

**POLICY**  
**LINEE GUIDA**  
**Health**  
**Salute**



IN STRUTTURA ONLINE 0585 0501



Via Broseta 68/a, 24128 Bergamo, Italia  
Tel. +39 035 2058.058 Fax +39 035 2609.58  
Email [cesvi@cesvi.org](mailto:cesvi@cesvi.org)  
[www.cesvi.org](http://www.cesvi.org)



**cesvi**



cesvi

**Health**  
**Salute**

**POLICY**

**LINEE**  
**GUIDA**

# Strategies and policies

## The strategic areas

Environment	—	Gestione delle risorse ambientali
Health	—	Lotta alle pandemie (Hiv e Malaria) e salute materno-infantile
Emergency and post emergency relief	—	Aiuto umanitario
Children and young people	—	Infanzia e giovani
Water and sanitation	—	Acqua e igiene ambientale
Social business	—	Impresa sociale e microcredito

## I settori strategici

Cesvi exists in order to transform the values of “human solidarity and social justice into humanitarian aid and development initiatives for the affirmation of universal human rights” (*Mission Document, 2000*).

With this conviction, Cesvi acts to contribute towards reaching the Millennium Development Goals, the first of which, to some extent summarizing them all, is the elimination of extreme poverty, or specifically to half the number of people living on less than 1 dollar a day by the year 2015. Though Cesvi is active in many areas, some years ago the organization identified six key sectors that characterize its commitment to reducing world poverty: health (in particular of mothers-children, and the responses to the great pandemic diseases like Aids and malaria); childhood; water and environmental hygiene; the defence of the environment and sustainable development; humanitarian action in response to emergencies caused by man and natural calamities; social business.

In order to asses its own contribution in the priority sectors, Cesvi has been conducting a close analysis of the processes that can best contribute towards the achievement of the Millennium Goals. We are convinced that the challenges of the Millennium cannot be confronted only with projects guided by goodwill: intervention is required focused on a real and lasting change in the causes of poverty. It is therefore necessary to accompany the action in the South of the world also with political reflection and action in the North.

As a response Cesvi initiated a reflection process in order to better define its own policies for humanitarian aid and cooperation activities. A Cesvi Policy indicates the content and constitutes the cultural and ethical reference for the creation of articulated programs, addressing an area, a sector, or a part of the same, with the aim of concentrating the organization’s efforts on certain precise issues.

# Strategie e linee guida

## From project priorities to the centrality of strategies



## Dalle priorità dei progetti alla centralità delle strategie

Cesvi esiste per trasformare i valori della “solidarietà umana e della giustizia sociale in opere di aiuto umanitario e di sviluppo per l’affermazione dei diritti universali dell’uomo” (*Documento di Missione, 2000*).

Con questa convinzione, Cesvi agisce per contribuire al raggiungimento degli Obiettivi del Millennio, il principale dei quali, che un po’ li riassume, è sradicare la povertà estrema, ovvero dimezzare entro il 2015 il numero di persone che vivono con meno di 1 dollaro al giorno. Pur essendo un’organizzazione attiva in molti ambiti, Cesvi, da alcuni anni, ha individuato sei settori di punta che caratterizzano il suo impegno per ridurre la povertà nel mondo: la salute (in particolare quella materno-infantile e la risposta alle grandi pandemie come Aids e malaria); l’infanzia; l’acqua e l’igiene ambientale; la difesa dell’ambiente e lo sviluppo sostenibile; le azioni umanitarie in risposta alle emergenze causate dall’uomo e dalle calamità naturali; l’impresa sociale e il microcredito.

Al fine di valorizzare il proprio contributo nei settori prioritari, Cesvi ha avviato un’attenta analisi dei processi che possono meglio contribuire al raggiungimento degli Obiettivi del Millennio. Siamo convinti che le sfide del millennio non possano essere affrontate solo con opere guidate dalla buona volontà: servono interventi che puntino ad un duraturo e reale cambiamento delle cause della povertà.

È pertanto necessario accompagnare l’azione nel Sud del mondo con una riflessione e un’azione “politica” anche al Nord.

Per questo Cesvi ha avviato una riflessione per definire meglio le proprie Linee guida (*Policies*) nell’attività di cooperazione e aiuto umanitario. La *Policy* Cesvi indica i contenuti e costituisce il riferimento culturale ed etico per la creazione di programmi articolati, riguardanti un’area, un settore o una sua parte, al fine di indirizzare l’operato dell’organizzazione in alcuni ambiti precisi.

## **Policies, Manuals and Other Publishings\***

### **Linee guida, Manuali e altre Pubblicazioni\***

- Security & Safety Handbook, 2003 (only in English)
- Manual for Visibility and Communication, IV Edition 2005 (I Edition 1999)  
*Manuale per la Visibilità e la Comunicazione, IV Edizione 2005 (I Edizione 1999)*
- Audit charter (2006)
- Procurement Procedure (I Edition 2004, revised edition 2005, II edition 2007)  
*Procedura Acquisti (I Edizione 2004, rivista nel 2005, II edizione 2007)*
- Managing and Account Project Reporting Procedure (2006)  
*Procedura di gestione e rendicontazione progetti (2006)*
- Children and young people Policy (2006)  
*Linee guida sull'infanzia e i giovani (2006)*
- Position paper on child labour (2006)  
*Linee guida sull'eliminazione del lavoro minorile (2006)*
- Houses of smiles Policy (2006)  
*Linee guida sulle Case del Sorriso (2006)*
- Policy for the use of images of children and young people (2006)  
*Linee guida sull'utilizzo di immagini di bambini e giovani (2006)*
- Privacy Policy (2006)  
*Documento programmatico sulla sicurezza (D.L. 196/2003) (2006)*
- Lella Costa - Maurizio Carrara, *Ho abbracciato il Dugongo. Il mondo visto da vicino*, Melampo Editore (2006)
- Management of relationships with individual donors (2007)  
*Gestione delle relazioni con i donatori individuali (2007)*
- Risk Evaluation Document (2007)  
*Documento di valutazione dei rischi (in ottemperanza al D.L. 626/94) (2007)*
- Health Policy (2007)  
*Linee guida sulla Salute (2007)*
- Human Resources Policy and procedures (2007)  
*Politica e procedura per le risorse umane (2007)*

### **Under preparation/In preparazione:**

- Other Programme Sector Policies  
*Altre Linee Guida di settore*

---

\*For more details about Cesvi's Publishings see [www.cesvi.org](http://www.cesvi.org)

\*Per maggiori dettagli sulle pubblicazioni Cesvi si veda: [www.cesvi.org](http://www.cesvi.org)

## **Health Policy** **Linee guida sulla salute**

### **Coordination/Coordinamento:**

Stefano Piziali *Policy Advisor*

### **Editing:**

Nicoletta Ianniello

### **Photo credits:**

Cesvi archive

### **Thanks to:**

Giovanni Diffidenti, Cristina Francesconi,  
Andrea Frazzetta.

**Editorial notes:**

1. Instead of the increasingly controversial term DC for “developing countries”, the expression Low Human Development Index Countries (LHDIC) was preferred, and for “developed countries” the expression High Human Development Index Countries (HHDIC). Both these definitions are based on the now famous annual UNDP *Human Development Report*, a report that offers a worldwide rating based not only on economic indicators but also on life expectancy, literacy levels, percentage of school attendance (in primary, secondary schools, and universities). In this document LHDIC refers to countries ranked below 0,700 value in the Human Development Index (HDI), including also some countries with a Medium HDI (0,500-0,799).

2. The *UNAIDS's Editors' Notes for authors* (UNAIDS, May 2006) have been followed as much as possible.

**Special thanks to:** Silvia Bignamini, Micol Fascendini, Francesco Giulietti, Roberto Moretti, for their collaboration, without which this document would not have been possible.

**Thanks also to the contributions** of the doctors and experts who collaborated with Cesvi in development cooperation activities, humanitarian aid, and education: Walter Arcari, Gigi Bortolotti, Giorgio Cancelliere, Barbara Carrara, Claudia Gandolfi, Silvia Gonzi, Daniela Invernizzi, Maria Agata Messina, Gregorio Monasta, Feliciano Monti, Raffaele Paganoni, Loris Palentini. Special thanks to Dr. Fabrizio Abrescia, president of Doctors for Peace.

The preparation of this document is the result of a collaborative effort shared by Cesvi's worldwide staff.

**Note redazionali:**

1. Invece di PVS (Paesi in via di Sviluppo), definizione sempre più controversa, si è preferita la dizione Paesi con Bassi Indici di Sviluppo Umano (PBISU) e, a “Paesi sviluppati”, la dizione Paesi con Alti Indici di Sviluppo Umano (PAISU). Entrambe le definizioni si basano sull'ormai famoso rapporto annuale di UNDP (*Human Development Report*) sullo sviluppo umano, rapporto che propone una graduatoria mondiale basata su indicatori economici ma non solo, come l'aspettativa di vita, il tasso di alfabetizzazione, la percentuale di frequenza scolastica (nelle scuole primarie, secondarie e università). Con PBISU intendiamo i Paesi con un indice di sviluppo umano inferiore a 0,700, includendo anche i Paesi con un indice di sviluppo medio (0,500-0,799).

2. Per quanto possibile, nella redazione sono state seguite le raccomandazione di UNAIDS, per autori ed editori: *UNAIDS's Editors' Notes for authors* (UNAIDS, Maggio 2006).

**Un ringraziamento speciale** a Silvia Bignamini, Micol Fascendini, Francesco Giulietti e Roberto Moretti, senza la cui collaborazione questo documento non sarebbe stato possibile.

**Grazie per il contributo** anche ai medici ed esperti che hanno collaborato con il Cesvi in attività di cooperazione allo sviluppo, aiuto umanitario ed educazione: Walter Arcari, Gigi Bortolotti, Giorgio Cancelliere, Barbara Carrara, Claudia Gandolfi, Silvia Gonzi, Daniela Invernizzi, Maria Agata Messina, Gregorio Monasta, Feliciano Monti, Raffaele Paganoni, Loris Palentini. Un ringraziamento particolare, infine, al Dott. Fabrizio Abrescia, presidente di Medici per la Pace.

La redazione di questo documento è frutto di un lavoro collettivo al quale ha contribuito lo staff Cesvi in tutto il mondo.

06	■	Policy - Health
08	■	Introduction
08	■	The right to health
10	■	From rights to social health policies. Cesvi guidelines
17	■	Maternal and child health
19	■	Malaria
22	■	HIV and AIDS
24	■	Tuberculosis (TBC)
38	■	Summary chart

---

## Table of Contents

## Sommario

43	■	Linee Guida - Salute
44	■	Introduzione
44	■	Il diritto alla salute
46	■	Dai diritti alle politiche socio-sanitarie. Linee guida Cesvi
53	■	La salute materno-infantile
55	■	Malaria
58	■	HIV e AIDS
72	■	La tubercolosi (TBC)
74	■	Quadro riassuntivo





POLICY

# Health

## Introduction

“If you don’t know where you are heading, you can accidentally find yourself elsewhere!”

This statement written by R. Mager, educator and expert in Pedagogy, summarizes the reasons why it is so important for Cesvi to have a specific Policy on Health: it is functional to orientate planning, approaches, design, indicating priorities and strategies. This Policy emphasises maternal and child health, Malaria, HIV and AIDS, TBC as major health problems due to their epidemiological impact. However it is important to highlight that Cesvi’s approach to health problems is strictly “horizontal”, since it prioritizes health system strengthening, the continuity of treatment, the attention to social issues, the sharing of common development goals with local communities and avoids the creation of *islands of specialization* detached from the surrounding context. The overall objective is to reduce mortality,

suffering, and health problems of the entire community. Responding to HIV and AIDS or Malaria represents opportunities to offer global support to existing health systems through properly designed reinforcement strategies, bearing special attention to health education and to primary health services. The Policy also underlines that the analysis of the context and the logic of the global approach must be founded on scientific evidence (Evidence Based Medicine-Evidence Based Public Health), which changes rapidly due to the development of new knowledge. This document, particularly addressed to Cesvi staff members, partners, donors, and supporters, is a starting point that can be referred to with confidence, helping to clearly indicate the way to follow. Once on the right track, it remains only to set off on the journey!

## ■ The right to health

### SOURCES AND REGULATIONS OF INTERNATIONAL LAW

“Health is a state of complete physical and mental well-being, not merely the absence of disease or infirmity”<sup>(1)</sup>. The state of health of an individual is often determined by factors that are not strictly medical, but that nevertheless must be guaranteed as fundamental rights.

The right to health is sanctioned in the *Universal Declaration of Human Rights* (1948), Article 25: “Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself/herself and of his/her family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, the death of a partner, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control.

“Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy

the same social protection”<sup>(2)</sup>.

The *Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against Women* (CEDAW, 1979) dedicates a series of very detailed regulations to the right to health. CEDAW prescribes the elimination of all discrimination against women in the healthcare field and for access to medical care. This reference to gender and the absence of discrimination against women is found again in General Comment No. 14, Article 12: “States Parties shall take all appropriate measures to eliminate discrimination against women in the field of health care in order to ensure, on a basis of equality of men and women, access to health care services, including those related to family planning. States Parties shall ensure to women appropriate services in connection with pregnancy, confinement and the post-natal period, granting free services where necessary, as well as adequate nutrition during pregnancy and lactation”.

The *International Convention on the Elimination of*

*All Forms of Racial Discrimination* (CERD, 1965) also cites the importance for every individual to enjoy various civil rights including that of medical assistance without any “distinction of race, skin colour, or national or ethnic origin” (article 5).

In article 24 of the *Convention on the Rights of the Child* (1989) it is stipulated that member states are obliged to take specific measures that encourage the pursuit of the right to health, including reducing the infant and neonatal mortality rates; guaranteeing all children the necessary assistance and medical care, in particular as regards development and basic health services; fighting illness and malnutrition as part of basic medical treatment with the ready availability and supply of adequate nutritional foodstuffs and drinking water, taking into account the risks of environmental pollution; guaranteeing appropriate medical care for pregnant mothers; guaranteeing that all members of society and in particular parents and children are informed as regards the application of basic knowledge of health and infant nutrition, the advantages of maternal breastfeeding, personal and environmental hygiene, accident prevention, and with the benefit of assistance that enables them to make use of this information; developing preventive medicine, and the education of parents with information and services relative to family planning. In the same Article of

the Convention specifically is mentioned the fundamental role of international cooperation in the fulfilment of the right to health in developing countries: “States Parties undertake to promote and encourage international co-operation with a view to achieving progressively the full realization of the right recognized in the present article. In this regard, particular account shall be taken of the needs of developing countries”. Various documents of international and regional organizations and of the United Nations acknowledge the importance of the right to health, among which the *European Social Charter* (1961), the *African Charter on Human and Peoples’ Rights* (1981), and the *Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights* (1988)<sup>(3)</sup>. The quoted documents recognize the importance of *primary healthcare*<sup>(4)</sup> and of the extension of health services to all individuals in a given territory, the need for vaccinations to prevent the main diseases, the utility of health education of citizens, special attention to groups most at risk and those that poverty makes more vulnerable. The right to health is mentioned in various international documents because its realization is essential to the enjoyment of other rights, among others the rights to human dignity, non-discrimination, and equality.

---

1. See the introduction to the *Constitution of the World Health Organization* at [www.who.int](http://www.who.int).

2. The right to health is thus an inalienable right sanctioned in various international declarations, including the *Alma Ata Declaration* in which the achievement of the highest possible level of health is an extremely important social objective for the entire World, the realization of which requires the contribution of many other economic and social sectors in addition to the health sector. For this and other declarations see [www.who.int](http://www.who.int)

3. The *General Comment No. 14* of the United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000) defined the right to health as a fundamental right for the exercise of other human rights and could thus not be isolated but should be realized through numerous complementary approaches. Paragraph 3 reinforces this concept of complementarity, stating that the right to health is closely related to and dependent upon the realization of other human rights including the rights to food, housing, work, education, human dignity, life, non-discrimination, equality, the prohibition of torture, privacy, access to information, and the freedoms of

---

association, assembly and movement. These and other rights and freedoms address integral components of the right to health.

4. See: *The International Conference on Primary Healthcare*, meeting in Alma Ata in September 1978. At Alma Ata the following definition of PHC was given: “Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain at every stage of their development in the spirit of self reliance and self-determination. It forms an integral part both of the country’s health system, of which it is the central function and main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process.” See: [www.who.int](http://www.who.int)

## ■ From rights to social health policies. Cesvi guidelines

### THE PROMOTION AND AFFIRMATION OF THE RIGHT TO HEALTH

Alongside the right to live, citizenship, and social and political rights, it is necessary to insert the right to health in its socio-medical aspects. States and social groups must commit themselves to guaranteeing the respect and promotion of this right.

The right to health is a right that first of all must be promoted, then guaranteed, and then fulfilled. Its promotion and affirmation is important for the entire World, especially where the economic and social situation is most precarious and wherever fundamental human rights are less protected.

**As an inalienable right, the right to health represents an absolute priority for every country. Health is the primary human right.**

An indication of the degree of fulfilment of this right is achieved analysing the main indicators presented in the acknowledged international reports, such as the Human Development Report<sup>(5)</sup>, which contain figures strictly linked to the health situation, including the infant and maternal mortality rate, life expectancy at birth<sup>(6)</sup>, etc. These and other reports indicate, according to macro categories, the socio-medical shortfalls in different countries, shortfalls that critically hinder the possibility of development of entire populations and continents<sup>(7)</sup>.

Cesvi and other governmental and non-governmental bodies of international cooperation therefore have the duty, when conducting activities aimed at promoting development or relief in humanitarian emergencies and crises of various types, to address shortfalls in the health sphere. The mentioned Alma Ata Declaration, underlines how the enormous disparity that exists in the state of health of people, in particular between the developed and developing countries, but also within nations, is unacceptable from a political, economic, and social perspective and represents a common concern of all countries.

A powerful stimulus for action in the affirmation of the right to health is the declaration of the *Millennium Development Goals*<sup>(8)</sup>, in which is underlined the importance of eliminating the main causes of human suffering and poor life prospects. Three of the eight objectives directly regard socio-medical issues. In 2001 a unanimous declaration by the G8 Heads of State led

to the establishment of the *Global Fund*<sup>(9)</sup>. The fund collects contributions to combat the main pandemics present in developing countries, including HIV and AIDS, malaria, and tuberculosis, in line with the Millennium Development Goals and with the appeals from the main agencies of the United Nations (UNICEF above all, but also UNDP, UNFPA, UNHCR, FAO, WFP).

Both the Millennium Development Goals and the Global Fund call on NGOs, like Cesvi, for international monitoring action for the fulfilment of the commitments assumed by the international organizations and by the richer countries for the resolution of the serious socio-medical problems<sup>(10)</sup>, and to intervene directly in the LHDIC for the resolution of various issues. In the LHDIC health is often an emergency due to the lack of strong organization of the health systems, the inadequacy of the structures used, and in the absence of policies designed to protect the weakest and most vulnerable categories. Attention must be paid to the rights of the weakest and most vulnerable categories to have access to health services.

**The condition of disease must never be a reason for stigma and discrimination.**

Governments must effectively dedicate a wide-ranging section of services to those who, for various reasons, are otherwise unable to access them. The negation of this right represents an element of significant discrimination, between those who can afford health services and those who cannot, both in terms of quality of life and incidence of disease and infirmity.

**In this perspective, Cesvi adopts this health policy not only as a working instrument, but also as a statement of awareness regarding the urgency and importance of the right to health and of policies that promote, guarantee, and implement the same in Italy and the World, and wherever this is most necessary, for example in LHDIC, by way of adequate programmes and financing. Cesvi intends to contribute to health improvement in LHDIC.**

### IN COOPERATION WITH LOCAL HEALTH SYSTEMS

Who are the potential beneficiaries of initiatives in the health sector? How are they identified? What is the process of orchestration? What are the essential issues that Cesvi must analyse and establish in order to consider intervention in the health sector?

**Cesvi sustains that the action of NGOs for the affirmation of the right to health**

**for everyone, everywhere, is not a substitute but a complement and support to the commitment of governments to guaranteeing an efficient health structure with accessible, sustainable services from the financial and medical points of view.**

In order to be genuinely effective, it must be born in mind that all countries have health programmes and strategies in the sector, often structured thanks to the international support of the WHO.

It thus almost never makes sense to impose approaches and strategies that are not in tune with local plans, since this would risk diminishing the impact of the proposed action, its sustainability in time, and encourage the de-responsibilization of local governments.

**Cesvi does not operate in competition with local health services, does not create new specialised parallel structures, but strives to integrate its programmes with those of the existing health services, encouraging the ultimate responsibility of local governments<sup>(11)</sup>. Cesvi's Mission, summarized as "we work with the needy of the World so that they will no longer need us", has been much more than just the Cesvi slogan for over 20 years. It indicates a precise strategy that aims to encourage the self-sufficiency of the national health systems in low human development index countries.**

---

5. UNDP, *Human Development Report*. The report is published annually by the UN Agency.

6. For calculation it is necessary to take into consideration the presence/absence of health problems, like for example HIV, which have a marked influence on this indicator.

7. For this reason Cesvi promotes the use of terminology that refers explicitly to the actual human development of a country, preferring definitions like "low human development indexes countries" (LHDIC) to undeveloped, underdeveloped, or developing countries and "high human development indexes countries (HHDIC)", to "developed countries". Categories based only on the level of the gross domestic product (GDP) or other economic criteria, appear increasingly inadequate for defining the level of development of a country. The criteria promoted by the UNDP are thus adopted by Cesvi because they offer a better appreciation of the degree of development of a country, this being the levels of economic, social, educational, and health opportunity that are actually available to citizens.

8. The Millennium Development Goals were elaborated in the Millennium Declaration in September 2000, adopted by 189 countries and ratified by 147 heads of state. The Millennium Development Goals strive to resolve the current challenges in terms of development on the international scene within the year 2015. The Goals also define 18 quantifiable results and 48 measurable indicators. The Goals are as follows:

Health systems around the world are characterized by a duality between public and private services, when the financial input guaranteed by the state for health services is not sufficient to cover all needs. In many countries, the two systems are integrated and permeable, permitting patients to transit freely from one to the other, while in other countries they are strictly separated.

**Cesvi operates in privately run services only when integrated into national health programmes.**

The high costs of healthcare, due to the high costs of maintaining stocks of medicines, keeping technical equipment up to date, and training personnel, demand a significant level of planning from governments with adequate financial cover, integrated privately or subsidised through insurance companies. Health policies are among the most important that a state implements.

**The support and contributions of non-government bodies in the definition of health policies is essential to their success, both for the high costs of health policies and due to the vastness of their impact on society. They require the participation of the largest possible number of responsible actors, shared objectives, a unanimous effort, and a huge range of human and financial resources<sup>(12)</sup>.**

---

Goal 1: Eradicate extreme poverty and hunger; Goal 2: Achieve universal primary education; Goal 3: Promote gender equality and empower women; Goal 4: Reduce child mortality; Goal 5: Improve maternal health; Goal 6: Combat HIV/AIDS, malaria, and other diseases; Goal 7: Ensure environmental sustainability; Goal 8: Develop a global partnership for development.

9. In July 2001 the heads of state of Canada, France, Germany, Italy, Japan, Russia, Great Britain, and the United States, as well as the European Union, unanimously decided to support a Global Fund to be implemented as soon as possible. Each member of the G8 declared their willingness to contribute.

10. An example of *advocacy* are the reports on policy, programmes, and financing provided by the European Union and by six countries of the European Union to the initiative for the achievement of the Millennium Development Goals. See *Alliance 2015 Watch* no. 1 (2004), no. 2 (2005), no. 3 (2006), and no. 4 (2007) in [www.alliance2015.org](http://www.alliance2015.org). The Alliance of 6 European NGOs (Cesvi-I, Concern-IR, DWHH-D, HIVOS-NL, IBIS-DK, PIN-Czech Rep.) has also promoted its own policy: *Policy Declaration on HIV/AIDS: Leadership, Rights, Coherence* (2006).

11. Cesvi in any case expects the collaboration in good faith of the health authorities of the country in which it is operating.

## REINFORCEMENT OF LOCAL CAPACITY

The existence of clear policies supported by adequate resources is a factor that characterizes the efficiency of a health system in a given country. The training of staff and the correct use of equipment and medicines are areas in which for decades the NGOs around the world have played a leading role through financial support for training, the supply of essential goods and services, initial response, and the reconstruction of the socio-medical systems following natural or man-made disasters.

**Cesvi sustains that every health project or programme should always include a significant Capacity Building component<sup>(13)</sup>.**

It cannot be ignored that a lack of medical personnel is one of the prime causes for the incapacity of many local medical providers to offer adequate services. Working to treat the medical staff affected by HIV, malaria etc., training them, and improving their working lives is thus a Cesvi priority in many countries. Also significant is the emigration of socio-medical workers towards better working and financial opportunities. For this reason, Cesvi intervention often includes a Capacity Building component, so that the local system is ready to take on the main challenges after completion of the Cesvi support intervention.

## SHARING COMMON DEVELOPMENT GOALS

Cesvi operates in numerous countries, with intervention always based on a needs analysis, conducted on site in collaboration with local partners from the local civil society or from the central or peripheral institutions of the countries of intervention. Despite the fact that the health sector is one of Cesvi's main areas of action, only when the specific needs and the strategies agreed with local partners are within the limits of the human and financial resources that Cesvi can mobilize, are projects and programmes initiated to achieve the shared aims. Care is taken not to start programmes and projects that are not sustainable through time, or the results of which cannot be maintained by the local institutions and community. For example, even though Cesvi was among the first NGOs to successfully experiment with preventive programmes for mother-to-child transmission in Africa, it decided to initiate therapeutic programmes of mothers affected by HIV only when the resources accumulated were sufficient to ensure continuation of treatment over time and sustainability by the local health systems. An important factor in

the choice of where to intervene is the type of collaboration that can be established with local partners.

**Cesvi sustains that the aim of international cooperation is not the mere transfer of resources from rich to poor countries, because when the resources have been collected and transferred, there is no longer a need for any form of partnership. Neither does it believe that its task is to substitute itself for the local actors for an undefined time. Instead Cesvi is firmly convinced that cooperation is a relationship founded on the sharing of development aims. Cesvi advocates the least invasive approach available, open to the possibility of local response already underway, or that might be activated or reinforced.**

As recalled in the *Mission*, "Cesvi believes strongly that helping underprivileged in LHDIC or those in difficulty due to war, natural calamities and environmental disaster, does help only those who suffer, but contributes also to the wellbeing of all of us on the planet, our *common home* to be looked after for future generations". The "moral principle of human solidarity and the ideal of social justice" in shared programmes, "transform themselves into acts of humanitarian aid and development reinforcing an affirmation of universal Human Rights", otherwise they are only charity, or worse, new forms of exploitation and colonialism<sup>(14)</sup>. Thus for many years Cesvi has participated in social and health projects only on the strength of the relations constructed through shared projects and programmes with subjects that represent local interests: beneficiaries, local communities, governments, other NGOs, special groups and categories (e.g. doctors and nurses). In these contexts the identification of programmes is based on various factors, among which: the existence of a public system with which to coordinate; the existence of guidelines in the various socio-medical sectors; the possibility to realize preventive intervention, diagnosis, and treatment according to recognized international guidelines; the existence of public/private structures up to hospital standards; the existence of channels for the supply of medicines, materials, and equipment; the possibility of identifying local human resources; the possibility of securing financial resources.

## ATTENTION TO SOCIAL ASPECTS

It is not enough to consider only the technical and financial aspects in order to optimize the resources of the health system and



make it more efficient, in any local context. There are also important social aspects, and the NGOs and all actors in international solidarity and cooperation have always played an important role in dealing with these. Ever more frequently, in the programming of local and national health services, resources are included for social services, health education, and the maintenance of the strong link between health and society, between medical and social, in which the social and non-profit actors are particularly significant. The proof of this comes from the ramification of health services in the HHDC, with the full appreciation of variables linked not only to the “physical condition” of the patients but also their “mental state” and “social condition”. This consideration is even more obvious in the Countries with the lowest indexes of human development, where certainly the technical efficiency of the health services is lower and where the investment in human and financial resources correspondingly limited. Cesvi sustains that such shortfalls need to be compensated, reinforcing the social strategies within the health programmes.

**It is Cesvi's policy to support every health initiative, be this prevention, diagnosis, or treatment, with all the relevant social aspects:**

- **To guarantee the widest possible access to the basic health services, at the same time reinforcing referral structures (second level) in an integrated perspective.**
- **To support programmes that have the main objective of primary prevention and**

**the promotion of behaviours considered “protective” to health.**

- **To foresee the involvement and participation of the community in facing the problems and deciding the operating methods.**

In the social sphere, gender issues are of great importance. Dealing with female socio-medical issues, for example in Africa, is of fundamental importance for action to reinforce the entire local socio-medical system.

**Cesvi's policy is to give priority to the needs and socio-medical rights of women, creating when possible the conditions to reinforce useful methods to improve the response capacity of the local health system to the needs of the entire reference population.**

**Gender issues are important for the improvement of health. Women are the “point of entry” for prevention and treatment action that involves the entire family.**

---

12. Cesvi has always continued to present itself in this non antagonistic, cooperative role with the local health systems in all the countries in which it operates in the health sector (Zimbabwe, DR Congo, Uganda, Cambodia, Myanmar, Vietnam, Bosnia-Herzegovina, Albania, Serbia, etc.).

13. In 1991, the UNDP gave the following definition of ‘capacity building’: “the creation of an enabling environment, with appropriate policy and legal frameworks, institutional development, including community participation (of women in particular), human resources development and strengthening of managerial systems”. [www.undp.org](http://www.undp.org)

14. See [www.cesvi.org](http://www.cesvi.org)

For example, the methodology applied for one of the most widespread pathologies in Southern Africa, the tumour on the neck of the uterus, is based on awareness raising, counselling, testing and treatment. This encourages the learning of an approach that is applied again in, for example, the response to AIDS.

#### **GUARANTEEING ACCESS TO SERVICES**

In LHDIC, in addition to the lack of resources, there are additional factors that prevent access to services: lack of information and education, long distances, lack of means of transport, barriers associated with payment requests, the large numbers of individuals requiring assistance, and low numbers of suitable staff. For the health systems in many countries the lack of human resources and structures is the most critical factor determining low efficiency in terms of operation and management, contributing decisively to raising the rates of mortality and morbidity among the population. The gap between final user and local health services is still obvious, especially in rural areas, where the extreme dispersion of the community in relation to the organized centres represents a limit to the possibility of these services effectively improving the state of health of the population.

The problem of access is thus of great importance, and an important role is played in improving this by the so-called peripheral health centres (health posts, rural clinics, primary health centres, etc.) that orbit within the area of competence of relatively large and organized hospitals. These health centres, of different sizes and levels of organization, represent the essential reference structures for local communities for a wide range of services, like for example those associated with reproductive health, prevention and treatment of infective diseases, maternal and infant health, and vaccinations. The community health centres also play a fundamental role in social aspects of the community and their development is a priority for programmes realized in extra-urban contexts. The clinics and dispensaries can be used as centres for training, refresher courses, community mobilization, and the focal points for socio-medical issues.

**Cesvi intends to promote the support of peripheral health centres, seen as essential reference points for access to socio-medical services by a large section of the population in countries with limited economic resources still resident in rural**

#### **or out skirting urban areas with poor cover from alternative and more structured health services.**

Support for these health centres consists of technical, material, and financial components that can be divided into:

- Infrastructural development (construction of new buildings, improvement of existing ones, provision of toilets or septic tanks, construction of water tanks, fencing, electrical connections);
- Staff training and refresher courses;
- Purchase and supply of medical equipment and materials, medicines;
- Support for carrying out awareness raising/ education campaigns.

#### **VERTICAL APPROACH AND HORIZONTAL APPROACH**

The establishment of the Global Fund in response to HIV and AIDS, malaria, and TBC has made it possible to collect significant resources to combat health problems in many LHDIC. However, there has also been an adaptation of the health systems in many countries towards a socio-medical approach based on *specific diseases*, in a *vertical* sense. In many cases there was no alternative to this decision, given that the impact of AIDS on the society of some countries is so profound and critical that no serious health strategy is possible apart from one based on AIDS. In other cases, the choice was more opportunistic and dictated by the hope of obtaining extra financing from the Global Fund<sup>(15)</sup>. The risk of the adoption of a vertical approach in contexts where it is not necessary is that of neglecting important health issues that instead would be better tackled with a *horizontal* approach, which leaves the field more open to diversified intervention depending on the local prevalence of diseases. There are countries, or areas within countries, in which the diseases targeted by the Global Fund are not the main priorities (South America, Balkans, Middle East, various areas in South East Asia, etc.).

**It is advisable to combat malaria, TBC, and HIV and AIDS taking into account the response that the entire health system needs to provide in order to be more capable of dealing with the needs of the whole population. A horizontal approach makes it possible to better deal with the structural limitations that condition the development of a health system.**

**Responding to AIDS and other serious diseases should represent an opportunity to improve health systems and the lives and**

**development of marginalized populations overall.**

This is achieved, for example: through the support of health systems on a regional level; the provision of minimum healthcare packages; improvement of access, cover, and quality of the basic health services; improvement of first level hospital services; promoting availability of essential medicines at accessible prices; support for the various components of primary healthcare.

**Within a general horizontal strategy it is also possible to define diseases or sectors considered as priorities in the country or in the region of intervention.**

In Vietnam, for about a decade Cesvi has considered the main problems to be those of infant malnutrition and the production of food supplements. In Cambodia, intervention was conducted not only on malaria and dengue fever but also on the water supply and provision of a minimum care package. Within this initiative, space was found for preventive action against the spread of HIV.

**PREVENTION, AWARENESS RAISING, AND EDUCATION**

The prevention of diseases or pathologies of diverse types can be pursued through a multiplicity of actions, linked to each other, that act on various factors that determine the state of health.

**As much as possible must be done to guarantee improved quality of life, eradicate poverty, guarantee access to food, water, and education, confirm the equality of the genders and the emancipation of women. All of this before talking of health and medicine (even preventive).**

It is worth mentioning the education campaigns in hygiene and sanitation in contexts characterized by various hygienic and health shortfalls, such as refugee camps. The impact of these campaigns is significant for preventing gastrointestinal diseases, cholera, typhus, and malaria, with a very strong impact on the lives of children and the subjects most at risk in general.

On the other hand, educational and preventive action does not always have definite and clear effects in solving socio-medical problems. This must be taken into account in contexts with limited or zero resources available. The preventive approach to health problems is successful for generally improving the health indicators only if conducted in interventions of demonstrated effectiveness (evidence based prevention).

**Cesvi's health projects must always include a primary prevention approach founded on evidence based prevention<sup>(16)</sup> intervention for the solution of problems. From a methodological point of view every primary prevention or health education strategy must foresee not only the involvement of the local authorities, but also an adequate community approach with the involvement of traditional leaders and of organized civil society (local NGOs, community associations, etc.). Health prevention and promotion are key factors for good health.**

As regards content, every prevention strategy must foresee respect for the local culture, rejecting the imposition of external strategies and instead encouraging the sharing of goals and methods through dialogue, identification of real needs, considering the community as the main actor in all intervention (the community, through its organizational framework, identifies needs, suggests possible solutions, and proposes intervention methods appropriate to the context, and sustainable). Awareness raising and education in the health field can be realized through a multiplicity of actions and events managed from within complex programmes or as the focus of small scale interventions.

**Education even more than awareness raising requires a response from the beneficiary, creating new skills and bringing them to light when already latent. Education is a lifelong process.**

Awareness raising and education in health have, as already stated, the objective of encouraging reflection and action in relation to the habits and practices in use in a specific community or social context, causing their gradual positive transformation

---

**15.** Unfortunately the distribution of the resources organized by the Global Funds (HIV/AIDS, TBC, and malaria) has generated a distortion in the health systems of many countries due to these reorganizing "vertically" (according to the major pandemics) in order to better access the funds, at the expense of a more logical and sustainable horizontal vision extending to all diseases. Attempts to "re-horizontalize" the vertical programmes often are not accepted by the government officials who concentrate on the three diseases because the horizontal approach deprives them of the financial privileges associated with the vertical approach. The three diseases should instead be considered like all the others as treatable by the socio-medical system, possibly reinforced by global funding, taking into consideration the epidemiologic impact of each one of them.

**16.** Primary prevention here means all activity aimed at preventing infection or initiation of a disease. Secondary prevention means all activity aimed at preventing the development of the disease in those already infected.

or modification. For example, the daily use of drinking water and special structures or defined areas for defecation, the draining of swampy areas, the use of impregnated mosquito nets, the use of condoms, periodic check-ups of personal health at structures present in the local area should be considered routine correct behaviour, the generalised spreading of which will produce positive consequences on the general state of health of the population. The founding principle that motivates individuals to adopt these habits lies in their knowledge of being able to concretely influence their own health through these positive actions.

### DIAGNOSIS AND TREATMENT

Medical, pharmacological, and psychosocial aspects are present in any diagnosis and treatment, in particular in LHDIC where resources are scarce. Great attention must thus be paid to how diagnosis is conducted and the choice of treatment, since the decisions taken in these contexts have significant financial and psychosocial implications.

**Health intervention and pharmacological therapies must, as far as possible, be standardized (applying local health ministry protocols). Pharmaceuticals for treatment must if possible be generic (with common international denomination), in a form available within the country, with clear instructions in a comprehensible language. As a rule Cesvi only adopts protocols shared by the WHO, and GMP (Good Manufacturing Practice)<sup>(17)</sup> certified medicines.**

An assessment must always be made of the existence or not of a referral system for the treatment of problematic cases on the second level of the health system (referral hospitals). In any case, and in particular in countries without infrastructures, Cesvi tries to act so that the primary system (health centres, rural clinics, local hospitals, etc.) is capable of acting as a filter and solving the most common problems with primary care. Unfortunately, in the vast majority of LHDIC the “common” ailments are often diseases treated in HHDIC by specialists (like for example AIDS). This leads to reflection on the importance, in many African and Asian countries, of considering the effective sustainability of a protocol or therapy by the fragile local health system.

Fundamental elements in treatment include the willingness of the patient to be treated, the patient’s level of understanding of their

condition and the health system’s capacity to communicate with their users. In addition to this, once a problem has been identified and the most appropriate treatment chosen, it is important to remain committed to the patients and convince them to assume full responsibility to follow the decided course of treatment. It is necessary to involve the family and community so that they support the patient during treatment, and parallel support services should be activated. This is even more important when resources are scarce, although disease has assumed a primary social and medical relevance. An integral aspect of care commitment is the follow-ups for chronic therapy. This foresees the commitment to maintaining an effective collection and flow of information from and to health centres through time.



**17.** It is advisable to check the most up to date version of the certification system, also considering the fact that the one applied by the European Union is stricter than the one adopted by the WHO.

## ■ Maternal and child health

### THE PROBLEMS OF MATERNAL AND CHILD HEALTH

Assistance for women, unborn, and newly born infants, following the principle of continuous care before and after pregnancy, is a fundamental health service. In the spirit of Cesvi policy, every health intervention originates taking into account the precise health conditions of the country of intervention.

**Increasingly often a decisive improvement in the health conditions of a country can be achieved by acting on the maternal and infant sector, establishing sustainable prevention programmes, early diagnosis, medical and socio-medical assistance that impact on lifestyles and the economic, health, and social conditions of the country.**

Therefore, in addition to being among the Millennium Development Goals<sup>(18)</sup> the improvement of maternal and child health is one of the inescapable requirements for promoting improved human development.

### PRE-CONCEPTION PERIOD

The prevention of early pregnancies and the encouragement of delays between one birth and the next are important objectives for maternal and infant health. 85% of early pregnancies occur in LHDIC, where 25% of maternal deaths involve adolescent girls of 15 to 19 years of age. There is a well established link between precocious maternity and increased risk of failed pregnancy. Adolescent mothers are also the group most at risk of contracting sexually transmitted diseases. In general, programmes in sexual education and prevention of sexually transmitted diseases are poorly developed. In this case, an educational intervention, in order to be effective, must be aimed at the involvement of the entire community. A delay of at least two years between each pregnancy is a measure that encourages the physiological recovery and the mother's nutritional and metabolic resources, in order to face a new pregnancy with a reduction in maternal and infant morbidity and mortality. Another important aspect for promotion in the pre-conception stage is the use of specific nutrients: the nutritional state of the woman is fundamental in order to achieve an adequate weight of the infant at birth, for breastfeeding, and to satisfy the increased needs of iron and folates. Another decisively important intervention is to immunize pregnant women against tetanus, to be conducted in the context of

vaccination programmes. In malaria zones intermittent preventive therapy for pregnant women reduces the vertical transmission to the foetus of the HIV. Pregnancy could also encourage the development of TBC, which must be treated immediately following specific therapeutic procedures.

### ANTENATAL PHASE, SCREENING PROCEDURES AND POSTNATAL CHECKS

Antenatal care (ANC) has the aim of identifying the psychosocial and medical needs of women and the state of development of the foetus. It is important to encourage ANC taking into account the resources of the health system and of the connections and possibility of referral between peripheral health centres and hospitals. At least four visits during the course of pregnancy are recommended<sup>(19)</sup>. ANC is an opportunity for education in health and good hygiene and to reduce the risk of contracting certain infections. In some countries it is one of the few occasions that women have of receiving certain types of information regarding their health.

It is important to be able to identify the women at risk during pregnancy and birth by way of:

- Previous obstetric pathologies like placental retention, postpartum haemorrhage, perinatal death, delivery by Caesarean section.
- Strikingly short stature nulliparous women at risk of developing CPD (cephalopelvic disproportion).
- Age below seventeen years and in particular if single, since they require special assistance including psychological, and a careful pelvic assessment as a precaution against foetal-pelvic disproportion.
- Women with more than 4 pregnancies.
- Screening procedures for certain specific problems. For example the problem of uterine cancer.

It is also important to organize systems for conducting follow-ups and second level consulting when necessary, reinforcing the existing local health systems.

---

**18.** All the Millennium Development Goals if reached will offer benefits to the lives of women and children, but in particular the 3rd "Promote gender equality and empower women", 4th "Reduce child mortality", and 5th "Improve maternal health".

See [www.millenniumcampaign.org](http://www.millenniumcampaign.org)

**19.** As part of the strategies promoted by the WHO, it was found to be effective in terms of cost-benefit ratio to offer antenatal care based on four visits; this model is defined as the "WHO Multicentre Trial".

After birth it is advisable to continue checks to ensure the execution of the foreseen vaccination programmes, to carry out growth checks, and for the prevention of the most common diseases. In general these checks are defined by the ministry of health according to local standards and habits. It is important, however, to take advantage of these occasions to continue health education and to reinforce the instruction of women regarding the most common diseases present in the area, and how to recognize and prevent them.

### **SPECIAL PATHOLOGICAL CONDITIONS**

The common pathological conditions, in countries lacking resources, that merit special assessment are: malaria, malnutrition, sexually transmitted diseases (STD), and tetanus. For malaria, see the specific chapter. Malnutrition before and during pregnancy contributes in many ways to poor maternal health and is co-responsible for the development of obstetric complications. Most of all it can induce growth arrest during the age of development of the woman, resulting in a higher incidence of prolonged labour due to cephalopelvic disproportion. Women with nutritional deficits are more prone to infections, which can in turn interfere with normal foetal growth. Furthermore, inadequate calorific intake during pregnancy is directly correlated to an increased risk of premature birth and low weight at birth. Inadequate consumption of iron, folic acid, and vitamin A and the excessive loss of the same micronutrients caused by parasitic

infestation and malaria contribute towards the development of chronic anaemia. Anaemic women are more vulnerable to infection during pregnancy and birth, they run a higher risk of death in cases of obstetric haemorrhage and have a higher surgical risk factor. In LHDIC anaemia affects 60% of women during pregnancy and is directly correlated with conditions of malnutrition. Anaemia can be prevented by promoting an appropriate diet, with the aim of achieving a correct nutritional level. Calcium deficit seems to increase the risk of developing pre-eclampsia and eclampsia. Iodine deficit increases the risk of infant mortality and spontaneous miscarriage. Vitamin A deficit is associated with an increased risk of morbidity and mortality resulting from the increased susceptibility to infections due to impairment of the defence barriers of the epithelial tissues.

Sexually transmitted diseases contracted during pregnancy are directly implicated in increased incidence of maternal morbidity and perinatal mortality and morbidity. The seroprevalence of syphilis in pregnant women in LHDIC zones can be as high as 5 to 15%. Diagnosis and therapy (checks) for STD's in pregnant women is an effective and useful strategy.

**Every health centre must also pay attention, in addition to screening for HIV, to STD symptomology using diagnostic flow charts, often already in use at the local health ministry, and consequently treat patients for the problems identified.**

It is estimated that in LHDIC only 33% of



mothers have received two or more doses of anti-tetanus vaccination. The prevention of the development of neonatal tetanus as a result of an infection contracted during birth is a priority. Vaccination programmes for mothers have proven to be the most useful intervention in this respect.

#### **OPERATIVE STRATEGIES CONNECTED WITH MATERNAL AND INFANT HEALTH**

Through its experience in many countries, Cesvi has developed a series of operative strategies that have turned out to be particularly effective in improving maternal and infant health. The essential guidelines are the following.

**In addition to effective identification of risk factors, it is important to organize a long term prevention policy involving groups of women and children and also involving men in order to maximise the impact of the intervention.**

**Staff training is useful (capacity building) with the application of guidelines for the management of pregnancy and birth on different operative levels of the health system.**

**It is advisable to reorganize medical activities, improving the decentralised management of the health services, with an adequate medical staff, favourable logistical conditions, adequate supplies and equipment.**

**It is necessary to promote evidence based action that improves the practice and behaviour connected with pregnancy and birth<sup>(20)</sup>.**

---

20. To this end the WHO has developed two useful manuals for dealing with the dynamics and issues during pregnancy and birth (See: *Pregnancy, childbirth, post-partum and newborn care: a guide for essential practice-PCPNC* and *Managing complications in pregnancy and birth-MCPC*).

## **Malaria**

### **EPIDEMIOLOGY**

Malaria is the cause of 350 to 500 million clinical cases and over 1 million deaths every year, the majority being children in Africa. These figures place malaria among the major health problems in terms of deaths. Malaria is the main cause of mortality among children of under 5 years in Africa<sup>(21)</sup>. Every year there are more than 24 million pregnancies in the areas classed as “malaria zones” in Africa and less than 5% of these pregnant women have access to effective medical treatment. On the African continent, malaria represents 10% of the total morbidity rate, 40% of public health spending, 50% of visits to clinics in high transmission areas, and with AIDS is the main cause for hospitalization<sup>(22)</sup>. Malaria infection<sup>(23)</sup> is currently in a phase of expansion<sup>(24)</sup>, essentially as result of the combinatin of numerous factors: the increasing dispersion of the phenomenon of Chloroquine resistance (by *Plasmodium falciparum*)<sup>(25)</sup> in the endemic areas,

---

21. See [www.msf.org](http://www.msf.org)

22. Useful for a general framework and therapeutic procedures WHO, *Guidelines for the Treatment of malaria*, 2006. [www.who.int](http://www.who.int)

23. Malaria is a pathology caused by plasmodia, the life cycle of which parasitize mammals, birds, and reptiles. The plasmodia that affect humans (*P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae*, and *P. falciparum*) reach the bloodstream of humans when bitten by the carrier, here mosquitoes of the genus *Anopheles*. The symptomology depends largely on the type of plasmodium involved, the precociousness of diagnosis and the condition of the host. In general, however, this is a influenza-like pathology that can lead, in cases of immunodeficiency (HIV; malnutrition, etc), to the death of the patient. The incubation period is 9 to 14 days; the initial symptoms are: high fever, shivers, painful joints, and headache at the back of the neck and behind the eyes, which are followed after a few hours by a phase of rapid defervescence of fever with profuse sweating (malaria attack). The seriousness of the clinical picture is variable. If it is not recognized early and treated it can lead to serious complications the worst of which is mortal, cerebral malaria. This is caused by the obstruction of the cerebral capillaries by the parasitized red blood cells and results in disorientation, mental confusion, convulsions, coma, and death. Other complications can affect other organs: the liver, kidneys, lungs, spleen.

24. In any case, in Asia in the last 10 to 15 years there has been considerable general success in its control and today it is largely limited to less accessible and peripheral zones. In Asia in the last 10 years there has been a large expansion of dengue fever.

25. Various pharmaceuticals, as chloroquine, produce resistance in the organism and this considerably reduces their effectiveness. For HIV the phenomenon is not yet serious but for malaria and TBC pharmaceutical resistance has become one of the most serious problems to be faced.



overpopulation, and an increase in the number of vector insects (*Anopheles sp.*) connected with environmental intervention, the progressive degradation of medical systems and malaria control programmes as with other infectious diseases, and not least, increased population mobility. Alongside malaria, dengue fever<sup>(26)</sup> is increasingly important as a pathogenic agent. Malaria infection defies all schematization and is the most varied tropical illness, which depends largely on the immune status and age of the patient, as well as the intensity of transmission in the affected area which determines the degree of acquired immunity.

**PREVENTION, HYGIENE, AND ENVIRONMENTAL EDUCATION**

Everyone potentially exposed to malaria must have the knowledge and means to protect themselves from the carriers of the disease, which represent a serious risk. This is achieved by encouraging knowledge of the modes of transmission and possible methods of prevention. Among these it is important to include an accurate assessment of lack of water drainage, lack of hygiene, correct disposal of waste, all aspects that influence the reproduction and proliferation of the carriers<sup>(27)</sup>.

**Environmental hygiene campaigns<sup>(28)</sup> are particularly recommended for raising public awareness but long term results are only obtained through educational measures that involve schools, local authorities, and rural or urban public environmental management structures<sup>(29)</sup>.**

**THE USE OF IMPREGNATED MOSQUITO NETS**

The use of mosquito nets impregnated with insecticide (Permetrina, Deltametrina) has proven effective (see the WHO initiative “Making Pregnancy Safer”)<sup>(30)</sup>.

**Impregnated mosquito nets makes it possible to reduce the number of cases of malaria and the rate of mortality. They should be used with care and within an efficient system in order to discourage superficial practices, which in addition to being inefficient can also encourage harmful behavioural habits.**

When resources are scarce they should be used to protect children under five years, women, and subjects without immunity.

**It is important to make pregnant women aware of the importance of using impregnated mosquito nets through health education programmes, social marketing, economic accessibility of the nets and the impregnating substances.**

All activities that require the handling of chemical substances must be conducted following education of all the subjects involved, bearing in mind the environmental impact, the protection of people from the chemical agents, and avoiding the creation of resistance in the carriers to the substances used. The WHO instructions regarding storage, transport, use, and disposal of the chemical substances used to combat the carriers should be scrupulously followed at all times.

**Since Cesvi adheres to the Sphere**

**Standard for quality intervention in humanitarian action, it recommends that also in the context of emergency projects the minimum standards are always guaranteed<sup>(31)</sup>.**

### DIAGNOSIS AND THERAPY

The diagnosis of malaria infection, suspected on the basis of clinical characteristics, which effectively represent the main diagnostic criteria in countries with endemic malaria, must be confirmed in laboratory tests. In countries with high endemic incidence the resources and trained health staff are so scarce that often the only realistic option is clinical diagnosis<sup>(32)</sup>. In areas of high endemic incidence treatment is limited to cases with symptoms of medium to high parasitemia. Nevertheless, with children of under 5 years and pregnant women, considering the possibility of potentially serious complications, therapy is also indicated for patients with low and/or asymptomatic parasitemia.

After some impressive initial successes, the ambitious “eradication” campaigns in Africa, Asia, and South America have given way to a more realistic strategy to control the infection when possible.

The epidemiological history of malaria infection is strongly shaped by the development of pharmaceutical resistance to the various antimalarial drugs based on chloroquine<sup>(33)</sup>. The rapid spread of chloroquine resistance throughout Latin America and Asia, and from the end of

the 1970s also to most of Africa, played a leading role in the failure of the campaigns to eradicate the disease in the tropical zones.

**Therefore, in order to avoid pharmaceutical resistance, it is fundamental that medicines are used only when strictly necessary, used correctly (doses, durations, etc.), and used in the form of combined therapies<sup>(34)</sup>.**

Despite the emergence of ever more extensive areas of chloroquine resistance, the preferred medicine in many sub-Saharan African countries for treating non complicated forms remains chloroquine. Nowadays, for serious or complicated malaria in the areas of highest chloroquine resistance, medicines based on artemisia and its derivatives are of increasing importance.

### MALARIA AND PREGNANCY

Malaria during pregnancy is a serious health problem in tropical and sub-tropical zones throughout the World. In areas of highest endemic incidence, pregnant women represent the most vulnerable group of adults because pregnancy reduces the immunity of women in relation to the parasite, exposing them to increased risk of contracting the disease often in virulent form. For the foetus, maternal malaria increases the risk of spontaneous miscarriage, of stillbirth, premature birth, and low birth weight (an important cause of infant mortality). Primipara women are most at risk of contracting malaria.

Malaria and HIV are risk factors that reinforce each other reciprocally. An HIV positive

---

**26.** Dengue fever is an infection transmitted by mosquitoes active during daytime in urban and semi-urban areas in the tropical and sub-tropical world. The WHO estimates that currently there are at least 50 million cases of dengue fever around the world every year. See <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>

**27.** In reality the larvae of the Anopheles rarely develop in small rubbish dumps unlike those of the Aedes, the carriers of dengue fever. Therefore the correct disposal of waste is of prime importance for the prevention of the latter.

**28.** For example: fumigation of environments, using low toxicity products along walls, or using insecticides in mosquito breeding areas, like ponds.

**29.** In the DR of the Congo Cesvi has developed programmes for peri- and intradomicile improvement.

**30.** More information is available at the above cited web site of the WHO.

**31.** See The Sphere Project, *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*, 2004 Edition (First edition 2000).

**32.** Diagnostic certainty is achieved by observation of a blood sample under microscope. The procedure is relatively simple, rapid, and safe but requires equipment

---

that is often difficult to access. Through this analysis it is possible to identify the type of plasmodium involved and the load. When laboratory equipment is not available, quick tests are used, with the advantage of being simple to carry out and relatively sensitive.

**33.** The main pillars of the eradication campaigns of the 1950s-60s-70s were based on DDT rather than on pharmaceuticals.

**34.** Medicines derived from artemisia are becoming increasingly important. These are derived from a plant, *Artemisia annua*. The results achieved recently from scientific experiments have raised great hopes. Artemisia was already in use in the Far East for the treatment of malaria fever and has proven effective against all the types of plasmodia involved without marked side effects or significant resistance. It is sufficiently safe for adults and children of over one year. Studies are still underway to clarify the effects and risks in pregnancy. On the strength of these results many countries have modified or are currently modifying their national guidelines for antimalarial therapy. When possible Cesvi is committed to introducing this practice in line with national and international treatment schemes.

subject has a greater possibility of contracting malaria and an HIV positive mother has more probability of transmitting the HIV infection to her child.

**Every Cesvi programme should always address the combination of factors. In cases of projects against malaria (or responding to HIV) it is necessary to intervene on both factors.**

Of fundamental importance is the prevention of malaria in areas of stable transmission, as recommended by the WHO in their guidelines for the prevention of malaria during pregnancy and intermittent preventive therapy (IPT). IPT consists in the administration of monodose antimalarial drugs at six and nine months<sup>(35)</sup>.

**IPT has proven to be capable of reducing the risk of anaemia in mothers and low birth weight infants. It offers further advantages like good tolerance, low cost, and effectiveness.**

**It is also important to ensure pregnant women early diagnosis and rapid treatment with appropriate medicines for the treatment of malaria in pregnancy.**

It must also be born in mind that no pharmaceutical is sufficiently safe for the treatment of malaria if there is a high level of resistance to the medicine in the general population.

**In conclusion, the strategic actions that link interventions to promote health in general and safeguard maternal and infant health, with the struggle against malaria are: prevention based on the use of impregnated mosquito nets, early diagnosis, and appropriate pharmacological treatments.**

**Priority must be given to prevention programmes and treatment addressing pregnant women and children under five years.**

---

**35.** The WHO guidelines for antimalarial prophylaxis during pregnancy include: administration of the sulfadoxine-pyrimethamine (*Fansidar*) complex for IPT; use of repellents and barriers, like mosquito nets treated with insecticide, in order to prevent bites; early identification and treatment of cases of malaria and administration of iron to contrast anaemia (See WHO, *Malaria Prevention in Pregnancy*, 2004).

## HIV and AIDS

### THE VIRUS AND THE SCALE OF THE EPIDEMIC

After the first cases of AIDS identified in the USA in 1981, the AIDS epidemic spread with incredible speed in every continent. The transmission of *Human Immunodeficiency Virus* comes about through sexual intercourse<sup>(36)</sup> (homosexual and heterosexual), parenteral contact (transfusions, exchange of infected syringes, accidental or professional exposure, or the result of inadequate sterilization), and vertically (transplacental and perinatal, mother-to-child transmission).

HIV belongs to a group of slow-growing viruses called retroviruses, which use the genetic material (DNA) of human cells to replicate. HIV attacks in particular the cells of the immune system (specifically the CD4+ cell), weakening it and ultimately causing it to stop working. The HIV infection becomes AIDS when the immune system is so damaged that the number of CD4+ cells is less than 200 or the HIV infected person gets opportunistic infections.

When HIV infects a cell, it takes over the cell's control centre. From there, the virus starts to make new copies of itself (it reproduces or replicates). These newly minted viruses then go on to infect other cells<sup>(37)</sup>. Everyone experiences HIV infection differently. However, as a general way of describing the disease process, the course of HIV infection can be divided into four stages:

1. *Primary Infection.* During acute HIV infection, the virus makes its way to the lymph nodes, a process which probably takes three to five days. In the lymph nodes, HIV reproduces or replicates very quickly and releases new virus into the bloodstream. This burst of rapid HIV replication usually lasts for two or three months<sup>(38)</sup>.

2. *Asymptomatic Infection.* Many people with HIV may have few or no signs or symptoms of the disease for up to 10 years. However, some people may progress much faster, seeing their CD4+s decline within a few years and experiencing symptoms in the first few years after infection<sup>(39)</sup>. A lucky few, called long-term non-progressors, may continue to have normal CD4+ cells counts and no symptoms for much longer than average. During the asymptomatic period, the only evidence of HIV infection may come from lab tests<sup>(40)</sup>.

3. *Symptomatic Infection.* As time passes, the damage to the immune system increases and the body's defences weaken. At this stage, HIV may cause symptoms of long-term infection,

such as chronic fatigue, weight loss, skin problems or diarrhoea. This may occur when CD4+ cells are still at reasonable levels, or only after they have dropped to the stage officially called AIDS.

4. **AIDS.** An official diagnosis of AIDS is given when a person with HIV develops one or more opportunistic infections or certain cancers. A damaged immune system can leave HIV positive people vulnerable to infections that a healthy immune system could easily control. These infections are called “opportunistic” because they take the opportunity to cause

---

**36.** It is important to remember that the various paths of transmission are exacerbated by a different probability of transmission. In LHDIC transmission is prevalently by heterosexual means and the efficiency of this form of transmission is increased in these areas by the high incidence of sexually transmitted diseases in the general population. In some urban areas the incidence of gonorrhoea and syphilis is above 10 to 15%. In China and Rumania the spread was fuelled by malfunctioning transfusion systems.

**37.** Understanding how HIV replicates can help to understand how the drugs work. All the drugs interfere with key stages of viral replication. HIV is made up of two strands of genetic material called RNA. Along with the RNA, HIV contains three key enzymes, namely: 1) the reverse transcriptase; 2) the integrase; and 3) the protease. These enzymes are chemicals that help the virus make copies of itself. The outer surface of the virus is covered with proteins. HIV uses the proteins on its surface to lock on to the parts of the cell called the CD4 receptors and co-receptors. Once HIV is attached to the receptors, the virus can fuse with the cell. Then the contents of the virus are inserted into the cell. The most important cells infected are called CD4+ T cells or T4 cells. CD4+ cells are sometimes compared to the conductors of an orchestra, because they direct the body's immune response.

Inside the cell, the *reverse transcriptase (RT) enzyme* converts the viral RNA into DNA. Now the genetic material of the virus matches the genetic material of the cell. Drugs called reverse transcriptase inhibitors slow down or stop the action of the RT enzyme. The three types of these drugs are: nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitors (NRTIs); non-nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs); nucleotide analogue reverse transcriptase inhibitors (nucleotide RTIs).

The second viral enzyme, called *integrase*, inserts the newly converted viral DNA into the cell's own DNA. Researchers are positively working to develop drugs that will interfere with the action of integrase.

At this point, if the infected CD4+ cell is activated - which happens any time the immune system is called upon to respond to an infection or allergen or cancerous cell - instead of performing its proper functions, it will start making and releasing new virus. The first step is to make long chains of viral protein. The *protease enzyme* works like scissors to cut these protein chains into the smaller pieces that make up HIV. The newly cut pieces are assembled into new virus particles, which then “bud” out from the host cell and can go on to infect

diseases when the immune system is weakened<sup>(41)</sup>.

The figures in the latest report presented by UNAIDS<sup>(42)</sup> estimate that the number of individuals affected by HIV is constantly growing and currently involves 39.5 million people around the world (range: 34.1 to 47.1 million), concentrated in particular in the regions of sub-Saharan Africa (24.7 million infected individuals live in these areas and are prevalently women).

Women, especially in sub-Saharan Africa, are extremely vulnerable, with 60% of HIV infections affecting women. There are 37.2 million infected adults (range: 32.1 to 44.5); 17.7 million women (range: 15.1 to 29.9) and 2.3 million children under 15 years (range: 1.7 to 3.5). New infections, according to the same source, totalled 4.3 million (3.6 to 6.6 million) and of these 3.8 million (3.2 to 5.7 million) adults and 530,000 (410,000 to 660,000) children under the age of 15. It is estimated

---

other cells. Protease inhibitors are drugs that interfere with the action of protease. They prevent the protease enzyme from cutting the long chains of new viral protein. Although a new virus can be formed, it is defective and cannot infect new cells. Protease inhibitors have a very powerful ability to suppress the virus and are an important part of many drug combinations.

**38.** People with acute infection usually do not test HIV positive because the body has not yet had time to produce antibodies against the virus. It is this antibody that is detected in the standard tests to see if someone is HIV positive. As the immune system learns to recognize and fight HIV, the HIV test is positive, that means that HIV antibodies have been found in the blood sample.

**39.** Many factors have been found to affect the speed of disease progression, including the following: a person's genes; the strength of the virus with which someone is infected; the type of immune response that is produced against the virus; the nutrient level of the person both at the time of infection and later; the person's mental state and stress level (and how well that stress is handled); and various lifestyle factors such as smoking.

**40.** Blood tests may show lower-than-normal numbers of CD4+ cells and moderate levels of HIV. The amount of HIV in the blood is usually called the viral load. Although the immune system is able to fight HIV, it cannot get rid of the virus completely. In most people the virus will gradually be able to damage the immune system and they will progress to symptomatic infection.

**41.** Included among the opportunistic infections and other conditions that are considered “AIDS-defining” are: bacterial infections, such as *Mycobacterium avium* complex (MAC) or tuberculosis (TB); fungal infections, such as *Candida* overgrowth, cryptococcal meningitis, or *Pneumocystis carinii* pneumonia (PCP); parasitic infections, such as cryptosporidiosis or toxoplasmosis; viral infections, such as cytomegalovirus (CMV) or progressive multifocal leukoencephalopathy (PML); cancers, such as non-Hodgkin's lymphoma (NHL) and Kaposi's sarcoma (KS).

**42.** See UNAIDS, WHO, *AIDS Epidemic update*, 2006.



that in 2006 new infections in Africa numbered 2.8 million adults and children, more than in all other countries in the World combined. Deaths in 2006 totalled 2.9 million worldwide (2.5 to 3.5 million) for this pathology, of which 2.6 million (2.2 to 3.0 million) adults and 380,000 (290,000 to 500,000) children under 15 years. About 70% of the total deaths from AIDS are concentrated in Africa. According to the WHO, AIDS has become the main cause of death from infections in African countries. When assessing the dispersion of the disease, in addition to the percentage of HIV-positive adult population, the rapidity of increase in the absolute number of infected individuals also has to be considered<sup>(43)</sup>. As regards Africa, various factors may be implicated in encouraging the spreading of the epidemic in certain areas of the continent: the level of poverty, social instability, high levels of sexually transmitted disease, domestic violence, less commitment from governments to limit the epidemic, high mobility of the population, the virulence of HIV, low levels of hygiene and lack of drinking water, the dispersion of the population over large territories, etc. As a result of AIDS, many infected family heads find it impossible to continue their role. The epidemic has led to the collapse of medical structures in some LHDIC. In various countries, the majority of hospitalizations are associated with HIV related pathologies. Furthermore, the impact of the infection on health personnel has led to an increase in the number of days of absence for illness and a loss of essential human resources in health systems already

short of qualified personnel. Finally, in sub-Saharan Africa 12 million children have lost one or both parents as a result of AIDS. It is estimated that by 2010 this number will reach 18 million. Orphans of parents who died of AIDS find themselves in a situation of increased vulnerability and are thus in turn at risk of contracting the disease in a vicious cycle with limited possibility of escape. Countries with a high percentage of infected individuals are certainly those that need greatest attention, but the epidemic potential of the disease is such that serious consideration must be given to preventive and therapeutic action in countries in which poor living conditions are combined with fragile medical systems.

**The general objective of Cesvi in countries seriously affected by the disease is to reduce the incidence by avoiding new cases, care for the ill, preventing and treating the opportunistic diseases, and when possible initiating antiretroviral treatment or pain therapy.**

#### **HUMAN RIGHTS AND HEALTH PRIORITIES**

The strategies to combat the spread of the epidemic must take into consideration the human rights, the relevant social aspects, the lack of resources available, the technical and organizational aspects, and above all the fact that there would be no point responding to HIV while ignoring the other health problems of the population, since the final objective of all health intervention is to improve the overall duration and quality of life of a population.

**Cesvi does not respond to HIV in isolation from the other socio-medical problems in a particular area. Instead every programme to respond to HIV is also a support action for the local health system to encourage improved living conditions for the entire population. The catastrophic situation in countries affected by the epidemic is an opportunity to improve the living conditions of all inhabitants by improving the capacity of the health system to deal with the main socio-medical problems.**

Often the rights of people affected or infected by HIV (PLWH) are neglected or wilfully denied.

**NGOs play an important role in soliciting respect for human rights by states or individuals<sup>(44)</sup>.**

An HIV-positive individual, or somebody living with one, has the same rights as any human being as regards the right to live, non-discrimination, protection, equal treatment before the law. Their other rights include: the highest achievable level of physical and mental health, freedom of expression, association, movement, to seek asylum, respect for privacy, to marry, form a family, work, access to education, enjoy an adequate standard of living, benefit from social assistance, take part in cultural life, and have the benefits of science and technology. Finally, every human being has the right to protection from transmission of the virus.

## **PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION**

Initiatives aiming at the prevention of HIV are diverse in nature and can be promoted both within the health structures or within the community. Prevention can be achieved through:

- Information and health education in diverse

contexts (companies, schools, public venues, religious contexts, etc.);

- Ad hoc campaigns promoting preventive instruments (use of condoms, PMTCT, etc.);
- Educational activities among peers;
- Promotion of services to individuals (VCT, local clinics, etc.);
- Campaigns to promote "healthy" behaviour for preventing HIV (sexual habits, preventing drug addiction, etc.).

The keystone to prevention in all cases is the degree of instruction and awareness of the problems of the group most at risk<sup>(45)</sup>, supported by the effective presence in the area of specific services that can act as an element of constant reinforcement. Unfortunately, information alone is not enough to produce a behavioural change and the greatest influence is the social context within which one lives.

Even if new medicines are able to increase the hope for life and reduce the suffering of HIV patients, the primary and most important strategic action must be primary prevention. Every new case avoided represents a major success since it avoids enormous suffering for the individual, their family, and society.

**Primary prevention in its social and medical aspects is an effective way to prevent the spread of the infection.**

Cesvi has always given great emphasis to primary prevention through its support for international awareness raising campaigns that aim to educate young people<sup>(46)</sup>. Adequate health education and/or correct information have a proportionally direct influence on reducing problems of health and disease. It is seen that the seroprevalence diminishes in correspondence with changes in behaviour and habits of individuals in relation to:

- Adoption of appropriate sexual habits;<sup>(47)</sup>

---

**43.** A growing preoccupation is the spread in highly populated countries like China and India.

**44.** Taking into account that there might be HIV+ individuals in the staff and offering them the best possible conditions for living and working.

**45.** The most at risk groups on whom intervention has to be focused are HIV-positive, women, adolescents, children, homosexuals, IDPs, poor people. *Seropositive subjects* do not represent only a source of infection for targeting with simple awareness raising campaigns, but also represent living testimony, by direct experience, of the suffering and discrimination experienced as a result of HIV. Their example can be of great help in combating prejudice and fear. *Women* have always been the group at highest risk of infection. Women often do not have access to culture, information, political life, and health assistance. *Adolescents* represent the natural reservoir of future patients. The focus of every prevention campaign must therefore be a very early distribution of information about the forms of transmission and protection from the

---

virus among young people. *Children* born from infected mothers who contract the virus during gestation, birth, or breastfeeding can be added to the enormous number of orphans of one or both parents. Despite the fact that *homosexuality* and in general all forms of sexuality other than hetero are openly attacked in most LHDIC, these groups represent genuine reservoirs of infection, as do minorities often deprived of rights. *IDPs* and extreme *poverty*: poverty and being forced from homelands are closely linked to increased risk of contracting HIV.

**46.** For example *Virus Free Generation*, with the partners Alliance 2015 and *Uniti per i bambini Uniti contro l'AIDS*, with UNICEF: [www.virusfreegeneration.eu](http://www.virusfreegeneration.eu) and [www.unitiperibambini.it](http://www.unitiperibambini.it).

**47.** A particular form of prevention is required for HIV+ individuals. It has been proven that HIV+ people who are re-infected are more exposed to contracting the disease: therefore HIV+ patients must be recommended to perform safe sex not only to avoid infecting others, but also to avoid accelerating their own deaths.

- Adoption of measures during birth in order to prevent the vertical transmission of HIV;
- Adoption of practices for breastfeeding infants in line with what emerges from the data on the vertical transmission of HIV;
- Reduction of certain extreme cultural practices, like the mutilation of male and female genitals.

Poverty and lack of structures for education and information has direct consequences on the level of incidence of HIV. Schools, educational institutions in general, and the mass media shape the younger generations, passing on the cultural heritage and triggering endogenous development processes for the renewal of the social environment. Societies with weak educational structures also exhibit limits in the health sphere. All preventive, awareness raising, and educational intervention must involve the younger generations, schools, and the mass media.

**Cesvi supports a variety of worldwide awareness raising, information and education initiatives<sup>(48)</sup>.**

Secondary prevention, implemented through VCT and testing, if followed by actual intervention addressing opportunistic infections or initiating an antiretroviral therapy, is an important strategy in the prevention of AIDS.

**Cesvi supports evidence based prevention strategies in scarce-resource contexts, like sub-Saharan Africa.**

**Cesvi undertakes to encourage testing when there are proven benefits for the**

---

**48.** Among these the ABC approach, an abbreviation that stands for Abstinence, Be faithful, Condomise. An approach that became widespread from the end of the 1990s as a strategy to prevent the spread of the HIV virus. Cesvi follows this approach in various countries. Studies are underway to assess the effectiveness and new recommendations are expected soon. Recently the debate has concentrated on going beyond the ABC strategy, considering that, in some contexts of high incidence, marriage represents a risk factor for infection, especially for women (e.g. in sub-Saharan Africa). There is a need for approaches controllable by women (female condoms, microbicides), in order to protect themselves within marriage. See the following contributions from the *Toronto AIDS Conference 2006*: Louise Binder: *From programme to policies now: positive changes for women and girls*; Abstract CDD0026 - *Risk perception of women in marriage for HIV: qualitative study among young married women in Ibadan, Nigeria*. F. Oronsaye, G. Sadiq, I. Sutton, A. Olalaye. Abstract CDD0387 *Monogamous housewives - risk and vulnerability in a male dominated marital social setup*. R. Vadrevu, L. Vadrevu, S. D.G, S. Vadrevu.

**49.** In Zimbabwe Cesvi, together with medical personnel at clinics, has organized meetings with traditional healers and midwives and has supported local associations for the

**individual and society (e.g. prevention of vertical mother to child transmission or reduction in transmission of the virus, linked to an understanding of personal status).**

**Cesvi intends to:**

- **Adopt a community based approach<sup>(49)</sup> for clear information, adapted to the cultural levels of the context, aiming at the maximum involvement of the population on the theme of prevention and the adoption of healthy habits<sup>(50)</sup>.**
- **Support health structures in their work of informing the population, in the management of services to individuals (counselling, VCT, and PMTCT) and supporting personnel interfacing between the health structures and the community (for example, community health workers).**
- **Promote the adoption in health structures of specific guidelines for services for the prevention of HIV.**
- **Promote the training and updating of health staff involved directly or indirectly in prevention activity, stimulating constant contact with users for effective discussion on specific themes.**
- **Conduct pro-poor advocacy activities with government institutions and donors, promoting the protection of the most disadvantaged and vulnerable categories, facilitating access for them to all available services, promoting the opening of new services in the area, and stimulating public structures towards greater**

---

realization of information campaigns in villages. This has encouraged community networks linked to the hospitals. A community approach develops more easily in rural contexts. It is considerably more difficult to develop one in an urban setting, despite which it is important to underline that the presence of groups offering support, backing, and awareness raising is a success factor also in urban settings, as demonstrated by Cesvi's backing of the psychosocial support cells in Kinshasa in the DR of the Congo.

**50.** The previous description of Cesvi's strategies in response to AIDS and VCT should be integrated with intervention targeted both on the condition of women, children and other weak subjects in the LHDIC societies, and on the specific condition of maternal and child health. As regards the first aspect, the weak link in primary and secondary prevention strategies that target education and self-protection is the different degree of penetration of the message between men and women. Gender differences, linked to the social context, have a direct influence on the risk of infection. In the WHO's latest estimates on the spread of the virus it emerged that about half the HIV+ people are adult women alone (over 15 years of age). The target of awareness raising campaigns should therefore not be simply the general population but above all the most vulnerable layer of the same, represented by the women and children.

**openness towards local communities and contexts.**

**DIAGNOSIS AND THERAPY**

The diagnosis of certainty of infection with HIV is based on the identification of antibodies in the serum of the patient (*ELISA* method). In countries lacking resources the quick test is often used instead of *ELISA*, due to the ease of execution even by non medical workers, and the low cost<sup>(51)</sup>. The most widespread classification of the disease proposed by the WHO includes both assessment of the clinical condition and the CD4 count. In LHDIC diagnosis based on clinical assessment and the lymphocyte count alone is also considered acceptable (because it is more sustainable in countries lacking resources).

**Cesvi bases its classification of AIDS on the instructions provided by the WHO and reviewed by the health ministers of each single country<sup>(52)</sup>.**

When deciding on the purchase of machines for measuring the CD4 count, consideration must be given to the existing resources, the number of patients treated, and the possibility in rural contexts of developing therapy on the basis of only the lymphocyte count<sup>(53)</sup>.

**As regards therapy, Cesvi approves of the use of first-line therapy<sup>(54)</sup> as recommended by the WHO. Currently the method adopted is antiretroviral therapy with a triple combination of antiretroviral drugs in compliance with the WHO guidelines<sup>(55)</sup>. In the choice of therapy Cesvi takes into account availability, expense, and proven**

**effectiveness.**

Unfortunately, the use of these drugs in LHDIC is hampered by logistical problems (difficulty of access to health structures by the population, the need of refrigeration for some of the drugs, etc.), structural problems (lack of virological controls on the effectiveness of the therapy), economic restraints (the cost of the drugs). In addition to all this, there are issues of access to the drugs, adherence, and response to treatment and follow-up.

**The difficult economic, social, and health situation in LHDIC should not serve as an alibi for not organizing serious intervention even in the poorest countries, like those in Africa.**

**Polychemotherapy should be guaranteed to all HIV+ patients, even in the LHDIC where the National AIDS Control Programme is capable of dealing with opportunistic infections.**

**The introduction of antiretroviral therapy does require verification that the necessary finances are available to continue it with an uninterrupted supply and distribution system<sup>(56)</sup>.**

Priorities include educating patients before starting ARV therapy, the prescription of therapeutic programmes with the smallest possible number of pills and the lowest possible frequency of administration, the involvement of family members and members of the community to support the patient.

**Cesvi also sustains that antiretroviral therapy in LHDIC should not be offered only in the centres with professional resources and specialist techniques, but can be offered wherever there is the**

---

**51.** The mechanism is based on the reaction between a drop of the patient's blood and a specific reactant on the test film. To avoid false positive cases, whenever an initial test has a positive outcome, a second one is conducted and finally a third check. The three levels allow confirmation of the diagnosis, but without giving any quantitative indication of the T CD4+ lymphocyte count, a fundamental factor for the choice of the most appropriate therapy.

**52.** Cesvi makes reference to the WHO manual, *HIV treatment in scarce resources settings* in publication for a number of years, with the latest edition in 2006.

**53.** The T CD4 count determines whether HIV+ patients without opportunistic infections need treatment; the count is also used to establish whether the treatment with antiretroviral drugs is producing results. HIV+ patients with opportunistic infections or with significant weight loss must be treated regardless of the result of the T CD4 count because they already have AIDS according to the WHO definition. HIV+ patients without opportunistic infections and with T CD4 lymphocytes > 200 do not need antiretroviral therapy.

---

**54.** First and second line therapy define a more or less advanced treatment protocol. Second line therapies are adopted whenever pharmaceutical resistance has been developed to the first line.

**55.** The *highly active antiretroviral therapy* (HAART) uses suitable combinations of antiretroviral drugs. This therapy offers an improvement in immune parameters with a net increase of CD4+ lymphocytes that appears to persist for up to 4-5 years, combined with a lowering of viral load. Currently antiretroviral therapy uses drugs belonging to three classes: reverse transcriptase inhibitors (in turn divided into nucleoside, nucleotide, and non-nucleoside), protease inhibitors, and fusion inhibitors. In LHDIC the composition of the triple combination includes nucleoside and non-nucleoside reverse transcriptase drugs. In some countries protease inhibitor drugs are also available. See also note 37.

**56.** In Zimbabwe, Cesvi has signed an agreement with a para-state company to supply and distribute essential drugs valid for the entire country in order to avoid the creation of parallel supply systems and instead supporting those already in existence, thus guaranteeing continuity of treatment.

possibility of respecting the WHO and national treatment protocols<sup>(57)</sup>. Only strategies shared with local governments can give long term results.

**Cesvi undertakes operative studies to assess the best intervention strategies in order to ensure good maintenance of therapy<sup>(58)</sup>.**

The issue of resistance is of utmost importance when considering the introduction of antiretroviral treatment in countries lacking resources: the socio-economic situation, great distances, problematic and expensive transport can in time discourage trips to health structures<sup>(59)</sup>.

**Cesvi in any case recommends investigating various strategies to improve completion of therapy, so as to establish more precise guidelines regarding the most effective model for a given type of context.**

Finally, an efficient pharmaceuticals supply system is essential. A sudden interruption in current supplies to international bodies and non-profit organizations, in the face of the current incapacity of these countries to pay for ARV drugs, could cause a development of resistance of such proportions as to render first line treatment no longer effective. When, as in some African countries, 20% of the population are affected, specialist centres are not necessary and instead the entire health system needs to be supported.

**Therapy must favour patients in their context with the possibilities existing on site. The system must be able to treat patients as far as possible within their context, avoiding in this way the development of resistance to drugs. It**

**is better to have a stable system, lasting through time, feasible and sustainable rather than a “technologically advanced” system but remote from patients and unsustainable. Therefore treatment needs to be conducted in ordinary health structures. Consideration must be given to the interactions between HIV, malaria, nutrition, TBC, respiratory and intestinal diseases, etc.**

Currently there is a particular need for new operative research, especially in sub-Saharan Africa in order to test the correct use of antiretroviral drugs to avoid resistance and side effects. However, there is no reason, if the health system is supported in facing the major problems, not to initiate these therapies and also to assist terminal patients<sup>(60)</sup>.

### **HIV, PREGNANCY, MATERNAL AND CHILD HEALTH**

It has been estimated that 1.5 million HIV-positive women become pregnant every year, which means that about 600,000 children are infected every year by vertical transmission. The figures from selected pre-natal clinics in urban areas reveal an incidence of HIV among pregnant women in sub-Saharan Africa of over 25%. In 2005, in LHDIC only 9% of pregnant HIV-positive women received an antiretroviral prophylaxis to prevent transmission of the virus to their children, a modest increase of 3% compared with 2003<sup>(61)</sup>. In these countries infection is associated with an increased risk of: spontaneous miscarriage, ectopic pregnancy, stillbirth, premature labour, premature rupture of membranes, urogenital infections, syphilis. In industrialized countries the incidence of



vertical transmission of the virus has fallen to minimal levels, as low as 2%, thanks to the introduction of antiretroviral therapy, the use of Caesarean section, and artificial feeding<sup>(62)</sup>. In Africa, instead, where these operations are not widespread and not always available and where breastfeeding for long periods is normal, the vertical transmission of the virus is still around 25 to 40%.

### **PMTCT AND PPTCT PLUS**

Vertical transmission can occur at various stages: during pregnancy, birth, or breastfeeding<sup>(63)</sup>.

In LHDIC the prevention of vertical transmission by seropositive mothers is achieved through diverse interventions including:

- Services to promote maternal and infant health (pre- and postnatal).
- Counselling and testing services.
- Promotion of alternatives to breastfeeding and/or early interruption of the same.
- Optimized and non invasive obstetric procedures.
- Preventive antiretroviral therapy for the mother and child.
- Antimalarial prophylaxis, since it has been demonstrated to reduce vertical transmission.

### **It is important to guarantee all women**

---

**57.** WHO, *Antiretroviral drugs for the treatment of HIV infection in adults and adolescent in resource-limited settings*, 2005.

**58.** Like for example home visits and DOT (*Directly Observed Therapy*), when daily therapy is observed directly by a health professional or village social worker. DOT is appropriate for chronic infective diseases for which interruption of therapy can cause the recurrence of the resistant virus or bacteria (TBC, HIV/AIDS, leprosy).

**59.** Some studies indicate levels of resistance to ARV's that have reached 23% for first line treatment in industrialized countries. Others instead highlight that adherence to ARV's is in fact better in Africa than in North America: *Toronto International AIDS Conference 2006 Abstract TUPDB03 - Adherence to antiretroviral therapy in Africa versus North America: a meta-regression analysis*. E. Mills, J. Nachega, I. Buchan, J. Orbinski, S. Singh, B. Rachlis, L. Thabane, K. Wilson, D. Bangsberg, G. Guyatt.

**60.** Home assistance is one way to help patients and their families, giving people the chance to live the last part of their lives in their own homes, supported by medical care, and so reducing suffering. Community networks and support groups, often created by HIV sufferers themselves, are fundamental to improving the lives of PLWH.

**61.** UNAIDS, UNICEF, WHO, *Children and Aids. A stocktaking report*, 2007.

**62.** In LHDIC it is possible to conduct delivery by Caesarean section and provide artificial feeding without the complications that occur in LHDIC.

### **access to counselling and to VCT<sup>(64)</sup>.**

The breastfeeding stage is the most delicate and difficult to deal with. The WHO estimates that 94% of children in the world are breastfed. 79% continue to one year and 52% up to two years. Breastfeeding over six months is common in sub-Saharan Africa and in Asia. Without antiretroviral prophylaxis or other effective intervention to prevent the vertical transmission of HIV, breastfeeding that extends for two years or more can increase the risk of transmission of HIV by about 40%. About 5 to 20% of infants are infected in the post-natal period and the risk increases progressively with the duration of breastfeeding. However, the alternative to breastfeeding, artificial feeding, is recommended only where it is easy to guarantee the supply of powdered milk and clean drinking water. In LHDIC artificial feeding may lead to the development of very serious problems.

**Bearing in mind that regarding breastfeeding there are no unanimous and general recommendations and that every intervention depends on the operative context, it is advisable to abide by the strategies proposed by the Ministry of Health in each individual country, which in turn are derived from general recommendations of the WHO<sup>(65)</sup>.**

---

**63.** WHO, *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants: toward universal access*, 2006.

**64.** The execution of the test is dependent on an initial interview during which the counsellor clarifies the risks of infection from HIV, the forms of transmission, and the appropriate therapy for prevention and treatment in cases of seropositivity. Special attention must be dedicated in this case to the increased risk of infection of the foetus in the absence of specific precautions. Attention must be paid to the protection of privacy throughout the process. Cesvi uses forms for informed consent whenever specific responsibility must be assumed by the patient. When the serological test is carried out, it must be followed by post-counselling, always in private, during which, on the basis of the test results, specific instructions are given for prevention and treatment of the disease as well as the need to change certain behavioural and above all nutritional habits in case of seropositivity.

**65.** See [www.who.int](http://www.who.int) and *Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections*, Los Angeles, 25-28 February 2007. *Briefing note – HIV & Infant Feeding*: 1) The most appropriate nutrition for the infant depends on the medical and psychological conditions of the HIV-positive mother as well as the accessibility to health assistance centres. 2) Exclusive breastfeeding is recommended for the first 6 months of life of the child when this method is the safest, most accessible, sustainable, and most readily accepted. 3) It is recommended to replace breastfeeding with artificial feeding whenever it is sustainable, practical, accepted by the mother, and safer for the child.

## HIV AND INFANT FEEDING COUNSELLING GUIDELINES IN RESOURCE-POOR COMMUNITIES

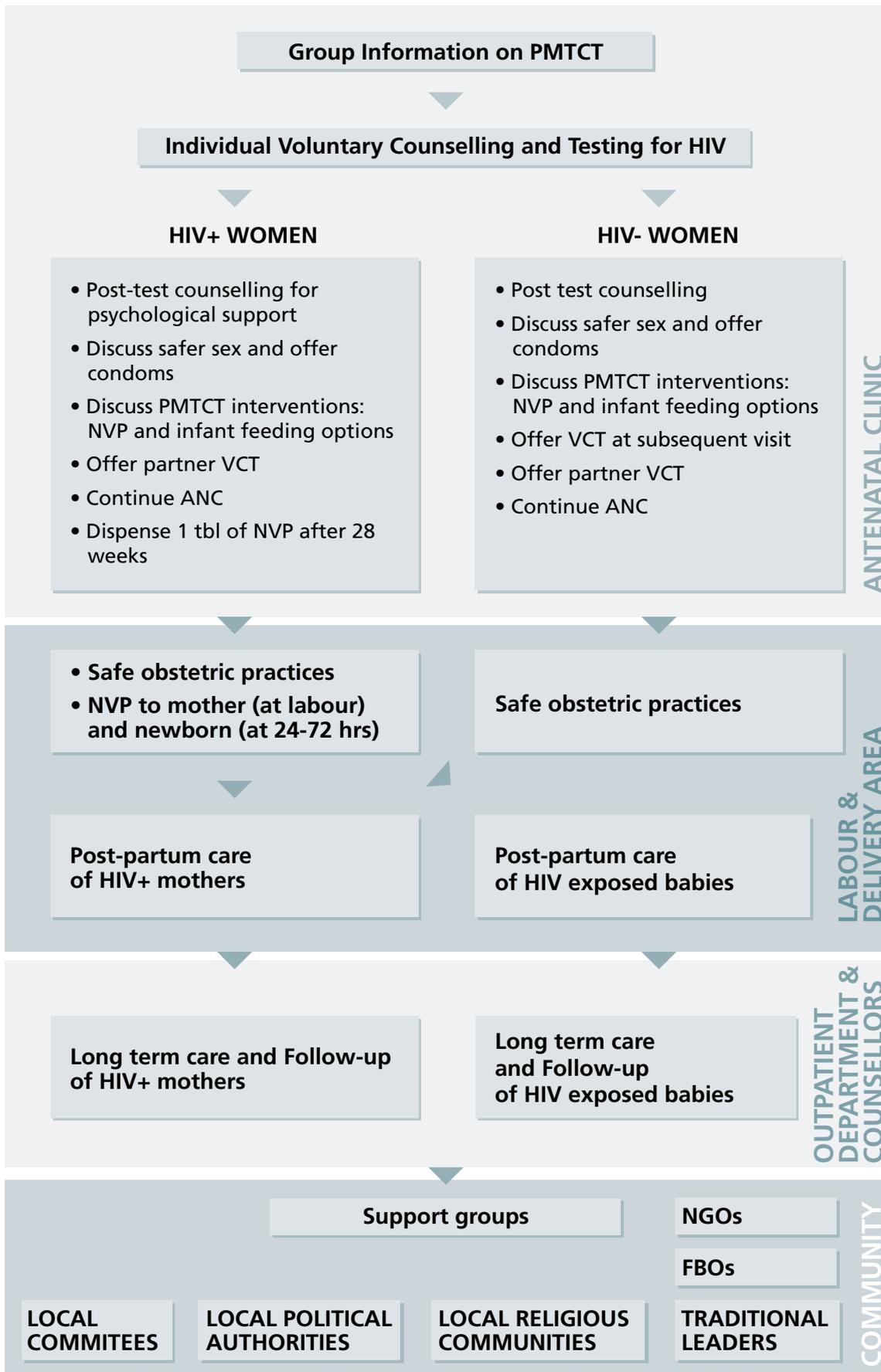
SITUATION	HEALTH WORKER GUIDELINES
<b>Mother's HIV status is unknown</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promote availability and use of confidential testing</li> <li>■ Promote breastfeeding as safer than artificial feeding</li> <li>■ Teach mother how to avoid exposure to HIV</li> </ul>
<b>HIV-negative mother</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promote breastfeeding as safest infant feeding method (exclusive breastfeeding for first 6 months, introduction of appropriate complementary foods at about 6 months, and continued breastfeeding to 24 months and beyond)</li> <li>■ Teach mother how to avoid exposure to HIV</li> </ul>
<b>HIV-positive mother who is considering her feeding options</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Treat with antiretroviral drugs, if feasible</li> <li>■ Counsel mother on the safety, availability, and affordability of feasible infant feeding options</li> <li>■ Help mother choose and provide safest available infant feeding method</li> <li>■ Teach mother how to avoid sexual transmission of HIV</li> </ul>
<b>HIV-positive mother who chooses to breastfeed</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Promote safer breastfeeding (exclusive breastfeeding up to 6 months, prevention and treatment of breast problems of mothers and thrush in infants, and shortened duration of breastfeeding when replacements are safe and feasible)</li> </ul>
<b>HIV-positive mother who chooses to feed artificially</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Help mother choose the safest alternative infant feeding strategy (methods, timing, etc.)</li> <li>■ Support her in her choice (provide education on hygienic preparation, health care, family planning services, etc.)</li> </ul>

**Cesvi is committed to supporting health systems in various countries with a high incidence of HIV in order to provide and expand the PMTCT service, ideally so that it is available to all pregnant women.**

In recent years, in the light of experience and the availability of new therapies, the recommended approach is to actively involve also the partner (now the definition is PPTCT - Parental Prevention to Child Transmission of HIV) and the other children, in order to establish a course of prevention and therapy involving the whole family<sup>(66)</sup>. There is now even talk of PPTCT PLUS to also include the possibility of treatment for the parents already HIV positive, in order to reduce the risk of leaving the children as orphans.

**66.** Knowledge and preventive, diagnostic, and therapeutic possibilities in this sector are in constant evolution.

# PMTCT



## A CONCRETE EXAMPLE: PMTCT AND PPTCT PLUS IN ZIMBABWE

Cesvi has supported the national health service of a region of Zimbabwe since 2001 to provide PMTCT services and since 2004 also PPTCT PLUS, integrated into the existing health services, through the supply of equipment and medicines and the specific training of local health workers ("capacity building" component).

First 4 district hospitals and then gradually other 2 hospitals and 21 clinics (or rural out-patients clinics) were supported to provide a service of prevention against vertical transmission of the virus through the specific training of 300 members of the medical staff (including doctors, nurses, auxiliaries, counsellors), facilitation of transport of the necessary materials and medicines, the reinforcement of the assistance continuity networks from the villages of residence to rural clinics up to the reference district hospital and vice-versa, support for training community social workers, and support for the training of self-help groups.

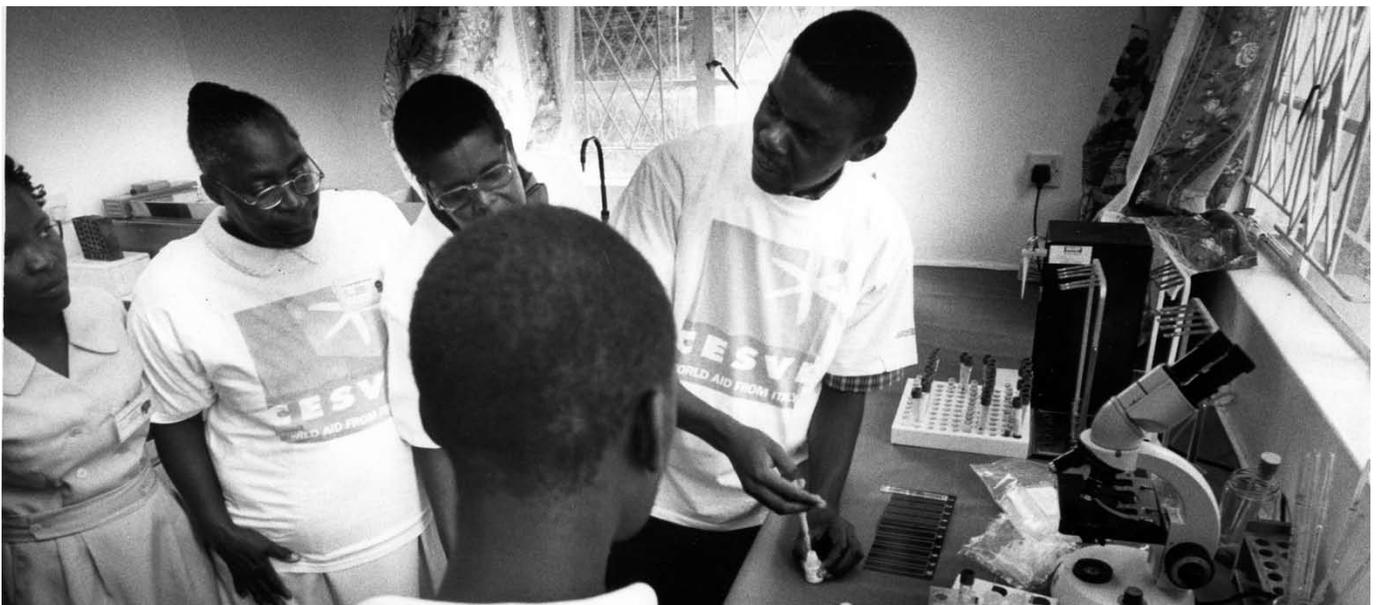
Within December 2006, in the area supported by Cesvi, more than 20,000 pregnant women had decided to undergo testing for HIV following suitable instruction in groups and individual interviews (counselling). The percentage of HIV positive women was about 20%, half of whom received the antiretroviral prophylaxis recommended in the national guidelines. The strong points of the Zimbabwe experience included:

- Participation in the national forum coordinated by the Ministry of Health in order to follow the instructions shared with local institutions and contribute towards the development of the national guidelines.

- The training of existing health staff working for the national health service in order to ensure the continuity of the service.
- Support for the rural clinics in the area in order to increase the possibilities for access to the service also for citizens living far from hospitals.
- Involvement of traditional charismatic figures for the distribution and understanding of the service within the community.
- Support for training in social and psychological counselling in addition to medical training.
- Transport for medical consultations in villages and supervision in clinics by a hospital team in order to reinforce peripheral areas, coordinate activities, and improve the quality of treatment.
- Widespread instruction in villages coordinated by trained local personnel, with referral to the relevant health centres for problems.
- Support for carrying out HIV tests together with the creation of conditions for the prevention of transmission to infants and/or care for ill individuals.

The analysis of this experience also highlighted the following weak points, those will be taken in consideration:

- Absence of a specific nutritional component within the project to support women during pregnancy and breastfeeding, and children at the time of weaning.
- Difficulty in the follow-up of children and families due to transport problems and frequent migration.
- Low involvement of male partners due to cultural resistance and an ANC (antenatal care) organization still oriented prevalently towards women.
- Weak connections with consultants in birth control and the prevention of sexually transmitted diseases.



## **SOCIAL IMPACT OF THE DISEASE AND SOCIAL INITIATIVES IN RESPONSE TO HIV**

The struggle conducted for the lowering of the cost of antiretroviral drugs has contributed to their more widespread distribution at reasonable cost and the use of drugs classed as *generic*<sup>(67)</sup>, certainly making life much simpler for patients. But the social issues associated with HIV remain unchanged. Among the social consequences of the HIV epidemic of note are: absenteeism from work with serious damage to the economy; absenteeism from school with impoverishment of educational opportunities; presence of widows and orphans with disintegration of the social system; increase in poverty (living on streets, etc.); high social costs for dealing with the epidemic. It is important both in prevention and any eventual treatment to limit the impact of HIV and to be able to support the development of communities involved in the phenomenon.

**Cesvi aims to guarantee social support integrated with medical and pharmacological intervention according to the following guidelines:**

- **Support socio-economic initiatives addressing the weaker categories, in particular AIDS orphans and widows, in order to ensure them dignified and sustainable lives.**
- **Support programmes for scholastic reintegration and professional training for AIDS orphans and subjects seriously affected by HIV.**
- **Realize support programmes for street kids and for their social reintegration.**
- **Promote training and educational programmes for the communities that offer support for HIV+ individuals and for the progressive elimination of stigma<sup>(68)</sup> and discrimination.**
- **Encourage social reintegration programmes for HIV-positive people (programmes for income-generation, microcredit, professional training, etc.)<sup>(69)</sup>**

The treatment support strategies in countries lacking resources foresee the involvement of the community and of the social structures overall. The process begins with the HIV test, followed by a session of specific counselling. In this stage, prior to therapy, the subject needs the full support of their immediate family, relatives, and friends.

**Cesvi aims to ensure social support by means of:**

- **Counselling, awareness raising, and education.**
- **Support groups.**

- **Social workers at community level.**

- **Local clinics<sup>(70)</sup>.**

Each of the above categories merits a brief description.

## **COUNSELLING, AWARENESS RAISING, AND EDUCATION**

Counselling has become an integral part of the essential strategies for approaching diverse subjects in a wide variety of applied sectors. In the social sector it is characterized by its great flexibility and ductility, adapting to a variety of situations and different contexts. Counselling is based on the relationship between a counsellor<sup>(71)</sup>, who could be defined as a counselling operator, and one or more subjects united by similar expectations or problems.

There are in fact various types of counselling that range from individual to group counselling. In all cases the importance lies in the relationship and so the level of participation. Counselling is different from psychotherapy, psychiatric treatment, or other forms of relationships with therapeutic aims. It falls into the so-called "maieutics" function, that is, the facilitation of expression of concerns, doubts, problems, and can thus be classed as "informative". In the case of HIV, the counselling relationship is organized into various phases summarised as follows:

- The first phase of general awareness, with the support of specialised personnel for the communication of general information.
- The second phase follows the HIV test and, in addition to communicating the results to the patient, has the objective of facilitating the acceptance of the results, be these positive or negative. In negative cases the issues regarding the window

---

**67.** The so-called generic medicines registered by the WHO are produced in countries in which the costs of production are limited and have the same characteristics as branded medicines. The growing spread of generic medicines make it possible to treat a higher number of patients at limited costs, without reducing the effectiveness of the therapy.

**68.** The stigma often contributes to the spread of the epidemic since infected people try to hide their illness for as long as possible and refuse any tests, for fear of knowing the truth.

**69.** It would be a fine thing if microcredit and training gave priority when possible to synergic activity for the improvement of health or nutrition: cultivation of plants with high protein content like *spirulina* (algae that can be easily cultivated), the production of dehydrated food for weaning, the production of mosquito nets, etc.

**70.** The role of local clinics was discussed previously.

**71.** A medical health worker that deals with the course of treatment of people with AIDS.

period are clarified<sup>(72)</sup> and the possibility of future infections. In cases of positive results it is necessary to deal with the burden of frustration and often desperation of the patient and an effort has to be made to express positive messages regarding the possibility of treatment, living with the virus, and the social value that this awareness offers for the prevention of other infections, protecting personal health and that of family and friends.

**Cesvi aims to promote counselling as a social strategy of sustainable nature because it is based on the relationship of empathy between subjects belonging to the same culture<sup>(73)</sup>.**

**Cesvi considers it essential to promote education and instruction on the issues associated with health as components in a strategy that aims at prevention and reduction of morbidity and mortality indicators on a community level.**

Counselling activities are not detached from those of information and education and are also promoted during treatment in order to avoid the development of other diseases, spreading of the disease, and to encourage positive habits.

## SUPPORT GROUPS

In recent years a support methodology has become established for HIV-positive individuals based on support groups, a transformation of the so-called mutual help groups adopted in other contexts to deal with other issues associated with the absence of support structures. An extremely important social problem is the isolation, stigma, and discrimination that the individuals involved are often subject to. This isolation is very marked on a rural level, less obvious in an urban social context, but leads to deep distress, loss of self-esteem, and demotivation in the people affected. This can lead to early death with the development of very high medical costs and equally serious social costs. The increase in the number of orphans shows the high level of mortality among adult PLWH.

Support groups are an increasingly effective instrument for facing the problems of individuals and for the adoption of suitable strategies for dealing with them. Often this support also takes the form of financial, nutritional, or material aid, on a rotary basis<sup>(74)</sup>, that is, available in succession to all the members of the same context. Support is generally in the form of initiatives that create small scale commercial activities,

the payment of complex health treatments, school fees, or similar.

**Cesvi promotes the formation of support groups as a community social mobilization strategy. These increase sensitivity to specific issues, widen awareness and knowledge, and reinforce community ties and institutionalized processes of mutual help.**

## COMMUNITY SOCIAL WORKERS

The strategy of support groups in the community has advantages that also apply in the presence of community social workers. Lay counsellors, community-based operators, social workers, peer educators, figures involved in DOT (community health workers or CHW), are all community social workers. The identification of these figures within the local community, capable of consistently fulfilling well defined roles, both part time and full time, is a very important factor in initiatives in which realization depends to a large extent on the involvement of the community as a whole or of groups of families. Social workers know the context in which they operate and obviously know the local language, customs, and traditions. They know the people and social dynamics, they do not need to move far for their work and can collect information on a day to day basis<sup>(75)</sup>.

**Cesvi promotes the use of community social workers as a highly effective instrument in programmes of public health and the promotion of positive preventive and/or treatment habits. The involvement of figures close to the beneficiaries represents an advantage from the point of view of communication, monitoring, and data collection.**

## NUTRITION AND HIV

Adequate nutrition is a fundamental factor for sustaining health and improving the quality of life of diseased patients, in particular suffering from AIDS. People affected by the HIV virus have a higher need for nutrition and calories compared with healthy individuals. While an active HIV-negative adult requires a daily intake of about 2000 kcal, an HIV-positive adult requires 15 to 20% more (about 400 kcal more for men and 300 kcal for women).

There are various factors that condition the nutritional requirements. On one hand fever and diarrhoea, clinical symptoms commonly found with these patients, reduce appetite and the absorption capacity of the intestines. Secondly, the conditions of isolation and

psychological depression, as well as general asthenia, can also reduce the motivation to eat. Finally, in poor countries often there is insufficient food available and few people have the economic possibility of maintaining a complete diet. The result is malnutrition, loss of bodyweight, asthenia, and general malaise that can encourage the progression of the infection to AIDS. Furthermore, good nutrition is an essential element for the success of therapeutic intervention.

**Adequate and balanced nutrition must be one of the objectives of counselling and of the assistance of patients with HIV at any stage of the disease. Particularly important is:**

**- Maintaining body weight and strength**

**(increasing the quantity of protein in the diet, making use if possible of low cost protein sources).**

- Supplementing deficits in vitamins and minerals.**
- Keeping affected/ill people active and capable of looking after themselves, their families, and their children.**
- Keeping affected individuals capable of working and so contributing to the support of themselves and their families.**

Cesvi depends on other organizations specialized in nutritional therapies to supplement its own socio-medical programmes, in particular exploiting relationships established through the European network *Alliance 2015*<sup>(76)</sup>.

---

**72.** Period between infection and appearance of antibodies that are identified with the quick test after 3-6 months.

**73.** In Zimbabwe Cesvi has supported the training of health staff for counselling following the strategies proposed by the Ministry of Health, which initially recommended individual pre-test counselling. Subsequently the local ministry, considering the levels of incidence of the virus, the need to protect children born from positive mothers, and the gradual increase in possibilities for treating seropositives, now recommend carrying out routine testing on all pregnant women, after they have been informed in groups. Individual counselling is now offered only when a woman refuses the test, in order to investigate the reason for refusal. 98% of the women, after being informed, accept the routine check.

**74.** A revolving fund is a fund set up to finance micro/small business initiatives based on personal initiative of small loyal groups aimed at income generation. The rotary fund is called this because some initial capital is set up and distributed initially in various amounts among a number of beneficiaries. They are required to pay back the capital received in a set period of time and in the form agreed with the fund manager, with the objective of reconstituting the initial fund which can then be

---

available for other potential beneficiaries. An indicative example is the experience of Cesvi in Eritrea in a support programme for a local PLWH association for capacity building, institutional and organizational development, training, and the start up of income generating activities. The creation of a rotating fund permitted the purchase and distribution of goods and equipment to permit the start up of professional activities in the poultry, weaving, embroidery, and sewing sectors after a period of training. This initiative produced positive results on the association and the beneficiaries because it immediately created a considerable increase in membership, making an ever growing interest in the issues of HIV and increasing the level of internal information and democracy.

**75.** They can verify the impact of the prescribed antiretroviral therapy and monitor the progress of the illness.

**76.** Two NGOs, Concern (Ireland) and DWHH (German Agro Action) from the European network that unites with Cesvi another five European NGOs, have developed a vast expertise in nutritional programmes. In Zimbabwe patients are referred to organizations that supply food or to groups that try to implement self-sustenance initiatives with minimal external input (for example: supply of seed and training for the cultivation of vegetables.)



## Tuberculosis (TBC)

Tuberculosis is an endemic infection that affects part of the world's population, mostly resident in tropical areas. The HIV epidemic encourages the spread of TBC, which is probably the most serious pathology, if not the only one, that AIDS patients can transmit to other people, TB is the main cause of mortality among AIDS patients. Tuberculosis is a chronic bacterial infection caused by *Mycobacterium tuberculosis*<sup>(77)</sup> and is characterized by the formation of granulomas in infected tissues. The classic site of the disease is the lungs, but other organs can also be infected. Absence of effective treatment in the active phases of the disease results in a chronic progression with fatal results. The majority of tubercular infections are asymptomatic.

### EPIDEMIOLOGY

TBC is a major priority for public health in LHDIC<sup>(78)</sup>. The ARTI (Annual Risk of Tuberculous Infections) is the risk in terms of annual probability of an individual contracting the infection (assessed starting from the variations in the tuberculin index figures for a population) and is highest in sub-Saharan Africa (from 1.5 to 2.5%) followed by South-East Asia (from 1 to 2%), North Africa, the Middle East, Central America and South America (from 0.5 to 1.5%). According to the WHO, in 2004 there were approximately 9 million new cases of tuberculosis, and in the same year it was estimated that more than 14 million people in the world are ill with

the disease (229 per 100,000). The number of cases recorded is a serious underestimation of the true incidence, both due to limited diagnosis capacity and the low efficiency of reporting in many countries. It is further calculated that deaths, again in 2004, were 2 million with a net prevalence in South-East Asia. These high levels of morbidity and mortality are maintained essentially by poverty, recent mass urbanization, social conflicts, and by the inefficiency and under-financing of programmes to control tuberculosis.

**There is now talk of a “new” epidemic of tuberculosis: that associated with the pandemic of AIDS. Consequently a health policy needs to take into account the coexistence and synergy between these two diseases.**

The presence of the HIV causes the reactivation of latent tubercular infections as a consequence of the immune depression caused by HIV. Another important element that has to be considered is the growing problem of pharmaceutical resistance that in turn leads to increased seriousness of the infection and raises the probability of transmission (because incurable), seriously threatening the success of control programmes. The levels of resistance are higher in LHDIC than in HDDIC due to the problems of carrying out the appropriate and complete therapeutic cycles. Tubercular infection is transmitted by way of particles released into the environment especially during coughing attacks. The capacity of subjects with pulmonary

tuberculosis to transmit the infection depends basically on the number of bacilli present in the excrete. The most common contexts for the transmission of the microbes are family homes and work venues, crowded areas, and where there is poor ventilation. It should also be remembered that conditions of poor hygiene encourage the two forms of tubercular infection, pulmonary and extrapulmonary.

#### **PREVENTION AND CONTROL METHODS**

Prevention is achieved by improving socio-economic conditions and the control of the HIV epidemic. From a medical and social point of view the control strategies for tubercular infection are basically five:

- Passive diagnosis in symptomatic cases by microscopic identification of the mycobacteria in the expectorate and the administration of short therapy regimes under the supervision of health workers or community social workers or adequately trained family members (DOT).
- The existence of clear political support.
- The availability of rational treatment guidelines.
- Regular supplies of the essential antituberculosis medicines.
- The efficiency of the notification system (both for cases and outcomes of therapy).

According to the WHO a good control programme can be defined as such if it manages to treat at least 85% of cases of bacillary tuberculosis, and to identify at least 70% of all infections. Treatment is thus fundamental.

#### **DIAGNOSIS AND THERAPY**

Diagnosis is made using the intracutaneous *Mantoux* test. Certainty diagnosis (useful in public health programmes) is achieved by direct microscopic examination of the expectorate with *Ziehl-Nielsen* staining. Before the use of antibiotics in tuberculosis therapy this disease caused high mortality at 5 years (50 to 60%). The use of antibiotics permitted recovery of the patient, the prevention of relapse, and consequently the interruption of the transmission of the infection.

Antituberculosis therapy is polypharmacological due to the need to prevent the selection of pharmaceutical resistant mycobacteria. Treatment protocols generally foresee an initial intensive phase (2 months) and a phase of continuation (4 months).

**Cesvi follows the protocols of the local Ministries of Health with the medicines**

#### **available on site.**

The response of the patient to the therapy is the determining factor for the success of the treatment and conditions the selection of strains resistant to the medicines with consequent persistence of transmission of the disease. For these reasons DOT is strongly promoted by the WHO as a useful instrument for a correct approach to tuberculosis treatment, and to permit high rates of recovery<sup>(80)</sup>.

In LHIDC, where extended hospitalization is unusual, it is necessary to try and implement intermittent DOT within a local area.

---

**77.** The tubercular bacillus is one of the many members of the Mycobacterium genus (about 30 different bacteria).

This bacillus is the causal agent of tuberculosis, together with *M. bovis* which is closely associated with the same.

**78.** See WHO, *The stop TB strategy – Building on and enhancing DOTs to meet the TB-related Millennium Development Goals*, 2006.

**79.** There are essentially five antibiotics used in the treatment of TB: rifampicin, isoniazid, ethambutol, pyrazinamide, streptomycin.

**80.** The weak point in the strategy is that, as a polychemotherapy, there are problems managing the large number of medicines in remote areas.

### Overall Principles

1. As an inalienable right, the right to health represents an absolute priority for every country. Health is the primary human right.

2. The condition of disease must never be a reason for stigma and discrimination.

3. **Cesvi adopts this health policy not only as a working instrument, but also as a statement of awareness regarding the urgency and importance of the right to health and of policies that promote, guarantee, and implement the same in Italy and the World**, for example in low human development index countries, by way of adequate programmes and financing. Cesvi intends to contribute to the improvement of the health of people in low human development index countries wherever it is most necessary.

4. Cesvi sustains that the action of NGOs for the affirmation of the right to health for everyone, everywhere, is not a substitute but a complement and support to the commitment of Governments to guaranteeing an efficient health structure with accessible, sustainable services from the financial and medical points of view.

5. **Cesvi, therefore, does not operate in competition with local health services, does not create new specialised parallel structures, but strives to integrate its programmes with those of the existing health services, encouraging the ultimate responsibility of local governments.** Cesvi's Mission, summarized as *"We work with the needy of the world so that they will no longer need us"*, has been much more than just the Cesvi slogan for over 20 years. **It indicates a precise strategy that aims to encourage the self-sufficiency of the national health systems in low human development index countries.**

6. Cesvi operates in privately run services only when integrated into national health programmes.

7. The support and contributions of non-government bodies in the definition of health policies is essential to their success, both for the high costs of health policies and due to the vastness of their impact on society. They require the participation of the largest possible number of responsible actors, shared objectives, a unanimous effort, and a huge range of human and financial resources.

8. Cesvi sustains that every health project or programme should always include a significant *Capacity Building* component.

9. Cesvi sustains that the aim of international cooperation is not the mere transfer of resources from rich to poor countries, because

when the resources have been collected and transferred, there is no longer a need for any form of partnership. Neither does it believe that its task is to substitute itself for the local actors for an undefined time. Instead Cesvi is firmly convinced that **cooperation is a relationship founded on the sharing of development aims**. Cesvi advocates the least invasive approach available, open to the possibility of local response already underway, or that might be activated or reinforced.

10. It is Cesvi's policy to support every health initiative, be this prevention, diagnosis, or treatment, with all the relevant social aspects:

- To guarantee the widest possible access to the basic health services, at the same time reinforcing referral structures (second level) in an integrated perspective.
- To support programmes that have the main objective of primary prevention<sup>(1)</sup> and the promotion of behaviours considered "protective" to health.
- To foresee the involvement and participation of the community in facing the problems and deciding the operating methods.

11. **Cesvi's policy is to give priority to the needs and socio-medical rights of women, creating when possible the conditions to reinforce useful methods to improve the response capacity of the local health system to the needs of the entire reference population.** Gender issues are important for the improvement of health. Women are the "point of entry" for prevention and treatment action that involves the entire family.

12. Cesvi intends to promote the support of peripheral health centres, seen as essential reference points for access to socio-medical services by a large section of the population in countries with limited economic resources still resident in rural or outskirting urban areas with poor cover from alternative and more structured health services.

13. It is advisable to combat malaria, TBC, and HIV and AIDS taking into account the response that the entire health system needs to provide in order to be more capable of dealing with the needs of the whole population. A horizontal approach makes it possible to better deal with the structural limitations that condition the development of a health system.

**Responding to AIDS and other serious diseases should represent an opportunity to improve health systems and the lives and development of marginalized populations overall.**

14. Within a general horizontal strategy it is also possible to define diseases or sectors considered as priorities in the country or in the region of intervention.

15. As much as possible must be done to guarantee improved quality of life, eradicate poverty, guarantee access to food, water, and education, confirm the equality of the genders and the emancipation of women. All of this before talking of health and medicine (even preventive).

16. Cesvi's health projects must always include a primary prevention approach founded on evidence based prevention intervention for the solution of problems. From a methodological point of view every primary prevention or health education strategy must foresee not only the involvement of the local authorities, but also an adequate community approach with the involvement of traditional leaders and of organized civil society (local NGOs, community associations, etc.). Health prevention and promotion are key factors for good health.

17. Education even more than awareness raising requires a response from the beneficiary, creating new skills and bringing them to light when already latent. Education is a lifelong process.

18. Health intervention and pharmacological therapies must, as far as possible, be standardized (applying local health ministry protocols). Pharmaceuticals for treatment must if possible be *generic* (with *common international denomination*), in a form available within the country, with clear instructions in a comprehensible language. As a rule Cesvi only adopts protocols shared by the WHO, and GMP (*Good Manufacturing Practice*) certified medicines.

## Maternal and child health

19. Increasingly often a decisive improvement in the health conditions of a country can be achieved by acting on the maternal and infant sector, establishing sustainable prevention programmes, early diagnosis, medical and socio-medical assistance that impact on lifestyles and the economic, health, and social conditions of the country.

20. Every health centre must also pay attention, in addition to screening for HIV, to STD symptomology using diagnostic flow charts, often already in use at the local health ministry, and consequently treat patients for the problems identified.

21. In addition to effective identification of risk factors, it is important to organize a long term prevention policy involving groups of women and children and also involving men in order to maximise the impact of the intervention.

22. Staff training is useful (capacity building) with the application of guidelines for the management of pregnancy and birth on different operative levels of the health system.

23. It is advisable to reorganize medical activities, improving the decentralised management of the health services, with an adequate medical staff, favourable logistical conditions, adequate supplies and equipment.

24. It is necessary to promote evidence based action that improves the practice and behaviour connected with pregnancy and birth.

## Malaria

25. Environmental hygiene campaigns are particularly recommended for raising public awareness but long term results are only obtained through educational measures that involve schools, local authorities, and rural or urban public environmental management structures.

26. Impregnated mosquito nets makes it possible to reduce the number of cases of malaria and the rate of mortality. They should be used with care and within an efficient system in order to discourage superficial practices, which in addition to being inefficient can also encourage harmful behavioural habits.

27. It is important to make pregnant women aware of the importance of using impregnated mosquito nets through health education programmes, social marketing, economic accessibility of the netting and the impregnating substances.

28. Since Cesvi adheres to the *Sphere Standard* for quality intervention in humanitarian action, it recommends that also in the context of emergency projects the minimum standards are always guaranteed.

29. Therefore, in order to avoid pharmaceutical resistance, it is fundamental that medicines are used only when strictly necessary, used correctly (doses, durations, etc.), and used in the form of combined therapies.

30. Every Cesvi programme should always address the combination of factors. In cases of projects against malaria (or HIV) it is necessary to intervene on both factors.

31. IPT has proven to be capable of reducing the risk of anaemia in mothers and low birth weight infants. It offers further advantages like good tolerance, low cost, and effectiveness.

---

1. Primary prevention here means all activity aimed at preventing infection or initiation of a disease. Secondary prevention means all activity aimed at preventing the development of the disease in those already infected.

## HEALTH POLICY IN BRIEF

32. It is also important to ensure pregnant women early diagnosis and rapid treatment with appropriate medicines for the treatment of malaria in pregnancy.

33. In conclusion, the strategic actions that link interventions to promote health in general and safeguard maternal and infant health, with the struggle against malaria are: prevention based on the use of impregnated mosquito nets, early diagnosis, and appropriate pharmacological treatments.

34. Priority must be given to prevention programmes and treatment addressing pregnant women and children under 5 years.

### HIV e AIDS

35. The general objective of Cesvi in countries seriously affected by the disease is to reduce the incidence by avoiding new cases, care for the ill, preventing and treating the opportunistic diseases, and when possible initiating antiretroviral treatment or pain therapy.

36. Cesvi does not respond to HIV in isolation from the other socio-medical problems in a particular area. Instead every programme to respond to HIV is also a support action for the local health system to encourage improved living conditions for the entire population. The catastrophic situation in countries affected by the epidemic is an opportunity to improve the living conditions of all inhabitants by improving the capacity of the health system to deal with the main socio-medical problems.

37. NGOs play an important role in soliciting respect for human rights by states or individuals.

38. Primary prevention in its social and medical aspects is an effective way to prevent the spread of the disease.

39. Cesvi supports a variety of worldwide information and education initiatives.

40. Cesvi only supports evidence based prevention strategies in scarce-resource contexts, like sub-Saharan Africa.

41. Cesvi undertakes to encourage testing when there are proven benefits for the individual and society (e.g. prevention of vertical mother to child transmission or reduction in transmission of the virus, linked to an understanding of personal status).

42. Cesvi intends to:

- Adopt a community based approach for clear information, adapted to the cultural levels of the chosen context, aiming at the maximum involvement of the population on the theme

of prevention and the adoption of healthy habits.

- Support health structures in their work of informing the population, in the management of services to individuals (counselling, VCT, and PMTCT) and supporting personnel interfacing between the health structures and the community (for example, community health workers).
- Promote the adoption in health structures of specific guidelines for services for the prevention of HIV.
- Promote the training and updating of health staff involved directly or indirectly in prevention activity, stimulating constant contact with users for effective discussion on specific themes.
- Conduct pro-poor advocacy activities with government institutions and donors, promoting the protection of the most disadvantaged and vulnerable categories, facilitating access for them to all available services, promoting the opening of new services in the area, and stimulating public structures towards greater openness towards local communities and contexts.

43. Cesvi bases its classification of AIDS on the instructions provided by the WHO and reviewed by the health ministers of each single country.

44. As regards therapy, Cesvi approves of the use of first-line therapy as recommended by the WHO. Currently the method adopted is antiretroviral therapy with a triple combination of antiretroviral drugs in compliance with the WHO guidelines. In the choice of therapy Cesvi takes into account availability, expense, and proven effectiveness.

45. The difficult economic, social, and health situation in LHDIC should not serve as an alibi for not organizing serious intervention even in the poorest countries, like those in Africa. Polychemotherapy should be guaranteed to all HIV+ patients, even in the LHDIC where the National AIDS Control Programme is capable of dealing with opportunistic infections. The introduction of antiretroviral therapy does, however, require verification that the necessary finances are available to continue it with an uninterrupted supply and distribution system.

46. Cesvi also sustains that antiretroviral therapy in LHDIC should not be offered only in the centres with professional resources and specialist techniques, but can be offered wherever there is the possibility of respecting the WHO and national treatment protocols. Only strategies shared with local governments can give long term results.

47. Cesvi undertakes operative studies to assess the best intervention strategies in order to ensure good maintenance of therapy.

**48.** Cesvi in any case recommends investigating various strategies to improve completion of therapy, so as to establish more precise guidelines regarding the most effective model for a given type of context.

**49.** Therapy must favour patients in their context with the possibilities existing on site. The system must be able to treat patients as far as possible within their context, avoiding in this way the development of resistance to drugs. It is better to have a stable system, lasting through time, feasible and sustainable rather than a “technologically advanced” system but remote from patients and unsustainable. Therefore treatment needs to be conducted in ordinary health structures. Consideration must be given to the interactions between HIV, malaria, nutrition, TBC, respiratory and intestinal diseases, etc.

**50.** It is important to guarantee to all women access to counselling and to VCT.

**51.** Bearing in mind that regarding breastfeeding there are no unanimous and general recommendations and that every intervention depends on the operative context, it is advisable to abide by the strategies proposed by the Ministry of Health in each individual country, which in turn are derived from general recommendations of the WHO.

**52.** Cesvi is committed to supporting health systems in various countries with a high incidence of HIV in order to provide and expand the PMTCT service, ideally so that it is available to all pregnant women.

**53.** Cesvi aims to guarantee social support integrated with medical and pharmacological intervention according to the following guidelines:

- Support socio-economic initiatives addressing the weaker categories, in particular AIDS orphans and widows, in order to ensure them dignified and sustainable lives.
- Support programmes for scholastic reintegration and professional training for AIDS orphans and subjects seriously affected by HIV.
- Realize support programmes for street kids and for their social reintegration.
- Promote training and educational programmes for the communities that offer support for HIV+ individuals and for the progressive elimination of stigma and discrimination.
- Encourage social reintegration programmes for HIV-positive people (programmes for income-generation, microcredit, professional training, etc.).

**54.** Cesvi aims to ensure social support by means of:

- Counselling, instruction, and education.
- Support groups.
- Social workers on a community level.
- Local clinics.

**55.** Cesvi aims to promote counselling as a social strategy of sustainable nature because it is based on the relationship of empathy between subjects belonging to the same culture.

Cesvi considers it essential to promote education and instruction on the issues associated with health as components in a strategy that aims at prevention and reduction of morbidity and mortality indicators on a community level.

**56.** Cesvi promotes the formation of support groups as a community social mobilization strategy. These increase sensitivity to specific issues, widen awareness and knowledge, and reinforce community ties and institutionalized processes of mutual help.

**57.** Cesvi promotes the use of community social workers as a highly effective instrument in programmes of public health and the promotion of positive preventive and/or treatment habits. The involvement of figures close to the beneficiaries represents an advantage from the point of view of communication, monitoring, and data collection.

**58.** Adequate and balanced nutrition must be one of the objectives of counselling and of the assistance of patients with HIV at any stage of the disease. Particularly important is:

- Maintaining body weight and strength (increasing the quantity of protein in the diet, making use if possible of low cost protein sources).
- Supplementing deficits in vitamins and minerals.
- Keeping affected/ill people active and capable of looking after themselves, their families, and their children.
- Keeping affected individuals capable of working and so contributing to the support of themselves and their families.

## TBC

**59.** There is talk of a “new” epidemic of tuberculosis: that associated with the pandemic of AIDS. Consequently a health policy needs to take into account the coexistence and synergy between these two diseases.

**60.** Responding to TBC, Cesvi follows the protocols of the local Ministries of Health with the medicines available on site.





LINEE GUIDA

# Salute

## Introduzione

“Se non sai dove vuoi andare, rischi di ritrovarti altrove, senza neanche saperlo!”

La frase del pedagogista R. Mager riassume tutti i motivi per cui è importante per Cesvi avere una policy sulla salute: serve ad indirizzare la programmazione, l'approccio, la progettazione, indicando le priorità e le strategie.

Nel documento sono analizzati salute materno-infantile, malaria, HIV e AIDS, TBC come problemi di salute principali, quali certamente sono per il loro impatto epidemiologico. È importante sottolineare, tuttavia, che l'approccio Cesvi a questi problemi è assolutamente “orizzontale”, nel senso che punta sul rinforzo del sistema sanitario, sulla continuità delle cure, sull'attenzione agli aspetti sociali, sulla condivisione di obiettivi comuni di sviluppo con le comunità locali, e non sulla creazione di isole di specializzazione avulse dal territorio circostante.

Il vero obiettivo è ridurre la mortalità, la

sofferenza e i problemi legati alla salute di intere comunità. Affrontare l'HIV e l'AIDS o la malaria è un'occasione per supportare globalmente i sistemi sanitari esistenti, con una strategia di rinforzo degli stessi, con particolare attenzione all'educazione alla salute e alla salute primaria di base.

La policy Cesvi sottolinea inoltre che l'analisi di contesto e la logica dell'approccio globale devono essere fondati sull'evidenza scientifica (*Evidence Based Medicine-Evidence Based Public Health*), la quale ovviamente muta con grande rapidità per l'acquisizione di nuove conoscenze.

Questo documento - che si rivolge innanzitutto allo staff Cesvi, ai partner, ai donatori e ai sostenitori - è un punto di partenza cui rivolgersi con fiducia, in quanto può rendere più chiara la strada da percorrere. Non rimane che riprendere il viaggio nella direzione giusta!

## ■ Il diritto alla salute

### FONTI E NORME NEL DIRITTO INTERNAZIONALE

“La salute è una condizione di totale benessere fisico, mentale e sociale, non meramente un'assenza di malattia o infermità”<sup>(1)</sup>. Lo stato di salute di un individuo è spesso determinato da fattori non strettamente sanitari che devono comunque essere garantiti come diritti fondamentali. Il diritto alla salute è affermato nella *Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo* (1948), Articolo 25: “Ogni individuo ha il diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della propria famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, alle cure mediche e ai servizi sociali necessari (e ha diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, invalidità, vedovanza, vecchiaia o in ogni altro caso di perdita dei mezzi di sussistenza per circostanze indipendenti dalla sua volontà)”. “La maternità e l'infanzia hanno diritto a speciali cure e assistenza. Tutti i bambini, nati

nel matrimonio o fuori di esso, devono godere della stessa protezione sociale”<sup>(2)</sup>.

La *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne* (CEDAW, 1979) dedica al diritto alla salute una serie molto dettagliata di norme. CEDAW prescrive l'eliminazione di tutte le discriminazioni contro le donne in ambito sanitario e nell'accesso alle cure mediche. Tale accenno all'aspetto di genere e di assenza di discriminazione contro le donne ricorre anche nel *General Comment* n. 14, Articolo 12: “Gli Stati prenderanno tutte le misure adeguate per eliminare la discriminazione nei confronti delle donne nel campo delle cure sanitarie al fine di assicurare loro, in condizione di parità con gli uomini, i mezzi per accedere ai servizi sanitari, compresi quelli che si riferiscono alla pianificazione familiare [...] gli Stati forniranno alle donne, durante la gravidanza, al momento del parto e dopo il parto, i servizi appropriati e, se necessario, gratuiti, e una alimentazione adeguata sia durante la

gravidanza che durante l'allattamento.” Anche la *Convenzione Internazionale sull'Eliminazione di ogni Forma di Discriminazione Razziale* (CERD, 1965) cita l'importanza per ogni individuo di esercitare vari diritti civili tra cui quello all'assistenza medica senza alcuna “distinzione di razza, colore della pelle o origine nazionale o etnica” (Articolo 5). Nell'Articolo 24 della *Convenzione sui Diritti dell'Infanzia* (CRC, 1989) si afferma l'obbligo degli Stati ad adottare misure specifiche che favoriscano il perseguimento del diritto alla salute, tra cui ridurre il tasso di mortalità neonatale e infantile; garantire a tutti i bambini la necessaria assistenza e le cure mediche, con particolare riguardo allo sviluppo e ai servizi sanitari di base; combattere le malattie e la malnutrizione nel quadro delle cure mediche di base mediante l'utilizzo di tecniche prontamente disponibili e la fornitura di adeguati alimenti nutritivi e di acqua potabile, tenuto conto dei rischi di inquinamento ambientale; garantire appropriate cure mediche alle madri in stato di gravidanza; garantire che tutti i membri della società, in particolare i genitori e i fanciulli, siano informati sull'uso di conoscenze di base circa la salute e la nutrizione infantile, i vantaggi dell'allattamento materno, l'igiene personale e ambientale, la prevenzione degli incidenti, e beneficiano di un aiuto che consenta loro di avvalersi di queste informazioni; sviluppare la medicina preventiva, l'educazione dei genitori e l'informazione e i servizi in materia di

---

**1.** Vedi preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: [www.who.int](http://www.who.int).

**2.** Il diritto alla salute è pertanto un diritto inalienabile sancito da varie dichiarazioni internazionali, come quella di Alma Ata, nella quale il raggiungimento del maggior livello di salute possibile è un risultato sociale estremamente importante in tutto il mondo, la cui realizzazione richiede il contributo di molti altri settori economici e sociali in aggiunta a quello sanitario. Per questa e altre dichiarazioni si veda [www.who.int](http://www.who.int).

**3.** Il *General Comment n. 14* della Commissione delle Nazioni Unite sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (2000) definisce il diritto alla salute come un diritto fondamentale per l'esercizio di altri diritti umani. Esso non va quindi isolato, ma realizzato attraverso numerosi approcci complementari. Il paragrafo 3 rinforza questo concetto di complementarità affermando che: “Il diritto alla salute è strettamente legato e subordinato all'affermazione di altri diritti umani (...), quali il diritto all'alimentazione, all'abitazione, al lavoro, all'istruzione, alla dignità umana, alla vita, alla non discriminazione, all'uguaglianza, il divieto della tortura, la privacy, l'accesso alle informazioni e le libertà di associazione, assemblea

pianificazione familiare. Nello stesso articolo la Convenzione menziona specificamente il ruolo fondamentale della cooperazione internazionale nella realizzazione del diritto alla salute nei Paesi in via di sviluppo: “Gli Stati s'impegnano a promuovere e incoraggiare la cooperazione internazionale allo scopo di garantire progressivamente la piena realizzazione del diritto riconosciuto in questo articolo. A questo proposito i bisogni dei Paesi in via di sviluppo saranno tenuti in particolare considerazione”.

Diversi documenti delle Organizzazioni internazionali regionali o delle Nazioni Unite riconoscono l'importanza del diritto alla salute, tra cui la *Carta Sociale Europea* (1961), la *Carta Africana dei Diritti dell'Uomo e dei Popoli* (1981) e l'*Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights* (1988)<sup>(3)</sup>. I documenti citati riconoscono l'importanza della *primary health care* (assistenza sanitaria primaria)<sup>(4)</sup>: l'importanza dell'estensione dei servizi sanitari a tutti gli individui di un certo territorio, la necessità delle vaccinazioni per prevenire le principali malattie, l'utilità dell'educazione sanitaria della popolazione, l'attenzione ai gruppi più a rischio e a coloro che la povertà rende più vulnerabili. Il diritto alla salute è menzionato in diversi documenti internazionali perché la sua realizzazione è indispensabile per il godimento di altri diritti, tra cui il diritto alla dignità umana, alla non discriminazione e all'uguaglianza.

---

e movimento. Questi e altri diritti e libertà sono elementi integranti del diritto alla salute”.

**4.** Cfr. Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria, riunita ad Alma Ata nel settembre 1978. Ad Alma Ata si è data la seguente definizione di PHC: “L'assistenza sanitaria primaria è costituita da quelle forme essenziali di assistenza sanitaria che sono basate su tecnologie e metodi pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, che sono rese accessibili a tutti gli individui e alle famiglie nella comunità grazie alla loro piena partecipazione, che sono realizzate a un costo che la comunità e la nazione possono sostenere in ogni fase del proprio sviluppo in uno spirito di autonomia e di autodeterminazione. L'assistenza sanitaria primaria è una parte integrante sia del sistema sanitario di un Paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria”. Si veda: [www.who.int](http://www.who.int)

## ■ Dai diritti alle politiche socio-sanitarie. Linee guida Cesvi

### LA PROMOZIONE E L'AFFERMAZIONE DEL DIRITTO ALLA SALUTE

Accanto al diritto alla vita, al diritto alla cittadinanza e ai diritti sociali e politici, occorre posizionare pertanto il diritto alla salute, nei suoi aspetti sociali e sanitari. Stati e gruppi sociali devono assumersi l'impegno di garantirne il rispetto e la promozione. Il diritto alla salute è un diritto che prima di tutto deve essere promosso, poi garantito e quindi soddisfatto. La sua promozione e affermazione è importate in tutto il mondo, ma soprattutto laddove la situazione economica e sociale è più precaria e ovunque i diritti umani fondamentali sono meno tutelati.

**In quanto diritto inalienabile, il diritto alla salute rappresenta una priorità assoluta per ogni Paese. La salute è un primario diritto umano.**

Un'indicazione del grado di soddisfazione di tale diritto si può avere analizzando i principali indicatori riportati nei rapporti internazionalmente riconosciuti, come ad esempio il Rapporto sullo Sviluppo Umano<sup>(5)</sup>, i quali contengono dati strettamente collegati con la situazione sanitaria, tra cui il tasso di mortalità infantile e materna, l'aspettativa di vita alla nascita<sup>(6)</sup>, ecc. Questo e altri rapporti indicano, secondo macro categorie, le carenze socio-sanitarie presenti in diversi Paesi, carenze che affliggono in maniera fortissima le possibilità di sviluppo di interi popoli o continenti<sup>(7)</sup>.

Il Cesvi e gli altri attori governativi e non governativi della cooperazione internazionale hanno pertanto il dovere di considerare, nelle azioni rivolte alla promozione dello sviluppo, così come in quelle aventi l'obiettivo di rispondere ad emergenze e crisi umanitarie di vario genere, le carenze in ambito sanitario ed eventuali azioni di supporto. La citata Dichiarazione di Alma Ata sottolinea che l'enorme disparità esistente nello stato di salute delle persone, in modo particolare tra i Paesi sviluppati e quelli in via di sviluppo ma anche all'interno delle nazioni, è inaccettabile dal punto di vista politico, economico, sociale e rappresenta una preoccupazione comune a tutti i Paesi.

Un forte stimolo all'azione per l'affermazione del diritto alla salute è costituito dalla dichiarazione sugli *Obiettivi di Sviluppo del Millennio*<sup>(8)</sup>, nei quali si sottolinea l'estrema importanza di eliminare le principali cause

di sofferenza umana e aspettativa di vita bassa. Ben tre degli otto obiettivi riguardano direttamente problematiche socio-sanitarie. Nel 2001, da una dichiarazione unanime dei Capi di Stato del G8, è nato il *Global Fund*<sup>(9)</sup>. Il fondo raccoglie le contribuzioni per combattere le principali pandemie presenti nei Paesi in via di sviluppo, come l'HIV/AIDS, la malaria e la tubercolosi, in linea con gli Obiettivi del Millennio e con gli appelli rivolti dalle principali agenzie delle Nazioni Unite (UNICEF in testa, ma anche UNDP, UNFPA, UNHCR, FAO, WFP).

Tanto gli Obiettivi del Millennio quanto il Global Fund chiamano le ONG, come il Cesvi, sia ad un'azione internazionale di sorveglianza sul mantenimento degli impegni assunti dalle Organizzazioni Internazionali e dai Paesi più ricchi per la risoluzione di gravi problemi socio-sanitari<sup>(10)</sup>, sia ad un intervento diretto nei Paesi più attardati nella graduatoria dello sviluppo umano per la risoluzione di vari problemi. Nei PBISU la salute rappresenta infatti un'emergenza a causa della scarsa organizzazione dei sistemi sanitari, delle carenze delle strutture impiegate e dell'assenza di politiche destinate alla tutela delle categorie più deboli e vulnerabili. Va prestata attenzione al diritto delle categorie più deboli e vulnerabili ad avere accesso ai servizi sanitari.

**La condizione di malattia non è mai una ragione per lo stigma e la discriminazione.**

I governi devono in sostanza prevedere comunque una porzione di servizi molto ampia da destinare a coloro che, per motivi vari, non possono avervi accesso diversamente. La negazione di tale diritto rappresenta un elemento di forte discriminazione tra coloro che possono permettersi i servizi sanitari e coloro che invece non possono, sia in termini di qualità della vita sia in termini di incidenza di malattie e infermità.

**In quest'ottica, Cesvi adotta questa policy sulla salute non solo come uno strumento di lavoro, ma anche come una dichiarazione della consapevolezza circa l'urgenza e l'importanza del diritto alla salute e di politiche che lo promuovano, lo garantiscano e lo affermino in Italia e nel mondo, laddove è più necessario, come nei Paesi con bassi indici di sviluppo umano, attraverso programmi e finanziamenti adeguati. Il Cesvi intende contribuire al miglioramento della salute delle persone nei Paesi con bassi indici di sviluppo umano.**

## IN COOPERAZIONE CON I SISTEMI SANITARI LOCALI

Chi sono i beneficiari potenziali delle azioni nel settore della salute? Come vengono individuati? Qual è il processo di concertazione? Quali sono i presupposti che Cesvi deve analizzare e riscontrare affinché si possa pensare ad interventi nel settore della salute?

**Cesvi ritiene che l'azione delle ONG per l'affermazione del diritto alla salute per tutti, ovunque, non sia sostitutiva ma complementare e di supporto all'impegno dei Governi, al fine di garantire una struttura sanitaria efficiente e servizi accessibili e sostenibili dal punto di vista finanziario e medico.**

Se si vuole essere veramente efficaci si deve tenere in considerazione che in tutti i Paesi esistono piani sanitari e strategie di settore, spesso modellate grazie al sostegno dell'OMS. Non ha quindi senso imporre approcci e strategie che non siano in sintonia con questi piani locali, in quanto si rischierebbe di diminuire l'impatto della propria azione e la sua sostenibilità nel tempo, favorendo la de-responsabilizzazione dei governi.

**Cesvi, quindi, non opera in concorrenza con i servizi sanitari locali, non crea nuove strutture specialistiche e parallele, ma cerca di integrare i propri programmi**

---

5. UNDP, *Human Development Report*, (Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo – Rapporto sullo sviluppo umano). Il rapporto è pubblicato annualmente dall'Agenzia UN.

6. Per il cui calcolo occorre necessariamente tenere in considerazione la presenza/assenza di problemi sanitari, come ad esempio l'HIV e l'AIDS, che incidono fortemente su tale indicatore.

7. Per questo motivo Cesvi promuove l'uso di una terminologia che si riferisce esplicitamente al reale sviluppo umano di un Paese, preferendo definizioni come "Paesi con bassi indici di sviluppo umano" (PBISU) a "PVS" (ovvero Paesi non sviluppati, poco sviluppati o in via di sviluppo) e "Paesi con alti indici di sviluppo umano" (PAISU) a "Paesi sviluppati". Sempre più spesso, infatti, categorie basate solo sul Prodotto Interno Lordo (PIL) o altri criteri economici appaiono del tutto insufficienti a definire il livello di sviluppo di un Paese. I criteri promossi da UNDP saranno pertanto usati in questo documento perché permettono di apprezzare meglio lo sviluppo di un Paese, ovvero il livello di opportunità economiche, sociali, educative e di salute che sono realmente disponibili ai suoi cittadini.

8. Gli *Obiettivi del Millennio* sono stati elaborati nella Dichiarazione del Millennio del Settembre del 2000, adottata da 189 Paesi e ratificata da 147 Capi di Stato. Gli obiettivi del millennio si propongono di rispondere alle sfide attuali in termini di sviluppo entro l'anno 2015. All'interno degli obiettivi sono definiti anche 18 risultati quantificabili e 48 indicatori misurabili. Gli obiettivi sono

in quelli dei servizi sanitari esistenti, favorendo la responsabilità ultima dei Governi<sup>(11)</sup>. **La Mission Cesvi, sintetizzata in "Lavoriamo con chi ha bisogno perché non abbia più bisogno di noi", è ben più di uno slogan: da oltre 20 anni, indica una strategia ben precisa che intende favorire l'autosufficienza dei sistemi sanitari dei Paesi con bassi indici di sviluppo umano.**

I sistemi sanitari in tutto il mondo sono caratterizzati dal dualismo tra servizi pubblici e privati, laddove la copertura finanziaria assicurata dallo stato per tali servizi non è sufficiente a coprire tutte le necessità.

In molti Paesi i due sistemi sono integrati e permeabili, consentendo ai pazienti di transitare dall'uno all'altro liberamente, mentre in altri sono radicalmente divisi.

**Cesvi opera nel settore dei servizi gestiti dai privati solo quando essi sono integrati nei piani sanitari nazionali.**

Gli alti costi della sanità, dovuti alle onerose esigenze di ripristino delle scorte di farmaci, all'adeguamento della strumentazione tecnica, alle esigenze correnti e agli alti costi per la formazione del personale impiegato, impongono una capacità molto elevata di programmazione da parte dei governanti e una copertura finanziaria adeguata, integrata privatamente o sussidiata attraverso compagnie di assicurazione. Le politiche sulla

---

i seguenti:

Obiettivo 1: eliminare la fame e la povertà estreme;

Obiettivo 2: raggiungere una copertura totale a livello mondiale per l'istruzione primaria; Obiettivo 3: promuovere l'uguaglianza di genere e supportare lo sviluppo della donna; Obiettivo 4: ridurre la mortalità infantile; Obiettivo 5: migliorare la salute materna; Obiettivo 6: combattere l'HIV/AIDS, malaria e altre malattie; Obiettivo 7: garantire sostenibilità ambientale; Obiettivo 8: sviluppare rapporti di solidarietà a livello globale.

9. Nel Luglio 2001 i Capi di Stato di Canada, Francia, Germania, Italia, Giappone, Russia, Gran Bretagna e Stati Uniti, così come l'Unione Europea, decidono all'unanimità il supporto ad un Fondo Globale da rendere operativo il prima possibile. Ogni membro del G8 dichiara la propria disponibilità a contribuire.

10. Un esempio di *advocacy* è dato dai rapporti sulla policy, i programmi e finanziamenti concessi dall'Unione Europea e da sei Paesi europei alle iniziative per il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio; si vedano *Alliance 2015 Watch* n. 1 (2004), n. 2 (2005), n. 3 (2006) e n. 4 (2007) in [www.alliance2015.org](http://www.alliance2015.org). L'alleanza di sei ONG europee (Cesvi -I, Concern-IR, DWHH-D, HIVOS-NL, IBIS-DK, PIN-Rep. Ceca) ha promosso anche una propria policy: *Policy Declaration on HIV/AIDS: Leadership, Rights, Coherence* (2006).

11. Cesvi si attende comunemente una collaborazione leale da parte delle autorità sanitarie del Paese in cui opera.

salute sono tra le più importanti che uno stato possa promuovere.

**Il concorso e il contributo di attori non governativi alla definizione delle politiche sanitarie è indispensabile per il loro successo, sia per gli alti costi delle politiche sanitarie sia perché hanno un impatto vastissimo sulla società. Esse richiedono la partecipazione del maggior numero di attori responsabili, una condivisione di obiettivi, uno sforzo unanime, una molteplicità di risorse umane e finanziarie<sup>(12)</sup>.**

### **RAFFORZAMENTO DELLE CAPACITÀ LOCALI**

L'esistenza di politiche chiare, sostenute da risorse adeguate, è un aspetto che caratterizza l'efficienza del sistema sanitario di un Paese. La formazione del personale e il corretto utilizzo delle attrezzature e dei farmaci sono aspetti in cui da decenni le ONG, in tutto il mondo, svolgono un ruolo di primo piano, attraverso il sostegno economico alla formazione, la fornitura di beni e servizi essenziali, il primo intervento o la ricostruzione del sistema socio-sanitario al seguito di calamità ambientali o causate dall'uomo.

**Cesvi ritiene che ogni progetto o programma sanitario debba sempre includere una forte componente di *Capacity Building*<sup>(13)</sup>.**

Non si può ignorare che la mancanza di personale sanitario sia una delle prime cause dell'impossibilità di numerosi sistemi sanitari locali di offrire servizi adeguati. Lavorare per curare il personale sanitario affetto da HIV o malaria, formarlo e favorirne la vita lavorativa è quindi una priorità del Cesvi in molti Paesi. Non va sottovalutato il frequente problema della fuga degli operatori socio-sanitari locali verso condizioni lavorative e salariali migliori. Per tali motivi gli interventi del Cesvi includono spesso una componente di *Capacity Building*, affinché il sistema locale possa essere pronto a farsi carico delle problematiche principali anche dopo la conclusione dell'intervento di supporto.

### **CONDIVISIONE DI OBIETTIVI COMUNI DI SVILUPPO**

Il Cesvi opera in una molteplicità di Paesi con interventi sempre basati su un'analisi dei bisogni, condotta in loco in collaborazione con partner locali, espressi dalla società civile locale o dalle istituzioni periferiche o centrali dei Paesi di intervento.

Benché il settore sanitario sia uno dei

principali dell'azione del Cesvi, solo laddove i bisogni individuati e le strategie concordate con i partner locali sono alla portata delle risorse umane e finanziarie che Cesvi riesce a mobilitare vengono avviati progetti o programmi per raggiungere gli obiettivi condivisi. Si è attenti a non avviare programmi e progetti che non siano poi sostenibili nel tempo, o i cui risultati non siano mantenibili dalle istituzioni e dalle comunità locali. Ad esempio, benché il Cesvi sia stata tra le prime ONG a sperimentare con successo programmi di prevenzione della trasmissione materno-infantile in Africa, ha deciso di avviare programmi terapeutici per le madri affette da HIV solo quando le risorse reperite sono state tali da assicurare nel tempo la continuazione dei trattamenti e la loro sostenibilità da parte dei sistemi sanitari locali.

Un elemento importante nella scelta del luogo in cui intervenire è il tipo di collaborazione che si può instaurare con i partner locali.

**Cesvi crede inoltre che lo scopo della cooperazione internazionale non sia il mero trasferimento di risorse da Paesi ricchi a Paesi poveri, il che significherebbe che, una volta reperite e trasferite le risorse, non vi sia più bisogno di alcuna relazione di partenariato. Non crede nemmeno che suo compito sia sostituirsi agli attori locali per un tempo indefinito. Piuttosto, è ferma convinzione del Cesvi che la cooperazione sia innanzitutto una relazione fondata sulla condivisione di obiettivi comuni di sviluppo. Cesvi promuove un approccio il meno invasivo possibile, attento alle possibilità di risposta locali già esistenti, o che possono essere attivate e rafforzate.**

Come ricorda la *Mission*, "Cesvi opera con la convinzione che l'aiuto alle popolazioni diseredate a causa del sottosviluppo, o più sfortunate a causa di guerre, calamità naturali e disastri ambientali, non dia sollievo solo a chi soffre, ma contribuisca anche al benessere di tutti sul pianeta, *casa comune* da preservare per le future generazioni". Il principio "morale della solidarietà umana e quello ideale della giustizia sociale" solo nell'ambito di programmi condivisi "si trasformano in opere di aiuto umanitario e per lo sviluppo che vogliono contribuire all'affermazione dei diritti umani universali", altrimenti sono solo elemosine o, peggio, nuove forme di sfruttamento e colonialismo<sup>(14)</sup>.

Pertanto Cesvi, da diversi anni, opera in programmi sociali e sanitari solo grazie alle relazioni costruite attraverso progetti e programmi condivisi con i soggetti portatori



di interesse locali: beneficiari, comunità locali, governi, altre ONG, particolari gruppi e categorie (es. i medici e gli infermieri). In tali ambiti l'individuazione di programmi si basa su diversi fattori, tra cui: esistenza di un sistema pubblico con cui coordinarsi, di linee guida nei diversi settori socio-sanitari; possibilità di attuare interventi di prevenzione, diagnosi e cura in accordo con le linee guida internazionalmente riconosciute; esistenza di strutture pubbliche/private a livello ospedaliero; di canali per l'approvvigionamento di farmaci, materiale e attrezzature; possibilità di individuare risorse umane locali; possibilità di reperire risorse finanziarie.

#### **ATTENZIONE AGLI ASPETTI SOCIALI**

Occorre considerare anche aspetti diversi da quelli tecnici e finanziari per ottimizzare le risorse del sistema sanitario e renderlo più efficiente, in qualsiasi contesto sociale considerato. Tali aspetti sono quelli sociali. Per la loro tutela, le ONG e tutti gli attori di solidarietà e cooperazione internazionale hanno sempre svolto un ruolo importante. Sempre più, nella programmazione dei servizi sanitari territoriali e nazionali vengono infatti inserite risorse da destinare ai servizi sociali, all'educazione sanitaria e al mantenimento di un forte legame tra salute e società, tra sanitario e sociale, in cui gli attori sociali e del non profit sono particolarmente significativi. La riprova di quanto detto viene dalla ramificazione dei servizi sanitari anche nei PAISU, con la piena valutazione di variabili legate non solo al "malessere

fisico" del paziente, ma anche al suo "stato mentale" e alla "condizione sociale". Tale considerazione appare ancora più evidente nei Paesi con i più bassi indici di sviluppo umano, dove certamente l'efficienza tecnica dei servizi sanitari è minore e dove è scarso anche l'investimento in risorse finanziarie e umane. Cesvi ritiene che tali carenze vadano compensate rafforzando le strategie sociali nell'ambito dei programmi sanitari.

**È politica del Cesvi integrare ogni azione riguardante la salute, che si tratti di prevenzione, diagnosi o cura sanitaria, con tutti i rilevanti aspetti sociali: garantire un accesso quanto più esteso ai servizi sanitari di base, rinforzando nel contempo le strutture sanitarie di riferimento (secondo livello) in un'ottica integrata; supportare programmi che abbiano come principale obiettivo la prevenzione primaria e la promozione di comportamenti considerati "protettivi" per la salute;**

**12.** Cesvi si è proposto e si propone di rivestire questo ruolo non antagonistico, bensì cooperativo, con i sistemi sanitari locali in tutti i Paesi in cui ha operato o opera nel settore sanitario (Zimbabwe, RD Congo, Uganda, Cambogia, Myanmar, Vietnam, Bosnia Erzegovina, Albania, Serbia, etc.).

**13.** Nel 1991, UNDP ha dato la seguente definizione di "capacity building": "creazione di un contesto favorevole, caratterizzato da adeguate policy e riferimenti legali, sviluppo istituzionale, inclusa la partecipazione comunitaria (in particolare delle donne), allo sviluppo delle risorse umane e al rafforzamento dei sistemi manageriali". Cfr. [www.undp.org](http://www.undp.org)

**14.** Cfr. [www.cesvi.org](http://www.cesvi.org)

**prevedere il coinvolgimento e la partecipazione delle comunità nell'affrontare i problemi e nel decidere le modalità operative.**

Nell'ambito sociale, grande importanza hanno le questioni di genere. Affrontare le problematiche socio-sanitarie femminili in contesti, ad esempio, come quello africano, è di capitale importanza per un'azione di rinforzo dell'intero sistema sanitario locale.

**È politica del Cesvi mettere al primo posto i bisogni e i diritti socio-sanitari della donna, creando se possibile le condizioni per il rinforzo di metodologie utili al miglioramento della capacità di risposta del sistema sanitario locale ai bisogni dell'intera popolazione di riferimento.**

**Le questioni di genere sono importanti nel miglioramento della salute. Le donne sono "punto di partenza" per un'azione di prevenzione e cura che interessa tutta la famiglia.**

Ad esempio, la metodologia utilizzata per una patologia molto diffusa in Africa australe, come il tumore al collo dell'utero, metodologia basata su sensibilizzazione, *counselling*, *testing* e cura, favorisce l'apprendimento di un approccio valido nell'affrontare l'AIDS.

**GARANTIRE L'ACCESSO AI SERVIZI**

Nei PBISU, alla scarsità di risorse si sommano altri fattori molto penalizzanti che impediscono l'accesso ai servizi: mancanza di informazione ed educazione, distanze elevate, carenza di mezzi di trasporto, barriere legate ai pagamenti richiesti, alto numero di persone da assistere e basso numero di personale adeguato.

Il sistema sanitario di molti Paesi ha nella carenza di risorse umane e di strutture il suo maggiore punto critico che determina una scarsa efficienza in termini operativi e gestionali, contribuendo in maniera decisiva all'innalzamento dei tassi di mortalità e morbilità tra la popolazione. Il gap tra l'utente finale e i servizi sanitari territoriali è ancora molto evidente, soprattutto nelle aree rurali, dove l'estrema dispersione delle comunità rispetto ai nuclei organizzati rappresenta un limite alla possibilità di tali servizi di incidere effettivamente sullo stato di salute della popolazione.

Il problema dell'accesso è quindi di grande importanza e, per mitigarlo, assumono significato i cosiddetti centri di salute periferici (*health posts*, *rural clinics*, *primary health centers*, etc.) che orbitano nell'area di competenza di ospedali più o meno grandi e

organizzati. Tali centri di salute, di grandezza e livello organizzativo diverso, rappresentano le strutture di riferimento essenziali per le comunità locali per una molteplicità di servizi, quali ad esempio quelli legati alla salute riproduttiva, alla prevenzione e trattamento delle malattie infettive, alla salute materno-infantile, alle vaccinazioni. I centri di salute comunitari, inoltre, svolgono un servizio fondamentale per gli aspetti sociali; il loro sviluppo rappresenta una priorità nel contesto dei programmi realizzati in contesti extra-urbani. Le cliniche e i dispensari possono essere utilizzati come centri di formazione, aggiornamento, mobilitazione comunitaria, fulcro di campagne su tematiche socio-sanitarie.

**Cesvi intende promuovere il sostegno ai centri di salute periferici, visti come punto di riferimento essenziale per l'accesso ai servizi socio-sanitari da parte di un ampio settore della popolazione dei Paesi con scarse risorse economiche, tuttora residente in aree rurali o peri-urbane scarsamente coperte da servizi sanitari alternativi e maggiormente strutturati.**

Il sostegno a tali centri di salute ha contenuti tecnici, materiali e finanziari e si può tradurre in:

- sviluppo infrastrutturale (costruzione di nuovi edifici, adeguamento dei vecchi, dotazione di latrine o pozzi, costruzione di serbatoi per l'acqua, recinzioni, sistemi di elettrificazione);
- formazione e aggiornamento del personale;
- acquisto e fornitura di attrezzature e materiale sanitario, farmaci;
- supporto alla realizzazione di campagne di sensibilizzazione/informazione.

**APPROCCIO VERTICALE E APPROCCIO ORIZZONTALE**

La nascita del Global Fund per la risposta all'AIDS, alla malaria e alla TBC ha permesso di raccogliere importanti risorse per affrontare i problemi sanitari di molti PBISU. Tuttavia, si è assistito anche all'adattamento dei sistemi sanitari di molti Paesi ad un approccio alle problematiche socio-sanitarie *per malattia*, o *verticale*. In molti casi la scelta non aveva alternative, in quanto l'impatto dell'AIDS sulla società di alcuni Paesi è talmente profondo e grave che non è possibile alcuna seria strategia sanitaria oltre a quella per l'AIDS. In altri casi, invece, la scelta è stata opportunistica e dettata dalla speranza di ottenere risorse finanziarie fresche dal Global Fund<sup>(15)</sup>. Il rischio dell'adozione di un approccio verticale, laddove non necessario, può portare a trascurare problematiche

sanitarie importanti che invece sarebbero meglio affrontate con un approccio *orizzontale*, che lasci il campo più aperto ad interventi diversi a seconda della prevalenza locale delle malattie. Ci sono Paesi, o aree all'interno di un Paese, in cui le tre malattie affrontate dal Global Fund non sono prioritarie (Sud America, Balcani, Medio Oriente, varie zone del Sud Est Asiatico, etc.).

**È bene affrontare malaria, TBC e AIDS tenendo conto della risposta che il sistema sanitario deve dare per essere meglio in grado di affrontare i bisogni di tutta la popolazione. Un approccio orizzontale permette di affrontare meglio le carenze strutturali che condizionano lo sviluppo di un sistema sanitario.**

**Affrontare l'AIDS e le altre principali malattie dovrebbe costituire un'opportunità per migliorare i sistemi sanitari, la vita e lo sviluppo delle popolazioni marginalizzate nel loro complesso.**

Ad esempio attraverso: il sostegno ai sistemi sanitari a livello distrettuale (*district health system*); l'erogazione di livelli minimi di prestazioni sanitarie (*minimum package of care*); il miglioramento di accessibilità, copertura e qualità dei servizi sanitari di base; il miglioramento dei servizi ospedalieri di primo livello; la promozione della disponibilità di farmaci essenziali a costi accessibili; il sostegno alle varie componenti della *Primary Health Care*.

**All'interno di una strategia orizzontale generale è poi possibile definire le malattie o i settori ritenuti prioritari nel Paese o nella regione d'intervento.**

In Vietnam, Cesvi per circa un decennio ha considerato come principali problematiche quelle relative alla malnutrizione infantile e alla produzione di supplementi alimentari. In Cambogia si è intervenuti non solo su malaria e dengue, ma anche su *water supply* e *minimum package of care*. All'interno di tali interventi hanno trovato spazio azioni per la prevenzione dell'HIV.

## **PREVENZIONE, INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE**

La prevenzione di malattie o patologie di diverso genere può essere perseguita attraverso una molteplicità di azioni, tra loro collegate, che agiscono su diversi fattori determinanti lo stato di salute.

**Si deve fare il possibile per garantire una migliore qualità della vita, debellare la povertà, garantire l'accesso al cibo, all'acqua e all'educazione e affermare la parità tra i generi e l'emancipazione della**

**donna. Tutto ciò ancora prima di parlare di sanità o di medicina (anche preventiva).**

Si pensi all'importanza delle campagne volte ad un'educazione igienico-sanitaria in contesti caratterizzati da varie carenze igienico-ambientali, come in campi di accoglienza profughi. L'impatto di tali campagne è significativo per la prevenzione delle malattie gastrointestinali, del colera, del tifo, della malaria, con un impatto fortissimo sulla vita dei bambini e in genere dei soggetti più a rischio.

D'altro canto, non sempre ogni azione educativa e preventiva ha una certa e chiara efficacia nella soluzione dei problemi socio-sanitari. Questo va tenuto presente nei contesti con scarse o nulle risorse disponibili. Infatti l'approccio preventivo ai problemi di salute risulta vincente per il miglioramento generale degli indicatori di salute, solo se svolto mediante interventi di dimostrata efficacia (*Evidence Based Prevention*).

**I progetti di salute Cesvi devono sempre includere un approccio di prevenzione primaria basato su interventi dimostrati efficaci nella soluzione del problema.**

**Da un punto di vista metodologico, ogni strategia di prevenzione primaria <sup>(16)</sup> o educazione sanitaria deve prevedere non solo il coinvolgimento delle autorità locali, ma anche un adeguato approccio comunitario con il coinvolgimento dei leader tradizionali e della società civile organizzata (ONG locali, associazioni comunitarie ecc.). Prevenzione e promozione (della salute) sono aspetti chiave di una buona salute.**

Riguardo ai contenuti, ogni strategia di prevenzione deve prevedere il rispetto della cultura locale, evitando l'imposizione

---

**15.** Purtroppo la diffusione delle risorse organizzate dai Fondi Globali (HIV/AIDS, TBC e malaria) ha creato una distorsione nei sistemi sanitari di molti Paesi, in quanto questi si sono riorganizzati in modo "verticale" (secondo le grandi pandemie) per meglio accedere a tali fondi, a scapito di una più logica e sostenibile visione "orizzontale" allargata a tutte le malattie. I tentativi per "ri-orizzontalizzare" i programmi verticali spesso non viene accettata dalle controparti governative, che lavorano per le tre malattie perché l'approccio orizzontale le priva dei privilegi finanziari legati alla verticalizzazione. Le tre malattie andrebbero invece considerate, come tutte le altre, affrontabili dal sistema socio-sanitario, rinforzato dai fondi globali, pur considerando il peso epidemiologico di ciascuna di esse.

**16.** Per prevenzione primaria si intende ogni attività finalizzata ad impedire un contagio o l'inizio di una malattia. Per prevenzione secondaria, invece, si intende ogni attività volta ad impedire lo sviluppo della malattia in chi l'ha contratta.

di strategie dall'esterno, ma favorendo piuttosto una condivisione di obiettivi e metodi attraverso il dialogo, l'ascolto dei bisogni reali, la considerazione della comunità come attore principale di ogni intervento (la comunità, attraverso le sue forme di organizzazione, fa emergere i bisogni, suggerisce possibili soluzioni e propone modalità di intervento adeguate al contesto e sostenibili).

L'informazione e l'educazione in campo sanitario possono essere concretamente realizzate attraverso una molteplicità di azioni ed eventi gestiti all'interno di programmi complessi o come focus di interventi di piccola scala.

**L'educazione, ancor più dell'informazione, necessita di un riscontro da parte di chi ne è il beneficiario. Educare significa creare nuove competenze o farne emergere laddove già risiedevano in latenza.**

**L'educazione è un processo che dura tutta la vita.**

L'informazione e l'educazione in ambito sanitario hanno, come detto, l'obiettivo di alimentare la riflessione e l'azione rispetto ai comportamenti e alle pratiche in uso presso determinate comunità o contesti sociali, determinando il loro progressivo mutamento o modificazione in senso positivo.

Ad esempio, l'uso quotidiano di acqua potabile e di strutture apposite, o di luoghi deputati alla defecazione, la bonifica di zone paludose, l'uso delle zanzariere impregnate, l'uso del profilattico, il periodico controllo delle proprie condizioni di salute presso strutture presenti sul territorio, sono da considerarsi come comportamenti routinari corretti, la cui ampia diffusione determina conseguenze estremamente positive sullo stato di salute generale della popolazione. Il principio fondante, che motiva gli individui all'adozione di tali comportamenti, risiede nella loro effettiva consapevolezza di poter concretamente influire sul proprio stato di salute attraverso queste azioni positive.

## **DIAGNOSI E TRATTAMENTO**

Aspetti medicali, farmacologici e psicosociali sono presenti in qualsiasi diagnosi e trattamento, a maggior ragione nei PBISU dove le risorse sono scarse. Pertanto grande attenzione va prestata alla modalità di diagnosi e alla scelta del trattamento, in quanto le azioni compiute in tale ambiti hanno implicazioni finanziarie e psicosociali molto importanti.

**Gli interventi sanitari e le terapie farmacologiche devono essere il più**

**possibile standardizzate (utilizzando protocolli del Ministero della salute locale). I farmaci per le terapie devono essere possibilmente generici (in Denominazione Comune Internazionale), in forma reperibile nel Paese, con istruzioni chiare e in lingua comprensibile. Di norma, Cesvi adotta solo protocolli condivisi dall'OMS e farmaci certificati GMP (Good Manufacturing Practice)<sup>(17)</sup>.**

Va sempre valutata l'esistenza o meno di un sistema di riferimento per il trattamento dei casi problematici al secondo livello del sistema sanitario (ospedali di riferimento). Comunque, soprattutto nei Paesi privi di infrastrutture, Cesvi cerca di far sì che il sistema primario (posti di salute, cliniche rurali, ospedali locali, etc.) sia in grado di svolgere la funzione di filtro e soluzione delle problematiche più comuni con cure primarie. Purtroppo, nella stragrande maggioranza dei PBISU, le problematiche "comuni" sono spesso malattie trattate nei PAISU in ambito specialistico (si pensi all'AIDS). Ciò deve far riflettere sull'importanza che ha, in molti Paesi africani o asiatici, il tenere conto della effettiva sostenibilità di un protocollo o di una terapia da parte del fragile sistema sanitario locale.

Nel trattamento vi sono elementi fondamentali: la disposizione del paziente ad essere curato, il livello di comprensione della propria condizione e la capacità di comunicazione dell'apparato sanitario nei confronti della propria utenza. Oltre a ciò, una volta che il problema è stato identificato e la cura più appropriata individuata, occorre prendere in carico il paziente affinché assuma la piena responsabilità di seguire quanto deciso, occorre coinvolgere il nucleo familiare o la comunità affinché sostenga il soggetto nel suo percorso di cura e occorre attivare servizi paralleli di supporto. A maggior ragione tutto ciò dovrebbe avvenire laddove le risorse sono scarse, ma la malattia ha ormai assunto una rilevanza sociale e sanitaria primaria.

Parte integrante della presa in carico è il *follow up* delle terapie croniche. Azione che prevede l'impegno a mantenere nel tempo un efficace sistema di raccolta e flusso di informazioni da e verso i centri sanitari.

---

**17.** È bene verificare la versione più aggiornata del sistema di certificazione, considerando il fatto che quella assunta dall'Unione Europea è più restrittiva di quella adottata dall'OMS.

## ■ La salute materno-infantile

### LE PROBLEMATICHE DELLA SALUTE MATERNO-INFANTILE

L'assistenza alla donna, al nascituro e al neonato, seguendo il principio della continuità dell'assistenza prima e dopo la gravidanza, è un intervento sanitario fondamentale.

Nello spirito delle indicazioni che guidano la policy del Cesvi, ogni intervento sanitario nasce tenendo conto delle precise condizioni sanitarie dei Paesi di intervento.

**Sempre più spesso, un decisivo miglioramento delle condizioni sanitarie di un Paese si può ottenere se si agisce sul settore materno-infantile, impostando sostenibili programmi di prevenzione, diagnosi precoce, assistenza sanitaria e socio-sanitaria che impattino sugli stili di vita, sulle condizioni economiche e sociali e sanitarie.**

Pertanto, oltre a essere tra gli obiettivi del Millennio<sup>(18)</sup>, il miglioramento della salute materno-infantile è una delle vie imprescindibili per la promozione di un migliore sviluppo umano.

### PERIODO PRE-CONCEZIONALE

La prevenzione delle gravidanze precoci e la promozione del distanziamento tra una nascita e l'altra sono obiettivi importanti per la salute materno-infantile. L'85% delle gravidanze precoci si verifica nei PBISU, dove il 25% delle morti materne coinvolge donne adolescenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni. È nota l'associazione tra giovane età materna e aumentato rischio di esiti avversi della gravidanza. Le madri adolescenti sono anche il gruppo più a rischio di contrarre malattie sessualmente trasmesse. In generale, i programmi di educazione alla sessualità e di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse sono poco sviluppati. In questo caso un intervento educativo per essere efficace deve essere mirato al coinvolgimento dell'intera comunità. Il distanziamento di almeno due anni tra ogni gravidanza è una misura che favorisce il fisiologico recupero delle energie e delle risorse metaboliche e nutrizionali della donna, utili per affrontare una nuova gravidanza con riduzione della morbilità e mortalità materno-infantile. Un altro importante aspetto da promuovere in epoca pre-concezionale è la promozione dell'utilizzo di nutrienti specifici: lo stato nutrizionale della donna è determinante per il raggiungimento di un adeguato peso alla nascita da parte del neonato, per

l'allattamento e per soddisfare l'aumento di fabbisogno di ferro e folici.

Un altro intervento di importanza decisiva è l'immunizzazione della donna gravida per il tetano, da sviluppare nel contesto dei programmi di vaccinazione. In zone malariche la terapia preventiva intermittente nella donna incinta riduce la trasmissione verticale al feto dell'HIV. La gravidanza, inoltre, favorisce lo sviluppo della TBC, che deve essere trattata immediatamente seguendo appositi protocolli terapeutici.

### PERIODO PRENATALE, MISURE DI SCREENING E CONTROLLI POST-NASCITA

L'*antenatal care* (ANC) ha lo scopo di individuare i bisogni psicosociali e medici della donna e lo stato di sviluppo del feto. È importante favorire l'ANC tenendo conto delle risorse del sistema sanitario e dei collegamenti e delle possibilità di riferimento tra centri di salute periferici e ospedali. Sono raccomandate almeno quattro visite nel corso della gravidanza<sup>(19)</sup>. L'ANC è un'opportunità per educare alla salute e a corretti comportamenti igienici in grado di ridurre il rischio di contrarre alcune infezioni. Su questo punto non si insisterà mai abbastanza. In alcuni Paesi, è una delle poche occasioni che le donne hanno per ricevere informazioni che riguardano la loro salute. È importante poter identificare le donne a rischio per la gravidanza e il parto attraverso:

- precedenti ostetrico-patologici come la ritenzione della placenta, l'emorragia post-partum, la morte perinatale, il parto cesareo;
- nullipare di bassa statura a rischio di sviluppare CPD (*cefalo pelvico disproporzion*);
- età inferiore ai diciassette anni soprattutto se *single*, in quanto richiedono una particolare assistenza anche psicologica e un'attenta valutazione pelvica in prevenzione di una sproporzionamento fetopelvico;
- gravidanze maggiori di 4;
- misure di *screening* per alcuni problemi specifici (ad esempio il problema del tumore all'utero).

È importante anche organizzare sistemi

---

**18.** Tutti gli Obiettivi del Millennio, se raggiunti, porteranno benefici alla vita di donne e bambini, ma in particolare il terzo (Promuovere la parità di genere e l'autonomia delle donne), il quarto (Ridurre la mortalità infantile) e il quinto (Migliorare la salute materna). Si veda [www.millenniumcampaign.org](http://www.millenniumcampaign.org)

**19.** Nell'ambito delle strategie promosse dalla WHO, è stata riscontrata l'efficacia in termini di rapporto costo-benefici di un'assistenza ante-natale basata su quattro visite; tale modello è definito "WHO Multicentre Trial".

per l'esecuzione di *follow up* e consulenze di secondo livello, quando necessario rafforzando i sistemi sanitari locali già esistenti.

Dopo la nascita, è bene proseguire i controlli - sia per garantire l'esecuzione dei programmi di vaccinazione previsti sia per effettuare controlli di crescita - e la prevenzione delle malattie più diffuse. In genere questi controlli sono definiti dai Ministeri della salute secondo norme e consuetudini locali. È importante, comunque, approfittare di queste occasioni per continuare un'educazione alla salute e per rinforzare informazioni nelle donne sulle più comuni malattie presenti nell'area, su come prevenirle o riconoscerle.

### **CONDIZIONI PATOLOGICHE PARTICOLARI**

Le condizioni patologiche frequenti nei Paesi con risorse scarse che meritano una particolare valutazione sono: malaria, malnutrizione, Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) e tetano. Per la malaria si veda il capitolo specifico.

La malnutrizione prima e durante la gravidanza contribuisce in molti modi alla scarsa salute materna ed è corresponsabile dell'instaurarsi di complicanze ostetriche. In primo luogo può determinare l'arresto di crescita durante l'età dello sviluppo della donna, cui consegue una maggiore incidenza di travaglio prolungato per sproporzione cefalopelvica. La donna con deficit nutrizionali presenta una maggiore suscettibilità alle infezioni, che possono a loro volta interferire con una appropriata crescita fetale. Inoltre, l'insufficiente apporto

calorico in corso di gravidanza è direttamente correlato ad un aumentato rischio di parto pre-termine e di basso peso alla nascita.

L'introito insufficiente di ferro, acido folico e vitamina A e le perdite eccessive degli stessi micronutrienti, causate da infestazioni parassitarie e dalla malaria, contribuiscono all'instaurarsi dell'anemia cronica. Le donne anemiche sono più vulnerabili alle infezioni durante la gravidanza ed il parto, corrono un aumentato rischio di morte in caso di emorragia ostetrica e hanno un rischio operatorio più elevato. Nei PBISU l'anemia colpisce oltre il 60% delle donne gravide ed è direttamente correlata a condizioni di malnutrizione. La prevenzione dell'anemia può essere effettuata tramite la promozione di una dieta appropriata, al fine di raggiungere un corretto status nutrizionale. Il deficit di calcio sembra aumentare il rischio di sviluppare pre-eclampsia ed eclampsia. Il deficit di iodio aumenta il rischio di mortalità e aborto spontaneo. Il deficit di vitamina A è associato ad un aumentato rischio di morbilità e mortalità, correlato alla maggiore suscettibilità alle infezioni dovuta ad una compromissione delle barriere di difesa dei tessuti epiteliali.

Le infezioni sessualmente trasmesse, contratte durante la gravidanza, sono direttamente implicate nell'aumento dell'incidenza della morbilità materna e della mortalità e morbilità perinatale. La sieroprevalenza della sifilide in donne gravide nei PBISU può anche raggiungere il 5-15%. La diagnosi e terapia (controllo) delle MST nelle donne gravide è una strategia efficace e utile.



Ogni centro di salute deve porre attenzione, oltre che allo screening dell'HIV, anche alla sintomatologia delle MST, mediante l'utilizzo di *flow chart* diagnostici, spesso già in uso presso i Ministeri della salute, e di conseguenza trattare i pazienti per i problemi rilevati. È stimato che nei PBISU solo il 33% delle madri abbia ricevuto due o più dosi per la vaccinazione anti-tetanica. La prevenzione dell'insorgenza del tetano neonatale, in conseguenza di un'infezione contratta durante il parto, è una priorità. I programmi di vaccinazione delle madri si sono rivelati l'intervento più utile in questo senso.

#### **STRATEGIA OPERATIVE CONNESSE ALLA SALUTE MATERNO INFANTILE**

Il Cesvi ha sviluppato, attraverso la sua esperienza in molti Paesi, una serie di strategie operative che sono risultate particolarmente efficaci nel migliorare la salute materno-infantile. Le azioni essenziali di tale politica sono le seguenti.

**È importante organizzare, oltre ad un'efficace identificazione dei fattori di rischio, una politica di prevenzione a lungo termine che interessi gruppi di donne e bambini e coinvolga anche gli uomini, al fine di favorire un maggior impatto degli interventi.**

**È utile la formazione del personale (*capacity building*) attraverso l'utilizzo di linee guida per la gestione della gravidanza e del parto a diversi livelli operativi del sistema sanitario.**

**È bene riorganizzare le attività sanitarie, migliorando la gestione decentrata dei servizi sanitari, con la presenza di un adeguato staff sanitario, condizioni logistiche favorevoli, forniture ed *equipment* adeguati.**

**È necessario promuovere attività di dimostrata efficacia che migliorino le pratiche e i comportamenti correlati alla gravidanza e al parto<sup>(20)</sup>.**

20. A questo scopo l'OMS ha sviluppato due manuali utili per affrontare dinamiche e problematiche durante la gravidanza e il parto (Vedi: "*Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice-PCPNC*" e "*Managing complications in pregnancy and birth-MCPC*").

## **La Malaria**

### **EPIDEMIOLOGIA**

La malaria costituisce la causa di oltre 350-500 milioni di casi clinici e di oltre 1 milione di decessi ogni anno, la maggior parte bambini del continente africano. Questi dati posizionano la malaria fra i primi problemi di salute per numero di decessi. La malaria rappresenta la principale causa di mortalità nei bambini di età inferiore a 5 anni in Africa<sup>(21)</sup>. Ogni anno si verificano oltre 24 milioni di gravidanze nelle aree considerate "malariche" in Africa e meno del 5% di queste donne in gravidanza ha accesso ad interventi sanitari efficaci.

Nel continente africano essa costituisce il 10% del carico totale di morbilità, il 40% delle spese di sanità pubblica, il 50% delle visite ambulatoriali nelle zone ad elevata trasmissione. Con l'HIV è la causa principale dei ricoveri ospedalieri<sup>(22)</sup>. L'infezione malarica<sup>(23)</sup> vive oggi una fase di espansione<sup>(24)</sup>, essenzialmente dovuta al sommarsi di numerosi fattori concorrenti: la progressiva diffusione del fenomeno della clorochino-resistenza (da parte del *Plasmodium*

21. Cfr [www.msf.org](http://www.msf.org)

22. Utile per un inquadramento generale e per le linee terapeutiche WHO, *Guidelines for the Treatment of malaria*, 2006. [www.who.int](http://www.who.int)

23. La malaria è una patologia causata da plasmodi, che nel proprio ciclo vitale parassitano mammiferi, uccelli e rettili. I plasmodi di interesse umano (*P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* e *P. falciparum*) raggiungono il flusso sanguigno dell'uomo tramite la puntura di vettori, rappresentati dalle zanzare del genere *Anopheles*. La sintomatologia dipende in larga parte dal tipo di plasmodio coinvolto, dalla precocità della diagnosi e dalle condizioni dell'ospite. In generale, comunque, si tratta di una patologia simil-influenzale che può portare in caso di immunodeficienza (HIV, malnutrizione, ecc), ma non solo, al coinvolgimento sistemico e alla morte del paziente. Il periodo di incubazione è di 9-14 giorni; i sintomi d'esordio sono: febbre elevata, brividi, dolori alle articolazioni e cefalea nucale e retrorbitaria, cui segue dopo poche ore una fase di rapida defervescenza febbrile con sudorazione profusa (accesso malarico). La gravità del quadro clinico è variabile. Se non è precocemente riconosciuta e trattata, può dare luogo a gravi complicanze tra cui la più temibile e mortale: la malaria cerebrale. Essa è causata dall'ostruzione dei capillari cerebrali da parte dei globuli rossi parassitati che determina disorientamento, confusione mentale, convulsioni, coma, morte. Altre complicanze possono interessare altri organi: il fegato, i reni, i polmoni, la milza.

24. In Asia, comunque, negli ultimi 10-15 anni, si sono registrati ovunque notevoli successi nel suo controllo e oggi è in gran parte limitata alle zone meno accessibili e periferiche. Sempre in Asia, negli ultimi 10 anni, si è registrata invece una grande espansione della Dengue.

*falciparum*)<sup>(25)</sup> nelle aree di endemia, la sovrappopolazione e l'aumento del numero di insetti vettori (*Anopheles sp.*) legato a interventi sull'ambiente, il progressivo degrado dei sistemi sanitari e dei programmi di controllo della malaria come di altre malattie trasmissibili e, non ultimo, l'intensificarsi dei movimenti della popolazione. Accanto alla malaria sta assumendo una rilevanza come agente patogeno la Dengue<sup>(26)</sup>.

L'infezione malarica sfugge ad ogni schematizzazione e rappresenta la malattia tropicale più variegata nelle sue manifestazioni cliniche, che dipendono in gran parte dalla situazione immunitaria e dall'età del soggetto colpito, nonché dall'intensità di trasmissione nell'area interessata che determina il grado di immunità acquisita.

### **PREVENZIONE, IGIENE ED EDUCAZIONE AMBIENTALE**

Tutte le persone potenzialmente esposte alla malaria devono avere la conoscenza e i mezzi per proteggere loro stessi dai vettori della malaria che rappresentano un serio rischio. Ciò si ottiene favorendo la conoscenza sulla modalità di trasmissione e i possibili metodi di prevenzione. Tra questi è importante inserire accurate valutazioni sulla mancanza di drenaggio delle acque, sulla scarsa igiene, sul corretto smaltimento dei rifiuti: tutti aspetti che influiscono sulla riproduzione e proliferazione dei vettori<sup>(27)</sup>.

**Le campagne di igiene ambientale<sup>(28)</sup> sono particolarmente indicate per sollevare l'attenzione della popolazione, ma i risultati di lungo periodo si ottengono solo attraverso misure educative che coinvolgano scuole, autorità locali e strutture pubbliche di gestione ambientale rurale o urbana<sup>(29)</sup>.**

### **USO DI ZANZARIERE IMPREGNATE**

Si è dimostrato efficace l'utilizzo delle zanzariere impregnate di insetticida (Permetrina, Deltametrina) (vedi iniziativa dell'OMS "Making Pregnancy Safer")<sup>(30)</sup>.

**Le zanzariere impregnate permettono di ridurre il numero dei casi di malaria e il tasso di mortalità: vanno usate con accortezza e in modo efficace, onde scoraggiare pratiche superficiali, che - oltre ad essere poco efficaci - innescano modelli di comportamento dannosi.**

Esse dovrebbero essere usate per proteggere bambini sotto i cinque anni, donne e soggetti non immuni.

**È importante sensibilizzare le donne**

**gravide sull'uso della zanzariera mediante programmi di educazione sanitaria, marketing sociale, accessibilità economica delle zanzariere e delle sostanze impregnanti.**

Le attività che richiedono la manipolazione di elementi chimici devono essere condotte previa educazione di tutti i soggetti coinvolti, tenendo in considerazione l'impatto ambientale e la protezione delle persone dagli agenti chimici ed evitando di creare resistenza dei vettori alle sostanze usate. Le indicazioni dell'OMS in merito allo stoccaggio, al trasporto, all'utilizzo e allo smaltimento delle sostanze chimiche usate per combattere i vettori vanno scrupolosamente seguite in ogni momento.

**Cesvi, aderendo allo Standard Sphere per un'azione di qualità nell'ambito delle azioni umanitarie, raccomanda che anche nell'ambito dei progetti emergenza siano sempre garantiti gli standard minimi<sup>(31)</sup>.**

### **DIAGNOSI E TERAPIA**

La diagnosi di infezione malarica, sospettata sulla base delle caratteristiche cliniche - che rappresentano di fatto il criterio diagnostico principale nei Paesi di endemia malarica - deve essere confermata da indagini di laboratorio. Nei Paesi ad alta endemia le risorse e il personale sanitario formato sono così scarsi che spesso l'unica realistica opzione è rappresentata dalla diagnosi clinica<sup>(32)</sup>. Nelle zone ad elevata endemia devono essere trattati solo i casi sintomatici a parassitemia medio-alta. Tuttavia, nei bambini di età inferiore ai 5 anni e nelle donne gravide, considerata la possibilità di complicazioni anche molto gravi, è indicata la terapia anche nei soggetti con parassitemia bassa e/o asintomatici.

Dopo i primi illusori successi, le ambiziose campagne di "eradicazione" nel continente africano, asiatico e sud-americano hanno lasciato il posto a una più realistica strategia di controllo dell'infezione, laddove possibile. La storia epidemiologica dell'infezione malarica è fortemente condizionata dalla comparsa del fenomeno della farmaco-resistenza ai differenti farmaci antimalarici, basati sulla cloroquina<sup>(33)</sup>.

L'espansione a macchia d'olio della cloroquina-resistenza a tutta l'America Latina e all'Asia e, a partire dalla fine degli anni '70, anche a gran parte dell'Africa, ha contribuito in maniera sostanziale al fallimento delle campagne di eradicazione dell'infezione nelle zone tropicali.

**Fondamentale risulta quindi, per la**

**prevenzione della farmaco-resistenza, il ricorso ai farmaci solo quando strettamente necessari, l'utilizzo corretto dei farmaci (dose, durata ecc.) e l'utilizzo di terapie combinate<sup>(34)</sup>.**

Nonostante il riscontro di aree sempre più estese di clorochino-resistenza, il farmaco di prima scelta in molti Paesi dell'Africa sub-sahariana nelle forme non complicate rimane la cloroquina. Per la malaria grave o complicata, nelle aree a più elevata clorochino-resistenza, oggi assumono sempre maggior importanza i farmaci a base di artemisia e derivati.

## **MALARIA E GRAVIDANZA**

La malaria in corso di gravidanza rappresenta un importante problema di salute nelle regioni tropicali e sub-tropicali in tutto il mondo. Nelle aree a maggior endemia, le donne in gravidanza rappresentano il gruppo di adulti più vulnerabile, poiché la gravidanza, riducendo l'immunità della donna nei confronti del parassita, la espone ad un aumentato rischio di contrarre la malaria spesso in forma virulenta.

Per il feto, la malaria materna aumenta il

---

**25.** Diversi farmaci sviluppano nell'organismo una resistenza che ne riduce sensibilmente l'efficacia. Per l'HIV il fenomeno non è ancora grave, ma per la malaria e la TBC la farmaco-resistenza è ormai uno dei problemi più importanti da affrontare.

**26.** La Dengue è un'infezione trasmessa da zanzare che hanno una vita diurna in aree urbane o semi-urbane del mondo tropicale o sub-tropicale. L'OMS stima che, correntemente, vi siano almeno 50 milioni di casi di dengue in tutto il mondo ogni anno. Cfr. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>

**27.** Per la verità le larve delle Anopheles raramente si sviluppano nelle piccole raccolte dei rifiuti, a differenza di quelle delle Aedes, il vettore della Dengue. Quindi il corretto smaltimento dei rifiuti è di capitale importanza per la prevenzione di quest'ultima.

**28.** Ad esempio: fumigazione di ambienti, usando prodotti a bassa tossicità lungo i muri; oppure utilizzo di insetticidi in zone di accoppiamento delle zanzare, quali stagni.

**29.** In RD Congo il Cesvi ha sviluppato programmi di risanamento peri e intra-domiciliare.

**30.** Maggiori informazioni sul già citato sito dell'OMS.

**31.** Cfr. The Sphere Project, *Humanitarian Charter and Minimum Standard in Disaster Response*, 2004 Edition (Prima edizione 2000).

**32.** La diagnosi di certezza viene effettuata mediante osservazione di un campione di sangue al microscopio. Il procedimento è relativamente semplice, rapido e sicuro nonostante necessità di apparecchiature che spesso sono difficilmente accessibili. Tramite quest'analisi è possibile identificare il tipo di plasmodio coinvolto e quantificarne la carica. Dove le apparecchiature di laboratorio non siano disponibili, si utilizzano test rapidi che hanno il vantaggio di essere semplici da maneggiare e relativamente sensibili.

rischio di aborto spontaneo, di natimortalità, di parto pre-termine e di basso peso alla nascita (importante causa di mortalità infantile). Le primipare sono a più alto rischio di contrarre la malattia.

Malaria e HIV sono fattori di rischio che si alimentano reciprocamente. Un soggetto positivo all'HIV ha maggiori probabilità di contrarre la malaria e una madre HIV-positiva ha più possibilità di trasmettere al proprio bimbo l'infezione.

**Ogni programma del Cesvi dovrebbe sempre affrontare l'insieme della problematicità. Nel caso di progetti che affrontano la malaria o l'HIV occorre intervenire su entrambi i fattori.**

Fondamentale è la prevenzione della malattia nelle aree a trasmissione stabile, come raccomandato dall'OMS nelle sue linee guida, con la prevenzione della malaria in gravidanza e la terapia preventiva intermittente (IPT).

L'IPT consiste nel somministrare farmaci antimalarici in monodose al secondo e terzo trimestre<sup>(35)</sup>.

**L'IPT ha dimostrato di essere in grado di ridurre il rischio di anemia nelle madri e il basso peso alla nascita nei neonati. In più, offre vantaggi quali la buona tollerabilità e il basso costo.**

**È inoltre importante assicurare alle donne gravide una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo con farmaci idonei alla terapia della malaria in gravidanza.**

Bisogna comunque tenere in considerazione che nessun farmaco è abbastanza sicuro nel

---

**33.** L'asse portante delle campagne di eradicazione degli anni 50-60-70 era basato sul DDT piuttosto che sui farmaci.

**34.** Sempre più importanza stanno acquisendo i farmaci derivati dall'artemisia, ricavata da un'erba, l'*Artemisia annua*. I recenti risultati ottenuti dagli esperimenti scientifici hanno suscitato grandi speranze. L'artemisia, già utilizzata in Oriente per il trattamento della febbre malarica, si è dimostrata efficace contro tutti i plasmodi coinvolti, priva di effetti collaterali degni di nota e di resistenze significative, e sufficientemente sicura per adulti e bambini sopra l'anno di età. Sono ancora in corso studi che ne chiariscano effetti e rischi in gravidanza. Sulla scia di questi risultati, molti Paesi hanno modificato e stanno modificando le linee guida nazionali di terapia antimalarica. Il Cesvi, dove possibile, si impegna a introdurre la pratica in linea con gli schemi di trattamento internazionali e nazionali.

**35.** Le linee guida dell'OMS per la profilassi antimalarica in gravidanza prevedono: somministrazione del complesso sulfadossina-pirimetamina (*Fansidar*) per la IPT; utilizzo di repellenti e mezzi di barriera, quali zanzariere trattate con insetticida, per la prevenzione delle punture; precoce individuazione e trattamento dei casi di malaria e somministrazione di ferro per contrastare l'anemia (Cfr. WHO, *Malaria Prevention in Pregnancy*, 2004).

trattamento della malaria se c'è un alto tasso di resistenza al farmaco nella popolazione generale.

**In conclusione, le azioni strategiche che collegano gli interventi di promozione della salute in generale e di salvaguardia della salute materno-infantile e lotta alla malaria sono: la prevenzione incentrata sull'uso di zanzariere impregnate, la diagnosi precoce e i trattamenti farmacologici appropriati. Dare priorità ai programmi di prevenzione e trattamento indirizzati alle donne incinte e ai bambini al di sotto dei 5 anni.**



## HIV e AIDS

### IL VIRUS E LE DIMENSIONI DELL'EPIDEMIA

Dopo i primi casi di AIDS segnalati negli USA nel 1981, l'epidemia di AIDS si è diffusa con prodigiosa velocità in ogni continente. La trasmissione dello *Human Immunodeficiency Virus* avviene per via sessuale<sup>(36)</sup> (omosessuale ed eterosessuale), parenterale (trasfusioni, scambio di siringhe infette, esposizione accidentale, professionale o provocata da inadeguata sterilizzazione), verticale (transplacentare e perinatale, trasmissione materno-infantile).

L'HIV fa parte di un gruppo di virus a crescita lenta chiamati retrovirus, che per replicarsi utilizzano il materiale genetico (DNA) delle cellule umane. In particolare, l'HIV attacca le cellule del sistema immunitario (nello specifico le cellule CD4+) indebolendole e impedendone il funzionamento. L'infezione da HIV si trasforma in AIDS quando il danno al sistema immunitario è tale che il numero di cellule CD4+ è inferiore a 200 o la persona infetta da HIV è colpita da infezioni opportunistiche.

Quando l'HIV infetta una cellula, si impadronisce del centro di controllo della cellula stessa. Da qui il virus inizia a produrre copie di se stesso (si riproduce o si replica). I nuovi virus così prodotti poi continuano ad infettare altre cellule<sup>(37)</sup>.

Ogni persona vive l'infezione da HIV in modo differente. Tuttavia, per descrivere in maniera generale il processo della malattia, è possibile suddividere il corso dell'infezione da HIV in quattro stadi:

1. *Infezione Primaria*. Nell'infezione acuta da HIV il virus si muove verso i linfonodi impiegando probabilmente da tre a cinque giorni.

All'interno dei linfonodi l'HIV si riproduce o si replica molto velocemente rilasciando nuovi virus nella circolazione sanguigna. La fase di replicazione veloce dell'HIV dura generalmente da due a tre mesi<sup>(38)</sup>.

2. *Infezione Asintomatica*. Molte persone che hanno contratto l'HIV possono presentare alcuni o nessun segno o sintomo della malattia anche per 10 anni. Tuttavia, per alcune persone lo sviluppo può essere molto più rapido con una riduzione delle cellule CD4+ nel giro di pochi anni e l'insorgenza dei sintomi nei primi anni successivi all'infezione<sup>(39)</sup>. Pochi fortunati, chiamati non progressori a lungo termine, possono continuare ad avere un numero di cellule CD4+ normale e non presentare alcun sintomo per un periodo superiore alla media. Nel corso del periodo asintomatico,

solo il test di laboratorio<sup>(40)</sup> può dimostrare l'infezione da HIV.

3. *Infezione Sintomatica*. Con il passare del tempo, il danno al sistema immunitario aumenta e le difese dell'organismo si indeboliscono. A questo stadio, l'HIV può causare i sintomi di un'infezione a lungo termine, come affaticamento cronico, perdita di peso, problemi alla pelle o diarrea. Ciò può avvenire quando le cellule CD4+ sono ancora a livelli accettabili oppure soltanto dopo che

---

**36.** È importante ricordare che le diverse vie di trasmissione sono gravate da una diversa probabilità. Nei PBISU avviene prevalentemente per via eterosessuale e l'efficienza di questa via di trasmissione è aumentata in tali aree dall'elevata diffusione di malattie a trasmissione sessuale nella popolazione generale, nella quale si possono registrare, in alcune zone urbane, prevalenze per gonorrea e sifilide superiori al 10-15%. In Cina e Romania la diffusione è stata alimentata dal malfunzionamento del sistema delle trasfusioni.

**37.** Sapere come si replica l'HIV può permettere di capire il funzionamento dei farmaci. Tutti i farmaci interferiscono con fasi chiave della replicazione virale. L'HIV è costituito da due filamenti di materiale genetico chiamato RNA. Oltre all'RNA, l'HIV contiene tre enzimi chiave: 1) trascrittasi inversa; 2) integrasi; 3) proteasi. Tali enzimi sono sostanze chimiche che permettono al virus di replicarsi. La superficie esterna del virus è rivestita di proteine. L'HIV utilizza le proteine sulla sua superficie per agganciarsi alle parti della cellula chiamate recettore CD4 e corecettori. Una volta che l'HIV si è agganciato ai recettori, il virus è in grado di fondersi con la cellula. Il contenuto del virus viene a questo punto immesso nella cellula. Di queste cellule, le più importanti sono chiamate cellule CD4+T o cellule T4. Le cellule CD4+ sono talvolta paragonate a direttori d'orchestra, poiché dirigono la risposta immunitaria dell'organismo.

All'interno della cellula, l'*enzima della trascrittasi inversa* (RT) trasforma l'RNA virale in DNA. Ora il materiale genetico del virus combacia con il materiale genetico della cellula. I farmaci chiamati inibitori della trascrittasi rallentano o arrestano l'azione dell'enzima RT. Esistono tre tipi di farmaci: gli inibitori della trascrittasi inversa analoghi nucleosidici (NRTI, dall'inglese "Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor"), gli inibitori della trascrittasi inversa analoghi non nucleosidici (NNRTI, dall'inglese "Non Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitor") e gli inibitori della trascrittasi inversa analoghi nucleotidici (nucleotide RTI).

Il secondo enzima virale, chiamato *integrasi*, inserisce il DNA virale appena convertito nel DNA della cellula. I ricercatori stanno lavorando allo sviluppo di farmaci che interagiscano con l'azione dell'integrasi.

A questo punto, se la cellula CD4+ viene attivata, come accade ogniqualvolta il sistema immunitario è chiamato a reagire ad un'infezione, un allergene o una cellula cancerogena, anziché funzionare correttamente, inizierà a produrre e rilasciare nuovi virus. Il primo passo è la creazione di lunghe catene di proteina virale. L'*enzima della proteasi* funziona come un paio di forbici, poiché taglia le catene proteiche in pezzi più piccoli che diffondono l'HIV. Tali pezzi vengono assemblati in nuove particelle di virus che poi "germogliano" dalla cellula ospite e possono continuare ad infettare altre cellule. Gli

il loro numero è sceso al livello ufficialmente definito AIDS.

4. *AIDS*. La diagnosi ufficiale di AIDS è emessa nel momento in cui una persona infetta da HIV sviluppa una o più infezioni opportunistiche o alcuni tipi di cancro. Un sistema immunitario danneggiato può rendere le persone sieropositive vulnerabili alle infezioni che un sistema immunitario sano potrebbe controllare senza difficoltà. Tali infezioni sono chiamate "opportunistiche", poiché approfittano del sistema immunitario indebolito per causare malattie<sup>(41)</sup>.

I dati diffusi con l'ultimo rapporto presentato dall'UNAIDS<sup>(42)</sup> stimano che il numero di persone infette da HIV sia in continua crescita e riguarda attualmente 39,5 milioni di persone in tutto il mondo (range: 34,1-47,1 milioni), concentrate in particolare nelle regioni dell'Africa Sub-Sahariana (24,7

---

inibitori della proteasi (PI) sono farmaci che interferiscono con l'azione della proteasi impedendo all'enzima di tagliare le lunghe catene della nuova proteina virale. Benché si possa formare un nuovo virus, questo è incompleto e non è in grado di infettare nuove cellule. Gli inibitori della proteasi hanno una capacità portentosa di sopprimere il virus e sono una componente importante di molte combinazioni di farmaci.

**38.** Le persone con infezione acuta generalmente non risultano positive al test dell'HIV, poiché l'organismo non ha avuto ancora tempo di produrre anticorpi contro il virus. Ed è proprio questo anticorpo ad essere rilevato nei test standard per verificare la positività all'HIV. Quando il sistema immunitario impara a riconoscere e a combattere l'HIV, il test risulta positivo, cioè il campione di sangue contiene anticorpi contro l'HIV.

**39.** Sono stati scoperti molti fattori che influiscono sulla velocità con cui progredisce la malattia, tra cui: i geni, la forza del virus che causa l'infezione, il tipo di risposta immunitaria prodotta contro il virus, il livello di nutrienti della persona sia al momento dell'infezione che successivamente, lo stato mentale e il livello di stress personali (e l'efficacia con cui lo stress è gestito) e vari fattori relativi allo stile di vita, quali il fumo.

**40.** Le analisi del sangue possono mostrare un numero di cellule CD4+ inferiore alla norma e livelli di HIV moderati. La quantità di HIV nel sangue è generalmente denominata carica virale. Benché il sistema immunitario sia in grado di combattere l'HIV, non può sbarazzarsi completamente del virus. Gradualmente, nella maggior parte delle persone, il virus sarà in grado di danneggiare il sistema immunitario causando l'infezione sintomatica.

**41.** Le infezioni opportunistiche e altre condizioni che portano alla definizione di AIDS concludono comprendono: infezioni batteriche come il *Mycobacterium avium complex* (MAC) o la tubercolosi (TB); infezioni da fungo come la crescita eccessiva della *Candida*, la meningite da criptococco o la polmonite da *Pneumocystis carinii* (PCP); infezioni parassite come la criptosporidiosi o la toxoplasmosi; infezioni virali come il citomegalovirus (CMV) o leucoencefalopatia progressiva multifocale (PML); tumori come il linfoma non Hodgkin (NHL) e il sarcoma di Kaposi (KS).

milioni di infetti vive in queste aree; si tratta prevalentemente di donne).

Le donne, specialmente nell'Africa Sub-Sahariana, sono molto vulnerabili, tanto che il 60% delle infezioni da HIV coinvolge il sesso femminile.

Gli adulti infetti sono 37,2 milioni (range: 32,1-44,5); le donne 17,7 milioni (range: 15,1-29,9) e i bambini - al di sotto dei 15 anni - 2,3 milioni (range: 1,7-3,5).

I nuovi infetti, sempre secondo questa fonte, sono stati 4,3 milioni (3,6-6-6 milioni) e di questi gli adulti sono 3,8 milioni (3,2-5,7 milioni), mentre i bambini al di sotto dei 15 anni sono 530.000 (410.000-660.000). Si stima che, nel 2006, i nuovi infetti in Africa siano stati 2,8 milioni tra adulti e bambini, più che in tutti gli altri stati del mondo messi insieme. Per quanto riguarda le morti, nel 2006 si sono registrati 2,9 milioni di decessi in tutto il mondo (2,5-3,5 milioni) per questa patologia, di cui 2,6 milioni (2,2-3,0 milioni) sono adulti e 380.000 (290.000-500.000) sono bambini al di sotto dei 15 anni. In Africa si concentra il 70% circa delle morti totali per AIDS. Secondo l'OMS, l'AIDS è diventata la principale causa di morte per infezione nei Paesi africani. Nel valutare la diffusione della malattia, oltre alla percentuale di popolazione adulta sieropositiva, sono da considerare la rapidità dell'incremento e il valore assoluto delle persone infette<sup>(43)</sup>.

Per quanto riguarda l'Africa, diversi fattori potrebbero essere implicati nel favorire il diffondersi dell'epidemia in certe aree del continente: il grado di povertà, l'instabilità sociale, gli alti livelli di infezioni sessualmente trasmesse, le violenze domestiche, il minore impegno dei governi per arginare l'epidemia, l'elevata mobilità della popolazione, la virulenza dell'HIV, il basso livello igienico e la carenza di acqua potabile, la dispersione della popolazione su ampi territori, etc. A causa dell'AIDS, molti capifamiglia affetti si trovano impossibilitati a portare avanti il proprio lavoro. L'epidemia, inoltre, ha contribuito al collasso delle strutture sanitarie in alcuni PBISU. In diversi Paesi, la maggior parte dei ricoveri ospedalieri è legata a patologie HIV correlate. In più, l'impatto dell'infezione sul personale sanitario stesso ha determinato un aumento dei giorni di malattia e una perdita di risorse umane essenziali per sistemi sanitari già carenti di personale qualificato. Infine nell'Africa Sub-Sahariana 12 milioni di bambini hanno perso uno o entrambi i genitori a causa dell'AIDS. Si stima che entro il 2010 questo numero raggiungerà quota 18 milioni. Gli orfani di genitori deceduti per

AIDS si trovano in una situazione di maggiore vulnerabilità e sono quindi a rischio di contrarre a loro volta l'infezione, in un circolo vizioso con difficile possibilità di uscita.

I Paesi con un'alta percentuale di persone infette sono sicuramente quelli a cui prestare grande attenzione, ma il potenziale epidemico della malattia è tale da dover prendere seriamente in considerazione anche interventi preventivi e terapeutici nelle aree in cui povere condizioni di vita coesistono con un sistema sanitario fragile.

**Obiettivo generale del Cesvi nei Paesi gravemente interessati dalla malattia è ridurre l'incidenza del problema evitando nuovi casi, prendersi cura delle persone malate prevenendo e trattando le infezioni opportunistiche e, dove possibile, avviare un trattamento antiretrovirale o una terapia del dolore.**

#### **DIRITTI UMANI E PRIORITÀ SANITARIE**

Le strategie per combattere la diffusione dell'epidemia devono prendere in considerazione i diritti umani in gioco, gli aspetti sociali rilevanti, la scarsità di risorse disponibili, gli aspetti tecnici e organizzativi e, soprattutto, il fatto che non avrebbe senso rispondere all'AIDS ignorando altre problematiche sanitarie della popolazione, in quanto l'obiettivo ultimo di ogni intervento sanitario è migliorare la durata e la qualità della vita di una data popolazione nel suo complesso.

**Cesvi non affronta l'AIDS in modo avulso dalle altre problematiche socio-sanitarie di un certo territorio. Al contrario, ogni programma di lotta all'AIDS è anche un'azione di sostegno al sistema sanitario locale per favorire migliori condizioni di vita per tutta la popolazione nel suo complesso. La catastrofica situazione dei Paesi colpiti dall'epidemia è un'opportunità per migliorare le condizioni di vita di tutti coloro che vi vivono, attraverso il miglioramento della capacità del sistema sanitario di affrontare i principali problemi socio-sanitari.**

Spesso i diritti delle persone affette o infette da HIV (PLWH) sono trascurati o volutamente disattesi.

**Le ONG hanno un ruolo importante nel sollecitare il rispetto dei diritti umani da parte degli Stati o dei singoli<sup>(44)</sup>.**

Una persona sieropositiva, o che vive con persone sieropositive, ha gli stessi diritti di ciascun essere umano per quanto attiene al diritto alla vita, a non essere discriminato, essere protetto, considerato uguale agli

altri di fronte alla legge. Inoltre sono suoi diritti: il più alto standard ottenibile di salute fisica e mentale, la libertà di espressione, associazione e movimento, la ricerca di asilo, il rispetto della privacy, il diritto di sposarsi, formare una famiglia, lavorare, accedere all'educazione, godere di un adeguato standard di vita, beneficiare di assistenza sociale, partecipare alla vita culturale e beneficiare della scienza e della tecnica. Infine ogni essere umano ha diritto ad essere protetto dalla trasmissione del virus.

### PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA

Le azioni rivolte alla prevenzione dell'HIV sono di genere diverso e possono essere promosse sia a livello di struttura sanitaria sia a livello di comunità. La prevenzione può essere fatta attraverso:

- informazione ed educazione sanitaria in diversi contesti (società, scuole, luoghi pubblici, ambienti religiosi etc.);
- campagne ad hoc per la promozione di strumenti di prevenzione (uso del profilattico, PMTCT etc.);
- attività per l'educazione tra pari;
- promozione di servizi alla persona (VCT, cliniche locali etc.);
- campagne per la promozione di comportamenti "sani" per la prevenzione dell'HIV (abitudini sessuali, prevenzione della tossicodipendenza, etc.).

La chiave di volta della prevenzione è rappresentata in ogni caso dal grado di informazione e consapevolezza dei problemi dei gruppi più a rischio<sup>(45)</sup>, supportata dall'effettiva presenza sul territorio di servizi

---

42. Si veda, UNAIDS, WHO, *AIDS Epidemic update*, 2006.

43. Ma un crescente fattore di preoccupazione è la diffusione dell'epidemia in Paesi assai popolosi come la Cina e l'India.

44. Prendendo in considerazione anche la possibilità che vi siano persone sieropositive nel proprio staff e offrendo loro la condizione migliore possibile per vivere e lavorare.

45. I gruppi più a rischio su cui è necessario focalizzare gli interventi sono sieropositivi, donne, adolescenti, bambini, omosessuali, sfollati interni, indigenti. I soggetti sieropositivi, infatti, non rappresentano solamente una fonte di contagio su cui indirizzare semplici campagne di sensibilizzazione, ma sono anche depositari, per esperienza diretta, della sofferenza e discriminazione subite a causa dell'HIV. Il loro esempio può essere di grande aiuto nel combattere pregiudizi e paure. Le *donne* rappresentano da sempre la categoria più a rischio di contagio. Le donne sono spesso prive dell'accesso a cultura, informazione, vita politica e assistenza sanitaria. Gli *adolescenti* rappresentano il serbatoio naturale di futuri malati. Punto focale di ogni campagna di prevenzione deve essere quindi una quanto più precoce diffusione delle conoscenze su modalità di trasmissione

specifici che possano costituire un elemento di rinforzo costante. Purtroppo informare non basta; per ottenere un cambiamento comportamentale, ciò che maggiormente influenza è il contesto sociale in cui si vive. Anche se nuove medicine saranno in grado di aumentare la speranza di vita e di ridurre le sofferenze della persona infetta da HIV, la prima e più importante azione strategica deve essere la prevenzione primaria. Ogni nuovo caso evitato, infatti, costituisce un grande successo perché previene tremende sofferenze all'individuo, alla famiglia e alla società.

### La prevenzione primaria, nei suoi aspetti sociali e sanitari, è una via efficace per prevenire la diffusione della malattia.

Cesvi ha sempre attribuito grande importanza alla prevenzione primaria attraverso il suo sostegno a campagne internazionali di sensibilizzazione che si prefiggono l'educazione dei giovani<sup>(46)</sup>.

Un'adeguata educazione sanitaria e/o una corretta informazione hanno una relazione di proporzionalità diretta rispetto alla riduzione di problematiche sanitarie e di patologie.

Si può sottolineare come la sieroprevalenza diminuisca in corrispondenza di progressivi mutamenti nei comportamenti e nelle abitudini degli individui, in relazione a:

- adozione di comportamenti sessuali adeguati<sup>(47)</sup>;
- adozione di pratiche legate al parto in grado di prevenire la trasmissione verticale dell'HIV;
- adozione di pratiche legate all'allattamento del neonato in linea con quanto emerge dai dati sulla trasmissione verticale dell'HIV;

---

e protezione dal virus tra i giovani. Ai *bambini* nati da madri infette, che contraggono il virus durante il periodo gestazionale, il parto o l'allattamento al seno, si deve aggiungere il grande numero di orfani di uno o entrambi i genitori. Nonostante l'*omosessualità* e in generale tutte le forme di sessualità diverse dall'etero siano apertamente contrastate nella maggior parte dei PBISU, queste categorie costituiscono serbatoi di contagio reali, oltre che minoranze spesso prive di diritti. *Sfollati interni* e *indigenti*: povertà e abbandono coercitivo delle zone abitative sono strettamente legate ad un aumento del rischio di contagio da HIV.

46. Ad esempio *Virus Free Generation*, con i partners di Alliance 2015 e *Uniti per i bambini Uniti contro l'AIDS*, con l'UNICEF: [www.virusfreegeneration.eu](http://www.virusfreegeneration.eu) e [www.unitiperibambini.it](http://www.unitiperibambini.it).

47. Una particolare forma di prevenzione è quella da effettuarsi con persone sieropositive. È stato provato che persone HIV-positive che dovessero nuovamente infettarsi sono più esposte a contrarre la malattia: quindi al paziente HIV+ si deve consigliare sesso sicuro, non solo per non infettare, ma anche per non morire prima.

- riduzione delle pratiche a forte valenza culturale, le mutilazioni genitali maschili e femminili.

La povertà, insieme all'assenza di mezzi e strutture destinati all'educazione e all'informazione, ha conseguenze dirette sulla diffusione dell'HIV. La scuola, le istituzioni educative in genere e i mass media plasmano le giovani generazioni, trasmettendo il patrimonio culturale e innescando processi di sviluppo endogeno per il rinnovamento dell'ambiente sociale. Le società in cui l'apparato educativo è debole mostrano limiti anche in ambito sanitario. Ogni intervento di prevenzione, informazione ed educazione non può prescindere dal coinvolgimento delle giovani generazioni, della scuola e dei mass media.

**Cesvi supporta iniziative di informazione ed educazione in tutto il mondo<sup>(48)</sup>.**

La prevenzione secondaria che si attua attraverso il VCT e il test, se seguita da un effettivo intervento facendosi carico delle infezioni opportunistiche o avviando una terapia antiretrovirale, è una strategia importante per la risposta all'AIDS.

**Cesvi supporta solo strategie di prevenzione di provata efficacia in contesti con scarsa disponibilità di risorse, come nell'Africa sub-sahariana.**

**Si impegna a promuovere il testing dove esistano provati benefici per il singolo e per la collettività (es. prevenzione della trasmissione verticale madre-figlio oppure**

---

**48.** Tra esse l'ABC, sigla che si traduce in "astinenza, fedeltà e uso del profilattico" (dall'inglese *Abstinence, Be faithful, Condomise*): un approccio diffuso a partire dalla fine degli anni '90 come strategia di prevenzione della diffusione del virus HIV. Cesvi segue questo approccio in diversi Paesi. Studi sono in corso per valutarne l'efficacia e nuove raccomandazioni sono attese. Recentemente il dibattito si è concentrato sul superamento della strategia ABC, considerando che, in alcuni contesti ad alta prevalenza, il matrimonio costituisce un fattore di rischio per il contagio, soprattutto per la donna (es. in Africa Sub-Sahariana). Da qui la necessità di approcci nelle mani delle donne (profilattico femminile, microbicidi), per proteggersi anche all'interno del matrimonio. Si vedano le seguenti comunicazioni alla *Toronto AIDS Conference 2006*: Louise Binder: *From programme to policies now: positive changes for women and girls*; Abstract CDD0026 - *Risk perception of women in marriage for HIV: qualitative study among young married women in Ibadan, Nigeria*. F. Oronsaye, G. Sadiq, I. Sutton, A. Olaleye. Abstract CDD0387 *Monogamous housewives - risk and vulnerability in a male dominated marital social setup*. R. Vadrevu, L. Vadrevu, S. D. G, S. Vadrevu.

**49.** In Zimbabwe Cesvi ha organizzato, insieme al personale sanitario delle cliniche, incontri con guaritori e levatrici tradizionali e ha supportato associazioni locali per la realizzazione di campagne di informazione nei villaggi.

**riduzione della trasmissione del virus legata alla conoscenza del proprio status).**

**Intende inoltre:**

- **adottare un approccio comunitario<sup>(49)</sup> per un'informazione chiara e adeguata ai livelli culturali del contesto prescelto, rivolto al coinvolgimento massimo della popolazione sulle tematiche della prevenzione e dell'adozione di comportamenti sani<sup>(50)</sup>;**
- **sostenere le strutture sanitarie nella loro opera di divulgazione di informazioni, nella gestione dei servizi alla persona (counselling, VCT e PMTCT) e nel supporto al personale di collegamento tra le strutture sanitarie e le comunità (ad esempio *community health workers*);**
- **promuovere l'adozione presso le strutture sanitarie di specifiche linee guida per i servizi di prevenzione dell'HIV;**
- **promuovere la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario coinvolto direttamente e indirettamente nelle attività di prevenzione, stimolando il contatto costante con l'utenza per un confronto efficace sulle tematiche specifiche;**
- **svolgere attività di *advocacy pro poor* presso strutture di governo e donatori, promuovendo la tutela delle categorie più svantaggiate e vulnerabili, facilitando loro l'accesso a tutti i servizi offerti, incentivando l'apertura di nuovi servizi sul territorio e stimolando le strutture**

---

Ciò ha promosso reti comunitarie legate agli ospedali. Un approccio comunitario nasce più facilmente in ambito rurale. Ben più difficile seguirlo in ambito urbano; malgrado ciò, è importante sottolineare che la presenza di gruppi di sostegno, di appoggio e di sensibilizzazione è un fattore di successo anche in ambito urbano, come dimostra l'esperienza del Cesvi di appoggio alle cellule di sostegno psicosociale a Kinshasa, nella Repubblica Democratica del Congo.

**50.** Quanto enunciato in precedenza sulle strategie del Cesvi per la risposta all'AIDS e il VCT va integrato con interventi mirati tanto alla condizione di donne e bambini, quali soggetti deboli della società dei PBISU, quanto alla specificità della salute materno-infantile. Per quanto riguarda il primo aspetto, l'anello debole delle strategie di prevenzione primaria e secondaria, che puntano all'educazione e alla auto-protezione, è il differente grado di penetrazione del messaggio tra uomini e donne. Le differenze di genere, legate al contesto sociale, si ripercuotono infatti direttamente sul rischio di contagio. Dalle ultime stime dell'OMS sullo stato di diffusione del virus si evince come circa la metà delle persone HIV+ sia rappresentata dalle sole donne adulte (più di 15 anni di età). Target delle campagne di sensibilizzazione non deve quindi essere la sola popolazione in generale, ma anche e soprattutto lo strato più vulnerabile della stessa popolazione rappresentato spesso da donne e bambini.

**pubbliche ad una maggiore opera di apertura nei confronti delle comunità e delle realtà locali.**

## **DIAGNOSI E TERAPIA**

La diagnosi certa di infezione da HIV si basa sull'identificazione degli anticorpi nel siero del paziente (metodo *ELISA*). Nei Paesi con risorse scarse viene usato frequentemente il test rapido, invece dell'*ELISA*, per la facilità di esecuzione anche da parte di personale non sanitario e per il basso costo<sup>(51)</sup>.

La più diffusa classificazione della malattia proposta dalla WHO prevede sia la valutazione dello stato clinico sia la conta dei CD4. Nei PBISU è accettata anche quella che prevede la valutazione clinica e la conta dei soli linfociti (in quanto più sostenibile nei Paesi con scarse risorse).

**Per la classificazione dell'AIDS, il Cesvi fa riferimento alle indicazioni proposte dall'OMS e riviste dai Ministeri della sanità di ogni singolo Paese<sup>(52)</sup>.**

L'opportunità di acquistare macchine per la conta dei CD4 deve tenere conto delle risorse esistenti, del numero di pazienti trattati e della possibilità in ambienti rurali di sviluppare la terapia anche con il solo supporto della conta dei linfociti<sup>(53)</sup>.

**Per quanto riguarda la terapia, Cesvi sostiene l'utilizzo delle terapie di prima linea raccomandate dall'OMS. Attualmente la terapia adottata è la terapia antiretrovirale con una tripla combinazione di farmaci antiretrovirali in accordo con le linee guida OMS. Nella**

**scelta della terapia, Cesvi tiene conto della disponibilità, della economicità e della provata efficacia.**

Purtroppo l'utilizzo di questi farmaci nei PBISU si scontra con difficoltà di tipo logistico (accessibilità della popolazione alle strutture, necessità di refrigerazione di alcuni farmaci etc.), strutturale (possibilità di controlli virologici di efficacia della terapia) ed economico (costo dei farmaci). A tutto ciò si devono aggiungere le problematiche di accesso ai farmaci, di aderenza e risposta al trattamento e di *follow up*.

**La difficile situazione economico-sociale e sanitaria di molti Paesi non deve essere un alibi per non organizzare un serio intervento anche nei Paesi più poveri, come quelli africani.**

**La polichemioterapia dovrebbe essere garantita a tutti i soggetti HIV-positivi, dove il Programma Nazionale di Controllo AIDS sia in grado di gestire l'occorrenza delle infezioni opportunistiche.**

**L'introduzione della terapia antiretrovirale richiede comunque la verifica delle possibilità finanziarie necessaria per continuarla e di un sistema di approvvigionamento e distribuzione senza interruzioni<sup>(56)</sup>.**

È da privilegiare l'educazione dei pazienti prima di iniziare la terapia ARV, la prescrizione degli schemi terapeutici con il minor numero possibile di pillole e la minor frequenza di somministrazioni, il coinvolgimento dei familiari e dei membri della comunità per supportare il paziente.

---

51. Il meccanismo d'azione si basa sulla reazione tra una goccia di sangue del paziente e uno specifico reagente sulla pellicola del test. Per evitare casi di falsa positività, ogni qual volta la prima verifica abbia dato esito positivo si procede ad un secondo e infine ad un terzo controllo. I tre livelli permettono così di confermare la diagnosi, senza però dare alcuna indicazione quantitativa sulla conta dei linfociti T CD4+, elemento utile per la scelta della terapia più adatta.

52. Cesvi si riferisce al manuale OMS, *HIV treatment in scarce resources settings* edito da diversi anni, la cui ultima edizione è del 2006.

53. La conta dei T CD4 stabilisce se i pazienti HIV+ che non hanno infezioni opportunistiche necessitano o no di trattamento; la conta è anche usata per conoscere se il trattamento con antiretrovirali dà risultati. I pazienti HIV+ con infezioni opportunistiche o con significativa perdita di peso devono andare in trattamento indipendentemente dal risultato della conta dei T CD4 perché hanno già l'AIDS, secondo la definizione WHO. I pazienti HIV+ senza infezioni opportunistiche e con linfociti T CD4 > 200 non devono fare la terapia antiretrovirale.

54. Prima e seconda linea terapeutica definiscono il tipo di protocollo più o meno avanzato di trattamento. Le

---

terapie di seconda linea vengono adottate qualora sia stata sviluppata una farmaco-resistenza a quelle di prima linea.

55. La *highly active antiretroviral therapy* (HAART) utilizza opportune combinazioni di farmaci antiretrovirali. Tale terapia permette un miglioramento dei parametri immunitari con un netto aumento dei linfociti CD4+ che sembra permanere fino a 4-5 anni, cui si accompagna un abbassamento della carica virale. Attualmente la terapia antiretrovirale utilizza farmaci appartenenti a tre classi: gli inibitori della trascrittasi inversa, a loro volta distinti in inibitori nucleosidici, nucleotidici e non nucleosidici, gli inibitori della proteasi e gli inibitori della fusione. Nei PBISU nella composizione della triplice combinazione entrano farmaci inibitori della trascrittasi inversa nucleosidici e non nucleosidici. In alcuni Paesi sono disponibili anche farmaci inibitori della proteasi.

56. In Zimbabwe, Cesvi ha firmato un accordo con la compagnia parastatale di fornitura e distribuzione dei farmaci essenziali valido per tutto il Paese, in modo da evitare la creazione di sistemi di approvvigionamento paralleli e invece rafforzare quelli esistenti, garantendo così continuità nelle cure.

**Cesvi ritiene inoltre che la terapia antiretrovirale nei PBISU non debba essere effettuata solo nei Centri con risorse professionali e tecniche specialistiche, ma possa essere avviata ovunque esista la possibilità di rispettare i protocolli di trattamento OMS<sup>(57)</sup> e/o nazionali. Solo strategie condivise con i governi locali possono dare risultati nel lungo periodo. Cesvi si impegna in ricerche operative per valutare le migliori strategie di intervento che garantiscano una buona aderenza alla terapia<sup>(58)</sup>.**

La questione delle resistenze è in primo piano quando si considera l'introduzione del trattamento antiretrovirale nei Paesi con risorse scarse: la situazione socio-economica, grandi distanze, trasporti difficoltosi e costosi possono scoraggiare alla lunga il raggiungimento delle strutture sanitarie<sup>(59)</sup>.

**Cesvi raccomanda comunque di approfondire diverse strategie per migliorare l'aderenza alla terapia, in modo da fornire indicazioni più precise circa il modello più consono a parità di contesto.**

Infine un efficace sistema di fornitura dei farmaci è indispensabile. Una sospensione improvvisa del sostegno attualmente fornito da organismi internazionali e organizzazioni no profit, a fronte dell'attuale incapacità di questi Paesi a fronteggiare la spesa per i farmaci ARV, potrebbe causare l'insorgenza di resistenze tali da rendere i trattamenti di prima linea non più efficaci.

Quando è colpito il 20% della popolazione, come in alcuni Paesi africani, non sono necessari centri specialistici, ma è tutto il sistema sanitario che va sostenuto.

**La terapia deve favorire i pazienti nella loro realtà con le possibilità esistenti sul posto. Il sistema deve prevedere di curare i pazienti il più possibile nel loro contesto, evitando così l'insorgenza di resistenze ai farmaci. Meglio un sistema stabile, duraturo nel tempo, fattibile e sostenibile, che un sistema "tecnologicamente avanzato" ma lontano dai pazienti o non sostenibile. Pertanto, i trattamenti vanno effettuati nelle strutture sanitarie ordinarie. Sono da considerare le interazioni tra AIDS, malaria, nutrizione, TBC, malattie respiratorie, intestinali, etc.**

In questo momento vi è particolare bisogno di nuova ricerca operativa, specialmente in Africa Sub-Sahariana, al fine di testare un corretto uso dei farmaci antiretrovirali, evitando resistenze e controindicazioni. Tuttavia non ci sono ragioni, se il sistema sanitario è supportato nell'affrontare i

maggiori problemi, per non cominciare queste terapie e assistere anche i pazienti terminali<sup>(60)</sup>.

## **HIV, GRAVIDANZA E SALUTE MATERNO-INFANTILE**

È stato stimato che 1.5 milioni di donne sieropositive intraprendono una gravidanza ogni anno, il che significa che circa 600.000 bambini ogni anno si infettano tramite la trasmissione verticale. I dati rilevati in cliniche pre-natali selezionate di aree urbane mostrano una prevalenza di HIV nelle donne gravide dell'Africa Sub-Sahariana di oltre il 25%. Nel 2005, nei PBISU solo il 9% delle donne sieropositive gravide ha ricevuto la profilassi antiretrovirale per prevenire la trasmissione del virus al neonato, un modesto incremento del 3% rispetto al 2003<sup>(61)</sup>. In questi Paesi, l'infezione si associa ad un rischio più elevato di aborto spontaneo, gravidanza ectopica, natimortalità, parto pretermine, rottura prematura delle membrane, infezioni urogenitali, sifilide. Nei Paesi industrializzati l'incidenza della trasmissione verticale del virus è scesa a valori minimi, fino al 2%, grazie all'introduzione della terapia antiretrovirale, all'applicazione del parto cesareo e all'utilizzo del latte artificiale<sup>(62)</sup>. In Africa, invece, dove questi interventi non sono diffusi né sempre disponibili e dove l'allattamento al seno per lunghi periodi è la norma, la trasmissione verticale del virus è pari ancora al 25-40%.

## **PMTCT e PPTCT PLUS**

La trasmissione verticale può verificarsi in vari momenti: durante la gravidanza, il parto o l'allattamento<sup>(63)</sup>.

Nei PBISU la prevenzione della trasmissione verticale nelle madri sieropositive avviene attraverso diversi interventi quali:

- servizi per la promozione della salute materno-infantile (pre- e post-natali);
- servizi di counselling e testing;
- promozione di forme alternative all'allattamento materno e/o precoce interruzione dello stesso;
- procedure ostetriche ottimali e non invasive;
- terapia antiretrovirale preventiva alla madre e al bambino;
- profilassi malarica, in quanto è dimostrato che riduce la trasmissione verticale.

**È importante garantire a tutte le donne accesso al counselling e al VCT<sup>(64)</sup>.**

Il momento dell'allattamento al seno è il più delicato e difficile da affrontare.

L'OMS stima che il 94% dei bambini nel mondo vengano allattati al seno; il 79%

continua fino ad un anno e il 52% fino a due anni. L'allattamento oltre il sesto mese è comune nell'Africa Sub-sahariana e in Asia. Senza una profilassi antiretrovirale o altri interventi efficaci volti a prevenire la trasmissione verticale dell'HIV, l'allattamento al seno che dura per due anni o più, può accrescere il rischio di trasmissione dell'HIV di circa il 40%. Circa il 5-20% di neonati si infettano nel periodo post-natale e il rischio aumenta progressivamente con la durata dell'allattamento. Tuttavia l'alternativa all'allattamento al seno, l'allattamento artificiale, è indicato solo dove è facile garantire approvvigionamento del latte in polvere, pulizia e potabilità dell'acqua. Nei PBISU l'allattamento artificiale può essere fovero dell'insorgere di problematiche molto gravi.

**Considerando il fatto che sull'allattamento non esistono raccomandazioni univoche e generali e che ogni intervento è legato al contesto operativo, è bene attenersi alle strategie proposte dai Ministeri della Sanità di ogni Paese, le quali derivano dalle raccomandazioni generali dell'OMS<sup>(65)</sup>.**



57. WHO, *Antiretroviral drugs for the treatment of HIV infection in adults and adolescent in resource-limited settings*, 2005.

58. Come ad esempio le visite domiciliari e la DOT (*Directly Observed Therapy*), la terapia quotidiana direttamente osservata da un professionista della salute o dall'operatore sociale del villaggio. La DOT è adatta per malattie infettive croniche, per le quali le interruzioni terapeutiche provocano l'insorgenza di virus o batteri resistenti (TBC, HIV/AIDS, lebbra).

59. Alcuni studi riportano percentuali di resistenza agli ARV che hanno già raggiunto il 23% per la prima linea di trattamento nei Paesi industrializzati. Altri, invece, evidenziano che l'aderenza agli ARV è addirittura migliore in Africa che in Nord America: *Toronto International AIDS Conference 2006 Abstract TUPDB03 - Adherence to antiretroviral therapy in Africa versus North America: a meta-regression analysis*. E. Mills, J. Nachega, I. Buchan, J. Orbinski, S. Singh, B. Rachlis, L. Thabane, K. Wilson, D. Bangsberg, G. Guyatt.

60. L'assistenza domiciliare è una strada per assistere i pazienti e le loro famiglie, dando la possibilità alle persone di vivere l'ultima parte della loro vita a casa propria, sostenuti da assistenza medica, riducendo le sofferenze. Reti comunitarie, gruppi di appoggio, spesso creati dalle stesse persone affette da HIV, sono fondamentali per migliorare la vita di PLWH.

61. UNAIDS, UNICEF, WHO, *Children and Aids. A stocktaking report*, 2007

62. Nei Paesi industrializzati è possibile praticare il parto cesareo e l'allattamento artificiale senza le complicazioni che insorgono nei PBISU.

63. WHO, *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants: toward universal access*, 2006.

64. L'esecuzione del test è subordinata ad un colloquio iniziale durante il quale il *counselor* chiarisce i rischi dell'infezione da HIV, le modalità di trasmissione e la terapia adeguata per la prevenzione e per il trattamento in caso di sieropositività. Particolare attenzione deve essere prestata in questo caso all'elevato rischio di contagio del feto in assenza di precauzioni specifiche. Va posta attenzione alla tutela della privacy durante tutto il processo. Il Cesvi utilizza moduli per il consenso informato ogni qual volta si richieda l'assunzione di responsabilità specifiche da parte del cliente/paziente. All'esecuzione del test sierologico fa seguito il post-counseling, sempre privato, durante il quale, in base all'esito dell'esame, vengono date indicazioni specifiche su prevenzione e trattamento della malattia oltre che sulla necessità di modificare alcune abitudini comportamentali e soprattutto nutrizionali in caso di sieropositività.

65. Cfr. [www.who.int](http://www.who.int) e *Conference on Retrovirus and Opportunistic Infections*, Los Angeles, 25-28 February 2007. *Briefing note – HIV & Infant Feeding*: 1) la nutrizione più appropriata per il neonato dipende dalle condizioni mediche e psicologiche in cui versa la madre sieropositiva oltre che dall'accessibilità a centri di assistenza sanitaria; 2) si raccomanda un esclusivo allattamento al seno per i primi 6 mesi di vita del bambino dal momento che tale tecnica è più sicura, accessibile, sostenibile e più facilmente accettata; 3) si raccomanda di sostituire l'allattamento al seno con latte artificiale ogni qual volta ciò sia sostenibile, attuabile, accettato dalla madre e più sicuro per il bambino.

## LINEE GUIDA DI COUNSELLING SU HIV E NUTRIZIONE INFANTILE IN COMUNITÀ POVERE

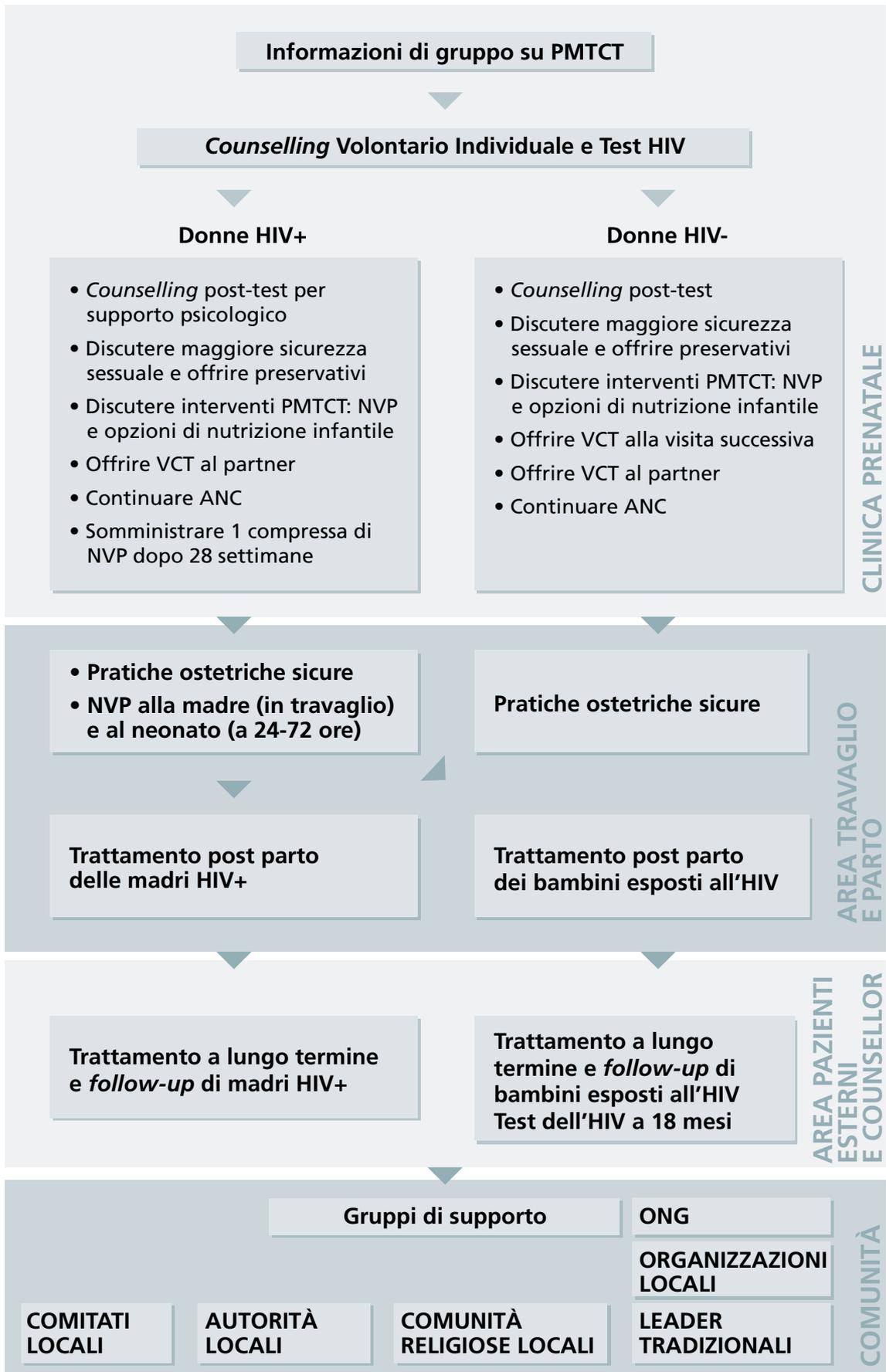
SITUAZIONE	LINEE GUIDA PER IL PERSONALE SANITARIO
<b>Stato HIV della madre sconosciuto</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Promuovere disponibilità e uso di test confidenziali;</li><li>■ Promuovere l'allattamento al seno come forma di nutrimento artificiale più sicura;</li><li>■ Insegnare alla madre come evitare l'esposizione all'HIV.</li></ul>
<b>Madre HIV-negativa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Promuovere l'allattamento al seno come metodo di nutrizione infantile più sicuro (allattamento al seno esclusivo per i primi 6 mesi, introduzione di alimenti complementari appropriati a circa 6 mesi e proseguimento dell'allattamento al seno a 24 mesi e oltre);</li><li>■ Insegnare alla madre come evitare l'esposizione all'HIV.</li></ul>
<b>Madre HIV-positiva che sta considerando le proprie opzioni di alimentazione</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Trattare con farmaci antiretrovirali, se possibile;</li><li>■ Consigliare la madre sulla sicurezza, disponibilità e accessibilità delle opzioni di nutrizione infantile possibili;</li><li>■ Aiutare la madre a scegliere e utilizzare il metodo di nutrizione infantile più sicuro;</li><li>■ Insegnare alla madre come evitare la trasmissione dell'HIV per via sessuale.</li></ul>
<b>Madre HIV-positiva che sceglie l'allattamento al seno</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Promuovere una maggiore sicurezza per l'allattamento al seno (allattamento al seno esclusivo fino a 6 mesi, prevenzione e cura di problemi al seno della madre e mugugno nei bambini, abbreviamento dell'allattamento al seno in presenza di alternative sicure ed accessibili).</li></ul>
<b>Madre HIV-positiva che sceglie l'allattamento artificiale</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Aiutare la madre a scegliere la strategia di nutrizione infantile alternativa più sicura (metodi, durata ecc.);</li><li>■ Assistere la madre nella scelta (fornire istruzioni su preparati igienici, salute, servizi di pianificazione familiare ecc.).</li></ul>

**Cesvi è impegnato nel sostegno ai sistemi sanitari di diversi Paesi ad alta prevalenza di HIV per fornire il servizio di PMTCT ed espanderlo fino a raggiungere idealmente tutte le donne gravide.**

Negli ultimi anni, alla luce delle esperienze maturate e delle nuove disponibilità terapeutiche, l'approccio raccomandato è quello di coinvolgere attivamente anche il partner (si parla infatti ora di PPTCT-Prevenzione della trasmissione dell'HIV al bambino da parte di entrambi i genitori) e gli altri figli, in modo da impostare un percorso di prevenzione e terapia che coinvolga tutta la famiglia<sup>(66)</sup>. Si è arrivati poi a parlare ormai di PPTCT PLUS per includere anche la possibilità di cure per i genitori già sieropositivi, in modo da ridurre il rischio di lasciare i bimbi orfani.

**66.** Le conoscenze e le disponibilità preventive, diagnostiche e terapeutiche in questo settore sono in continua evoluzione.

# PMTCT



## UN ESEMPIO CONCRETO: PMTCT E PPTCT PLUS IN ZIMBABWE

Il Cesvi supporta il servizio sanitario nazionale di una regione dello Zimbabwe dal 2001 per fornire servizi di PMTCT e dal 2004 anche di PPTCT PLUS, integrati nelle strutture sanitarie esistenti, attraverso la fornitura di equipaggiamento e farmaci e la formazione specifica del personale sanitario locale (componente di "capacity building").

Prima i 4 ospedali distrettuali, e poi gradualmente altri 2 ospedali e 21 cliniche (o ambulatori rurali), sono stati supportati per fornire il servizio di prevenzione della trasmissione verticale del virus attraverso la formazione specifica di 300 membri del personale sanitario (inclusi medici, infermieri, ausiliari, counsellors), la facilitazione dei trasporti di materiale e farmaci necessari, il rafforzamento della rete di continuità assistenziale dai villaggi di residenza alle cliniche rurali fino all'ospedale distrettuale di riferimento e viceversa, la formazione di operatori sociali comunitari, il sostegno per la formazione di gruppi di auto-aiuto.

Nel Dicembre 2006, nell'area supportata dal Cesvi, più di 20.000 donne gravide hanno deciso di effettuare il test per l'HIV in seguito ad una adeguata informazione di gruppo e ai colloqui individuali (counselling). La percentuale di sieropositive è stata del 20% circa, la metà delle quali ha ricevuto la profilassi antiretrovirale raccomandata dalle linee guida del Paese. Tra i punti di forza dell'esperienza nello Zimbabwe:

- la partecipazione al forum nazionale coordinato dal Ministero della Sanità al fine di seguire le indicazioni condivise con le istituzioni locali e contribuire allo sviluppo delle linee guida del Paese;
- la formazione del personale sanitario esistente e dipendente dal servizio sanitario nazionale al fine di garantire continuità al servizio;

- il supporto alle cliniche rurali nel territorio in modo da aumentare le possibilità di accesso al servizio anche per gli abitanti che vivono lontano dagli ospedali;
- il coinvolgimento delle figure carismatiche tradizionali per la diffusione e la comprensione del servizio nelle comunità;
- il sostegno alla formazione per il counselling psicologico e sociale oltre che medico;
- il trasporto per le visite nei villaggi e la supervisione nelle cliniche da parte di un team ospedaliero in modo da rafforzare la periferia, coordinare le attività e aumentare la qualità delle cure;
- l'informazione capillare nei villaggi coordinata da personale locale preparato, con riferimento ai centri sanitari per le tematiche di competenza;
- il supporto all'effettuazione del test HIV in concomitanza con la creazione di condizioni per la prevenzione della trasmissione al neonato e/o di cura per la persona malata.

L'analisi dell'esperienza ha fatto emergere anche i seguenti punti deboli del programma:

- assenza di una specifica componente nutrizionale, interna al progetto, per sostenere le donne durante la gravidanza e l'allattamento e il bambino al momento dello svezzamento;
- difficoltà del *follow-up* dei bambini e delle famiglie per il problema del trasporto e delle migrazioni frequenti;
- basso coinvolgimento dei partner maschili per una resistenza culturale e un'organizzazione dell'ANC (*ante-natal care*) ancora orientata prevalentemente alla donna;
- debole collegamento con i consultori per il controllo delle nascite e la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse.



## IMPATTO SOCIALE DELLA MALATTIA E AZIONI SOCIALI DI RISPOSTA ALL'HIV

La lotta compiuta in direzione dell'abbassamento dei costi dei farmaci antiretrovirali ha contribuito alla loro maggiore diffusione a costi contenuti e all'uso di farmaci denominati *generici*<sup>(67)</sup>, rendendo certamente la vita molto più semplice ai malati. Ma le problematiche sociali legate all'HIV restano immutate.

Tra le conseguenze sociali dell'epidemia di HIV si segnalano: l'assenteismo dal lavoro con grave danno all'economia; l'assenteismo da scuola con impoverimento delle opportunità educative; la presenza di vedove e orfani con disgregazione del sistema sociale; l'aumento della povertà (vita di strada etc.); gli alti costi sociali per la gestione dell'epidemia. È importante, sia nella prevenzione sia nell'eventuale trattamento, limitare l'impatto dell'HIV per poter supportare lo sviluppo delle comunità interessate dal fenomeno.

**Cesvi intende garantire un sostegno di carattere sociale, da integrare all'intervento medico-farmacologico, secondo le seguenti direttrici:**  
**sostenere le iniziative socio-economiche rivolte alle categorie deboli, in particolare orfani e vedove dell'AIDS, per garantire loro una vita dignitosa e sostenibile;**  
**sostenere programmi di reinserimento scolastico e di formazione professionale per orfani da AIDS e per soggetti fortemente affetti da HIV;**  
**realizzare programmi di sostegno ai ragazzi di strada per il loro reinserimento sociale;**  
**sostenere programmi di formazione ed educazione destinati alle comunità per il sostegno alle persone HIV+ e per la progressiva eliminazione dello stigma<sup>(68)</sup> e della discriminazione;**  
**favorire programmi di reinserimento sociale dei sieropositivi (programmi di *income-generation*, microcredito, formazione professionale etc.)<sup>(69)</sup>.**

Le strategie di sostegno al trattamento, nei Paesi con risorse scarse, prevedono il coinvolgimento delle comunità e della struttura sociale nel suo complesso. Il percorso inizia con il test HIV, in seguito a sedute di *counselling* specifico. In questa fase precedente all'inizio della terapia il soggetto ha bisogno del pieno supporto del nucleo familiare e delle figure parentali e amicali.

**Si intende garantire il sostegno sociale soprattutto attraverso:**

- ***counselling*, informazione ed educazione;**
- **gruppi di sostegno;**
- **operatori sociali a livello comunitario;**

- **cliniche locali**<sup>(70)</sup>.

Ciascuna delle suddette azioni merita una sintetica descrizione.

## COUNSELLING, INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE

Il *counselling* è ormai divenuto parte integrante delle strategie essenziali di approccio a soggetti diversi in molteplici settori applicativi. In ambito sociale, esso si caratterizza per la sua grande flessibilità e duttilità, adattabile a varie situazioni e contesti.

Il *counselling* si basa sulla relazione tra un *counsellor*<sup>(71)</sup>, che possiamo definire un operatore di *counselling*, e uno o più soggetti accomunati da aspettative o problematiche simili.

Esistono infatti diverse tipologie di *counselling* che spaziano dal *counselling* individuale a quello di gruppo. In tutti i casi, grande importanza è data alla relazione e dunque al livello di partecipazione.

Il *counselling* è diverso dalla psicoterapia, dalla seduta psichiatrica o da altre forme di relazione a scopo terapeutico e unisce alla funzione cosiddetta "maieutica", ossia di facilitazione dell'espressione di disagi, dubbi e problemi, la funzione cosiddetta "informativa".

Nel caso dell'HIV la relazione di *counselling* è organizzata in diversi momenti che possiamo sintetizzare come segue:

- un primo momento di carattere informativo generale, con il supporto di personale specializzato, per la comunicazione di informazioni generali;
- un secondo momento, successivo al test

---

**67.** I farmaci cosiddetti generici sono farmaci registrati all'OMS, prodotti in Paesi in cui i costi di produzione sono contenuti e con le stesse caratteristiche di quelli il cui marchio è registrato. La crescente diffusione dei farmaci generici permette di raggiungere un maggior numero di pazienti a costi contenuti, senza diminuire l'efficacia della terapia.

**68.** Lo stigma è spesso una concausa di diffusione dell'epidemia, in quanto le persone tentano, finché possono, di tenere nascosta agli altri la malattia o rifiutano ogni test per timore di sapere.

**69.** Sarebbe buona cosa che il microcredito e la formazione privilegiassero, laddove è possibile, attività sinergiche al miglioramento della salute o dell'alimentazione: coltivazione di piante ad alto contenuto proteico come la *spirulina* (alga che si può coltivare facilmente), produzione di farine per lo svezamento, produzione di zanzariere, etc.

**70.** Della funzione delle cliniche locali si è già parlato in precedenza.

**71.** Operatore socio-sanitario che si occupa del percorso terapeutico delle persone malate.

HIV che, oltre a trasmettere il risultato al paziente, ha come obiettivo quello di facilitare l'accettazione di tale responso, sia esso positivo o negativo. In caso di negatività, si chiariscono le questioni relative al periodo finestra<sup>(72)</sup> e alle possibilità di future infezioni. Nel caso di positività, si deve far fronte al carico di frustrazione e spesso disperazione del paziente e si deve tentare di trasmettere messaggi positivi su possibilità di trattamento, convivenza con il virus e sul valore sociale che tale consapevolezza ha nella prevenzione di altre infezioni e sulla salute propria e dei propri cari.

**Si intende promuovere il *counselling* come strategia sociale di approccio sostenibile, poiché basata sulla relazione e sull'empatia tra soggetti appartenenti a una medesima cultura<sup>(73)</sup>.**

**Cesvi ritiene fondamentale promuovere l'educazione e l'informazione su tematiche collegate alla salute come componenti di una strategia che mira alla prevenzione e alla diminuzione di indicatori di morbilità e mortalità a livello comunitario.**

Le attività di *counselling* non sono disgiunte da quelle di informazione ed educazione e sono promosse anche nell'ambito del trattamento, al fine di prevenire l'insorgere di altre malattie, la diffusione del contagio e favorire comportamenti corretti.

## GRUPPI DI SOSTEGNO

Negli ultimi anni ha preso piede una metodologia di supporto alle persone sieropositive basata sui gruppi di supporto (*support groups*), come trasformazione dei cosiddetti gruppi di mutuo aiuto adottati in altri contesti per far fronte a problematiche legate all'assenza di strutture di supporto. Una problematica sociale di assoluto rilievo è quella legata a isolamento, stigma e discriminazione a cui vengono spesso sottoposti gli individui interessati. Tale isolamento è molto forte a livello di comunità rurale, meno evidente a livello di società urbana, ma comporta profondi stati di disagio e di perdita di autostima e motivazione nelle persone che ne sono oggetto. Ciò può determinare un decesso precoce con emergenza di costi sanitari elevatissimi e costi sociali altrettanto alti. L'aumento del numero di orfani dimostra l'elevato tasso di decessi tra i PLWH adulti.

I gruppi di supporto sono uno strumento sempre più efficace per la presa in considerazione di problematiche legate al singolo e per l'adozione di strategie

opportune per far fronte ad esse. Spesso tale supporto prende anche la forma di un aiuto finanziario, alimentare o materiale, di carattere rotativo<sup>(74)</sup>, ossia disponibile in successione a tutti i membri dello stesso contesto. Vengono in genere supportate le iniziative di creazione di attività commerciali di piccola scala, il pagamento di cure sanitarie complesse, tasse scolastiche o altro.

**Cesvi promuove la formazione di gruppi di sostegno come strategia di mobilitazione sociale comunitaria. Essi accrescono la sensibilizzazione intorno a problematiche specifiche, aumentando il livello di consapevolezza e conoscenza, rafforzano i legami comunitari e istituzionalizzano processi di sostegno reciproco.**

## OPERATORI SOCIALI COMUNITARI

La strategia dei gruppi di supporto a livello comunitario ha dei vantaggi che si ripropongono anche nel caso degli operatori sociali comunitari. *Lay counsellors, community-based operators, social workers, peer educators*, soggetti coinvolti nel DOT (*community health workers* o CHW) sono tutti operatori sociali comunitari. L'individuazione di tali soggetti all'interno delle comunità locali, in grado di svolgere compiti ben determinati in modo costante, sia a tempo pieno che a tempo parziale, rappresenta un elemento di grande importanza in caso di iniziative la cui realizzazione dipende in larga misura dal coinvolgimento delle comunità nel loro complesso o di gruppi di nuclei familiari. Gli operatori sociali conoscono la realtà in cui operano, oltre naturalmente alla lingua, usi e costumi; conoscono le persone e le dinamiche sociali; non hanno bisogno di spostarsi; possono raccogliere dati su base quotidiana<sup>(75)</sup>.

**Cesvi promuove l'utilizzo di operatori sociali comunitari, come strumento di grande utilità in programmi di salute pubblica e di promozione di comportamenti corretti in ambito preventivo e/o curativo. Il coinvolgimento di soggetti prossimi ai beneficiari costituisce un vantaggio dal punto di vista della comunicazione, del monitoraggio e della raccolta dati.**

## NUTRIZIONE E HIV

L'adeguato apporto nutrizionale è un elemento fondamentale per sostenere la salute e migliorare la qualità di vita di una persona malata, in particolare se malata di AIDS. Le persone affette dal virus dell'HIV hanno un'esigenza di nutrienti e calorie maggiore rispetto ad individui sani. Mentre

un adulto attivo sieronegativo richiede un apporto giornaliero di circa 2.000 kcal, un adulto sieropositivo richiede il 15-20% in più (circa 400 kcal per gli uomini e 300 kcal per le donne).

Vi sono diversi fattori che condizionano l'apporto nutrizionale. Da una parte la febbre e la diarrea, manifestazioni cliniche di riscontro frequente in questi pazienti, riducono l'appetito e le capacità di assorbimento intestinale; dall'altra le condizioni di isolamento e di deperimento psicologico, così come l'astenia generale, possono ridurre la motivazione a nutrirsi. Infine, nei Paesi poveri spesso gli alimenti disponibili sono insufficienti e poche persone hanno le possibilità economiche per reperire nutrienti completi. Ne risulta una condizione di malnutrizione, calo ponderale, astenia e malessere generale che possono favorire la progressione dell'infezione da HIV in AIDS. La nutrizione è un elemento indispensabile per la riuscita degli interventi terapeutici.

**La nutrizione adeguata e bilanciata deve**

**essere uno degli obiettivi del *counselling* e dell'assistenza ai pazienti con HIV a qualsiasi stadio della malattia. In particolare è importante:**

- **mantenere il peso corporeo e le forze (aumentando la quantità di proteine introdotte con la dieta, avvalendosi se possibile di fonti proteiche a basso costo);**
- **integrare il deficit di vitamine e minerali;**
- **mantenere le persone affette/malate attive e capaci di prendersi cura di se stesse, della propria famiglia e dei propri figli;**
- **mantenere le persone affette capaci di lavorare e quindi di contribuire al sostentamento di se stesse e della propria famiglia.**

Il Cesvi si appoggia ad altre organizzazioni specializzate in terapie nutrizionali per integrare i propri programmi socio-sanitari, avvalendosi in particolare dei rapporti stabiliti con il network europeo *Alliance 2015*<sup>76</sup>.

---

**72.** Periodo che intercorre tra l'infezione e la comparsa degli anticorpi che si identificano con il test dopo 3-6 mesi.

**73.** In Zimbabwe, Cesvi ha supportato la formazione di personale sanitario per il *counselling* seguendo le strategie proposte dal Ministero della sanità, che in un primo momento raccomandava il pre-test *counselling* individuale. In seguito il Ministero locale, considerando i livelli di diffusione del virus, la necessità di proteggere i bambini nati da donne positive e il graduale aumento di possibilità di cure per i sieropositivi, ha raccomandato l'esecuzione del test di routine in tutte le donne gravide, previa informazione in gruppo. Il *counselling* individuale viene ora offerto solo laddove la donna rifiuta il test, al fine di approfondire i motivi del rifiuto. Il 98% delle donne informate accetta il test di routine.

**74.** Fondo di rotazione (*o revolving fund*). Si tratta di un fondo istituito per finanziare micro/piccole iniziative imprenditoriali basate sull'iniziativa personale o di piccoli gruppi solidali, finalizzate alla generazione di reddito. Il fondo di rotazione è così denominato perché si costituisce con un capitale iniziale, distribuito inizialmente in misura variabile tra un numero di beneficiari, i quali sono tenuti a restituire il capitale ricevuto in un periodo di tempo prestabilito e secondo modalità concordate con l'ente gestore del fondo, con l'obiettivo di ricostituire il fondo di partenza, che così può essere destinato ad altri beneficiari potenziali. Un'esperienza indicativa da questo punto di

---

vista è quella compiuta dal Cesvi in Eritrea nel contesto di un progetto di supporto ad un'associazione locale di PLWH nel *capacity building*, nello sviluppo istituzionale e organizzativo, nella formazione e nell'avvio di attività di generazione di reddito. La creazione di un fondo di rotazione ha permesso l'acquisto e la distribuzione di beni ed equipaggiamento per consentire l'avvio di piccole attività professionali nei settori dell'allevamento di polli da uova, tessitura, ricamo e cucito, dopo un periodo di formazione. Tale iniziativa ha avuto delle conseguenze positive sulla vita dell'associazione e dei beneficiari perché ha immediatamente determinato un aumento considerevole delle adesioni, creando un sempre maggiore interesse rispetto alla problematica dell'HIV e aumentando il livello di informazione e democrazia interna.

**75.** Possono verificare l'impatto della terapia antiretrovirale prescritta e monitorare la progressione della malattia.

**76.** Due ONG, Concern (Irlanda) e DWHH (German Agro Action - Germania) del network europeo che riunisce Cesvi e altre cinque ONG europee, hanno sviluppato una vasta competenza in programmi nutrizionali. In Zimbabwe, i pazienti vengono indirizzati ad organizzazioni che forniscono cibo o a gruppi che cercano di realizzare iniziative di auto-sostentamento con minimi input esterni (esempio: fornitura di semi e formazione per la coltivazione di verdure).



## ■ La tubercolosi (TBC)

La tubercolosi è un'infezione endemica che interessa una parte della popolazione mondiale, specialmente nelle aree tropicali. L'epidemia di HIV aggrava la diffusione della TBC, che è probabilmente la patologia più importante, se non l'unica, che il malato di AIDS può trasmettere ad altre persone. La TB è la prima causa di mortalità nei malati di AIDS.

La tubercolosi è un'infezione batterica cronica causata da *Mycobacterium tuberculosis*<sup>(77)</sup> ed è caratterizzata dalla formazione di granulomi nei tessuti infetti. La sede classica della malattia è il polmone, ma possono essere colpiti anche altri organi. In assenza di trattamento efficace, nelle fasi attive della malattia si assiste ad una cronica progressione della malattia stessa con esito infausto. La maggior parte delle infezioni tubercolari sono asintomatiche.

### EPIDEMIOLOGIA

La TBC è una vera priorità di sanità pubblica nei PBISU<sup>(78)</sup>. L'ARTI (*Annual Risk of Tuberculous Infections*), ovvero il rischio, la probabilità annua di un individuo di contrarre l'infezione (valutata a partire dalle variazioni dei valori di indice tubercolinico in una popolazione), è più elevato nell'Africa Sub-Sahariana (da 1,5% a 2,5%) seguita dal Sud-Est Asiatico (da 1% a 2%), da Nord Africa, Medio Oriente, America centrale e meridionale (da 0,5 a 1,5%). Secondo l'OMS, nel 2004 i nuovi casi totali di tubercolosi sono stati circa 9 milioni e nello stesso anno è stato stimato che più di 14

milioni di persone nel mondo fossero malate di tubercolosi (229 per 100.000). Il numero dei casi notificati rappresenta una grave sottostima del vero numero di casi, sia per le limitate capacità di diagnosi sia per la bassa efficienza nelle notifiche in numerosi Paesi. Si calcola inoltre che le morti, sempre nel 2004, siano state quasi 2 milioni con una netta prevalenza nel Sud-Est Asiatico. Questi elevati livelli di morbilità e mortalità sono sostenuti essenzialmente dalla povertà, dalla recente urbanizzazione di massa, dai conflitti sociali, dall'inefficienza e dal sottofinanziamento dei programmi di controllo della tubercolosi.

**Si parla inoltre di una "nuova" epidemia di tubercolosi: quella associata alla pandemia di HIV. Pertanto una politica sanitaria deve tenere conto nella progettazione della coesistenza e delle sinergie fra queste due malattie.**

La presenza del virus dell'HIV determina la riattivazione delle infezioni tubercolari latenti in seguito allo stato di immuno-depressione. Un altro elemento importante da tenere in considerazione è la crescente problematica della farmaco-resistenza, che determina a sua volta una maggiore gravità dell'infezione e aumenta le probabilità di trasmissione (perché non curabile), con grave minaccia per la buona riuscita dei programmi di controllo. I tassi di resistenza sono più elevati nei PVS rispetto ai Paesi industrializzati per via delle difficoltà di esecuzione di cicli terapeutici appropriati e completi.

L'infezione tubercolare si trasmette per via areogena, tramite particelle che vengono

immesse nell'ambiente soprattutto durante accessi di tosse. La capacità dei soggetti con tubercolosi polmonare di trasmettere l'infezione dipende essenzialmente dal numero di bacilli presenti nell'escreato. Le sedi più frequentemente responsabili della trasmissione del micobatterio sono l'ambiente familiare, quello lavorativo e i luoghi sovraffollati o con un inadeguato ricambio d'aria; inoltre si deve ricordare che le precarie condizioni igieniche favoriscono le due forme dell'infezione tubercolare, polmonare ed extrapolmonare.

### PREVENZIONE E METODI DI CONTROLLO

La prevenzione si attua tramite il miglioramento delle condizioni socioeconomiche e il controllo dell'epidemia da HIV. Dal punto di vista medico e sociale, le strategie di controllo dell'infezione tubercolare sono essenzialmente cinque:

- diagnosi passiva dei casi sintomatici, tramite l'identificazione microscopica dei micobatteri nell'espettorato e la somministrazione di regimi brevi di terapia sotto la supervisione di personale sanitario o operatori sociali comunitari o familiari adeguatamente preparati (DOT);
- l'esistenza di un chiaro supporto politico;
- la disponibilità di linee guida razionali di trattamento;
- il regolare approvvigionamento dei farmaci antitubercolari essenziali;
- l'efficienza del sistema di notifica (sia dei casi che dell'esito della terapia).

Sempre secondo l'OMS, un buon programma di controllo può definirsi tale se riesce a curare almeno l'85% dei casi di tubercolosi bacillifera e ad identificare almeno il 70% di questi. È quindi fondamentale la cura.

### DIAGNOSI E TERAPIA

Per la diagnosi viene utilizzata la intradermo-reazione di *Mantoux*. La diagnosi di certezza (utile nei programmi di sanità pubblica) è fatta tramite l'esame microscopico diretto dell'espettorato con colorazione di *Ziehl Nielsen*.

Prima dell'utilizzo degli antibiotici nella terapia, la tubercolosi era gravata da un'elevata mortalità a 5 anni (50-60%). L'utilizzo degli antibiotici ha quindi permesso la guarigione del soggetto malato, la prevenzione delle recidive e la conseguente interruzione della trasmissione dell'infezione. La terapia antitubercolare è polifarmacologica per la necessità di prevenire la selezione di micobatteri farmaco-resistenti<sup>(79)</sup>. I protocolli di terapia prevedono in genere una fase

iniziale intensiva (2 mesi) e una fase di continuazione (4 mesi).

### Cesvi segue i protocolli dei Ministeri della Salute locali con farmaci disponibili in loco.

La risposta del paziente al regime terapeutico è l'elemento che determina il successo della terapia e condiziona la selezione di ceppi resistenti ai farmaci stessi con conseguente persistenza della trasmissione della malattia. Per questi motivi la DOT è fortemente promossa dall'OMS come strumento utile per un corretto approccio alla terapia della tubercolosi, per consentire elevati tassi di successo della terapia stessa<sup>(80)</sup>.

Nei PBISU, dove la permanenza protratta in ospedale è inusuale, si deve cercare di attuare una DOT intermittente a livello territoriale.

---

**77.** Il bacillo tubercolare è uno dei molti componenti del genere *Mycobacterium* (circa 30 batteri diversi). Questo bacillo è l'agente causale della tubercolosi, insieme a *M. bovis*, ad esso strettamente correlato.

**78.** Cfr. WHO, *The stop TB strategy – Building on and enhancing DOTs to meet the TB-related Millennium Development Goals*, 2006.

**79.** Gli antibiotici che vengono impiegati nel trattamento della TB sono essenzialmente cinque: rifampicina, isoniazide, etambutolo, pirazinamide, streptomina.

**80.** Il punto debole della strategia è rappresentato dalla polichemioterapia che rende difficile la gestione di un numero elevato di farmaci nelle zone remote.

## LINEE GUIDA IN SINTESI

### Principi Generali

1. In quanto diritto inalienabile, il diritto alla salute rappresenta una priorità assoluta per ogni Paese. La salute è un primario diritto umano.

2. La condizione di malattia non è mai una ragione per lo stigma e la discriminazione.

3. **Cesvi adotta questa policy sulla salute non solo come strumento di lavoro, ma anche come dichiarazione della consapevolezza circa l'urgenza e l'importanza del diritto alla salute e di politiche che lo promuovano, lo garantiscano e lo affermino in Italia e nel mondo**, come nei Paesi con bassi indici di sviluppo umano, attraverso programmi e finanziamenti adeguati. Il Cesvi intende contribuire al miglioramento della salute delle persone nei Paesi con bassi indici di sviluppo umano laddove è più necessario.

4. Cesvi ritiene che l'azione delle ONG per l'affermazione del diritto alla salute per tutti, ovunque, non sia sostitutiva ma complementare e di supporto all'impegno dei governi, al fine di garantire una struttura sanitaria efficiente e servizi accessibili e sostenibili dal punto di vista finanziario e medico.

5. Cesvi, quindi, **non opera in concorrenza con i servizi sanitari locali, non crea nuove strutture specialistiche e parallele, ma cerca di integrare i propri programmi in quelli dei servizi sanitari esistenti, favorendo la responsabilità ultima dei governi locali**. La Mission Cesvi, sintetizzata in *"Lavoriamo con chi ha bisogno perché non abbia più bisogno di noi"*, è ben più di uno slogan **da oltre 20 anni, indica una strategia ben precisa che intende favorire l'autosufficienza dei sistemi sanitari dei Paesi con bassi indici di sviluppo umano**.

6. Cesvi opera nel settore dei servizi gestiti dai privati solo quando essi sono integrati nei piani sanitari nazionali.

7. Il concorso e il contributo di attori non governativi alla definizione delle politiche sanitarie è indispensabile per il loro successo, sia per gli alti costi delle politiche sanitarie sia perché hanno un impatto vastissimo sulla società. Esse richiedono la partecipazione del maggior numero di attori responsabili, una condivisione di obiettivi, uno sforzo unanime, una molteplicità di risorse umane e finanziarie.

8. Cesvi ritiene che ogni progetto o programma sanitario debba sempre includere una forte componente di *Capacity Building*.

9. Cesvi crede inoltre che lo scopo della cooperazione internazionale non sia il mero trasferimento di risorse da Paesi ricchi a Paesi poveri, il che significherebbe che, una volta reperite e trasferite le risorse, non vi sia più

bisogno di alcuna relazione di partenariato. Non crede nemmeno che suo compito sia sostituirsi agli attori locali per un tempo indefinito. Piuttosto, è sua ferma convinzione che **la cooperazione sia innanzitutto una relazione fondata sulla condivisione di obiettivi comuni di sviluppo**. Il Cesvi promuove un approccio il meno invasivo possibile, attento alle possibilità di risposta locali già esistenti, o che possono essere attivate e rafforzate.

10. È politica del Cesvi integrare ogni azione riguardante la salute, che si tratti di prevenzione, diagnosi o cura sanitaria, con tutti i rilevanti aspetti sociali:

- garantire un accesso quanto più esteso ai servizi sanitari di base, rinforzando nel contempo le strutture sanitarie di riferimento (secondo livello) in un'ottica integrata;
- supportare programmi che abbiano come principale obiettivo la prevenzione primaria<sup>(1)</sup> e la promozione di comportamenti considerati "protettivi" per la salute;
- prevedere il coinvolgimento e la partecipazione delle comunità nell'affrontare i problemi e nel decidere le modalità operative.

11. È politica del Cesvi **mettere al primo posto i bisogni e i diritti socio-sanitari della donna, creando se possibile le condizioni per il rinforzo di metodologie utili al miglioramento della capacità di risposta del sistema sanitario locale ai bisogni dell'intera popolazione di riferimento**. Le questioni di genere sono importanti nel miglioramento della salute. Le donne sono "punto di partenza" per un'azione di prevenzione e cura che interessa tutta la famiglia.

12. Cesvi intende promuovere il sostegno ai centri di salute periferici, visti come punto di riferimento essenziale per l'accesso ai servizi socio-sanitari da parte di un ampio settore della popolazione dei Paesi con scarse risorse economiche, tuttora residente in aree rurali o peri-urbane scarsamente coperte da servizi sanitari alternativi e maggiormente strutturati.

13. È bene affrontare malaria, TBC e HIV/AIDS tenendo conto della risposta che tutto il sistema sanitario deve dare per essere meglio in grado di affrontare i bisogni di tutta la popolazione. Un approccio *orizzontale* permette di affrontare meglio le carenze strutturali che condizionano lo sviluppo di un sistema sanitario. **Affrontare l'AIDS e le altre principali malattie dovrebbe costituire un'opportunità per migliorare i sistemi sanitari, la vita e lo sviluppo delle popolazioni marginalizzate nel loro complesso**.

14. All'interno di una strategia orizzontale generale è poi possibile definire le malattie o i settori ritenuti prioritari nel Paese o nella regione d'intervento.

15. Si deve fare il possibile per garantire una migliore qualità della vita, debellare la

povertà, garantire l'accesso al cibo, all'acqua e all'educazione e affermare la parità tra i generi e l'emancipazione della donna. Tutto ciò ancora prima di parlare di sanità o di medicina (anche preventiva).

**16.** I progetti di salute del Cesvi devono sempre includere un approccio di prevenzione primaria basato su interventi dimostratisi efficaci nella soluzione del problema. Da un punto di vista metodologico, ogni strategia di prevenzione primaria o educazione sanitaria deve prevedere non solo il coinvolgimento delle autorità locali, ma anche un adeguato approccio comunitario con il coinvolgimento dei leader tradizionali e della società civile organizzata (ONG locali, associazioni comunitarie ecc.). Prevenzione e promozione (della salute) sono aspetti chiave di una buona salute.

**17.** L'educazione, ancor più dell'informazione, necessita di un riscontro da parte di chi ne è il beneficiario. Educare significa creare nuove competenze o farne emergere laddove già risiedevano in latenza. L'educazione è un processo che dura tutta la vita.

**18.** Gli interventi sanitari e le terapie farmacologiche devono essere il più possibile standardizzate (utilizzando protocolli del Ministero della salute locale). I farmaci per le terapie devono essere possibilmente *generici* (in *Denominazione Comune Internazionale*), in forma reperibile nel Paese, con istruzioni chiare e in lingua comprensibile. Di norma, Cesvi adotta solo protocolli condivisi dall'OMS e farmaci certificati GMP (*Good Manufacturing Practice*).

## Salute materno-infantile

**19.** Sempre più spesso, un decisivo miglioramento delle condizioni sanitarie di un Paese si può ottenere se si agisce sul settore materno-infantile, impostando sostenibili programmi di prevenzione, diagnosi precoce, assistenza sanitaria e socio-sanitaria che impattino sugli stili di vita, sulle condizioni economiche e sociali e sanitarie.

**20.** Ogni centro di salute deve porre attenzione, oltre che allo screening dell'HIV, anche alla sintomatologia delle MST, mediante l'utilizzo di *flow chart* diagnostici, spesso già in uso presso i Ministeri della salute, e di conseguenza trattare i pazienti per i problemi rilevati.

**21.** È importante organizzare, oltre ad un'efficace identificazione dei fattori di rischio, una politica di prevenzione a lungo termine che interessi gruppi di donne e bambini e coinvolga anche gli uomini, al fine di favorire un maggior impatto degli interventi.

**22.** È utile la formazione del personale (*capacity building*) attraverso l'utilizzo di linee

guida per la gestione della gravidanza e del parto a diversi livelli operativi del sistema sanitario.

**23.** È bene riorganizzare le attività sanitarie, migliorando la gestione decentrata dei servizi sanitari, con la presenza di un adeguato staff sanitario, condizioni logistiche favorevoli, forniture ed equipaggiamenti adeguati.

**24.** È necessario promuovere attività di dimostrata efficacia che migliorino le pratiche e i comportamenti correlati alla gravidanza e al parto.

## Malaria

**25.** Le campagne di igiene ambientale sono particolarmente indicate per sollevare l'attenzione della popolazione, ma i risultati di lungo periodo si ottengono solo attraverso misure educative che coinvolgano scuole, autorità locali e strutture pubbliche di gestione ambientale rurale o urbana.

**26.** Le zanzariere impregnate permettono di ridurre il numero dei casi di malaria e il tasso di mortalità: vanno usate con accortezza e in modo efficace, onde scoraggiare pratiche superficiali, che - oltre ad essere poco efficaci - innescano modelli di comportamento dannosi.

**27.** È importante sensibilizzare le donne gravide sull'uso della zanzariera mediante programmi di educazione sanitaria, marketing sociale, accessibilità economica delle zanzariere e delle sostanze impregnanti.

**28.** Cesvi, aderendo allo *Standard Sphere* per un'azione di qualità nell'ambito delle azioni umanitarie, raccomanda che anche nell'ambito dei progetti di emergenza siano sempre garantiti gli standard minimi.

**29.** Fondamentale risulta quindi, per la prevenzione della farmaco-resistenza, il ricorso ai farmaci solo quando strettamente necessari, l'utilizzo corretto dei farmaci (dose, durata ecc.) e l'utilizzo di terapie combinate.

**30.** Ogni programma del Cesvi dovrebbe sempre affrontare l'insieme della problematicità. Nel caso di progetti che affrontano la malaria o l'HIV, occorre intervenire su entrambi i fattori.

**31.** L'IPT ha dimostrato di essere in grado di ridurre il rischio di anemia nelle madri e il basso peso alla nascita nei neonati. In più, offre vantaggi quali la buona tollerabilità e il

---

**1.** Per prevenzione primaria si intende ogni attività finalizzata ad impedire un contagio o l'inizio di una malattia. Per prevenzione secondaria, invece, si intende ogni attività volta ad impedire lo sviluppo della malattia in chi l'ha contratta.

## LINEE GUIDA IN SINTESI

basso costo.

**32.** È inoltre importante assicurare alle donne gravide una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo con farmaci idonei alla terapia della malaria in gravidanza.

**33.** In conclusione, le azioni strategiche che collegano gli interventi di promozione della salute in generale e di salvaguardia della salute materno-infantile e lotta alla malaria sono: la prevenzione incentrata sull'uso di zanzariere impregnate, la diagnosi precoce e i trattamenti farmacologici appropriati.

**34.** Dare priorità ai programmi di prevenzione e trattamento indirizzati alle donne incinte e ai bambini al di sotto dei 5 anni.

### HIV e AIDS

**35.** Obiettivo generale del Cesvi nei Paesi gravemente interessati dalla malattia è ridurre l'incidenza del problema evitando nuovi casi, prendersi cura delle persone malate prevenendo e trattando le infezioni opportunistiche e, dove possibile, avviare un trattamento antiretrovirale o una terapia del dolore.

**36.** Cesvi non affronta l'HIV/AIDS in modo avulso dalle altre problematiche socio-sanitarie di un certo territorio. Al contrario, ogni programma di lotta all'HIV/AIDS è anche un'azione di sostegno al sistema sanitario locale per favorire migliori condizioni di vita per tutta la popolazione nel suo complesso. La catastrofica situazione dei Paesi colpiti dall'epidemia è un'opportunità per migliorare le condizioni di vita di tutti coloro che vi vivono, attraverso il miglioramento della capacità del sistema sanitario di affrontare i principali problemi socio-sanitari.

**37.** Le ONG hanno un ruolo importante nel sollecitare il rispetto dei diritti umani da parte degli Stati o dei singoli.

**38.** La prevenzione primaria nei suoi aspetti sociali e sanitari è una via efficace per prevenire la diffusione della malattia.

**39.** Cesvi supporta iniziative di informazione ed educazione in tutto il mondo.

**40.** Cesvi supporta solo strategie di prevenzione di provata efficacia in contesti con scarsa disponibilità di risorse, come nell'Africa sub-sahariana.

**41.** Cesvi si impegna a promuovere il *testing* dove esistano provati benefici per il singolo e per la collettività (es. prevenzione della trasmissione verticale madre-figlio oppure riduzione della trasmissione del virus legata alla conoscenza del proprio status).

**42.** Cesvi intende:

- adottare un approccio comunitario per un'informazione chiara e adeguata ai livelli culturali del contesto prescelto, rivolto al coinvolgimento massimo della popolazione sulle tematiche della prevenzione e dell'adozione di comportamenti sani;
- sostenere le strutture sanitarie nella loro opera di divulgazione di informazioni, nella gestione dei servizi alla persona (*counselling*, VCT e PMTCT) e nel supporto al personale di collegamento tra le strutture sanitarie e le comunità (ad esempio *community health workers*);
- promuovere l'adozione presso le strutture sanitarie di specifiche linee guida per i servizi di prevenzione dell'HIV/AIDS;
- promuovere la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario coinvolto direttamente e indirettamente nelle attività di prevenzione, stimolando il contatto costante con l'utenza per un confronto efficace sulle tematiche specifiche;
- svolgere attività di *advocacy pro poor* presso strutture di governo e donatori, promuovendo la tutela delle categorie più svantaggiate e vulnerabili, facilitando loro l'accesso a tutti i servizi offerti, incentivando l'apertura di nuovi servizi sul territorio e stimolando le strutture pubbliche ad una maggiore opera di apertura nei confronti delle comunità e delle realtà locali.

**43.** Per la classificazione dell'AIDS, Cesvi fa riferimento alle indicazioni proposte dall'OMS e riviste dai Ministeri della sanità di ogni singolo Paese.

**44.** Per quanto riguarda la terapia, Cesvi sostiene l'utilizzo delle terapie di prima linea raccomandate dall'OMS. Attualmente la terapia adottata è la terapia antiretrovirale con una tripla combinazione di farmaci antiretrovirali in accordo con le linee guida OMS. Nella scelta della terapia, Cesvi tiene conto della disponibilità, della economicità e della provata efficacia.

**45.** La difficile situazione economico-sociale e sanitaria di molti Paesi non deve essere un alibi per non organizzare un serio intervento anche nei Paesi più poveri, come quelli africani. La polichemioterapia dovrebbe essere garantita a tutti i soggetti HIV-positivi, dove il Programma Nazionale di Controllo AIDS sia in grado di gestire l'occorrenza delle infezioni opportunistiche. L'introduzione della terapia antiretrovirale richiede comunque la verifica delle possibilità finanziarie, necessaria per continuarla, e di un sistema di approvvigionamento e distribuzione senza interruzioni.

**46.** Cesvi ritiene inoltre che la terapia antiretrovirale nei PBISU non debba essere effettuata solo nei Centri con risorse professionali e tecniche specialistiche, ma possa essere avviata ovunque esista la possibilità di rispettare i protocolli di

trattamento OMS e/o nazionali. Solo strategie condivise con i governi locali possono dare risultati nel lungo periodo.

47. Cesvi si impegna in ricerche operative per valutare le migliori strategie di intervento che garantiscano una buona aderenza alla terapia.

48. Cesvi raccomanda comunque di approfondire diverse strategie per migliorare l'aderenza alla terapia, in modo da fornire indicazioni più precise circa il modello più consono a parità di contesto.

49. La terapia deve favorire i pazienti nella loro realtà con le possibilità esistenti sul posto. Il sistema deve prevedere di curare i pazienti il più possibile nel loro contesto, evitando così l'insorgenza di resistenze ai farmaci. Meglio un sistema stabile, duraturo nel tempo, fattibile e sostenibile, che un sistema "tecnologicamente avanzato" ma lontano dai pazienti o non sostenibile. Pertanto, i trattamenti vanno effettuati nelle strutture sanitarie ordinarie. Sono da considerare le interazioni tra HIV/AIDS, malaria, nutrizione, TBC, malattie respiratorie, intestinali, etc.

50. È importante garantire a tutte le donne accesso al *counselling* e al VCT.

51. Considerando il fatto che sull'allattamento non esistono raccomandazioni univoche e generali e che ogni intervento è legato al contesto operativo, è bene attenersi alle strategie proposte dai Ministeri della Sanità di ogni Paese, le quali derivano dalle raccomandazioni generali dell'OMS.

52. Cesvi è impegnato nel sostegno ai sistemi sanitari di diversi Paesi ad alta prevalenza di HIV per fornire il servizio di PMTCT ed espanderlo fino a raggiungere idealmente tutte le donne gravide.

53. Cesvi intende garantire un sostegno di carattere sociale, da integrare all'intervento medico-farmacologico, secondo le seguenti direttrici:

- sostenere le iniziative socio-economiche rivolte alle categorie deboli, in particolare orfani e vedove dell'AIDS, per garantire loro una vita dignitosa e sostenibile;
- sostenere programmi di reinserimento scolastico e di formazione professionale per orfani da AIDS e per soggetti fortemente affetti da HIV/AIDS;
- realizzare programmi di sostegno ai ragazzi di strada per il loro reinserimento sociale;
- sostenere programmi di formazione ed educazione destinati alle comunità per il sostegno alle persone HIV+ e per la progressiva eliminazione dello stigma e della discriminazione;
- favorire programmi di reinserimento sociale dei sieropositivi (programmi di *income-generation*, microcredito, formazione professionale etc.).

54. Cesvi intende garantire il sostegno sociale soprattutto attraverso:

- *counselling*, informazione ed educazione;
- gruppi di sostegno;
- operatori sociali a livello comunitario;
- cliniche locali.

55. Cesvi intende promuovere il *counselling* come strategia sociale di approccio sostenibile, poiché basata sulla relazione e sull'empatia tra soggetti portatori di una medesima cultura. Ritiene fondamentale promuovere l'educazione e l'informazione su tematiche collegate alla salute come componenti di una strategia che mira alla prevenzione e alla diminuzione di indicatori di morbilità e mortalità a livello comunitario.

56. Cesvi promuove la formazione di gruppi di sostegno come strategia di mobilitazione sociale comunitaria. Essi accrescono la sensibilizzazione intorno a problematiche specifiche, aumentando il livello di consapevolezza e conoscenza, rafforzano i legami comunitari e istituzionalizzano processi di sostegno reciproco.

57. Promuove l'utilizzo di operatori sociali comunitari, come strumento di grande utilità in programmi di salute pubblica e di promozione di comportamenti corretti in ambito preventivo e/o curativo. Il coinvolgimento di soggetti prossimi ai beneficiari costituisce un vantaggio dal punto di vista della comunicazione, del monitoraggio e della raccolta dati.

58. La nutrizione adeguata e bilanciata deve essere uno degli obiettivi del *counselling* e dell'assistenza ai pazienti con HIV/AIDS a qualsiasi stadio della malattia.

È importante:

- mantenere il peso corporeo e le forze (aumentando la quantità di proteine introdotte con la dieta, avvalendosi se possibile di fonti proteiche a basso costo);
- integrare il deficit di vitamine e minerali;
- mantenere le persone affette/malate attive e capaci di prendersi cura di se stesse, della propria famiglia e dei propri figli;
- mantenere le persone affette capaci di lavorare e quindi di contribuire al sostentamento di se stesse e della propria famiglia.

## TBC

59. Si parla di una "nuova" epidemia di tubercolosi: quella associata alla pandemia di AIDS. Pertanto una politica sanitaria deve tenere conto nella progettazione della coesistenza e delle sinergie fra queste due malattie.

60. Per affrontare la TBC, Cesvi segue i protocolli dei Ministeri della Salute locali con farmaci disponibili in loco.

## ■ Acronyms / Acronimi

**AIDS** Acquired Immunodeficiency Syndrome, developed from the HIV virus  
*Sindrome da Immunodeficienza Acquisita, sviluppata dal virus HIV.*

**ANC** Antenatal Care / *Cura pre-natale*

**ART** Antiretroviral Therapy  
*Terapia Antiretrovirale*

**ARTI** Annual Risk Of Tuberculous Infections  
*Rischio Annuale di infezione TB*

**ARV** Antiretroviral / *Antiretrovirale*

**CEDAW** Convention for the Elimination of all Discrimination Against Women  
*Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne*

**CERD** International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination / *Convenzione Internazionale sull'Eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale*

**CHW** Community Health Worker  
*Operatore di salute comunitario*

**CPD** Cephalopelvic Disproportion  
*Disproporzione cefalo pelvica*

**CRC** Convention on the Rights of the Child  
*Convenzione Internazionale sui diritti dell'infanzia*

**DOT** Directly Observed Therapy  
*Terapia osservata direttamente*

**GDP** Gross Domestic Product / *vedi PIL*

**GMP** Good Manufacturing Practice

**FBO** Field Based Organization  
*Organizzazione di base*

**HIV** Human Immunodeficiency Virus  
*Virus dell'immunodeficienza umana*

**IPT** Intermittent preventive therapy  
*Terapia preventiva intermittente*

**MTCT** Mother to Child Transmission  
*Tramissione materno-infantile*

**MST** Malattie sessualmente trasmissibili

**NNRTI** Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors / *Inibitori non nucleosidi della transcriptasi inversa*

**NRTI** Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors / *Inibitori nucleosidi della trascrittasi inversa*

**NVP** Nevirapina

**HHDI** High Human Development Index Countries, according to the UNDP definition / *vedi PAISU*

**LHDIC** Low Human Development Index Countries, according to the UNDP definition / *vedi PBISU*

**OMS** *Organizzazione Mondiale della Sanità*

**PAISU** *Paesi con alti indici di sviluppo umano, secondo la definizione dell'UNDP*

**PBISU** *Paesi con bassi indici di sviluppo umano, secondo la definizione dell'UNDP*

**PLWH** People Living with HIV  
*Persone che convivono con l'HIV (affette o infette dal virus)*

**PHC** Primary Healthcare  
*Assistenza sanitaria di base*

**PIL** *Prodotto interno lordo*

**PMTCT** Prevention Mother to Child Transmission / *Prevenzione della trasmissione materno-infantile*

**PPTCT** Parental Prevention to Child Transmission, prevention of transmission of HIV to a child by both parents  
*Prevenzione della trasmissione da parte di entrambi i genitori*

**PPTCT PLUS** Treatment of both parents  
*Trattamento di entrambi i genitori*

**STD** Sexually Transmitted Diseases

**TBC** Tuberculosis / *Tubercolosi*

**UNAIDS** United Nations Programme on HIV/AIDS  
*Programma delle Nazioni Unite su HIV e AIDS*

**UNDP** United Nations Development Programme

**UNFPA** United Nations Population Fund

**VCT** Voluntary Counselling Testing

**WFP** World Food Programme

**WHO** World Health Organization  
*vedi OMS*

## ■ Bibliography / Bibliografia

Alliance 2015, *Policy Declaration on HIV/AIDS: Leadership, Rights, Coherence* (2006).

Amref, *Malaria Prevention and Control Strategy 2006-2010*, 2006.

Conference on Retrovirus and opportunistic Infections, Los Angeles, 25-28 February 2007. *Briefing note – HIV & Infant Feeding*.

Cooperazione Italiana allo Sviluppo (MAE), *Italy and the Fight Against Aids, Tuberculosis and Malaria*, 2005.

Monasta Gregorio, *Discorso inaugurale progetto Cesvi HIV-AIDS in Zimbabwe*, (15 April 2005).

Stop Aids Now, *Good Donorship in a Time of AIDS*, 2006.

The NGO HIV/AIDS Code of Practice Project, *Code of Good Practice for NGOs Responding to HIV/AIDS*, 2004.

The Sphere Project, *Humanitarian Charter and Minimum Standard in Disaster Response*, 2004 (First edition 2000).

Toronto International AIDS Conference 2006 Abstract TUPDB03 - *Adherence to antiretroviral therapy in Africa versus North America: a meta-regression analysis*. E. Mills, J. Nachega, I. Buchan, J. Orbinski, S. Singh, B. Rachlis, L. Thabane, K. Wilson, D. Bangsberg, G. Guyatt.

Toronto international AIDS Conference 2006, *Louise Binder, From programme to policies now: positive changes for women and girls*; Abstract CDD0026 - *Risk perception of women in marriage for HIV: qualitative study among young married women in Ibadan, Nigeria*, F. Oronsaye, G. Sadiq, I. Sutton, A. Olaleye. Abstract CDD0387 *Monogamous housewives - risk and vulnerability in a male dominated marital social setup*. R. Vadrevu, L. Vadrevu, S. D.G, S. Vadrevu.

UNAIDS, WHO, *AIDS Epidemic update*, 2006.

UNAIDS, UNICEF, WHO, *Children and Aids. A stocktaking report*, 2007.

UNAIDS, *Intensifying HIV prevention: a UNAIDS policy position paper*, 2005.

UNAIDS, WHO, *Policy on HIV Testing*, 2004.

UNAIDS, *Policy Brief: The Greater Involvement of People Living with HIV (GIPA)*, 2007.

UNDP, *Human Development Report*. The Report is published annually by the UN Agency / Il report è pubblicato annualmente da UNDP.

WHO, UNAIDS, UNFPA, *Position Statement on Condoms and HIV Prevention*, 2004.

WHO, *The stop TB strategy – Building on and enhancing DOTs to meet the TB-related Millenium Development Goals*, 2006.

WHO, *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants: toward universal access*, 2006.

WHO, *HIV treatment in scarce resources settings*, 2006.

WHO, *Antiretroviral drugs for the treatment of HIV infection in adults and adolescents in resource-limited settings*, 2005.

WHO, *Pregnancy, childbirth, post-partum and newborn care: a guide for essential practice-PCPNC and Managing complications in pregnancy and birth-MCPC*, in [www.who.int](http://www.who.int).

WHO, *Guidelines for the Treatment of Malaria*, 2006.

WHO, *Malaria Prevention in Pregnancy*, 2004.

## ■ Useful Sites / Siti Utili

<http://ec.europa.eu>  
[www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)  
[www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it](http://www.cooperazioneallosviluppo.esteri.it)  
[www.concern.net](http://www.concern.net)  
[www.eurostep.org](http://www.eurostep.org)  
[www.globalhealth.org](http://www.globalhealth.org)  
[www.hivos.nl](http://www.hivos.nl)  
[www.ibis.dk](http://www.ibis.dk)  
[www.millenniumcampaign.org](http://www.millenniumcampaign.org)  
[www.msf.org](http://www.msf.org) [www.unaids.org](http://www.unaids.org)  
[www.unitiperibambini.it](http://www.unitiperibambini.it)  
[www.unaids.org](http://www.unaids.org)  
[www.usaid.gov](http://www.usaid.gov)  
[www.virusfreeregeneration.eu](http://www.virusfreeregeneration.eu) e [www.virusfreeregeneration.it](http://www.virusfreeregeneration.it)  
[www.welthungerhilfe.de](http://www.welthungerhilfe.de)  
[www.who.int](http://www.who.int)

Cesvi is the Italian member of

**Alliance 2015**

European NGO Network

The other members are Concern, German Agro Action, Hivos, Ibis, People in Need



Cesvi is member of ECOSOC (United Nations Economic and Social Council).  
*Cesvi è membro del Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite.*