colta ugandese (forse diretta conseguenza della concentrazione nella zona di quasi tutto lo sviluppo produttivo). Temendo le conseguenze se questa zona avesse anche una larga e addestrata quantità di soldati, gli Inglesi iniziarono a reclutare militari prevalentemente dal nord del paese. Di conseguenza, le popolazioni dalla regione Acholi o Langi divennero maggioritari all'interno del KAR. Questo creò anche una sorta di equilibrio fra una prevalenza di élite militare del nord ed una prevalenza di élite civile del sud. Contemporaneamente, gli inglesi deliberatamente riservarono l'introduzione dell'industria e della produzione dei *cash-crops* per il sud, per il quale il nord divenne sempre più una riserva di mano d'opera a basso costo.

³³⁸ ICG *Northern Uganda: Understanding and Solving the Conflict*.....op.cit. 2004

- ³³⁹ Nel 1980, quando il NRA inizia a combattere il regime di Obote, si stabilisce principalmente nella regione nota come il *Luwero Triangle* a nord della capitale Kampala. In uno sforzo militare per sottrarre appoggio popolare al NRM, il governo Obote lancia l'Operazione Bonanza, portata avanti dall'esercito del UNLA, a prevalenza Acholi e Langi. I soldati attaccarono la zona compresa nel Luwero Triangle, massacrarono, uccisero, commettendo gravi violazioni dei diritti umani, saccheggiando e distruggendo le proprietà. Si è stimato che nel massacro abbiano perso la vita oltre 300,000 civili, quasi tutti Baganda. Questi fatti pesano ancora sui tentativi di risolvere i problemi attuali fra nord/sud nel paese.
- ³⁴⁰ IGC *Northern Uganda: Understanding and Solving the Conflic.....op.cit.* 2004
- ³⁴¹ IGC *Northern Uganda: Understanding and Solving the Conflic.....op.cit.* 2004
- ³⁴² World Vision *Pawns of Politics. Children, conflict and peace in northern Uganda.* 2004
www.worldvision.org/wvusufso.nfs/stable/globalissues_uganda_report e informazioni raccolte durante una intervista con Maurizio Murru, agosto 2004
- ³⁴³ World Vision *op.cit.* 2004
- ³⁴⁴ M. Murru *Uganda: orrore senza fine.....op.cit.* 2004
- ³⁴⁵ R. Gersony *The Anguish in Northern Uganda. Results from a field-based study assessment of the civil conflicts in Northern Uganda* Submitted to: United States Embassy, Kampala; USAID Mission, Kampala; 1997
- ³⁴⁶ World Vision *op.cit.* 2004
- ³⁴⁷ I. Leggett *Uganda An Oxfam Country Profile*, Fountain Publishers: Oxford, 2001
- ³⁴⁸ R. Gersony *op.cit.* 1997
- ³⁴⁹ World Vision *op.cit.* 2004
- ³⁵⁰ Ibid.
- ³⁵¹ R. Gersony *op.cit.* 1997
- ³⁵² S. Accorsi, M. Fabiani, M. Lukwiya et al. *Coping with the impact of AIDS epidemic in Northern Uganda* Istituto Superiore di Sanità (ISS) Roma: Rapporti ISTISAN 98/18, 1998; e STD/AIDS Controll Programme, Ministry of Health *STD/HIV/AIDS Sureveillance Report* 2003
- ³⁵³ St. Mary's Hospital Lacor *Rapporto Annuale 2003* www.lhospital.org
- ³⁵⁴ Fino al 2000, nel mondo vi erano state tre grandi epidemie di Ebola. La prima in Sudan nel 1976, con 284 casi e 151 morti (53%), la seconda nel 1976 in Congo con 318 casi e 280 morti (88%), la terza nel 1995 nuovamente in Congo con 315 casi e 244 morti (77%). All'inizio dell'ottobre 2000 il Lacor Hospital ha notato alcune morti inspiegabili tra i pazienti e il personale, avvenute dopo una breve malattia acuta, talvolta con emorragia. In seguito a queste morti, il direttore sanitario, Dott. Matthew Lukwiya, formulava l'ipotesi di febbre emorragica e dava l'allarme. Campioni di sangue di alcuni pazienti venivano spediti a un laboratorio specializzato del Sudafrica e il 14 ottobre 2000 veniva data conferma: febbre emorragica virale causata dal virus Ebola.
- ³⁵⁵ www.gulu.go.ug
- ³⁵⁶ Gulu District Health www.gulu.go.ug
- ³⁵⁷ Ibid.
- ³⁵⁸ S. Accorsi, M. Fabiani, M. Lukwiya et al. *Coping with the impact of AIDS epidemic in Northern Uganda* Istituto Superiore di Sanità (ISS) Roma: Rapporti ISTISAN 98/18, 1998; e STD/AIDS Controll Programme, Ministry of Health *STD/HIV/AIDS Sureveillance Report* 2003 www.health.go.ug/docs/hiv0603.pdf
- ³⁵⁹ Z.Lomo e L. Hovil *Consequences as causes* www.iss.co.za/pubs/Monographs/No99/Chap4.pdf
- ³⁶⁰ M. Murru *Uganda: orrore senza fine.....op.cit.* 2004
- ³⁶¹ Z.Lomo e L. Hovil *op.cit.*
- ³⁶² Informazione raccolte durante una intervista con il Dott. Maurizio Murru, agosto 2004.
- ³⁶³ St. Mary's Hospital Lacor *Rapporto Annuale 2003* www.lacorhospitali.org
- ³⁶⁴ S. Accorsi, M. Fabiani, M. Lukwiya et al. *Coping with the impact of AIDS epidemic in Northern Uganda.....op.cit.* 1998 e STD/AIDS Controll Programme, Ministry of Health *STD/HIV/AIDS Sureveillance Report* 2003 *op.cit.*
- ³⁶⁵ Vedi nota 4 sopra.
- ³⁶⁶ M. Fabiani, S. Accorsi, M. Lukwiya et al. *Trend in HIV-1 prevalence in an antenatal clinic in Northern Uganda and adjusted rates for the general female population in "AIDS"* Vol 15 Issue 1:97-103, 5 gennaio 2001 www.aidsonline.com
- ³⁶⁷ Ibid.
- ³⁶⁸ S. Accorsi, M. Fabiano, M. Lukwiya et al. *Impact on insecurity, the Aids epidemic, and poverty on the population health: disease patterns and trend in Northern Uganda* in "The American Society of Tropical Medicine and Hygiene" 64(3,4): 214-221, 2001
- ³⁶⁹ Vedi anche la prima sezione di questa terza parte.
- ³⁷⁰ Sicuramente non è un buon segno che il governo italiano, che è stato fra i fondatori del Fondo Globale per l'Aids al summit dei G8 a Genova, non paghi la sua parte al Fondo dal luglio scorso, vedi anche F. Caferri *L'Italia taglia i fondi per l'Aids* in "La Repubblica" pagina 13, domenica 26 settembre 2004.

-
- ³⁷¹ Per ulteriori informazioni consultare il sito web www.lhospital.org oppure contattare la Dott.ssa Silvia Declich all'Istituto Superiore di Sanità silvia@iss.it
- ³⁷² St. Mary's Hospital Lacor *Rapporto Annuale 2003* www.lacorhospitals.org
- ³⁷³ Informazioni raccolte durante una intervista con la suora e dottoressa Dorina Tadiello, maggio 2004.
- ³⁷⁴ Informazione raccolte durante una intervista con il dottore Sandro Accorsi, aprile 2004, e con la suora e dottoressa Dorina Tadiello, maggio 2004.
- ³⁷⁵ S. Boseley, *Aids bigger threat than terrorism* in "The Guardian", 2001
www.guardian.co.uk/international/story/0,3604,618404,00.html;
- ³⁷⁶ International Crisis Group (ICG) *Hiv/Aids as a security issue in Africa: lessons from Uganda* Report n.3, 16 aprile 2004 www.icg.org
- ³⁷⁷ UNAIDS *Hiv/Aids and Conflicts* Fact Sheet N.2
www.unaids.org/html/pub/topics/security/fs2conflict_en_doc.htm
- ³⁷⁸ R. Pharoah e M. Schonteich *Aids, Security and Governance in Southern Africa, Exploring the Impact* Institute for Security Studies, Occasional paper N. 65, gennaio 2003
- ³⁷⁹ ICG *Hiv/Aids as a security issue in Africa: lessons from Uganda* 2004
www.icg.org/library/documents/issues/03_lessons_from_uganda.pdf
- ³⁸⁰ R. Pharoah e M. Schonteich *Aids, Security and Governance in Southern Africa, Exploring the Impact*.....op.cit. 2003
- ³⁸¹ Fonte della cronologia: International Medical Press Italia. Elaborazione a cura degli autori del documento distribuito alla conferenza dell'International Aids Society, "The Rome State of Art Conference on Treatment of Hiv Infection", Svoltasi il 14-15 settembre 1999 a Roma.
- ³⁸² P. Duesberg, *How much linger can we afford the AIDS virus monopoly?*, 1995
www.duesberg.com/papers/index.html;
- ³⁸³ S. Boseley, *Aids bigger threat than terrorism* in "The Guardian", 2001
www.guardian.co.uk/international/story/0,3604,618404,00.html; S. Boseley, *Clinton begs US for more Aids cash* in "The Guardian", 2001 www.guardian.co.uk/international/story/0,3604,511890,00.html
- ³⁸⁴ Il documento si può trovare per intero sul sito www.un.org/ga/aids/coverage/FinalDeclarationHIV/AIDS.html
- ³⁸⁵ Lavorando sul campo gli operatori riscontrano che "per raggiungere i milioni di persone che ne hanno bisogno, il trattamento anti-Aids deve essere adattato alle nazioni più povere"..... "adattamento significa meno pillole, meno esami in laboratorio e la distribuzione gratis del trattamento nei paesi più poveri dove abitano le persone malate", così dichiarerà Dr. Morten Rostup, Presidente del International Council of MSF. MSF Article (27-11-2003) www.msf.org
- ³⁸⁶ [www.who.int/entity/mediacentre/releases.en](http://www.who.int/entity/mediacentre/releases/en); www.itacoalition.org;
- ³⁸⁷ WHO/UNAIDS *Aids Epidemic Update*, 2003 www.unaids.org/Unaid/EN/Resources/publications.asp
- ³⁸⁸ www.gov.ug.org