

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.

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.

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.

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-