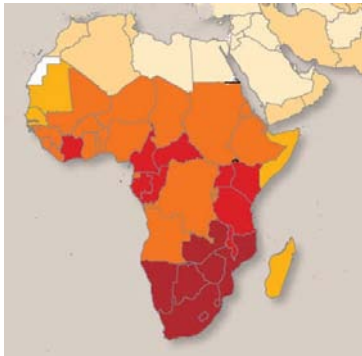




Progetto Stop-Sida

Campagna contro l'AIDS nel territorio di Ayamé



L'AIDS in Africa (gli stati più colpiti sono indicati con i colori più scuri)

La situazione

Sarebbero 570.000 le persone affette da HIV/AIDS (WHO, 2003) in Costa d'Avorio, secondo [l'Organizzazione Mondiale della Sanità \(WHO\)](#). L'epidemia colpisce soprattutto gli adulti che vivono nelle aree urbane (con una percentuale tra il 4,9 e il 10 %: la più alta in Africa Occidentale). I dati raccolti nelle visite prenatali segnalano un leggero decremento dell'epidemia dal 1998. Ciò nonostante, nel 2003, la stima delle donne affette ammonta a 300.000. Nel 2001 il 78% dei soggetti sieropositivi aveva un'età tra i 20 e i 49 anni. Tra le categorie sociali più a rischio: i militari, gli sfollati, le donne in condizioni socioeconomiche precarie, i migranti, le prostitute.

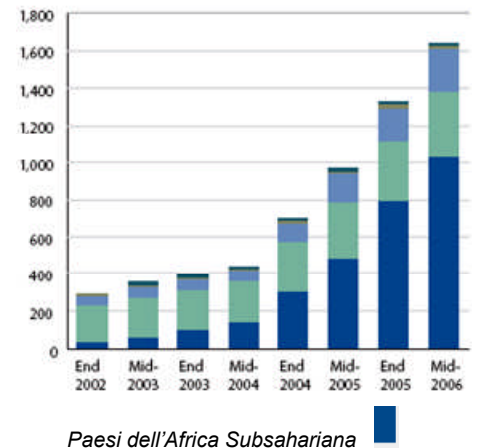
Nota di approfondimento (1)

Gli aiuti internazionali e il programma nazionale

Oltre all'azione dell'[Organizzazione Mondiale della Sanità \(WHO\)](#), tra le più rilevanti iniziative internazionali che in Costa d'Avorio cercano di contrastare l'HIV/AIDS emergono certamente: [l'US President's Emergency Plan for AIDS Relief \(PEPFAR\)](#), il [Fondo Globale](#) (che si occupa anche di altre gravi patologie, come la Tbc e la malaria), il [Joint United Nations Programme on HIV/AIDS \(UNAIDS\)](#), l'[United Nations Development Programme \(UNDP\)](#). Altri organismi operano in attuazione di accordi tra la Costa d'Avorio e singoli Stati, unitamente a Organizzazioni Non Governative di varia provenienza. Coordinandosi con i soccorsi internazionali, il [Governo ivoriano](#) –in una prospettiva di decentralizzazione- ha elaborato un piano nazionale rivolto soprattutto alla distribuzione su tutto il territorio dei farmaci antiretrovirali e ad aumentare e qualificare le risorse umane, in modo da estendere su tutto il territorio l'accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi, cura e di supporto psicologico e sociale ai malati. Gli alti costi rappresentano la principale difficoltà per lo svolgimento di un simile programma.

Nota di approfondimento (2)

Dal 2002 al 2006 sono triplicate le persone di basso-medio reddito che hanno beneficiato delle terapie antiretrovirali (Fonte: WHO/UNAIDS)



Paesi dell'Africa Subsahariana

L'attività dell'Ospedale Generale di Ayamé (HGA)



L'Ospedale Generale di Ayamé, sostenuto dall'Agenzia fin dal 1991, è un esempio significativo della decentralizzazione della campagna contro l'AIDS. E' situato nella regione del Sud-Comoé in una tipica zona rurale. L'Ospedale – dopo che ne è stata verificata l'idoneità complessiva- è stato ammesso nel 2005 a partecipare al piano nazionale e svolge le attività dal medesimo previste: la somministrazione della terapia antiretrovirale (TARV); la prevenzione della trasmissione dell'HIV dalle madri ai neonati (PTME); e la presa in carico dei pazienti per la gestione della terapia ARV (PEC). Nel gennaio 2007 è iniziato un servizio di assistenza domiciliare in favore dei pazienti sieropositivi di Ayamé e dei villaggi limitrofi.

Nota di approfondimento (3)

L'impegno dell'Agenzia

Il sostegno finanziario e scientifico dell'Agenzia all'HGA ha favorito il suo accreditamento nel 2005 come *Centro di prevenzione e cura dell'HIV/AIDS*. A tal fine era infatti necessario dimostrare l'idoneità dei servizi di laboratorio e l'Agenzia ha provveduto all'acquisto dell'apparecchio per la conta dei linfociti-CD4+. Occorreva anche procedere alla formazione del personale medico e paramedico (poi potenziato con l'assunzione di nuovi medici) per la presa in carico dei pazienti e per la gestione delle terapie antiretrovirali.



Il citofluorimetro per la conta dei linfociti CD4+ donato dall'Agenzia

Anche in questo caso, l'Agenzia ha fornito il necessario supporto, grazie ai cofinanziamenti ottenuti dalle *Fondazioni Ravasi e Cariplo* di Milano. Decisiva è stata, a livello scientifico, la collaborazione con l'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia. In particolare,

la Clinica *Ematologica* e la Clinica di *Malattie Infettive*, con le rispettive Scuole di Specializzazione, hanno consentito a loro medici importanti missioni ad Ayamé per avviare e impostare la formazione del personale locale.

[Nota di approfondimento \(4\)](#)



A *Diakité Dougou* (al confine con il Ghana), il 7 maggio 2008, è stata inaugurata la prima "Antenna": un piccolo dispensario (*Case de Santé*), alimentato da pannelli solari fotovoltaici.



Le prospettive e le necessità

L'attività di dépistage ha messo in evidenza nuovi problemi e nuove necessità. I malati di AIDS oltre alle cure mediche hanno bisogno di assistenza sociale e psicologica e di concreti aiuti anche alimentari. L'Ospedale di Ayamé e l'Agenzia stanno considerando la possibilità di richiedere un intervento del Programma Alimentare Mondiale. L'esperienza fin qui maturata ha inoltre rivelato l'importanza delle visite a domicilio, in quanto favoriscono una presa di coscienza sulla malattia, sui suoi effetti e sulle concrete possibilità di convivere con essa. Ecco che la diffusione sul territorio di adeguati presidi sanitari ("le antenne dell'Ospedale") diviene davvero per l'immediato futuro una prospettiva strategica su cui l'Agenzia dovrà impegnarsi a fondo.

[Nota di approfondimento \(5\)](#)

Note di approfondimento

a cura di *Chiara Bodini*
(Scuola di Specializzazione in Malattie infettive dell'Università di Pavia)

[Approfondimento 1](#)

La perdurante crisi politica e militare del Paese ha compromesso gravemente le sue già limitate infrastrutture sanitarie e la disponibilità di un adeguato e sufficiente personale medico, soprattutto nelle regioni del Nord. Mancano, soprattutto, laboratori attrezzati. L'azione contro l'Aids si concentra per lo più in pochi centri del Sud e, in particolare, ad Abidjan. Si veda il rapporto dell'OMS:
http://www.who.int/hiv/HIVCP_CIV.pdf . [\(sopra\)](#)

[Approfondimento 2](#)

Negli ultimi anni, sono stati attivati diversi servizi di *counselling* e test per HIV ed il Governo ivoriano ha adottato le linee guida di *screening* e di trattamento dei malati raccomandate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. I farmaci antiretrovirali sono disponibili presso la *Pharmacie de la Santé Publique* (PSP) e vengono prescritti da centri sanitari accreditati (sulla base di standard tecnici e di professionalità verificati dai Ministeri della Salute e per la Lotta al SIDA). Il costo di un regime di prima linea per persona è sceso, nel settembre 2005, da circa 40 dollari (nel 2004) a circa 36 dollari all'anno. I pazienti partecipano alle spese dei farmaci e di laboratorio con un contributo mensile di 1.000 franchi CFA (circa un Euro e mezzo). Tali proventi sono destinati a un fondo nazionale per finanziare l'acquisto dei farmaci antiretrovirali quando, nel 2009, saranno esaurite le risorse messe a disposizione del *Fondo Globale*. Per la prevenzione della trasmissione materno-fetale e per i minori di 15 anni le cure sono gratuite. La PSP fornisce gratuitamente anche i reattivi per i test di laboratorio *Genie II* e *Determine HIV* e tutto il materiale di consumo necessario alle analisi di laboratorio.
[\(sopra\)](#)

[Approfondimento 3](#)

I servizi offerti dall'HGA sono il *Dépistage*, la PTME e la PEC (adulti e bambini).

I. Il *Dépistage* (counselling + test), attivo dal 2006, è un servizio aperto al pubblico quasi tutti i giorni. La maggior parte degli utenti proviene dai reparti e dagli ambulatori ospedalieri. Dopo il colloquio, il paziente consenziente viene sottoposto a test emato-chimici (per la determinazione dei linfociti T CD4+ ed eventualmente per l'inizio della TARV). Se il test ha un esito indeterminato, lo si ripete dopo un mese; se è negativo, dopo 3 mesi. Il paziente che risulta HIV-positivo viene "preso in carico" e le sue generalità vengono registrate per un eventuale *follow up* a domicilio. Con il paziente si affronta il delicato problema dell'informazione del suo stato al partner. Si tratta di un argomento difficile, in particolare per le donne che soffrono una condizione di disparità rispetto agli uomini e che spesso si trovano in situazioni di poligamia. Sono soprattutto le donne che si rivolgono ai servizi di *dépistage*, probabilmente perché preoccupate della salute dei propri figli. Per procedere ai test nei confronti di minorenni si richiede la presenza di un genitore.

I dati relativi ai primi 100 pazienti in consultazione, 80 dei quali sottoposti a test, hanno rivelato un tasso di prevalenza di sieropositività per HIV superiore al 30% (è probabile che, inizialmente, abbiano richiesto di fruire del servizio soprattutto persone consapevoli, a rischio di infezione, e timorose di averla contratta; cosicché tale selezione spontanea del campione può aver generato una rappresentazione della realtà non completamente attendibile). Gli individui non ricoverati ("esterni"), che hanno beneficiato del servizio, sono stati 90 nel 2005 e 250 nel 2006. La prevenzione si svolge anche attraverso la distribuzione di profilattici a un prezzo minimo, nonché di materiale dimostrativo e didattico. Anche *Lumière Action*, un'associazione costituita da donne sieropositive, è impegnata nelle attività di sensibilizzazione e di educazione sanitaria.

II. Il programma di prevenzione della trasmissione materno-infantile di HIV (**PTME**) ha preso avvio nel marzo 2005. Prevede la somministrazione di *Nevirapina* in monodose alla mamma durante il travaglio e al neonato entro le prime 72 ore di vita. A tutte le donne, nel corso delle visite prenatali, viene proposto il cosiddetto "CCC" (*Communication pour un Changement de Comportement*). E' un *counselling* di gruppo che precede un colloquio personale con ciascuna donna per sollecitarne la disponibilità ai test. Molte sono sufficientemente informate sui rischi dell'HIV e, in gran parte, accettano di sottoporsi agli esami, che comprendono anche un prelievo per la determinazione dei CD4 e la valutazione di emocromo (con formula, glicemia, transaminasi, creatinina). In caso di riscontrata positività-HIV, è possibile avere subito un quadro diagnostico e terapeutico. Assai problematico –come si è già sottolineato- è il tema dell'informazione e della possibile sottoposizione ai test anche del partner: la maggioranza delle donne è restia a parlare della propria condizione al proprio marito o compagno. Il "CCC" e la contestuale prima visita prenatale (CPN1) sono gratuiti; mentre sono soggetti a *ticket* i controlli del sangue, il ferro e la profilassi antimalarica (tre compresse-Fansidar a cadenza trimestrale).

Alle mamme che partoriscono a domicilio le due dosi di *Nevirapina*, necessarie nel corso del parto, vengono consegnate durante la visita prenatale nell'HGA.

I protocolli terapeutici stabiliti dalle autorità sanitarie della Costa d'Avorio prevedono, nel caso di madre positiva per HIV1, NVP monodose al parto e al bimbo entro 72 ore o AZT dalla 28^{ma} settimana; nel caso di madre positiva per HIV2: AZT dalla 36^{ma} settimana. Viene però consigliata, se indicata (CD4 inferiori a 350/ul) e disponibile, la somministrazione di una triplice terapia alla madre dal terzo trimestre (AZT+3TC+NVP o NFV).

La prassi seguita dall'HGA è l'applicazione della terapia alle donne con meno di 200 CD4, a partire dalla 28^{ma} settimana. Se per la madre non risulta indispensabile il ricorso al TARV o se essa giunge in ospedale solo al momento del parto, si procede con NVP in monodose somministrata sia alla puerpera che al neonato. Al bambino nato a domicilio -purché arrivi nell'HGA entro 72 ore dal parto- oltre alla NVP è attualmente somministrata anche AZT per una settimana, associata a 3TC, se la mamma la assume nella TARV. Se la medesima non è stata sottoposta a nessuna profilassi, il trattamento con AZT continua per un mese. Se il bimbo arriva in ospedale dopo 72 ore, o se nasce da mamma HIV2, non si fa luogo ad alcuna terapia.

Non si procede mai a taglio cesareo. Il latte artificiale è un'opzione virtuale: raramente viene accettato dalle donne (stigma, costi elevati, condizioni igieniche precarie...).

Nell'ambito del programma PTME si ricerca la presenza del virus nei neonati attraverso la determinazione -mediante PCR- della carica virale (eseguita a pagamento in un centro specialistico di Abidjan). Ai bimbi allattati al seno la determinazione viene effettuata almeno un mese dopo lo svezzamento (che si cerca di raggiungere entro sei mesi dalla nascita). In via generale, per i bambini allattati artificialmente la prima PCR per la determinazione della carica virale è effettuata dopo sei settimane (la scelta del momento è legata al calendario vaccinale). In caso di esito positivo, si procede a una seconda PCR nella decima settimana; e, ove esso venisse confermato, viene formulata la diagnosi di sieropositività. Se la prima o la seconda PCR è negativa, a 12 mesi si procede a test sierologico, che viene comunque ripetuto per conferma definitiva a 18 mesi. In caso di allattamento al seno, il test finale deve essere praticato almeno 6 settimane dopo lo svezzamento. Se la PCR non è disponibile, ci si accontenta dell'analisi sierologica nel 12° mese di vita, o per i bimbi allattati al seno, nella sesta settimana dopo lo svezzamento.

La profilassi con *cotrimoxazolo* viene somministrata ai neonati partoriti da madre infetta al compimento dei sei mesi d'età, se sintomatici o asintomatici con CD4 inferiori a 25. Il trattamento viene interrotto quando essi sono dichiarati negativi o quando si registra un recupero dei CD4 pari o superiore al 20%, o quando per sei mesi risultano asintomatici, o in presenza di effetti collaterali maggiori.

Dei primi 15 bambini presi in cura dall'HGA, 2 sono stati definitivamente dichiarati negativi.

III.a. Il programma nazionale prevede che ogni malato sia sottoposto a terapia antiretrovirale, a visite di controllo e a esami di base; e che lo stesso possa disporre di farmaci per le infezioni opportunistiche. Il costo che grava su ciascun paziente è pari a 1.000 CFA (circa un euro e mezzo al mese). L'Agenzia copre interamente tale spesa per i pazienti in cura presso l'HGA. Tuttavia, si possono verificare interruzioni nel rifornimento dei medicinali da parte della Farmacia di Stato, in particolare gli antibiotici per le infezioni opportunistiche. In tali evenienze i malati devono provvedere di tasca propria, acquistando direttamente (a prezzo di costo) tali medicinali presso la farmacia dell'HGA o, a prezzo di mercato, presso altre farmacie private. In ogni caso i malati indigenti vengono aiutati attraverso un apposito "fondo sociale" alimentato ogni anno dall'Agenzia.

Per la diagnosi sierologica di infezione da HIV ci si avvale di due test rapidi (in prima battuta: *Determine*; in caso di positività è previsto un test di conferma: *Genie II*). Nell'ipotesi di esiti discordanti, il caso è qualificato come "indeterminato" e il controllo viene ripetuto dopo un mese (se il risultato è ancora "indeterminato", il paziente è sottoposto a periodici controlli successivi).

La prima linea per la terapia antiretrovirale dell'HIV1 è costituita da AZT o D4T+3TC+NVP o EFZ o, in alternativa, da AZT+3TC+ABC. Sono disponibili formulazioni a dosaggio fisso (AZT-3TC; AZT-3TC-ABC; D4T-3TC-NVP). La seconda linea prevede, invece, l'impiego di ABC o TDF+DDI+NFV o un IP/r. Il TDF è tuttavia presente solo nei centri di riferimento nazionale (e non nell'HGA).

Per l'HIV2 si utilizzano AZT o D4T+3TC+IP/r, oppure AZT+3TC+ ABC.

Se anche la seconda linea terapeutica risulta inefficace, il paziente è inviato in un centro specialistico per approfondimenti diagnostici e terapia personalizzata. La possibilità di eseguire in Costa d'Avorio test relativi alle resistenze a farmaci antiretrovirali non è nota, mentre vi sono ad Abidjan vari centri che, a pagamento, procedono alla determinazione della carica virale.

III.b. I protocolli per l'avvio della terapia nei confronti dei bambini si distinguono per fasce d'età. Per i minori di 12 mesi: stadio OMS 3-4 o CDC B-C, indipendentemente dai CD4; OMS 1-2 o CDC A-B con CD4 inferiori al 25%, indipendentemente dallo stadio, se i CD4 sono inferiori al 20%. Per i maggiori di 12 mesi: stadio OMS 3-4 o CDC B-C, indipendentemente dai CD4; OMS 1-2 o CDC A-B con CD4 inferiori al 20% tra 12 e 35 mesi, inferiori al 15% superiori ai 36 mesi.

Le linee guida formulate dalle autorità sanitarie ivoriane prevedono l'impiego di AZT o D4T+3TC+NFV o, in alternativa, AZT+3TC+ABC nei bambini che hanno superato i 3 mesi d'età. Dopo i 3 anni, invece, è possibile utilizzare AZT o D4T+3TC+EFZ o NFV o IP/r (LPV/r, SQV/r se più di 25 kg), oppure AZT+3TC+ABC. La seconda linea è costituita da ABC+DDI+LPV/r o NFV.

La scelta terapeutica operata nell'HGA privilegia la NVP come prima scelta, mentre, in caso di anemia, si opta per il D4T. Si associa poi sempre 3TC e ai bambini più piccoli si somministra NVP o, in alternativa, NFV se non ci sono alterazioni della funzionalità epatica; i bambini più grandi sono trattati con NVP o EFZ.

I 26 bambini in terapia ARV nel 2006-2007 presso l'HGA sono per lo più ricoverati in pediatria; due sono mancati al *follow up*. Normalmente si cerca di estendere i test di sieropositività anche ai genitori, i quali, però, non sempre si dichiarano disponibili. [\(sopra\)](#)

Approfondimento 4

L'aggiornamento continuo sul campo del personale (soprattutto) medico rappresenta uno dei compiti fondamentali della cooperazione con l'HGA. E' infatti necessario non mettere a rischio la continuità terapeutica dei pazienti finora presi in carico e ciò richiede un'attività ambulatoriale permanente con il coinvolgimento di diversi medici. La [Convenzione tra il Policlinico San Matteo e l'Ospedale Generale di Ayamé](#) è, probabilmente, lo strumento principale per perseguire un tale obiettivo: i medici pavesi, a rotazione, dovrebbero affiancare quelli ivoriani nelle attività cliniche per periodi di qualche mese e contribuire alla raccolta di dati anche a fini scientifici e di monitoraggio dei risultati. In questa prospettiva è in fase avanzata di studio da parte della Scuola di Specializzazione in Malattie infettive dell'Università di Pavia (diretta dal Prof. Lorenzo Minoli) l'elaborazione di un "piano di lavoro" per la stesura di un "progetto di salute territoriale" nel bacino di Ayamé. Occorre procedere, innanzitutto, a una mappatura delle risorse logistiche locali esistenti e da potenziare (come i dispensari e i presidi sanitari che, pur a livello ancora embrionale, si vanno diffondendo nelle località circostanti Ayamé e che rientrano nell'area di influenza-HIV). L'incremento delle missioni di medici specializzandi provenienti da più Scuole, oltre a quella di Malattie infettive, sarebbe assai importante. La Scuola di Malattie Infettive potrebbe assumersi il compito di organizzare appositi corsi per preparare il personale inviato presso l'HGA.

In questo quadro potrebbero avere ulteriore sviluppo le iniziative per la sensibilizzazione della popolazione sulle tematiche dell'AIDS e la diffusione dei servizi di *dépistage*. Grazie alla recente collaborazione tra l'HGA e la [Elizabeth Glazer Pediatric AIDS Foundation \(EGPAF\)](#), all'inizio del 2007 un tale programma, promosso dalla Caritas della Costa d'Avorio, è stato avviato per ora solo ad Ayamé nei confronti di una popolazione di 5000 persone. Di queste almeno 1000 dovrebbero essere sottoposte a test e almeno 500 dovrebbero essere prese in carico per la terapia ARV.

Le risorse attualmente disponibili consentono di far fronte alle spese per la produzione e la diffusione del materiale informativo, dei supporti audio-visivi, per i compensi al personale formatore, per i trasporti e per la preparazione dei volontari/educatori "alla pari". Nel gennaio 2007, presso l'HGA si è svolto un primo corso al quale hanno partecipato 12 persone scelte nella comunità di Ayamé (5 rappresentanti dei gruppi etnici presenti nella municipalità e 7 giovani volontari), alle quali si sono aggiunti in via sperimentale due addetti sanitari provenienti dai dispensari più remoti di Songan e di Bianouan). La formazione è durata quattro giorni con una successiva verifica delle attività di sensibilizzazione svolte sul campo dai neo-operatori, ai quali è stata affidata anche la missione di individuare nuovi candidati da proporre per i prossimi corsi di formazione. [\(sopra\)](#)

Approfondimento 5

Nel distretto sanitario di Ayamé si sono costituiti 10 dispensari, nei villaggi della *brousse*. Sono generalmente dotati di qualche posto di degenza, di un locale per il "parto sicuro", di un infermiere, di un'ostetrica e di altro personale ausiliario e volontario. Solo Bianouan, in quanto "presidio sanitario urbano", può disporre di un medico sempre presente. Queste strutture, anche per la loro localizzazione così periferica, possono contare su risorse esigue e discontinue. Non è sufficiente il sostegno delle comunità di riferimento, abitate da persone che vivono principalmente di agricoltura di sussistenza e di piccolo commercio. Gli addetti ai dispensari non sono ancora preparati sulle problematiche dell'HIV. Questo *deficit* deve essere colmato con urgenza in quanto – pur in assenza di dati di prevalenza certa – è assai verosimile che tra la popolazione rurale la malattia sia più diffusa e che, per motivi soprattutto culturali e di stigma, venga ignorata o rimossa. Dalle interviste con l'infermiere e l'ostetrica del dispensario di Bianouan, ad esempio, si è potuto constatare un senso quasi di frustrazione: il problema viene percepito, ma mancano gli strumenti, culturali ancora prima che materiali, per affrontarlo adeguatamente. L'HGA potrebbe diventare la base per questa formazione propedeutica del personale dei presidi, necessaria per le azioni di sensibilizzazione ed educazione sanitaria, per le attività di somministrazione e interpretazione del test-HIV e per l'apprendimento degli essenziali principi di terapia. Una tale rete di rapporti con l'HGA renderebbe davvero questi presidi "antenne dell'Ospedale", in grado di intercettare e risolvere i casi più semplici e di rinviare al medesimo solo i casi più complessi. In tal modo, per non poche situazioni, si eviterebbero ai malati ed ai loro familiari viaggi lunghi e impervi (soprattutto nella stagione delle piogge) dalla *brousse* ad Ayamé. Un'autoambulanza, adeguatamente attrezzata alle condizioni locali e destinata al trasporto dei malati dei villaggi, renderebbe il servizio delle "antenne" più efficace. [\(sopra\)](#)