

SECONDO LE STIME DELL'OMS CIRCA 33,4 MILIONI DI PERSONE NEL MONDO SONO CONTAGIATE DAL VIRUS HIV E CIRCA 1,8 MILIONI SONO MORTE NEL 2009. L'80% DEI SIEROPOSITIVI VIVE IN ASIA (13%) O IN AFRICA (67%), CIOÈ IN AREE GEOGRAFICHE DOVE IL REDDITO PROCAPITE È TRA I PIÙ BASSI DEL MONDO E DOVE I SISTEMI SANITARI SONO FINANZIATI AL DI SOTTO DEL LIVELLO MINIMO NECESSARIO PER GARANTIRE LE CURE PRIMARIE, SECONDO QUANDO È STABILITO DALLA BANCA MONDIALE, OVVERO CIRCA 40 DOLLARI PROCAPITE L'ANNO.

Aids

accesso
generale alle cure
promessa
mancata

FABIO MANENTI



Fabio Manenti, medico chirurgo specializzato in Chirurgia d'urgenza e Pronto soccorso. È stato in Uganda come responsabile del Reparto di Chirurgia e Direttore sanitario nell'Ospedale di Matany; in Etiopia come Direttore sanitario nell'Ospedale di Wolisso. Dal 2008 è responsabile del Settore Progetti di *Medici con l'Africa Cuamm*.

I FARMACI ANTIRETROVIRALI

Il tasso di sieropositività si è ridotto globalmente grazie alle campagne di prevenzione degli anni '90 fino allo 0,8%, anche se resta particolarmente alto nell'Africa sub-sahariana con una prevalenza, in media, del 5%. Dalla scoperta dell'efficacia dei farmaci antiretrovirali al loro uso sistematico nei paesi sviluppati si è dimostrato che è possibile ridurre il peso dell'Aids in termini di mortalità e morbilità, così come il controllo della diffusione dell'infezione da Hiv. La trasformazione dell'Hiv in una malattia cronica da parte dei farmaci, unita ai loro pesanti effetti collaterali, mettono in dubbio la loro efficacia e la sostenibilità di una terapia che deve durare per tutta la vita. Una volta resi disponibili i farmaci antiretrovirali su larga scala e a costi limitati, nella prima metà degli anni 2000, numerosi paesi a risorse limitate, come quelli dell'Africa sub-sahariana, hanno iniziato pro-

grammi ambiziosi per garantirne l'accesso universale. Alla base di queste scelte c'è la disponibilità di iniziative e interventi globali tesi a garantire la copertura dei costi della terapia, altrimenti proibitiva per paesi a basso reddito (Global Fund, Pefpar, ecc.). Tali paesi mediamente sostengono una spesa sanitaria procapite annua tra i 5 e i 20 dollari, a fronte di costi per la sola terapia antiretrovirale di 350-500 dollari procapite all'anno.

L'ESEMPIO ETIOPIA

Si pensi ad esempio ai costi necessari per un paese come l'Etiopia dove si stima che le persone che necessitano di terapia siano almeno 300mila. Se il governo etiope dovesse coprire tale spesa impiegherebbe da un quarto alla metà delle risorse stanziare per la salute di tutta la popolazione, cioè impiegherebbe le risorse che di solito utilizza per i servizi sanitari rivolti a 20-



BOSTON.COM



RALIT

Il problema delle risorse

Stumenti globali di finanziamento dei costi del programma antiretrovirale hanno garantito l'incremento vertiginoso di finanziamento che è passato, a livello globale, da 1,6 miliardi di dollari nel 2001 a 13,8 miliardi di dollari nel 2008. Si tratta di cifre ancora molto al di sotto dei 25 miliardi stimati per garantire l'accesso universale per il 2010. Un grosso impegno "politico" che i donatori dei paesi occidentali non hanno mantenuto completamente, soprattutto negli ultimi anni, anche a causa della crisi finanziaria e delle difficoltà globali. Basti pensare che il più importante Fondo Globale per la lotta all'Aids, tubercolosi e malaria ha registrato un minor gettito di 5 miliardi di dollari rispetto a quelli promessi dai grandi donatori.

Nonostante i cospicui investimenti e gli sforzi a livello globale, i risultati non sono stati secondo le attese, anche se non possiamo nascondere che, in molti paesi, si documenta un aumento dell'accesso alle cure e una riduzione della sieroprevalenza, soprattutto se si analizza non solo quanti pazienti sono stati messi in terapia, ma anche quanti di questi continuano a beneficiare della terapia che deve durare per tutta la vita.



BEN CURTIS/ASSOCIATED PRESS

40 milioni di persone, per i "soli" 300 mila affetti da Aids. E questo solo per il costo dei farmaci, senza tener conto dei costi delle risorse umane qualificate per l'assistenza, la diagnostica, le infrastrutture e gli equipaggiamenti, altrettanto necessari. A tutt'oggi nessun paese a basso reddito ha raggiunto l'accesso universale alle cure antiretrovirali e nonostante i grandi sforzi e investimenti, solo dal 20% al 50% dei pazienti ha accesso alle cure. Dei 2 milioni di bambini positivi, solo il 20% è in trattamento e la prevenzione della trasmissione da madre a figlio durante il parto è garantita in meno del 50% delle gravidanze, anche se quest'ultima risulta essere la componente meno onerosa dal punto di vista economico e delle risorse umane impiegate.

INTERRUZIONI DEL TRATTAMENTO

Da una revisione su oltre 200 mila pazienti in paesi dell'Africa sub-sahariana, il tasso di ri-

tenzione in trattamento è solo del 64%. Dopo 36 mesi dall'inizio della terapia, un paziente su tre interrompe, per vari motivi, il trattamento. Le cause di questo alto tasso di abbandono sono dovute ai costi diretti e indiretti che il paziente deve affrontare: i sistemi sanitari non offrono tutti i servizi gratuitamente (costi diretti) e a questi si devono aggiungere i costi di trasporto (indiretti) verso le strutture dove poter ricevere consulenza e trattamento o i costi per il pernottamento lontano dalla propria residenza, in attesa dei risultati degli esami di laboratorio.

Si consideri infatti che, nei paesi a basso reddito, i centri sanitari che offrono tali servizi, pur essendo molto aumentati, passando dai 78 mila

In alto: campo profughi di Dagahaley (Kenya), pediatra di Msf controlla alcuni pazienti presso l'ospedale del gruppo di aiuto.

In basso: Karen, periferia di Nairobi (Kenya), 30 novembre 2011: casa per bambini orfani affetti da Hiv.

Nel 2006 l'Oms ha lanciato l'allarme della mancanza di 4 milioni di risorse umane nei paesi a basso reddito per fronteggiare la domanda di servizi sanitari

nel 2008 a 107mila nel 2009, sono situati per lo più nei centri urbani, cosa che aumenta quindi la differenza (disuguaglianza) tra aree rurali e urbane nella possibilità di accesso alle cure.

LA SCARSITÀ DELLE RISORSE UMANE

Tuttavia come già rilevato agli inizi dell'espansione della terapia antiretrovirale, il fattore cruciale è (e resta) la scarsità di risorse umane in grado di far fronte al carico di lavoro necessario a seguire un così alto e complesso numero di pazienti. Nel 2006 infatti l'Oms ha lanciato l'allarme della mancanza di 4 milioni di risorse umane nei paesi a basso reddito per fronteggiare la domanda di servizi sanitari.

Da lì, diverse politiche di formazione "accelerata" di quadri sanitari e di *task shifting* hanno messo a disposizione dei servizi sanitari un numero maggiore di personale, non sempre qualificato, e ha assegnato funzioni cliniche sempre più complesse a personale infermieristico. Allo stesso tempo, politiche di decentralizzazione dei servizi di diagnostica e cura hanno tentato di ridurre il problema "distanza" favorendo l'accesso a un numero maggiore di pazienti, ma aumentando le attività dei centri di salute senza che questi fossero sufficientemente adeguati in termini di capacità e di risorse, per rispondere a maggiori carichi di lavoro e all'aumento del livello di organizzazione.

DECENTRARE E INTEGRARE I SERVIZI

Esistono poi tentativi di aumentare l'accesso alle cure attraverso la decentralizzazione e l'integrazione dei servizi in quelli generali delle strutture sanitarie, come ad esempio, con la clinica antitubercolare e la clinica pre e post natale per la prevenzione della trasmissione verticale del virus, ovvero la trasmissione da madre a figlio. Un esempio di questo tipo è quello di Beira in Mozambico, dove *Medici con l'Africa Cuamm* sostiene un progetto di cura dell'Hiv pediatrico dal 2006. Nel 2009 è stata decisa dal ministero della salute, la decentralizzazione dei servizi di *screening* e di cura pediatrica per l'Aids, spostando quindi il servizio dall'ospedale centrale a sei centri di salute sparsi nella città. Si sono decentrati lo *screening* e l'avvio alla terapia, ma purtroppo non i servizi di laboratorio perchè troppo costosi. Il risultato è che meno del 10% dei bambini e delle donne gravide



che necessitano di iniziare la terapia, la iniziano come raccomandato entro 45 giorni, mentre circa il 60% dei bambini e il 75% delle donne in gravidanza che necessitano di terapia, non la iniziano affatto. Le conseguenze sono da un lato un grande spreco di risorse cliniche e diagnostiche, dall'altro il costo-opportunità di non diagnosticare e curare, magari in modo "più appropriato", altri problemi di salute.

INSUFFICIENTE RAPPORTO COSTI-BENEFICI

Un altro esempio è quello dell'ospedale di Wolisso in Etiopia dove dal 2006, grazie alla spinta del programma nazionale supportato da Usaid e dalle Università americane per la componente tecnica, si è aperta la clinica antiretrovirale, che ha avuto il supporto solo parzialmente, da un punto di vista economico, dei progetti appena citati. Nel 2010 sono state testate 16.448 persone di cui 1.735 gravide durante la visita prenatale con solo 9 sieropositive (0,5%). Dal 2006 sono stati arruolati al trattamento 1.531 pazienti. Nel 2010 dei 229 nuovi pazienti in trat-

In alto: Uganda, una donna si sottopone a un test dell'Hiv.

In basso: Wolisso (Etiopia), il dr. Fabio Manenti di *Medici con l'Africa Cuamm* all'Ospedale San Luca.

tamento 36 sono morti (16%) e 64 sono stati persi al *follow-up* (28%). Sono dati non certo incoraggianti, se pensiamo ai costi economici e organizzativi necessari per identificare tali pazienti, che poi si “perdono” per diversi motivi: perché la terapia viene iniziata troppo tardi a causa della diffidenza e dello stigma ancora pre-

sta comportando gravi problemi per i paesi a risorse limitate? Già il Fondo globale e l’Oms, hanno rilevato l’inefficacia dell’approccio verticale e la mancanza di meccanismi veri di integrazione nei poveri sistemi sanitari di questi paesi; ora infatti si parla di rafforzamento dei sistemi sanitari, di integrazione della preven-

Il caso Uganda

Per quanto riguarda la prevenzione e gli sforzi compiuti negli anni '90 nei paesi a maggior sieroprevalenza si può dire che questi hanno portato buoni risultati. L'Uganda è stato il primo paese a iniziare tale politica e a documentare una riduzione a livello nazionale dal 18% nel 1992 al 4,1% nel 2004. Focus della strategia preventiva è stato l'Abc (*Abstinence, Be faithful, Condom use*) che, come in altri paesi, ha contribuito in modo innegabile alla diminu-

zione della prevalenza, prima dell'arrivo della terapia antiretrovirale.

Tuttavia al riguardo permangono pareri contrastanti ed esistono studi che documenterebbero come l'utilizzo del condom non sia stato determinante, ma piuttosto che gli altri lo siano stati molto di più. È anche certo che negli anni '90 l'Uganda ha conosciuto una rapida crescita economica e quindi un generale miglioramento della qualità di vita che, se pur minimo in media, può aver influito sullo stato generale di salute e quindi sulla minor suscettibilità alla trasmissione del virus.

Ma al di là di cosa abbia davvero funzionato, resta il fatto che con l'avvento e la dif-

fusione della terapia l'allerta generale che si era creato è venuto meno, tanto che nel paese nel 2009, la sieroprevalenza è aumentata al 6,5%. Diverse sono le interpretazioni: da una parte si ipotizza che grazie all'aumento della sopravvivenza, dovuto alla terapia, l'Aids non è più percepito come malattia mortale e/o addirittura che la presenza della terapia scoraggi l'uso di meccanismi di prevenzione; dall'altra che si tratti di un effetto “naturale” per cui dopo una certa riduzione della prevalenza si “riformi” un gruppo di persone suscettibili consentendo quindi la ripresa dell'aumento della percentuale di sieropositività nella popolazione.

senti; per le difficoltà, le distanze e i costi che i pazienti devono affrontare per seguire un trattamento complesso. Sorge quindi la domanda di come migliorare il *follow-up* di questi pazienti, ma anche di come garantire il miglior rapporto costo-beneficio e costo-opportunità, considerando anche i rischi di creare resistenze ai farmaci, interrompendo o gestendo male una terapia. Senza dimenticare in tutto questo scenario altri problemi, altrettanto drammatici e urgenti, come la malnutrizione severa o il parto complicato, che invece non ricevono la stessa attenzione da un punto di vista economico. I due esempi citati non sono dei casi particolari, ma gli stessi risultati sono in realtà documentati in molti altri paesi a basso reddito, a sottolineare appunto che il garantire la terapia per l'Aids resta una grandissima sfida in tali contesti.

UNA RISPOSTA INTEGRATA

Ma allora quali conclusioni trarre dall'approccio fin qui sostenuto, nei confronti di una malattia grave e complessa che ha comportato e

zione della trasmissione materno-fetale nei pacchetti di clinica prenatale e assistenza al parto, di integrazione dei servizi Hiv nei servizi di prevenzione e controllo della tubercolosi e così via. Si parla cioè semplicemente di organizzare i servizi in modo comprensivo e integrato, per rispondere al meglio e con le risorse disponibili a tutti i problemi di salute, nel rispetto della gravità, ma garantendo l'equità di accesso a tutti, secondo i propri bisogni.

In definitiva, solo ricordando che ogni paziente ha gli stessi diritti degli altri di ricevere le cure di cui ha bisogno, e che la disponibilità e offerta di un servizio, piuttosto che un altro, sono strettamente legati alle risorse disponibili, si potranno fare delle scelte che non vadano, sull'onda dell'imperativo “morale” di offrire una terapia a tutti i costi, a sovraccaricare sistemi sanitari già deboli, rischiando di compromettere i risultati per tutti e come sempre per i più deboli. E questo senza sospettare che dietro l'“imperativo morale” ci siano interessi commerciali precisi.

FABIO MANENTI