



**Osservatorio Italiano sull’Azione
Globale contro l’AIDS**

DISCUSSION PAPER

2010: L’HIV/AIDS è ancora un’emergenza globale?

Spunti e raccomandazioni per il futuro

Caratteristiche e tendenze della pandemia nella fase attuale

L’Osservatorio è nato, come il Fondo Globale per la Lotta contro l’AIDS, la Tubercolosi e la Malaria, nel 2002 *“in a geopolitical environment of high angst surrounding a worsening AIDS epidemic and wide demand for an urgent and expanded global response”*¹.

Ad oggi, è giusto chiedersi se si giustifichi ancora il particolare status di priorità assegnato all’azione globale contro l’AIDS nell’agenda della cooperazione internazionale, in termini di risorse finanziarie e risorse istituzionali/organizzative/umane dedicate.

Da un lato, l’AIDS non è più descritto come un’emergenza dai media né percepito come tale dall’opinione pubblica. Gli stessi donatori sembrano tirarsi indietro, influenzati anch’essi da quel *“sense of denial”* della crisi AIDS che diverse Organizzazioni non Governative stanno denunciando².

Dall’altro, nel mondo della cooperazione internazionale, si sottolinea da più parti – e con sempre maggiore frequenza – che la concentrazione eccessiva di risorse nella lotta contro l’AIDS compromette la lotta contro altre malattie, che hanno un’incidenza più alta nella maggioranza dei paesi a basso reddito, e indebolisce le capacità dei sistemi sanitari locali, con un impatto negativo sulla salute globale.

Si tratta, nei due casi, di questioni di fondo, che obbligano l’Osservatorio a interrogarsi sul senso e la ragione della propria *“mission”*, per valutare se essa è ancora utile e attuale, e in quali termini.

Nel dare una risposta a tali interrogativi – che possiamo riassumere nella domanda che dà il titolo a questo documento: **“L’AIDS è ancora una emergenza globale?”** - non dobbiamo mai dimenticare

¹ GFATM, Technical Evaluation Reference Group Summary Paper, *Synthesis Report of the Five-Year Evaluation of the Global Fund*, aprile 2009,

http://www.theglobalfund.org/documents/terg/TERG_Summary_Paper_on_Synthesis_Report.pdf.

² Vedi, per es., Medici Senza Frontiere, *No Time to Quit: HIV/AIDS Treatment Gap widening in Africa*, maggio 2010.

una serie di elementi che fanno dell'AIDS una malattia diversa, difficile e complessa da combattere, e con un elevatissimo impatto sociale. In particolare:

- l'HIV/AIDS colpisce soprattutto gli adulti, il 92%: i genitori, le donne e gli uomini capofamiglia, le persone che lavorano e producono, in alcune regioni più le donne che gli uomini³, con conseguenze devastanti sulle condizioni dei bambini, sulla generazione di reddito, sulla sicurezza alimentare
- lo stigma che circonda l'HIV/AIDS pone un problema specifico sul piano dell'affermazione e del rispetto dei diritti delle persone, della piena accettazione sociale da parte della famiglia e della comunità, in particolare per le donne
- le modalità di trasmissione e i tempi che intercorrono tra infezione e malattia conclamata complicano la comprensione del rischio e l'accettazione e assunzione di misure efficaci di prevenzione
- la terapia è complessa e costosa, richiede ai pazienti un impegno di tutti i giorni per tutta la vita e alle strutture sanitarie capacità adeguate di accompagnamento
- la dimensione di genere evidenzia come il ruolo delle donne nel contesto della pandemia le renda, allo stesso tempo, vittime e risorse:
 - per la loro maggiore vulnerabilità dal punto di vista biologico e sociale, in termini di mancanza di riconoscimento dei diritti e dei bisogni specifici di cui sono portatrici; la loro minore capacità di negoziare rapporti sessuali protetti con il partner e l'esposizione alla violenza di genere
 - per la centralità del loro ruolo nel provvedere al sostegno economico e alla cura della famiglia. Opportune azioni di *empowerment* permetteranno loro di diventare soggetti privilegiati e attivi anche nelle cure contro l'AIDS.

Tenendo conto di questi aspetti, a partire dal 2010, anno in cui scade l'obiettivo dell'Accesso Universale ai servizi di prevenzione, trattamento, cura e supporto per contrastare l'AIDS, la prima questione da sciogliere è come si presenta l'epidemia oggi, a pochi anni di distanza dall'adozione degli impegni per raggiungere tale obiettivo pronunciati a livello G8 e Nazioni Unite nel 2005⁴.

Dall'analisi dei dati epidemiologici contenuti nell'ultimo rapporto di UNAIDS emergono alcune tendenze definite⁵:

- una stabilizzazione dell'epidemia: essa non è stata sconfitta, ma è stata arrestata e inizia a registrarsi un'inversione della diffusione dell'HIV. Il numero di nuove infezioni è diminuito di circa il 20% negli ultimi dieci anni, tuttavia, rimane ancora molto elevato - 2,6 milioni di nuovi casi si sono registrati nel 2009 - ed è destinato a mantenersi relativamente alto nei prossimi decenni. Il numero di persone che muoiono per cause legate all'AIDS ogni anno è diminuito di circa il 20% negli ultimi cinque anni, ma si attesta ancora intorno a 1,8 milioni, facendo dell'AIDS la malattia infettiva a più elevata mortalità al mondo e la prima causa di morte per le donne in età riproduttiva. Le proiezioni dell'International AIDS Society indicano in 45 milioni il numero complessivo di morti per AIDS fra il 2009 e il 2031, se si mantengono gli attuali *trend* di accesso alla terapia antiretrovirale (ART). Il numero di morti può scendere a 39 milioni se si riesce a sostenere lo *scaling up* del trattamento (incremento del numero di pazienti in terapia). Questo significa passare da 5 a 9,5 milioni di persone in

³ In Africa subshariana, le adolescenti e le donne continuano ad essere particolarmente colpite dall'HIV/AIDS. Secondo le più recenti stime, ogni 10 uomini infettati nella regione, vi sono 13 donne che contraggono il virus e il 76% di tutte le donne sieropositive vive nell'Africa subsahariana. UNAIDS, *Report on the Global AIDS Epidemic 2010*, novembre 2010, http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm.

⁴ Dichiarazione finale del Summit G8 di Gleneagles, luglio 2005 e World Summit Outcome (United Nations General Assembly, A/RES/60/1), ottobre 2005.

⁵ UNAIDS, *op. cit.*

terapia nel giro di pochi anni e mantenere questo livello nel tempo⁶. Le persone in trattamento, tuttavia, sono destinate ad aumentare considerevolmente, se si adottano le nuove linee guida proposte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che prevedono di anticipare la diagnosi e la terapia quando le cellule del sistema immunitario CD4 si sono abbassate al livello di 350 cellule per mm³ (prima diagnosi e terapia scattavano quando il livello delle cellule era molto più basso, cioè 200 cellule per mm³). Tali linee guida sono raccomandate, in quanto aumenta in modo significativo l'efficacia della terapia, con effetti positivi sia sulla salute della persona sia sui costi sociali della malattia, inclusa la trasmissione del virus e quindi la diminuzione dell'incidenza⁷

- una diversificazione dell'incidenza e dell'impatto dell'HIV/AIDS a livello globale, con una concentrazione nell'Africa subsahariana e su un numero significativo di paesi all'interno di questa regione: 4 paesi hanno un tasso di popolazione HIV positiva superiore al 15% , altri 11 registrano un tasso compreso fra il 5% e il 15%. Soprattutto per la prima fascia di paesi, l'HIV/AIDS si configura come crisi globale, che investe tutti gli aspetti della vita sociale ed economica, mettendone a rischio la stabilità e il futuro.

Nel valutare queste tendenze, tuttavia, si deve sempre tener conto che la stabilizzazione dell'epidemia da un lato è un fatto recente e non consolidato, dall'altro è il risultato diretto dell'impegno straordinario della comunità internazionale negli ultimi anni, focalizzato intorno alle politiche e ai programmi dell'Accesso Universale: ogni variazione di questo impegno è destinata ad avere conseguenze sulle tendenze in atto, modificando il quadro descritto.

L'uscita dalla fase più acuta dell'emergenza – percepita da molti come uscita dall'emergenza *tout court* - non comporta dunque una riduzione delle risorse impegnate, come sarebbe naturale attendersi: al contrario, esse dovrebbero aumentare, per consolidare la stabilizzazione e l'inversione di tendenza dell'epidemia. Questo apparente paradosso pone un serio problema sul piano della comprensione del fenomeno prima e della comunicazione poi, specialmente in una fase di crisi economica come quella che stiamo attraversando. L'adozione del concetto dell'epidemia di HIV/AIDS come emergenza di lungo termine, proposto da Alan Whiteside⁸, potrebbe essere d'aiuto per motivare tale richiesta, perché evidenzia la necessità di mantenere alto il livello di attenzione e mobilitazione e di rivedere modalità e strumenti per agire in modo efficace in una prospettiva di lungo periodo.

Mantenere alto il livello di attenzione al problema e la mobilitazione finanziaria

I risultati raggiunti dai programmi e dalle politiche dell'Accesso Universale sono indiscutibili.

Secondo l'ultimo rapporto di UNAIDS⁹, il numero di persone in terapia è aumentato di sette volte e mezzo negli ultimi cinque anni. Nel 2009, 5,2 milioni di persone hanno avuto accesso alla terapia antiretrovirale - nel 2004 erano soltanto 700.000 - e il 53% delle donne sieropositive in gravidanza ha ricevuto la terapia antiretrovirale per prevenire la trasmissione dell'HIV al proprio bambino. E'

⁶ International AIDS Society, *Universal Access by 2010: Scaling Up for Success*, Marzo 2010, http://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/3Gs_Policy_Paper_18_03_10.pdf.

⁷ OMS, *Rapid advice. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents*, novembre 2009, <http://www.who.int/hiv/pub/arv/advice/en/index.html>.

⁸ Alan Whiteside, Amy Whalley, *Reviewing 'Emergencies' for Swaziland. Shifting the Paradigm in a New Era*, 2007, http://data.unaids.org/pub/Report/2007/swaziland%20emergency%20report_final%20pdf_en.pdf.

⁹ UNAIDS, *op. cit.*

tuttavia prematuro cantare vittoria. In termini di accesso, 10 milioni di persone sono ancora in attesa della terapia antiretrovirale e ogni ulteriore passo in avanti dovrà misurarsi con le più importanti criticità emerse negli ultimi cinque anni e rilevate pressoché in tutte le valutazioni:

- bassi tassi di aderenza alla terapia (in 13 paesi dell’Africa subsahariana è intorno al 60%¹⁰)
- debolezza e inadeguatezza dei sistemi sanitari nazionali
- persistenza di ostacoli di natura economica, sociale, culturale e di genere, che impediscono alle fasce sociali vulnerabili l’accesso a prevenzione, trattamento, cura e supporto.

Per affrontare queste criticità, mantenendo al tempo stesso gli obiettivi dell’Accesso Universale, alla comunità internazionale sarà richiesto non soltanto di mantenere ma addirittura di aumentare il proprio contributo finanziario all’azione globale contro l’AIDS per molto tempo ancora. Secondo le stime di UNAIDS¹¹, i finanziamenti internazionali sono in diminuzione: i contributi dei paesi donatori sono scesi da 7,7 a 7,6 miliardi di dollari nel 2009 rispetto all’anno precedente. Tali riduzioni avranno un impatto sui paesi a basso reddito, che fanno affidamento, nella maggior parte dei casi, sulle risorse internazionali per finanziare il 90% circa dei propri programmi nazionali di lotta contro l’AIDS. Anche questi paesi, tuttavia, investono troppe poche risorse per contrastare l’epidemia; una quindicina dei 30 paesi dell’Africa subsahariana spendono meno della loro capacità, commisurata con il carico della malattia e la disponibilità delle risorse. I donatori dovranno, quindi, prima di tutto mantenere gli impegni presi in sede Nazioni Unite e summit G8 e i paesi africani dovranno rispettare l’impegno assunto con la Dichiarazione di Abuja nel 2001 di destinare almeno il 15% dei propri budget annuali al miglioramento del settore sanitario.

Eventuali battute d’arresto nel flusso dei finanziamenti verso il Fondo Globale per la Lotta contro l’AIDS, la Tuberculosis e la Malaria e altri programmi e agenzie rischiano di avere effetti devastanti, alcuni dei quali si sono già manifestati localmente, quali la minore disponibilità se non addirittura la totale mancanza (rottura di stock) di farmaci antiretrovirali, con effetti pesanti sulla possibilità per i pazienti di seguire la terapia in maniera continuativa (perdita di aderenza) e il conseguente rischio di aumento di resistenze ai farmaci. Vi sarebbero maggiori costi da sostenere per i pazienti che, a causa di queste resistenze, dovrebbero passare ad altri farmaci fino a 5-10 volte più costosi, nella maggioranza dei paesi a reddito medio-basso¹².

Il mancato aumento dei finanziamenti comprometterebbe sia la possibilità di aumentare il numero di pazienti sotto trattamento sia l’implementazione delle nuove linee guida dell’Organizzazione Mondiale della Sanità per l’inizio precoce del trattamento (cioè quando la soglia raggiunge già i 350CD4).

A causa del maggior numero di pazienti bisognosi di cure e dell’accresciuta mortalità delle persone colpite dall’HIV, il quadro dell’epidemia si modificherebbe, con il rischio di tornare alla situazione dei primi anni 2000, quando l’accesso alla terapia antiretrovirale era riservato a pochi fortunati¹³.

¹⁰ ActionAid, *Ogni Promessa è debito. L’Italia e la lotta all’AIDS*, novembre 2009, http://www.actionaid.it/it/down_it/report_ricerca/HIVAIDS/hivaids2009.html.

¹¹ UNAIDS, *op. cit.*

¹² I regimi terapeutici di prima linea oggi proposti/imposti nei paesi in via di sviluppo non sono in teoria meno efficaci di quelli usati nei paesi sviluppati, ma utilizzano farmaci che provocano più facilmente fenomeni di resistenza. Se a questo aggiungiamo poi la bassa aderenza e, almeno in certi contesti, i possibili, ricorrenti deficit di approvvigionamento, lo sviluppo di resistenze diviene quasi inevitabile. Inoltre, i fallimenti sono difficili da identificare senza il necessario e sofisticato supporto di laboratorio. Questo comporta il rischio che un soggetto in terapia ART, apparentemente efficace, almeno dal punto di vista clinico, ma già fallimentare dal punto di vista virologico, possa progredire lentamente ma inesorabilmente verso l’AIDS conclamata - anche se è in trattamento - e infettare altri soggetti con virus già resistenti ai farmaci. Nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo manca la disponibilità di terapie di seconda linea, da usare quando fallisce la prima linea e questo aumenta la possibilità che circolino sempre più virus resistenti ai farmaci ART.

¹³ Medici Senza Frontiere, *op. cit.*

Un'eventuale battuta di arresto dei finanziamenti avrebbe l'ulteriore effetto di compromettere anche la salute materna e infantile. Come evidenziato dal recente studio pubblicato su *The Lancet*, l'AIDS ha causato la morte di 60.000 madri nel mondo nel 2008, pari al 18% della mortalità materna¹⁴.

E' pertanto prioritario che nell'allocatione delle risorse destinate alla pandemia si tenga conto anche della necessità di finanziare i servizi per la salute sessuale e riproduttiva e di integrare un approccio di genere nelle politiche di prevenzione, trattamento cura e supporto, nel rispetto delle raccomandazioni espresse in materia in ambito europeo e internazionale e delle policy adottate dal Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria e da ultimo, anche da UNAIDS¹⁵.

Se intende essere coerente con la sua missione, l'Osservatorio dovrà dunque farsi portavoce presso l'opinione pubblica e il Governo italiano della necessità di mantenere e aumentare i flussi di finanziamento per la lotta contro l'AIDS.

La Conferenza di Rifinanziamento del Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria dello scorso ottobre è stata in questo senso un banco di prova: l'Osservatorio ha infatti scelto di schierarsi con le reti internazionali della società civile, per una richiesta di finanziamento del cosiddetto "Scenario 3", il più alto fra quelli previsti. Lo scenario 3 prevede infatti 20 miliardi di dollari nel triennio 2011-2013 per garantire sia la "*continuation of funding of existing programs*", sia lo *scaling up* di "*well-performing programs, allowing for more rapid progress towards achievement of the health-related Millennium Development Goals*"¹⁶. La richiesta fatta al Governo italiano è stata di passare dagli attuali 130 milioni di Euro all'anno a 198 milioni Euro all'anno, con un aumento significativo rispetto alle quote versate in passato.

Rivedere modalità e strumenti, definire priorità

Non basta chiedere più fondi: anche in termini di efficacia comunicativa, è importante indicare come si ritiene che essi dovrebbero essere impiegati, per rispondere in modo efficace alle caratteristiche e tendenze dell'epidemia e alle criticità che sono state evidenziate.

L'azione globale contro l'AIDS richiede tempi lunghi per dare risultati stabili e definitivi: per questo è importante spostare l'accento dall'aiuto di emergenza - che concentra in un periodo limitato le risorse di tutti gli attori coinvolti - allo sviluppo di un sistema sostenibile di servizi, sul versante sanitario e sociale, innestato nelle realtà locali.

In quest'ottica, il **cosiddetto approccio verticale**, cioè centrato sull'enfasi a una o più malattie specifiche (vedi Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tubercolosi e la Malaria) va **gradualmente** ma decisamente sostituito con un **approccio orizzontale**, cioè con un'attenzione portata sul rafforzamento dei sistemi sanitari in generale. In questo modo tutto il pacchetto della prevenzione, trattamento, cura e supporto diventa più un fatto di normalità e gestione quotidiana da parte di strutture locali messe in condizione di funzionare con un livello di efficienza adeguato agli

¹⁴ The Lancet, Volume 375, Issue 9726, 8 maggio 2010, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60547-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60547-8/fulltext).

¹⁵ Commission of the European Communities COM(2007) 100 final, Communication from the Commission to the European Parliament and the Council, *Gender Equality and Women Empowerment in Development Cooperation* [SEC(2007) 332], marzo 2007; GFATM, *The Global Fund's Strategy for Ensuring Gender Equality in the Response to HIV/AIDS Tuberculosis and Malaria*, 2008; UNAIDS, *Agenda for Accelerated Country Action for Women, Girls, Gender Equality and HIV. Operational plan for the UNAIDS action framework: addressing women, girls, gender equality and HIV, 2010 – 2014*, 2010.

¹⁶ GFATM, *Resource Scenarios 2011-2013*, marzo 2010, http://www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/Resource_Scenarios_en.pdf.

standard internazionali. Questa sostituzione parziale e intermedia fra verticale ed orizzontale è stata affrontata dal Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tuberculosis e la Malaria nel 2007 attraverso l'adozione di un **approccio diagonale**¹⁷.

In questo contesto, l'Osservatorio seguirà pertanto con attenzione la creazione di una piattaforma tra Fondo Globale, Banca Mondiale e GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation), con il contributo tecnico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; tale piattaforma intende offrire proprio un canale di finanziamento destinato al rafforzamento dei sistemi sanitari.

L'accesso alla terapia in buone condizioni di salute e con farmaci di migliore qualità, può rivelarsi strategico per facilitare questo passaggio, anche se richiede necessariamente un più forte investimento all'inizio.

Se facciamo nostro il concetto di emergenza di lungo termine, gli stessi target dell'accesso vanno riletti e riscadenzati: l'obiettivo di raggiungere una certa percentuale di accesso ai servizi nel tempo stabilito non può diventare un'ossessione, compromettendo un consolidamento prudente e sensato dei risultati: in particolare, puntare all'**aumento dell'aderenza** (dal 60% all'80%), anche in presenza di tassi di accesso relativamente stabili, potrebbe forse rivelarsi l'obiettivo chiave del prossimo triennio. Esso implica, infatti, un'attenzione particolare a rafforzare quei sistemi locali – non solo sanitari, ma anche sociali – che rendono l'accesso un successo stabile e duraturo.

Nella direzione del rafforzamento dei sistemi sanitari e sociali, l'esperienza sul campo ha dimostrato il ruolo strategico svolto dai gruppi e dalle organizzazioni della società civile, sia a livello dell'assistenza domiciliare, della lotta contro lo stigma e contro la violenza domestica sia a livello di rappresentanza e di responsabilità della società civile, sul piano globale e nei Country Coordinating Mechanisms (CCM).

In questo contesto, è determinante promuovere l'accesso dei gruppi e delle organizzazioni di donne, non soltanto ai servizi sociali e sanitari, ma anche ai processi decisionali rilevanti. A tale fine, l'azione globale contro l'AIDS è chiamata ad adottare a tutti i livelli strategie mirate a rimuovere le cause di natura economica, sociale e culturale che limitano l'accesso delle donne, a promuovere l'integrazione di una prospettiva di genere in tutte le politiche, i programmi e i progetti sociali e sanitari e, infine, ad adottare azioni specifiche volte a promuovere l'*empowerment* delle donne.

In coerenza con questo approccio, l'Osservatorio rivolge le seguenti raccomandazioni ai Governi, alle agenzie multilaterali, ai ministeri della salute locali, alla comunità dei donatori e alla società civile:

1. **promuovere il decentramento dei servizi HIV dai centri nazionali/regionali ai presidi periferici**, attraverso il miglioramento delle infrastrutture e lo sviluppo di capacità e competenze locali, al fine di migliorare il *follow up* e garantire completezza e continuità di assistenza nei diversi momenti della vita delle persone HIV positive e delle famiglie coinvolte. A questo scopo, è fondamentale anche che i finanziamenti e gli interventi per l'HIV siano integrati all'interno dei piani sanitari nazionali dei paesi

¹⁷ L'approccio diagonale, adottato dal Fondo Globale per la Lotta contro l'AIDS, la Tuberculosis e la Malaria nel 2007, prevede che le azioni "verticali" adottate per far fronte alle tre pandemie vengano integrate maggiormente con azioni "orizzontali" di rafforzamento dei sistemi sanitari. Questo approccio è essenziale, tra l'altro, per affrontare efficacemente i problemi dei pazienti "complessi", come ad esempio le persone sieropositive e quelle malate di AIDS che rischiano di contrarre la tubercolosi e che dovrebbero, per questo, poter aver accesso a specifici e regolari trattamenti di prevenzione e cura (vedi il documento della Coalizione Italiana contro la Povertà pubblicato in occasione del Vertice G8 2009, *Le sfide globali e le proposte della società civile italiana*).

2. **promuovere la fornitura di servizi di salute sessuale e riproduttiva e per la maternità a tutti i livelli: comunità, centri di salute e ospedali**, al fine di rafforzare il ruolo delle donne e degli adolescenti nella società e di aumentare l'accesso delle donne in gravidanza alle cure ostetriche e ai servizi di PMTCT (Prevention Mother-to-Child Transmission), così come la cura del neonato e il suo *follow up*¹⁸
3. **supportare e migliorare il sistema informativo sanitario (SIS) per il monitoraggio e la valutazione dei programmi per l'Accesso Universale**, con un'attenzione particolare all'impiego di indicatori e strumenti omogenei, inclusi quelli di genere e alla formazione del personale locale
4. **spostare il focus delle azioni di sensibilizzazione, educazione e counselling dall'individuo alla famiglia**, per sostenere l'iniziativa delle donne e garantire l'accesso ai servizi di prevenzione e cura dell'intero nucleo familiare, a partire dalle diverse condizioni e bisogni
5. **incrementare il coinvolgimento di personale non sanitario nella gestione dei servizi a livello periferico** (*expert clients, mother-to-mother counselors, community counsellors*) e **garantirne l'adeguata formazione** per ridurre la pressione sul personale sanitario e migliorare qualità e copertura delle attività di "*counselling*", "*follow up*", sostegno alimentare e sostegno psico-sociale¹⁹
6. **incrementare la quantità e la qualità del personale sanitario professionista**, la cui scarsità costituisce oggi uno dei principali ostacoli allo *scale up* dei servizi sanitari, **inclusi quelli per l'HIV/AIDS; promuovere un approccio di *task shifting* alla gestione del personale sanitario**, attraverso il quale determinate mansioni vengono affidate, ove appropriato, a operatori sanitari meno specializzati, opportunamente sostenuti e supervisionati
7. **implementare gradualmente le nuove linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per l'accesso alle cure sotto la soglia dei 350 CD4** e promuovere l'uso di prime linee migliorate per la terapia antiretrovirale, essenziali per evitare il trattamento degli effetti collaterali ed evitare i costi economici e sociali della malattia
8. **potenziare i gruppi e le organizzazioni della società civile, in particolare quelle delle donne e di adolescenti e i gruppi di supporto delle persone HIV positive**, in grado di fornire un adeguato sostegno alle persone e alle famiglie vulnerabili, nel campo del supporto alimentare e psico-sociale, della lotta allo stigma e della violenza domestica, dell'affermazione dei diritti delle persone sieropositive e dei malati di AIDS, al fine di rimuovere ogni discriminazione e superare ogni barriera culturale/di genere, sociale ed economica che limita l'accesso ai servizi
9. **rafforzare il ruolo di rappresentanza e di responsabilità della società civile a livello globale e nei Country Coordinating Mechanisms (CCM)**, in quanto portatrice in modo più diretto di bisogni ed obiettivi delle fasce sociali vulnerabili e utilizzare i CCM come punto di partenza per il coinvolgimento di tutti gli attori coinvolti nella lotta contro l'HIV/AIDS

¹⁸ UNICEF, *Children and AIDS. Fourth Stocktaking Report*, dicembre 2009.

¹⁹ Per le raccomandazioni 4 e 5 vedi Gruppo di Lavoro AIDS del Tavolo Africa della Regione Toscana, *Obiettivi, Principi e Raccomandazioni per la Cooperazione decentrata toscana*, marzo 2010.

10. **studiare metodi per la sostenibilità a lungo termine**, come per esempio i sistemi di assicurazione sanitaria (mutualistici²⁰) strutturati efficacemente a livello locale, con l'obiettivo di contribuire a consolidare finanziariamente i sistemi sanitari. Elaborare un approccio mutualistico solidale e adatto al contesto culturale, sociale e politico in cui opera (non può essere la semplice trasposizione di un modello importato), che permetta l'accesso alle cure a tutti, che sia partecipativo e senza scopo di lucro.

L'Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'AIDS è una rete di 20 organizzazioni non governative impegnate nella lotta contro l'AIDS e contro la povertà nei paesi del Sud del mondo.

Aderiscono all'Osservatorio:

ACRA, ActionAid, AIDOS, AMREF, Ass. Papa Giovanni XXIII, CCM, CeLIM, CESTAS, CESVI, COOPI, COSPE, COSV, GVC, Intervita Onlus, ISCOS, Medici con l'Africa CUAMM, Medicus Mundi Italia, Progetto Sviluppo, Ricerca&Cooperazione, World Friends.

Osservatorio Italiano sull'Azione Globale contro l'AIDS

Italian Network against AIDS

Via G. Devoti, 16 - 00167 Roma - Italia

tel. +39 06 66019189; +39 388 8414818 - fax +39 06 66032774

e-mail: osservatorioaids@ong.it; www.osservatorioaids.it

²⁰ Il meccanismo mutualistico ha fatto proprie le esperienze delle assicurazioni private, adattandole alle caratteristiche socioeconomiche delle popolazioni che vivono di economia informale, che restano escluse dai regimi formali e dalle assicurazioni commerciali. Queste ultime, pertanto, costituiscono la risposta adeguata per raggiungere l'obiettivo della copertura universale nei paesi con scarso o medio reddito. Le mutue non hanno come obiettivo primario quello di sostituirsi agli Stati, ma costituiscono un'alternativa per sormontare le barriere d'accesso alle cure mediche e permettere un migliore accesso alle cure di qualità per tutti i cittadini, a prescindere dai rispettivi redditi, spingendo lo Stato a reinvestire in questo settore.

Vedi Parlamento Europeo, Commissione per lo Sviluppo, relatrice Véronique De Keyser, *Progetto di relazione sui sistemi sanitari nell'Africa subsahariana e la sanità mondiale (2010/2070(INI)*, giugno 2010.