

DREAM E MSD FOR MOTHERS IL VALORE DELLA PARTNERSHIP PUBBLICO-PRIVATO

Lo scorso 16 aprile a Roma è stato presentato il progetto 'MSD for Mothers' per contribuire all'obiettivo delle Nazioni Unite di ridurre la mortalità materna del 75% entro il 2015: cinquecento milioni di dollari sono stati stanziati a supporto di progetti di assistenza sanitaria, farmaceutica, formazione degli operatori e informazione delle popolazioni che vivono in Paesi dell'Africa subsahariana e dell'Asia Meridionale.

Nell'ambito dell'iniziativa, MSD Italia sostiene in Mozambico il 'Programma DREAM' avviato dalla Comunità di Sant'Egidio in dieci Paesi africani per contrastare la diffusione dell'AIDS e in particolare la trasmissione madre-figlio del virus dell'HIV.

In questo dossier il racconto attraverso la voce dei protagonisti di questi straordinari progetti e della partnership che ha consentito la loro trasformazione in realtà e obiettivi concreti.

L'obiettivo del progetto MSD for Mothers è la riduzione della mortalità materna. In che modo il Programma DREAM può contribuire a questo risultato?

In Africa il tasso di diffusione dell'HIV è elevatissimo: in alcuni Paesi la prevalenza arriva al 14-15% e le donne sono chiaramente le più colpite. Parliamo di giovani donne in età fertile che rimangono incinte e che affrontano la gravidanza sotto la minaccia dell'HIV, fattore che pregiudica la possibilità di far nascere un figlio sano ma anche di portare a termine la gravidanza e la stessa sopravvivenza delle madri. Una donna che arriva al parto con un'infezione acuta nell'organismo rischia seriamente di morire. Ecco perché trattare le donne in gravidanza con la triplice terapia antiretrovirale permette di raggiungere due obiettivi importantissimi: consente alle donne di sopravvivere al parto, riducendo moltissimo la mortalità materna, e fa nascere il bimbo sano, ponendo le basi per una generazione senza HIV. È un fatto ampiamente provato, sia da studi scientifici che dalla nostra esperienza sul campo, che somministrando la terapia antiretrovirale alle donne sieropositive in gravidanza si blocca la trasmissione del virus al bambino, mentre le madri arrivano al parto con un tasso d'infezione quasi azzerato e possono quindi affrontarlo senza problemi.

DREAM: un sogno fatto in Africa, una realtà per l'Africa

A colloquio con Paola Germano

Direttore Esecutivo del Programma DREAM

In cosa consiste il Programma DREAM? Su quale emergenza sanitaria è concentrato?

DREAM è un programma per la prevenzione e il trattamento dell'AIDS in Africa. È un programma avviato nel 2002 in Mozambico e che nel giro di pochi anni si è esteso in altri Paesi africani: attualmente coinvolge anche Malawi, Tanzania, Kenya, Nigeria, Repubblica Democratica del Congo, Guinea Bissau, Repubblica di Guinea, Camerun, Angola.

Uno degli obiettivi fondamentali del programma è salvare la vita delle madri e dei loro figli, dei nascituri, perché questa ci è sembrata fin dall'inizio la strategia più efficace per arrivare all'eliminazione del virus dell'HIV. Le persone con il virus in Africa sono tantissime, curare tutti è impossibile, per questo è preferibile concentrarsi su iniziative efficaci, che possano realmente azzerare la trasmissione del virus.

Come si articola in concreto questo Programma? Quali sono le attività che vengono sviluppate?

Il fulcro è l'assistenza continuativa alle donne in gravidanza e anche dopo la nascita del bambino. Questo comporta una serie di iniziative. L'azione fondamentale è la presa in carico delle donne che afferiscono ai Centri per la maternità e che vengono sottoposte a test per accertarne la sieropositività. A quel punto, in presenza di infezione, è fondamentale accompagnare la donna lungo tutto l'itinerario della gravidanza assicurandosi che aderisca alla terapia antiretrovirale. Tutto questo presuppone altre azioni: formazione del personale sanitario, attività d'informazione alle future madri, supporto anche di tipo logistico, un sistema informatico per seguire tutte le donne assistite. Ma il sostegno non si concretizza solo nel trattamento farmacologico: prevede assistenza domiciliare, supporto alla famiglia, collaborazione di altre donne che seguono la donna in gravidanza a casa aiutandola ad assumere la terapia. Inoltre è importante il supporto nutrizionale: queste donne in gravidanza con HIV sono piuttosto debilitate e, per arrivare a un parto sicuro, insieme alle terapie hanno bisogno di alimentazione equilibrata e acqua filtrata. Il tutto è completamente gratuito, aspetto tutt'altro che scontato in Africa e niente affatto secondario: la gratuità facilita l'adesione delle donne a tutto il

percorso terapeutico, mentre eventuali costi potrebbero metterla a rischio. Altra cosa da sottolineare è che il programma va oltre la gravidanza e la nascita del bambino. Purtroppo in quelle aree del mondo la vita dei neonati è a rischio e non avrebbe senso far nascere un bimbo sano e poi perderlo per una polmonite o una diarrea. Quindi noi ci concentriamo sulla salute del bambino fino al primo anno di vita e questo comporta l'educazione della madre e la formazione degli operatori sanitari.

Quali sono i risultati ottenuti fino a oggi? E le aspettative e gli sviluppi per il futuro?

I risultati sono stati subito strabilianti e questo peraltro ha generato un contagio virtuoso nel senso che, dopo i primi successi, moltissimi si sono rivolti a noi per adottare la stessa strategia in altre realtà. Gli *outcome* del Programma DREAM sono la riduzione drastica della mortalità materna, la riduzione o azzeramento della trasmissione dell'HIV da madre a figlio e la riduzione complessiva del tasso di infettività nella popolazione globale. L'impatto positivo di questi risultati sull'equilibrio delle comunità è enorme. Salvare una madre significa anche non vedere compromesso il futuro degli altri figli, oltre che la vita del nascituro.

Uno dei grandi problemi dell'Africa è la generazione di orfani creati dall'HIV. Evitare che questo accada ha enormi benefici di tipo sociale ed economico. Altro risultato, scientificamente dimostrato, è che maggiore è il numero delle persone sieropositive che si curano, minore è il numero delle persone che si contagiano e il tasso di infettività complessivo di una comunità si abbassa, avvicinando l'obiettivo di "arrivare a zero" perseguito dalle Nazioni Unite. Infine c'è un altro aspetto che merita di essere sottolineato: questo tipo di approccio con la tri-terapia permette alle madri di allattare e questa è una cosa importantissima perché una donna che non allatta subisce lo stigma della comunità.

Come si è sviluppata, su queste basi, la partnership con un attore privato come MSD?

Il Programma DREAM è operativo in Mozambico fin dal 2002. La partnership stipulata quest'anno con MSD Italia, che ha adottato il nostro Programma nell'ambito del progetto MSD For Mothers, ci permette un enorme salto di qualità. Fino a oggi si è trattato di un Programma circoscritto solo ad alcune realtà del Mozambico. Grazie al sostegno di MSD adesso possiamo puntare all'obiettivo di estendere questo Programma a tutto il Paese, sulla base di un

LE DIMENSIONI DI UN'EMERGENZA

Mortalità materna

Ogni giorno in tutto il mondo circa 800 donne perdono la vita a causa delle complicanze di una gravidanza o di un parto.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che, nel solo 2010, siano state 287.000.

Il 99% dei casi di mortalità materna avviene in Paesi in Via di Sviluppo e in contesti a risorse limitate:

- la metà dei decessi colpisce l'Africa sub-sahariana;
- un terzo dei decessi colpisce l'Asia meridionale;
- l'India registra di gran lunga il maggior numero di decessi.

La mortalità materna non è un problema che riguarda solo i Paesi in Via di Sviluppo: negli Stati Uniti il tasso di mortalità materna è quasi raddoppiato dal 1990 a oggi.

Il rischio di mortalità materna è di 1 su 4.300 nei Paesi sviluppati, mentre di 1 su 31 nei Paesi in Via di Sviluppo.

Il Niger è il Paese dove è più pericoloso partorire, in cui il rischio di mortalità materna è di 1 a 7.

Nei Paesi in Via di Sviluppo solo il 46% dei parti è assistito da personale specializzato.

In alcuni villaggi africani una sola ostetrica deve assistere contemporaneamente 60 donne che partoriscono.

L'80% dei decessi è imputabile a poche condizioni principali:



accordo con il Ministero della Sanità del Mozambico, con il coinvolgimento delle strutture sanitarie pubbliche. Lavoreremo affiancando le strutture locali per ottenere gli stessi risultati su scala nazionale e non solo nei Centri da noi gestiti. Per ora il progetto firmato con il Ministero prevede l'implementazione di questo programma in 11 Centri con la presa in carico di 5700 donne in gravidanza nell'arco di tre anni. Credo che supereremo abbondantemente questo numero.

Quali sono gli obiettivi a lungo termine di questo Programma?

L'obiettivo finale è mettere le strutture e gli operatori locali in condizione di "fare da soli". Per arrivare a questo risultato non è sufficiente creare delle strutture in cui si danno le medicine, ci vuole un approccio che segua le donne in tutto il loro percorso, che le accompagni, che le sostenga anche risolvendo i vari problemi che si presentano, che siano di natura sanitaria, sociale o psicologica. Il valore aggiunto di questo Programma è che non si basa su un approccio minimalista, ma punta a riprodurre in quei Paesi le stesse strategie di contrasto adottate in Occidente, lavorare sul piano della cultura delle popolazioni, dando piena fiducia agli operatori e alle popolazioni locali. ■ ML

- 35% a emorragie post-partum;
- 18% a pre-eclampsia e eclampsia (ipertensione gestazionale);
- 8% a infezioni;
- 9% a aborto condotto in condizioni non sicure;
- 30% ad altre co-morbilità come HIV/AIDS, malaria, infarto, etc.

Per ogni donna che muore al momento del parto, almeno altre 20 rimangono disabili a vita.

Nei prossimi dieci anni (2011-2021) si stima che circa 3 milioni di donne potrebbero morire per complicanze legate alla gravidanza e al parto.

Conseguenze della mortalità materna

Spesso alla morte della mamma, segue quella del neonato: più di 3 milioni di bambini muoiono ogni anno e 2,6 milioni nascono morti. I bambini che sopravvivono alle madri hanno maggiori probabilità di morire prima dei due anni.

Gli altri figli sono 10 volte più a rischio di abbandono scolastico, cattiva salute e morte precoce.

La mortalità materna è devastante non solo per la famiglia, ma per l'intera comunità e per il Paese. Si stima che il lavoro della donna rappresenti circa un terzo del PIL mondiale e che a causa dei decessi legati alle complicanze di un parto, l'economia mondiale perda circa 15 miliardi di dollari ogni anno.

Contro l'emergenza HIV, per la vita delle madri e dei figli. Il Programma DREAM, un ponte verso il futuro dell'Africa

A colloquio con **Leonardo Palombi**

Professore ordinario di Igiene e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Direttore Scientifico del Programma DREAM

Il Programma DREAM, promosso dalla Comunità di Sant'Egidio, si concentra sulla trasmissione verticale dell'HIV tra madri e figli: qual è in generale la situazione dell'infezione da HIV in Mozambico e nell'Africa subsahariana?

La situazione della pandemia da HIV/AIDS in Africa, seppur con alcune luci, resta ancora drammatica. Secondo l'ultimo rapporto UNAIDS, su di un totale di 34 milioni di infetti nel mondo, ben 25,5 milioni, pari al 69%, appartengono a questo continente. Sono i Paesi dell'Africa australe ad essere i più colpiti ed il Mozambico non fa eccezione. Per dare un'idea dell'estensione del problema, ricordo che in Italia abbiamo attualmente circa 150.000 persone colpite dall'infezione, pari ad una percentuale dello 0-2%. In quel Paese la percentuale sale all'11% degli adulti, ovvero 55 volte tanto. In pratica, un adulto su 9 richiede cure antivirali per tutta la vita. Un aspetto particolarmente doloroso della malattia è costituito dal fatto che la trasmissione dell'infezione avviene anche per via verticale, ovvero durante la gravidanza, il parto e l'allattamento. Ogni anno in Africa sono circa 1,4 milioni i casi di gravidanza in donne infette da HIV, con la conseguente infezione di ben 350.000 neonati. In Mozambico ancora nel 2011 erano 27.000 i bambini infetti alla nascita.

Quali conseguenze ha la condizione di sieropositività sulla salute della madre e del neonato? In che misura le madri sieropositive sono a maggior rischio di mortalità da parto?

Si stima che senza cure appropriate solo la metà dei bambini che sono stati infettati per via verticale raggiungerà il secondo anno di vita. Una vera e propria strage. Accanto a questo dato di per sé drammatico occorre poi aggiungere che le madri sieropositive vedono aumentato il rischio di decesso in gravidanza e al parto a valori inaccettabili. Basti pensare che oltre il 90% delle morti materne – circa 250.000 all'anno – avviene in Paesi in Via di Sviluppo. Le donne africane pagano il tributo più pesante dal momento che la metà di questi decessi si verifica in territorio subsahariano. Si calcola che il contributo dell'AIDS a questo feno-

MSD FOR MOTHERS: UN CONTRIBUTO PER SALVARE MILIONI DI DONNE DURANTE LA GRAVIDANZA E IL PARTO

Il progetto **MSD for Mothers**, promosso da MSD per contribuire a ridurre la mortalità materna del 75% nel mondo e creare un accesso universale alla salute riproduttiva, è stato presentato ufficialmente nel settembre 2011 all'Assemblea Generale ONU e impegna MSD a collaborare, nel lungo periodo, con importanti organizzazioni mondiali del settore della salute per creare un mondo nel quale nessuna donna debba morire a causa delle complicazioni di una gravidanza o di un parto.

MSD for Mothers si concentrerà sulle due principali cause di mortalità materna: le emorragie post-partum, responsabili del 35% dei decessi, e la pre-eclampsia o ipertensione gestazionale, responsabili di un altro 18%.

Le tre direttrici sulle quali si svilupperà l'iniziativa nel lungo periodo sono:

● Un accesso più ampio e veloce alle soluzioni più efficaci

MSD ha intenzione di migliorare la qualità e la disponibilità di strumenti diagnostici e di prevenzione, nonché i trattamenti di intervento per l'emorragia post-partum e la gestosi (pre-eclampsia). Inoltre, l'azienda consoliderà l'educazione sanitaria di ostetriche e levatrici, aiuterà a sviluppare modelli sanitari sostenibili e ad ampliare l'accesso alla pianificazione familiare.

● Innovazione

Capitalizzando su un'eredità consolidata come azienda che ha scoperto e sviluppato farmaci e vaccini innovativi che hanno salvato la vita di milioni di persone, MSD collaborerà con i suoi partner per sviluppare tecnologie sanitarie innovative che possano anche essere utilizzate in contesti più svantaggiati. Si inizierà con una valutazione accurata di più di 30 tecnologie esistenti già rivelatesi promettenti, per poi sviluppare, in collaborazione con altri donatori, ONG e ricercatori, almeno 3 innovazioni che possano risolvere il problema dell'emorragia post-partum, della pre-eclampsia e della pianificazione familiare.

● Educazione e sensibilizzazione

MSD collaborerà con i maggiori esperti mondiali di salute materna per sensibilizzare l'opinione pubblica circa l'urgente necessità di ridurre i decessi, ponendosi come obiettivo il miglioramento delle politiche mondiali e nazionali. MSD lavorerà con le maggiori ONG e con le organizzazioni multilaterali per incentivare un maggiore impegno da parte del settore privato. Con MSD for Mothers, l'azienda si unisce a PMNCH e ad *Every Woman Every Child* delle Nazioni Unite Global Compact/UN Foundation Private Taskforce.

Nell'ambito di questo progetto MSD Italia ha scelto, in particolare, di sostenere il **Programma DREAM** (*Drug Resources Enhancement against AIDS and Malnutrition*), avviato dalla Comunità di Sant'Egidio nel febbraio 2002 in Mozambico con lo stanziamento di 500 milioni di dollari per i prossimi dieci anni.

“È importante sottolineare che non si tratta di aiuti a pioggia: quello che mettiamo sul tavolo, al di là dei 500 milioni di dollari, è tutto ciò che ha a che vedere con le nostre conoscenze scientifiche e commerciali, messe qui a fattor comune con i vari organismi locali da noi identificati, in modo tale che le soluzioni terapeutiche più innovative siano messe a disposizione di un numero quanto più elevato di donne e quindi di mamme” afferma Pierluigi Antonelli, Presidente e Amministratore Delegato MSD Italia, parlando dei primi risultati di questa attività.



meno si collochi tra il 20 ed il 40%. In pratica, un decesso materno su 3 è imputabile al virus dell'HIV. Possiamo immaginare poi le ricadute sull'intero nucleo familiare: la donna è davvero la colonna della famiglia africana e la sua scomparsa rappresenta un rischio concreto per la sopravvivenza di tutti gli altri figli.

Quali sono le strategie terapeutiche adottate nel progetto e quelle che si sono rivelate più efficaci nell'impedire la trasmissione verticale madre-figlio?

Il Programma DREAM ha concentrato molti dei suoi sforzi di ricerca ed intervento sulla possibilità di prevenire sia la trasmissione verticale che il decesso materno con un appropriato inter-

vento farmacologico, educativo e nutrizionale, che ha avuto grande successo e riconoscimenti dalla comunità scientifica. Abbiamo dimostrato per primi che è possibile allattare al seno sotto adeguata terapia farmacologica e alcuni nostri studi hanno evidenziato una sostanziale riduzione della mortalità materna attraverso l'utilizzo combinato di farmaci antivirali in gravidanza e per un anno dopo il parto.

Dal punto di vista medico quali sono i risultati ottenuti attraverso questo approccio in termini di riduzione della mortalità materna e controllo dell'infezione?

Posso affermare che la trasmissione madre-bambino ad un anno,



nell'esperienza di DREAM, si riduce dal 40% al 2-3% e i decessi materni vedono una flessione pari ad almeno il 70% di quelli osservati in donne senza terapia.

Quali sono i risultati sullo stato di salute complessivo delle comunità coinvolte?

Un intervento olistico come il nostro, mirato dunque a una completezza ed integrazione degli interventi, consente di acquisire risultati che vanno oltre il semplice controllo della pandemia. Ad esempio l'educazione sanitaria migliora i comportamenti in molti campi: dall'alimentazione alla cura dei bambini, dalla consapevolezza dei meccanismi di malattia alla fiducia nelle istituzioni sanitarie. DREAM finisce per avere un significativo e positivo impatto anche su altre patologie, come ad esempio la tubercolosi o la malnutrizione infantile. Abbiamo poi dimostrato come l'estensione della cura rappresenti un vero e proprio intervento preventivo, capace di ridurre in modo sostanziale nuovi casi di infezione.

Quali sono i possibili sviluppi del Programma e il suo impatto a lungo termine?

Il valore strategico del Programma DREAM consiste nel rappresen-

tare un modello di successo che combina efficacia e sostenibilità. Adesso occorre trasferirlo all'intero Sistema Paese in Mozambico. Si tratta di una operazione complessa che richiede di estendere e moltiplicare il modello senza degradarne le qualità. Sono convinto che il supporto di MSD sarà un contributo straordinario per realizzare questa operazione, con evidenti ricadute sulle capacità professionali del personale sanitario, sulla possibilità di accesso a cure efficaci per la popolazione rurale e periferica, per la protezione di una intera generazione di giovani madri e dei loro figli in una delle aree più colpite dell'Africa sub-sahariana.

Come nasce la partnership con MSD?

La partnership con MSD è di lunga data e nasce dall'attenzione che l'azienda ha dedicato sin dal 2005 al Programma DREAM. Allora il nostro intervento in Africa aveva bisogno di molto personale espatriato che formasse e seguisse i primi centri in Mozambico e Malawi ed è su questo fronte che abbiamo potuto collaborare per la formazione dei formatori. Anche grazie al contributo MSD posso affermare che una delle chiavi della sostenibilità di DREAM oggi è costituita dal fatto che la gestione dei centri di salute e dei laboratori è ormai interamente affidata a personale africano, mentre i nostri espatriati, su base totalmente volontaria, mantengono funzioni di monitoraggio e coordinamento. ■ ML