



**UNITI PER I BAMBINI
UNITI CONTRO L'AIDS**



BAMBINI E AIDS

QUARTO RAPPORTO DI AGGIORNAMENTO 2009

Il quarto rapporto di aggiornamento della Campagna *Uniti per i bambini, Uniti contro l'AIDS* pubblicato dall'UNICEF, in collaborazione con UNAIDS, OMS e UNFPA è un rapporto annuale che prende in esame i dati sui progressi, le tendenze, i casi studio sulle buone pratiche, l'attuale livello di conoscenza e gli interventi per i bambini relativamente alle quattro aree della Campagna conosciute come le 4 P:

- **PREVENIRE LA TRASMISSIONE DELL'HIV DA MADRE A FIGLIO**
- **PROVVEDERE ALLE CURE E AI TRATTAMENTI PEDIATRICI**
- **PREVENIRE IL CONTAGIO DELL'HIV TRA GLI ADOLESCENTI E I GIOVANI**
- **PROTEGGERE E SOSTENERE I BAMBINI AFFETTI DA HIV E AIDS**

UNA GENERAZIONE DI BAMBINI LIBERA DALL'AIDS NON È IMPOSSIBILE.

Anni fa, quando il devastante impatto dell'epidemia dell'AIDS sui bambini cominciava a rendersi visibile, non si poteva immaginare, in un futuro prossimo, una generazione libera dall'AIDS.

Dal 2005, anno di lancio della Campagna *Uniti per i bambini, Uniti contro l'AIDS*, sono state salvate molte vite poiché i governi nazionali, le organizzazioni non governative, le comunità locali e le organizzazioni internazionali hanno esaminato la situazione e hanno risposto con misure appropriate ed efficaci. Interventi quali la prevenzione combinata con i giovani, la diagnosi precoce dell'HIV e la somministrazione di farmaci antiretrovirali per la prevenzione della trasmissione da madre a figlio dell'HIV (PMTCT) sono attualmente parte integrante della risposta globale all'HIV.

TUTTAVIA IL MONDO NON È ANCORA SULLA STRADA DEL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI IN MATERIA DI PREVENZIONE, TRATTAMENTI, CURE E SOSTEGNO.

I progressi discontinui sottolineano le disuguaglianze nella copertura e nell'accesso ai servizi. Migliorare la qualità degli interventi per l'AIDS richiede il potenziamento dei sistemi sanitari, politici, legali e di *welfare* e il loro collegamento con le comunità locali.

Sono necessari consistenti investimenti per garantire servizi e sistemi sostenibili. La crisi economica solleva preoccupazioni sulla sostenibilità dell'attuale livello di assistenza per le donne e i bambini, così come dubbi sull'espansione della copertura e dell'accesso necessaria a raggiungere l'obiettivo dell'accesso universale in un clima di contrazione delle risorse. Se le restrizioni economiche frenassero l'allargamento della terapia antiretrovirale a nuovi pazienti nessun nuovo nato riceverebbe i trattamenti e nessuna delle madri che stanno ricevendo i servizi di PMTCT inizierebbe le cure per salvaguardare la propria salute.

UN APPROCCIO BASATO SUI DIRITTI IN TEMA DI BAMBINI E AIDS, DEVE PRENDERE IN CONSIDERAZIONE LA QUESTIONE DELL'EQUITÀ DELL'ACCESSO.

Universalità ed equità sono le pietre miliari dei diritti dei bambini ed è giusto tornare a sottolinearlo in occasione del ventesimo anniversario della Convenzione sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. Questo significa guardare attraverso la lente dell'equità i progressi compiuti verso l'obiettivo dell'accesso universale, continuare a sostenere gli standard delle cure e dei trattamenti per tutti e lavorare per una equa distribuzione delle risorse. Gli obiettivi dell'accesso universale non devono perpetuare situazioni in cui i bambini e le famiglie a rischio o in situazioni di vulnerabilità continuano a rimanere intrappolati nelle crepe dei servizi.

Le famiglie, le comunità, i governi nazionali, le organizzazioni non governative e le istituzioni internazionali devono dimostrare che hanno la volontà e la capacità per porre fine all'epidemia. È giunta l'ora di dare un seguito agli impegni presi.



© UNICEF/NYHQ2004-1217/Vitale

Nel 2005, l'UNICEF e il Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS), insieme ad altri partner, hanno lanciato la Campagna *Uniti per i bambini, Uniti contro l'AIDS* per focalizzare attenzione e risorse nel mitigare gli effetti peggiori dell'HIV e AIDS sui bambini e sui giovani.

Le citazioni usate nel presente rapporto esprimono le opinioni delle persone citate e non necessariamente quelle dell'UNICEF, l'UNAIDS, l'OMS o l'UNFPA.

L'UNAIDS, il Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS, unisce l'impegno e le risorse di dieci organizzazioni del sistema delle Nazioni Unite per la risposta globale contro l'AIDS. L'UNAIDS è co-sponsorizzato da UNICEF, ACNUR, PAM, UNDP, UNFPA, UNODC, OIL, UNESCO, OMS e Banca Mondiale. Il segretariato dell'UNAIDS, che ha sede a Ginevra, opera sul campo in oltre 75 paesi del mondo.

©The United Nations Children's Fund (UNICEF). Foto di copertina: © UNICEF/NYHQ2009-0332/Nesbitt

Traduzione dall'inglese di Marta Fiasco. Impaginazione a cura di Prospero Multilab.

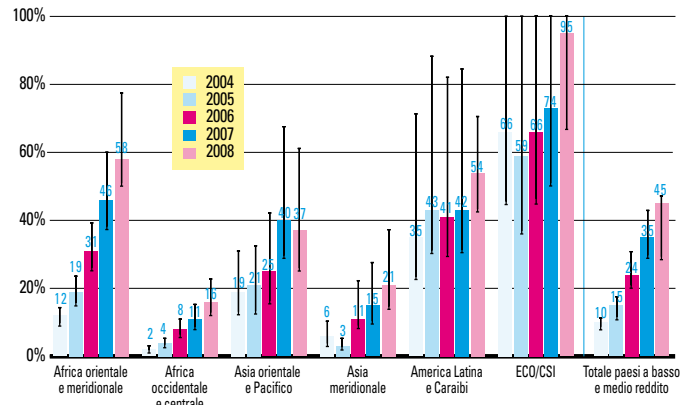
Finito di stampare nel mese di novembre 2009 da Arti Grafiche Agostini S.r.l., Roma.

P1 – PREVENZIONE DELLA TRASMISSIONE DA MADRE A FIGLIO (PMTCT)

L'ELIMINAZIONE DELLA TRASMISSIONE DA MADRE A FIGLIO È ORA UN OBIETTIVO GLOBALE.

La copertura dei servizi per la PMTCT è aumentata – nel 2008, 19 paesi hanno raggiunto l'obiettivo fissato dalla sessione speciale dell'Assemblea generale sull'HIV/AIDS (UNGASS) di fornire farmaci antiretrovirali (ARV) all'80 per cento delle donne incinte sieropositive per prevenire la trasmissione dell'HIV ai propri figli. Attualmente, circa il 45 per cento delle donne incinte sieropositive riceve i farmaci antiretrovirali per prevenire la trasmissione del virus ai propri bambini, rispetto al 24 per cento del 2006. In media, nel 2008, nei paesi a basso e medio reddito il 32 per cento dei bambini nati da madri sieropositive ha ricevuto la profilassi antiretrovirale per la PMTCT alla nascita, rispetto al 20 per cento del 2007 e al 18 per cento del 2006. Nonostante questo eccellente progresso sono ancora troppo poche le donne sieropositive che ricevono la terapia per salvaguardare la propria salute e la maggioranza delle donne incinte e dei bambini non hanno ancora accesso ai servizi di base per la PMTCT quali: il test per l'HIV, la consulenza, la pianificazione familiare, la consulenza e il sostegno per l'alimentazione dei neonati e per la profilassi antiretrovirale.

Andamento della percentuale delle donne incinte sieropositive che ricevono la profilassi antiretrovirale, per regione, 2004-2008



Nota: le linee nere indicano i confini incerti delle stime

Fonte: Le elaborazioni dell'UNICEF si basano sui dati raccolti attraverso la preparazione del *PMTCT and Paediatric HIV Care and Treatment Report Card* e pubblicati in *Towards Universal Access: Scaling up HIV services for women and children in the health sector*.



© UNICEF/NVHQ/2005-1886/De Cesare

TEMI CHIAVE:

L'esperienza nei paesi a risorse limitate che hanno compiuto progressi significativi dimostra che i programmi per la PMTCT possono essere potenziati usando approcci strategici, quali:

- Programmi decentralizzati che utilizzano i livelli locali come unità di pianificazione, di coordinamento, di attuazione e di monitoraggio e valutazione.
- Lavorare sulla formazione ed armonizzare le azioni, gli obiettivi e i risultati all'interno dei servizi per la salute materna, neonatale ed infantile.
- Integrare gli interventi su base comunitaria nei piani di intervento nazionali.

P2 – TRATTAMENTI E CURE PEDIATRICHE PER L'HIV

AL SIGNIFICATIVO PROGRESSO NELL'AUMENTO DELL'ACCESSO ALLA DIAGNOSI PRECOCE NON CORRISPONDE UN PROGRESSO NEL GARANTIRE L'INIZIO TEMPESTIVO DEI TRATTAMENTI.

Il numero dei bambini sieropositivi sotto i 15 anni che ricevono la terapia antiretrovirale è aumentato da 75.000 nel 2005 agli attuali 275.700, su un totale di 730.000 bambini che necessitavano farmaci antiretrovirali nel 2008 – cioè una copertura approssimativa del 38 per cento. Il numero dei bambini che ricevono antiretrovirali pediatrici continua a crescere e c'è un crescente sostegno ad effettuare il test ai neonati e successivamente a iniziare la terapia. L'esperienza suggerisce che si può ridurre la mortalità a causa dell'AIDS nei neonati intervenendo nei primi due o tre mesi di vita. La profilassi a base di cotrimoxazolo è un importante intervento pediatrico per la cura dell'HIV e se iniziata entro i due mesi dalla nascita può salvare le vite dei bambini esposti al rischio di contagio dell'HIV. Tuttavia la percentuale di bambini che ricevono cotrimoxazolo è cresciuta solo marginalmente dal 4 per cento del 2007 all'8 per cento del 2008.

TEMI CHIAVE:

- Molti paesi hanno compiuto progressi nell'accesso alla diagnosi precoce; ma la diagnosi di sieropositività non garantisce al bambino l'accesso ai farmaci salvavita.
- La mancanza di continuità degli interventi per le madri e i bambini dopo la nascita rappresenta sia una causa di morte evitabile per il bambino sia una grave perdita di investimenti poiché i bambini identificati come bisognosi di cure non accedono ai servizi che erano stati previsti per loro. Uno studio condotto dalla Fondazione Clinton in 8 paesi stima che dopo un test risultato positivo il 53 per cento dei bambini non segue le cure.
- Per diventare effettivi i trattamenti e le cure pediatriche per l'HIV devono diventare parte integrante della strategia per la sopravvivenza dei neonati e dei bambini e dei programmi sanitari.
- I giovani sieropositivi incontrano una particolare difficoltà nell'aderenza ai trattamenti ed è importante incoraggiare comportamenti sessuali sicuri poiché questi giovani sono alle prese con la loro emergente sessualità.

P3 – PREVENIRE IL CONTAGIO TRA GLI ADOLESCENTI E I GIOVANI

LA BASE PER UNA PREVENZIONE EFFICACE È UNA MIGLIORE COMPrensIONE DELL'EPIDEMIA A LIVELLO LOCALE E DEI SUOI VETTORI.

Nel 2008 è stato stimato che 4,9 milioni di giovani (età 15-24) sono risultati sieropositivi, il 60 per cento in Africa orientale e meridionale e il 23 per cento in Africa occidentale e centrale. Questo gruppo di età rappresenta il 45 per cento dei nuovi contagi tra gli adulti.

Si sono rilevati modesti progressi, in un numero limitato di paesi, per lo più relativi alla conoscenza e ai comportamenti personali quali un'iniziazione precoce al sesso, relazioni sessuali con più partner e rapporti sessuali non protetti. I dati disaggregati per sesso, età e regione evidenziano grandi differenze nell'epidemia sia nell'intensità che nelle cause della vulnerabilità.

Le ragazze che vivono in Africa subsahariana continuano ad essere sproporzionalmente vulnerabili al contagio da HIV e rappresentano il 75 per cento dei contagi tra i giovani.

In Asia meridionale, America latina e Caraibi il numero di giovani uomini sieropositivi è maggiore rispetto a quello delle donne. In Africa subsahariana e particolarmente in Africa meridionale, regioni che registrano alti livelli di incidenza dell'HIV, molte giovani donne sono particolarmente vulnerabili all'HIV a causa del contesto di forte

TEMI CHIAVE:

- È necessaria una chiara comprensione delle relazioni sessuali tra gli adolescenti e delle dinamiche di genere per definire ed affinare gli interventi di prevenzione.
- La frequenza scolastica è un fattore protettivo contro l'HIV specialmente per le ragazze vulnerabili ed è un'efficace piattaforma per aumentare la conoscenza relativa all'HIV, le abilità e le abitudini e per contribuire al cambiamento dei comportamenti. Una barriera ad un'efficace prevenzione dell'HIV nelle scuole è la mancanza di piani nazionali che abbiano applicazione a livello locale.
- Sono necessari interventi che coinvolgono i giovani uomini e i ragazzi per ridurre l'incidenza dell'HIV anche tra le donne.
- L'epidemia di AIDS non sarà fermata fino a quando i servizi di prevenzione non saranno effettivamente progettati per affrontare anche i comportamenti che marginalizzano ed espongono gli adolescenti al rischio del contagio.

dipendenza sociale, culturale ed economica. Questo inibisce la loro predisposizione a cercare sostegno nei propri partner, nelle altre giovani donne e nella comunità per essere sostenute nelle scelte relative alla prevenzione dell'HIV.

Dove i livelli dell'epidemia sono bassi o concentrati i giovani coinvolti nel mercato del sesso, gli uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini e chi utilizza droghe iniettabili incontrano molteplici barriere strutturali e sociali nell'accesso ai servizi. In tutte le regioni la discriminazione e la violenza di genere sono barriere significative nell'accesso ai servizi e hanno un impatto negativo sull'abilità individuale di esercitare le scelte per la propria protezione.

GIOVANI (15 – 24 ANNI) SIEROPOSITIVI, 2008

Regione	Femmine	Maschi	Totale
Africa orientale e meridionale	2.000.000	850.000	2.900.000
Africa occidentale e centrale	770.000	320.000	1.100.000
Asia meridionale	120.000	130.000	250.000
America latina e Caraibi	130.000	170.000	300.000
Asia orientale e pacifico	120.000	93.000	210.000
ECO/CSI,	41.000	29.000	70.000
Medio Oriente e Nord Africa	45.000	44.000	89.000
Totale	3.230.000	1.640.000	4.900.000

Nota: eventuali incongruenze nelle somme sono da attribuirsi agli arrotondamenti

Fonte: 2009 AIDS Epidemic Update, UNAIDS e OMS, Ginevra



© UNICEF/ANYHC2004-1213/Vitale

P4 – PROTEZIONE, CURE E SOSTEGNO PER I BAMBINI AFFETTI DA HIV E AIDS

INTEMPI DI CRISI ECONOMICA È NECESSARIO RAFFORZARE LA PROTEZIONE SOCIALE PER SOSTENERE LE FAMIGLIE E LE COMUNITÀ NEL PRENDERSI CURA DEI BAMBINI AFFETTI DALL'AIDS.

La povertà è un fattore chiave che ha un impatto negativo sul benessere dei bambini. Aumenta l'impatto dell'AIDS sui bambini riducendo la capacità delle famiglie di fare fronte ad ulteriori problemi. L'attuale crisi economica, se prolungata, con molte probabilità peggiorerà i risultati raggiunti nonostante l'impegno compiuto per mitigare l'impatto dell'epidemia dell'AIDS. L'esperienza rivela che nel 2008 poche famiglie tra quelle che si prendevano cura degli orfani e dei bambini vulnerabili ricevevano un sostegno di base dall'esterno: una media del 12 per cento. Aumentare il sostegno per i bambini colpiti dall'AIDS rimane una priorità urgente.

Una protezione sociale che tenga conto dei bambini è un intervento chiave per raggiungere i bambini affetti da AIDS. Può infatti sostenere le famiglie povere incapaci di fare fronte al crescente numero di bambini vulnerabili a causa dell'HIV e AIDS.

Una protezione sociale integrata può ridurre il rischio di povertà cronica che spesso rende orfani i bambini, può prevenire forme pericolose di lavoro minorile e altre forme di abuso e può favorire un maggiore accesso alla sanità e all'educazione.

TEMI CHIAVE:

- Le organizzazioni comunitarie e religiose continueranno ad avere un ruolo importante nel fornire i servizi di protezione sociale per i bambini che vivono nelle comunità colpite dall'AIDS.
- Rafforzare le capacità dei sistemi nazionali di welfare è urgente per aumentare il sostegno per i bambini vulnerabili colpiti dall'AIDS.
- Ministeri di welfare non adeguatamente finanziati e mancanza di assistenti sociali hanno come risultato uno scarso sostegno per i bambini più vulnerabili inclusi quelli che non vivono nelle famiglie

Una protezione sociale adeguata per i bambini affetti da AIDS include sussidi, assicurazione e servizi (inclusi i servizi di welfare quali il sostegno legale, i servizi sociali e misure di cura alternative) e politiche sociali e legislative che prevedano interventi per la riduzione dell'AIDS.

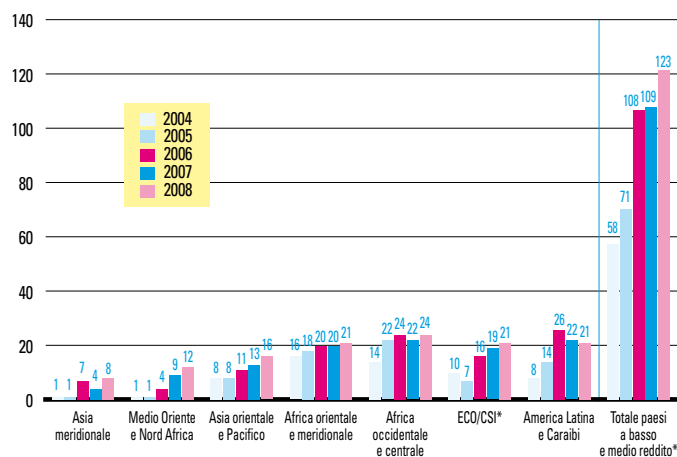
PROGRAMMI DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

MONITORARE E VALUTARE I PROGRAMMI PER L'HIV E L'AIDS È CRUCIALE PER VEDERE COSA FUNZIONA E DOVE C'È BISOGNO DI MIGLIORAMENTI.

Il monitoraggio e la valutazione sono passaggi cruciali per tracciare i progressi compiuti rispetto agli impegni e agli obiettivi relativi all'HIV e AIDS. A livello globale sono stati compiuti grandi passi nel rafforzamento della capacità di monitoraggio e valutazione in tutte le quattro aree prioritarie della Campagna *Uniti per i bambini, Uniti contro l'AIDS*.

L'attuazione di un quadro nazionale per il monitoraggio e la valutazione è una sfida importantissima a livello nazionale. Ci sono informazioni limitate sull'impatto degli interventi per l'HIV e AIDS sui risultati desiderati per le donne e i bambini nell'ambito delle 4P. Inoltre lo sviluppo di sistemi per un programma di monitoraggio nazionale di routine, in particolare relativamente ai bambini orfani e vulnerabili e ai giovani rimane molto debole così come il collegamento tra le attività di monitoraggio e valutazione compiute nelle comunità e nelle strutture.

Numero di paesi a basso e medio reddito per cui sono disponibili dati sulla PMTCT e sulle cure e i trattamenti per l'AIDS pediatrico, 2004 – 2008



* include Paesi ad alto reddito: Lettonia, Polonia e Ungheria per il 2007; Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia e Ungheria per il 2008.

Fonte: UNICEF global database, 2009



© UNICEF/NYHQ/2006-1492/Pirozzi

TEMI CHIAVE:

- Il monitoraggio e la valutazione della PMTCT e dei programmi per l'HIV pediatrico dovrebbero camminare di pari passo con i progressi nella conoscenza e nella programmazione.
- La raccolta dei dati sulla prevenzione a livello comunitario è ancora insufficiente.
- Gli indicatori del monitoraggio e della valutazione che forniscono informazioni sulle questioni relative alla protezione di bambini colpiti da HIV devono essere aggiornati.
- Le conseguenze del passaggio dai programmi esclusivi a quelli che integrano gli interventi per l'AIDS in altri contesti non sono ancora chiari nei termini del monitoraggio e della valutazione.

INVESTIMENTI: QUELLO DI CUI HANNO BISOGNO I BAMBINI E LE DONNE

“UNA MADRE NON DOVREBBE TROVARSI NELLA CONDIZIONE DI SCEGLIERE SE CONTINUARE LE CURE PER L’AIDS O ALLATTARE I SUOI BAMBINI!” MICHEL SIBIDÈ, DIRETTORE ESECUTIVO DI UNAIDS

Nel 2008, sono stati investiti circa 13,7 miliardi di dollari USA nella lotta all’AIDS. Per raggiungere gli obiettivi dell’accesso universale fissati dalla UNGASS entro il 2010, l’UNAIDS stima che è necessario investire 25,1 miliardi di dollari USA nel 2010. Molti paesi ad alto e medio reddito continueranno a finanziare le proprie risposte nazionali all’AIDS, ma nei paesi a basso reddito, specialmente in Africa subsahariana, circa i due terzi degli interventi di lotta all’AIDS richiederanno sostegno esterno internazionale. L’UNICEF e l’UNAIDS hanno stimato che per raggiungere gli obiettivi dell’accesso universale per le donne e i bambini sono necessari circa 5,9 miliardi di dollari USA, o meglio circa un quarto dei 25,1 miliardi che andrebbero investiti.

Per investire diffusamente nei programmi per l’HIV e l’AIDS per i bambini a livello nazionale è necessario conoscere l’epidemia, la risposta e il costo così come i risultati raggiunti.

STIMA DELL’INVESTIMENTO NECESSARIO PER RAGGIUNGERE GLI OBIETTIVI DELL’ACCESSO UNIVERSALE:

Prevenire la trasmissione da madre a figlio	605 milioni di dollari USA
Provvedere alla cure e ai trattamenti pediatrici	649 milioni di dollari USA
Prevenire il contagio tra gli adolescenti e i giovani	1,4 miliardi di dollari USA
Protezione e cura per i bambini affetti dall’AIDS	2,5 miliardi di dollari USA
Prevenzione della violenza sulle donne	326 milioni di dollari USA
Costi per il sostegno ai programmi per le donne e i bambini	406 milioni di dollari USA



© UNICEF/NYHQ2006-1895/DeCesaret

UN INVITO ALL'AZIONE:

I progressi descritti nel rapporto rappresentano dei passi lungo un *continuum* di conoscenza, azioni e risultati. È chiaro che gli obiettivi possono essere raggiunti, ma è altrettanto ovvio che, in molte aree, gli obiettivi dell'accesso universale non si stanno ancora raggiungendo. L'azione sta migliorando ma è necessario fare di più. Gli investimenti devono essere sostenuti, ma devono anche essere usati più diffusamente.

Nel clima di crisi economica che sta colpendo tutti i paesi è importante che gli sguardi rimangano fissi sul lungo periodo e che gli impegni ad agire nel breve periodo siano mantenuti o rafforzati. Sulla base di quanto ci è dato di conoscere oggi, le seguenti azioni rappresentano delle priorità se si vuole che le donne, i bambini e i giovani abbiano l'opportunità di vivere e crescere liberi dall'AIDS:

- **Accelerare il potenziamento dei servizi di PMTCT e di diagnosi precoce per eliminare la trasmissione dell'HIV ai bambini piccoli.**
- **Cercare continuamente nuove evidenze per migliorare la prevenzione dell'HIV.**
- **Sostenere e "rafforzare" gli adolescenti, in particolare le ragazze, per identificare e rispondere alla loro vulnerabilità.**
- **Proteggere i diritti degli adolescenti e dei giovani sieropositivi per garantirgli sostegno e servizi di buona qualità.**
- **Assicurare che gli adolescenti che si trovano nelle situazioni più a rischio siano raggiunti dai servizi per il sostegno, la cura, i trattamenti e la prevenzione dell'HIV.**
- **Rendere la violenza sulle donne e le bambine un fatto socialmente inaccettabile ed evidenziare il rischio di contagio da HIV in questo contesto e incoraggiare l'adozione di leggi che la rendano un crimine punibile.**
- **Il potenziamento di una protezione sociale a misura di bambino deve essere parte integrante della risposta all'AIDS pediatrico.**
- **Rafforzare la capacità di risposta delle comunità ai bisogni dei bambini affetti da AIDS prevenendo la separazione delle famiglie e migliorando la qualità delle cure alternative.**
- **Rafforzare gli interi sistemi così che gli obiettivi raggiunti per i bambini e le donne affetti da AIDS possano essere ampliati e sostenuti.**
- **Migliorare la raccolta e l'analisi dei dati per ottenere risultati per i bambini e identificare le lacune nella copertura e nell'accesso ai servizi.**

Dobbiamo dare seguito ai nostri impegni per colmare le lacune nella conoscenza globale e nel riconoscere onestamente quello che non va così che il lavoro possa essere migliorato.

Infine gli investimenti non potranno essere usati in maniera diffusa e le lacune nella copertura, nella qualità e nell'equità non potranno essere colmate se la teoria non sarà tradotta in pratica.

Per saperne di più visita
www.unitiperibambini.it
www.unicef.it

Comitato Italiano
per l'UNICEF - Onlus
Via Palestro, 68 - 00185 Roma
tel. 06478091 - fax 0647809270
campagne@unicef.it
Codice Fiscale 01561920586