

UNITI PER I BAMBINI
UNITI CONTRO L'AIDS



BAMBINI E AIDS

SECONDO RAPPORTO DI AGGIORNAMENTO

Bambini e AIDS: Secondo Rapporto di aggiornamento

Azioni e progressi

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

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/HQ05-0862/Shehzad Noorani, © UNICEF/HQ06-1414/Giacomo Pirozzi.

Traduzione dall'inglese di Giampiero Cara.
Impaginazione a cura di Prospero Multilab.

Finito di stampare nel mese di maggio 2008
da Primegraf, Roma.

INDICE

Pag. 2	Introduzione
Pag. 5	Capitolo 1 Prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV
Pag. 11	Capitolo 2 Fornire cure e trattamenti per l'HIV pediatrico
Pag. 17	Capitolo 3 Prevenire il contagio tra gli adolescenti e i giovani
Pag. 23	Capitolo 4 Proteggere e aiutare i bambini colpiti dall'AIDS
Pag. 27	Capitolo 5 Monitorare i progressi e la disponibilità dei dati
Pag. 30	Capitolo 6 Mobilitazione delle risorse
Pag. 34	Capitolo 7 Conclusioni
Pag. 36	Note
Pag. 38	Allegato Note sui dati
Pag. 39	Obiettivo 1. Prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV nei paesi a basso e medio reddito
Pag. 42	Obiettivo 2. Provvedere alle cure pediatriche nei paesi a basso e medio reddito
Pag. 44	Obiettivo 3. Prevenire il contagio tra gli adolescenti e i giovani
Pag. 47	Obiettivo 4. Proteggere e aiutare i bambini colpiti da HIV e AIDS

INTRODUZIONE

Per milioni di bambini, l'HIV e l'AIDS hanno completamente trasformato l'esperienza della crescita. Nel 2007, secondo le stime, 2,1 milioni di bambini sotto i 15 anni erano affetti da HIV. Nel 2005, erano più di 15 milioni i bambini sotto i 18 anni che avevano perso uno o entrambi i genitori a causa dell'AIDS. Altri milioni di bambini hanno patito, come conseguenze dell'epidemia, condizioni di povertà sempre peggiori, abbandono scolastico e discriminazioni.

Nel 2005, il Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF), in qualità di agenzia sostenitrice del Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS (UNAIDS), ha rivolto un Invito all'Azione a tutti coloro che lavorano per proteggere i bambini dalle conseguenze dell'epidemia. Ha incoraggiato gli attori della comunità internazionale a essere *Uniti per i Bambini, Uniti contro l'AIDS* per fare in modo che la prossima generazione di bambini sia libera dall'AIDS. L'iniziativa era basata sull'impegno dei soggetti interessati verso il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo del Millennio e il mantenimento delle promesse fatte dai leader mondiali in occasione della Sessione speciale sull'HIV/AIDS dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite nel 2001.

L'Invito all'Azione ha messo in particolare evidenza degli obiettivi per il 2010 in quattro aree di programmazione, note come le "Quattro P", derivate dagli articoli relativi all'infanzia della Dichiarazione di Impegno sull'HIV/AIDS adottata in occasione della Sessione speciale del 2001 (vedi scheda qui di seguito). Queste aree fungono da punto focale per gli sforzi di tutti coloro che lavorano per fare in modo che il benessere dell'infanzia rimanga al centro della risposta globale contro l'AIDS.

Le "Quattro P": Obiettivi dell'iniziativa *Uniti per i Bambini, Uniti contro l'AIDS*

- **Prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV**
Offrire, entro il 2010, servizi appropriati all'80% delle donne che ne hanno bisogno.
- **Provvedere alle cure pediatriche**
Fornire trattamento antiretrovirale e/o cotrimoxazolo all'80% dei bambini che ne hanno bisogno.
- **Prevenire il contagio tra gli adolescenti e i giovani**
Ridurre del 25%, a livello globale, la percentuale dei giovani affetti da HIV.
- **Proteggere e aiutare i bambini colpiti da HIV e AIDS**
Fornire servizi in grado di raggiungere l'80% dei bambini che ne hanno maggiormente bisogno.

Questo rapporto di aggiornamento, il secondo da quando è stato lanciato l'Invito all'Azione, rileva degli importanti miglioramenti negli ambiti delle "Quattro P", tra cui:

- Miglioramenti nella prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV (PMTCT) e nelle cure pediatriche:
 - Nel 2006, 351.034 donne incinte affette da HIV nei paesi a basso e medio reddito hanno ricevuto la profilassi antiretrovirale per ridurre il rischio di trasmissione madre-figlio dell'HIV, con un aumento pari al 60% rispetto alle 220.085 del 2005.
 - Nel 2006, 127.300 bambini affetti da HIV hanno beneficiato dei programmi per il trattamento dell'AIDS, con un aumento del 70% rispetto ai 75.000 nel 2005.
- Recenti prove del fatto che, dal 2000-2001, la diffusione dell'HIV tra le donne incinte di età compresa tra i 15 e i 24 anni è diminuita in 11 dei 15 paesi provvisti di dati sufficienti. Tra questi paesi ne figurano otto dell'Africa orientale e meridionale, la regione che presenta i maggiori livelli di diffusione dell'HIV tra gli adulti e i giovani.
- Diffusi sforzi per estendere la protezione, l'assistenza e il sostegno ai bambini colpiti dall'AIDS in molti paesi, una diminuzione del divario nei tassi di iscrizione scolastica tra i bambini che hanno perso entrambi i genitori e gli altri bambini, e un numero crescente di bambini a rischio che hanno la possibilità di accedere all'istruzione e alla protezione sociale.
- In tutti gli ambiti, una migliore capacità di misurare i progressi in tutti gli aspetti dell'epidemia che colpiscono l'infanzia.

Tuttavia, con milioni di bambini e di donne ancora non raggiunti dagli interventi, questi risultati appaiono tutt'altro che soddisfacenti. I numeri relativi alla PMTCT e alle cure pediatriche rimangono troppo bassi. I programmi per la riduzione dei rischi e dei cambiamenti a livello comportamentale tra gli adolescenti e i giovani maggiormente a rischio risultano insufficienti. I servizi forniti dai governi, dalle organizzazioni non governative (ONG) e dalle organizzazioni a carattere religioso stanno facendo registrare dei significativi miglioramenti a livello di copertura, ma raggiungono soltanto una percentuale molto bassa dei bambini e delle famiglie che ne hanno bisogno, e la maggior parte degli interventi per i bambini



© UNICEF/HQ06-1370/Giacomo Prozzi

colpiti dall'AIDS sono ancora su scala ridotta. L'ampliamento rapido e sostenibile dei programmi che si sono dimostrati efficaci è essenziale affinché si possa offrire protezione, assistenza e sostegno a tutti i bambini a rischio.

Oltre a esaminare i miglioramenti compiuti all'incirca nell'ultimo anno nelle aree delle "Quattro P", questo rapporto si concentrerà su tre temi principali.

In primo luogo, **rafforzare le comunità e le famiglie** è essenziale per ogni aspetto di un approccio al problema dell'AIDS incentrato sull'infanzia. Pertanto, il sostegno da parte dei governi, delle ONG e di altri attori dovrebbe essere complementare a questi sforzi a livello di famiglie e di comunità e sostenerli, per esempio garantendo l'accesso ai servizi di base.

In secondo luogo, gli interventi per aiutare i bambini colpiti dall'HIV/AIDS risultano più efficaci quando si inseriscono in **sistemi sanitari, educativi e sociali forti**. Purtroppo, dato che i programmi per la salute materna e infantile sono deboli in molti paesi, milioni di bambini, che abbiano contratto o no l'HIV, non vengono raggiunti dalla vaccinazione, dalle zanzariere e da altri interventi che contribuiscono al raggiungimento del traguardo generale di un'infanzia libera dall'HIV.

Il tema finale di questo rapporto è rappresentato dalla sfida della valutazione. Il fatto di documentare sia i passi avanti sia gli eventuali passi indietro rafforza l'impegno e guida i progressi. Numerosi paesi hanno a disposizione dei dati sulle "Quattro P", e si stanno sviluppando degli studi mirati per valutare la situazione dei giovani emarginati, che sono maggiormente a rischio ma spesso sfuggono alle indagini di routine.

MESSAGGI CHIAVE DEL CAPITOLO 1

1. Programmi forti per la salute delle madri, dei neonati e dei bambini costituiscono la base per garantire servizi di PMTCT di qualità.
2. La copertura della PMTCT sta aumentando rapidamente man mano che i paesi adottano politiche più favorevoli alla sua promozione, e man mano che aumenta l'impegno (finanziamenti dei donatori compresi) da parte dei governi e della comunità internazionale.
3. L'adozione di test rapidi e consulenze per l'HIV nelle visite prenatali e in sala parto sta facendo aumentare il numero di donne consapevoli di essere sieropositive che possono beneficiare della PMTCT e di altri servizi per la prevenzione, il trattamento, l'assistenza e il sostegno contro l'AIDS.
4. È noto che l'incidenza della violenza domestica costituisce un problema importante nei programmi di test volontari e necessita di un monitoraggio nel caso di test di routine *opt-out*.
5. Recenti ricerche sull'alimentazione dei neonati hanno concluso che le donne sieropositive possono allattare esclusivamente al seno i loro bambini per i primi sei mesi di vita, qualora un'alimentazione sostitutiva non sia sostenibile, praticabile o sicura.



CAPITOLO 1

PREVENIRE LA TRASMISSIONE MADRE-FIGLIO DELL'HIV

Circa il 50% dei neonati che contraggono l'HIV dalle proprie madri muore prima di compiere due anni.¹ Ma la profilassi antiretrovirale, somministrata a una donna durante la gravidanza e il parto e al suo bambino poco dopo la nascita, ha dimostrato di poter ridurre nettamente le probabilità che una madre trasmetta il virus dell'HIV al figlio.

Molti paesi a basso e medio reddito stanno ampliando i loro programmi nazionali per la PMTCT, in linea con l'obiettivo stabilito dalla Sessione Speciale dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS del 2001, di raggiungere, entro il 2010, almeno l'80% delle donne incinte che necessitano dei servizi di PMTCT.

PROGRESSI E RISULTATI

La maggior parte dei paesi sta compiendo progressi sostanziali verso la prevenzione della trasmissione dell'HIV da madre a figlio, soprattutto nell'Africa subsahariana. Nei paesi a basso e medio reddito, la percentuale di donne incinte sieropositive che ricevono la profilassi antiretrovirale per ridurre il rischio di trasmissione è aumentata dal 10% nel 2004 al 23% nel 2006 (*vedi Grafico 1, pagina 6*). Degni di nota sono i progressi costanti compiuti nell'Africa orientale e meridionale, dove risiede la maggior parte dei bambini contagiati di recente. In questa regione, la percentuale di donne incinte sieropositive che ricevono la profilassi antiretrovirale per la PMTCT è aumentata dall'11% nel 2004 al 31% nel 2006.

Alla fine del 2006, 21 paesi a basso e medio reddito erano sulla buona strada per raggiungere l'obiettivo della copertura dell'80% entro il 2010, rispetto a soltanto 11 nel 2005 (*vedi Tavola 1, pagina 8*). I paesi vengono definiti "sulla buona strada" se almeno il 40% di tutte le donne incinte sieropositive ha ricevuto la profilassi antiretrovirale per la PMTCT nel 2005 e il 48% l'ha ricevuta nel 2006.

PMTCT, trattamento pediatrico e nuove stime globali

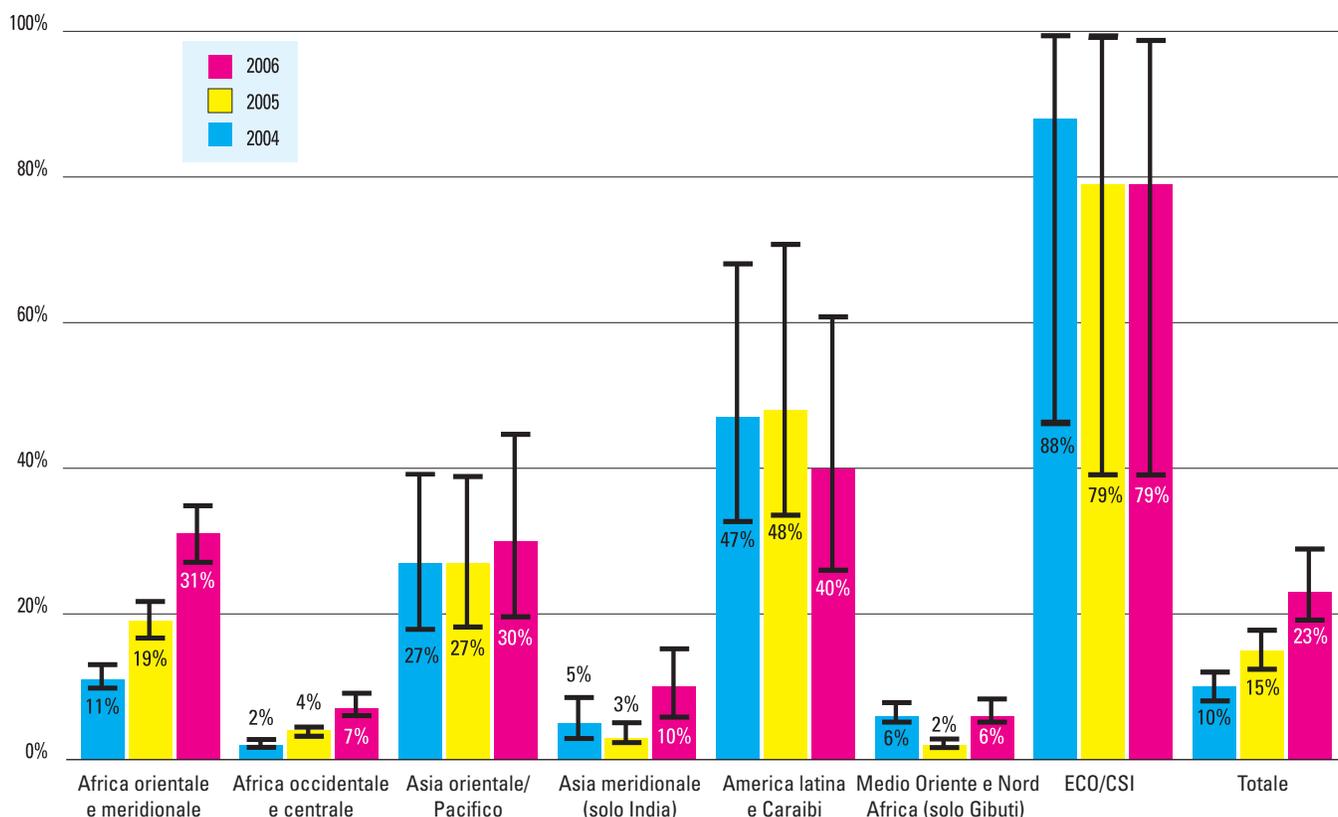
Nel 2007, la disponibilità di dati più affidabili in numerosi paesi ha condotto l'UNAIDS ad affinare la metodologia usata per stimare le cifre relative alle persone affette da HIV, ai nuovi contagi e alle morti per AIDS. Nel novembre del 2007, l'UNAIDS e l'OMS hanno pubblicato nuove stime globali, e su tale base l'UNAIDS ha generato retrospettivamente nuove stime per gli anni passati.

Analogamente, sono state affinate anche le stime globali del numero di donne bisognose di servizi di PMTCT, e i tassi di copertura riportati per il 2004 e il 2005 sono stati pertanto ricalcolati servendosi delle nuove stime.

La copertura antiretrovirale per la PMTCT viene calcolata dividendo il numero di donne incinte sieropositive che hanno ricevuto la profilassi antiretrovirale per la PMTCT per il numero stimato di donne incinte sieropositive. La differenza di copertura dal 7% del 2004, riportato nel rapporto *Bambini e Aids: Un bilancio* (UNICEF, gennaio 2007), al 10% che figura in questo rapporto è dovuta al cambiamento del denominatore di questa frazione (ossia il numero stimato di donne incinte sieropositive) secondo le attuali stime UNAIDS.

Le stime relative ai bisogni di cure e trattamenti per l'HIV dei bambini sotto i 15 anni non erano disponibili al momento della pubblicazione di questo rapporto che, pertanto, presenta solo i numeri effettivi di bambini che risultano ricevere interventi specifici collegati all'HIV (*per maggiori dettagli, vedi l'Allegato, pagina 38*).

GRAFICO 1: Percentuale di donne incinte sieropositive che hanno ricevuto farmaci antiretrovirali per la PMTCT (2004-2006)



Nota: Le diminuzioni dei valori di copertura possono essere dovute a un aumento del numero di paesi che riportano dei dati e al conseguente aumento del denominatore (stime di donne incinte sieropositive).
Fonte: UNAIDS, UNICEF E OMS, "Towards Universal Access: Scaling up on HIV treatment, Care and Prevention interventions in the health sector" (di prossima pubblicazione) e stime non pubblicate dell'UNAIDS/OMS, 2007.

I progressi appena descritti si basano su un'analisi dei dati nazionali sulla copertura della PMTCT riportati annualmente, negli ultimi tre anni, dai paesi a basso e medio reddito, nonché su stime ricalcolate dall'UNAIDS dei numeri di donne incinte che erano affette da HIV nel periodo 2004-2006. Nel 2006, 108 paesi avevano dati sufficienti sulla copertura della PMTCT da sottoporre ad analisi, quasi il doppio rispetto al 2004 (vedi Grafico 13, pagina 27). Secondo le stime, in questi paesi risiede il 99% del milione e mezzo di donne affette da HIV dei paesi a basso e medio reddito che hanno partorito nel 2006.² (Vedi Allegato per la metodologia usata).

FATTORI CHIAVE DEI PROGRESSI

I progressi osservati finora nella fornitura di servizi di PMTCT sono dovuti in gran parte al sostegno ricevuto da un numero crescente di soggetti interessati, tra cui il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria, e il Piano d'emergenza del Presidente degli Stati Uniti per gli aiuti alla lotta all'AIDS (PEPFAR), nonché al crescente impegno politico dei governi nazionali e del settore privato. La rapida accelerazione del Ruanda, per esempio, è stata stimolata dall'istituzione dell'annuale Conferenza pediatrica nazionale sul trattamento, l'assistenza e l'aiuto per i bambini affetti e vittime dell'HIV/AIDS, allo scopo di seguire i progressi e condividere gli sviluppi scientifici.

Nonostante il marcato aumento dell'accesso ai servizi di PMTCT verificatosi nell'ultimo anno, il mondo è ancora molto lontano dal raggiungere l'obiettivo di una copertura dell'80%. La portata insufficiente del servizio a livello geografico, aggravata da sistemi sanitari deboli, ma anche la paura, lo stigma e la negazione che scoraggiano molte donne a sottoporsi al test per l'HIV costituiscono ostacoli significativi a una copertura più ampia. La mobilitazione della comunità e il sostegno della famiglia, soprattutto da parte degli uomini, per le donne sieropositive restano priorità urgenti, così come una migliore integrazione dei servizi di PMTCT in sistemi più forti di assistenza sanitaria per le madri, i neonati e i bambini.

Tra il 2005 e il 2007, il Task Team interagenzie sulla prevenzione del contagio da HIV nelle donne incinte, nelle madri e nei loro figli, guidato dall'UNICEF e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha condotto delle missioni tecniche congiunte in 13 paesi dell'Africa subsahariana e in India. Queste missioni prendono in esame lo stato d'implementazione dei programmi, individuano le eventuali strozzature e impartiscono delle raccomandazioni sulla programmazione strategica per accelerare l'ampliamento dei programmi stessi (vedi scheda qui di seguito).

Le raccomandazioni del Task Team Interagenzie per accelerare l'ampliamento dei programmi di PMTCT

- Continuare l'advocacy basata sulle verifiche con governanti ad alto livello per stimolare l'impegno politico e mobilitare le risorse.
- Promuovere la metodologia per cui sono gli operatori sanitari a proporre i test e la consulenza.
- Sviluppare dei sistemi per la diagnosi precoce nei neonati e per l'indirizzamento e il collegamento a un'assistenza e a un sostegno adeguati per i neonati stessi.
- Rafforzare i sistemi di monitoraggio della progressione della malattia nelle donne incinte sieropositive, per garantire loro l'accesso alla terapia antiretrovirale ogni volta che ciò risulti indicato.
- Coinvolgere le comunità per creare una maggiore richiesta di servizi.
- Migliorare i sistemi di monitoraggio e di valutazione per aumentarne l'affidabilità e per facilitare un miglior rilevamento dei progressi su interventi chiave collegati all'HIV per le donne e per i bambini.

L'OMS ha recentemente esaminato le linee guida sui farmaci antiretrovirali per somministrare alle donne incinte sieropositive una terapia in linea con le prove scientifiche correnti, raccomandandone l'uso per le donne che ne hanno bisogno e prescrivendo regimi profilattici combinati per quelle che, invece, non ne hanno ancora bisogno. Ora molti paesi, tra cui Botswana, Ruanda, Thailandia e Zambia, forniscono alle donne regimi antiretrovirali più efficaci, non soltanto per prevenire la trasmissione del virus ai loro figli appena nati, ma anche per preservarne la salute. In questo modo, si migliorano il benessere e la sopravvivenza di milioni di bambini salvaguardando la vita delle loro madri affette da HIV.

PASSI AVANTI

Il ruolo dei servizi per l'assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini

L'HIV ha effetti diretti e indiretti sulla sopravvivenza sia delle madri sia dei bambini. Per ottimizzare i risultati e gli effetti dei servizi di PMTCT, è pertanto essenziale integrarli con i programmi per la salute di mamme, neonati e bambini (MNCH).

Il Botswana, paese dotato di un sistema forte di assistenza sanitaria, ha integrato efficacemente i servizi di PMTCT con quelli di MNCH, e la sua copertura della profilassi antiretrovirale per la PMTCT è attualmente una delle più alte in Africa. Nel 2006, il Botswana ha riportato che soltanto il 7% dei neonati di madri sieropositive è stato contagiato dall'HIV, in confronto al 35-40% di prima dell'inizio del programma di PMTCT.³ Risultati analoghi sono stati riportati dai programmi su scala nazionale in Thailandia.⁴

Prove emergenti indicano che, in alcuni programmi, il fatto di aver introdotto la PMTCT ha contribuito a garantire un maggiore accesso ad altri servizi di MNCH e a migliorarne la qualità, ma ha determinato anche un miglioramento delle infrastrutture e delle capacità degli operatori sanitari, soprattutto laddove questi servizi erano scadenti. I servizi PMTCT possono migliorare anche l'assistenza sanitaria generale per le donne incinte. I programmi di ricerca e di servizio per la PMTCT realizzati nello Zambia, per esempio, hanno condotto a dei miglioramenti nei test per la sifilide.⁵

Nell'Africa subsahariana, i parti condotti con l'assistenza di personale esperto, come un medico, un'infermiera o una levatrice, sono meno della metà. Questa situazione rende molto più complicato portare avanti i servizi di PMTCT e l'introduzione di regimi di PMTCT più efficaci. In Giamaica, le infermiere sono state formate con successo per contribuire a far aumentare il grado di conoscenza della PMTCT a livello comunitario, e per incoraggiare la gente a usare i servizi PMTCT.

Governi, donatori e agenzie devono stabilire un programma comune per espandere i servizi PMTCT nel contesto di servizi migliorati di assistenza sanitaria alle madri, ai neonati e ai bambini. Al momento, la maggior parte delle politiche e delle linee guida affrontano separatamente la PMTCT e la MNCH, e talvolta le politiche di PMTCT contraddicono quelle di MNCH. La tendenza dei donatori è stata quella di sostenere le une o le altre, ma non entrambe.⁶ Anche se la raccolta di fondi per la PMTCT

TAVOLA 1: Paesi che, nel 2005 e 2006, sono risultati sulla buona strada verso il raggiungimento del traguardo di copertura ARV per la PMTCT pari all'80% entro il 2010

Paesi con copertura ARV del 40% nel 2005	Paesi con la copertura ARV del 48% nel 2006
Argentina*	Argentina*
Botswana	Barbados*
Brasile*	Benin
Ecuador*	Bhutan*
Federazione Russa*	Bielorussia*
Georgia*	Botswana
Giamaica*	Brasile*
Moldova*	Burkina Faso
Namibia	Cuba*
Thailandia*	Federazione Russa*
Ucraina*	Figi*
	Georgia*
	Giamaica*
	Kenya
	Moldova*
	Namibia
	Ruanda
	Sudafrica
	Swaziland
	Thailandia*
	Ucraina*
Numero di paesi sulla buona strada nel 2005: 11	Numero di paesi sulla buona strada nel 2006: 21

Nota: L'asterisco (*) indica i paesi con bassa diffusione o con epidemie concentrate di HIV. Per questi paesi, i limiti di incertezza legati alle stime del numero di donne incinte sieropositive sono considerati molto ampi, ed è probabile che la copertura stimata non sia affidabile.

Fonte: Database globali dell'UNICEF, 2004-2006



è aumentata, i fondi per i programmi di MNCH e i servizi di pianificazione familiare sono diminuiti in alcuni paesi, rendendo più difficile l'ampliamento dei servizi di PMTCT.

Sostegno comunitario

Molte donne incinte sieropositive non cercano i servizi di PMTCT, sia perché temono di subire delle discriminazioni sia perché i loro partner non sono coinvolti in servizi del genere. Studi condotti in Nigeria, Uganda e nella Repubblica Unita di Tanzania hanno confermato, come motivi del rifiuto delle donne di sottoporsi ai test, la loro paura di essere stigmatizzate e respinte dalle loro famiglie.⁷ Sono dunque necessari dei servizi a livello locale ideati specificamente per raggiungere tali donne, ma anche degli impegni per ridurre gli atteggiamenti discriminatori della popolazione e migliorare i rapporti tra i sessi.

La comunicazione della sieropositività ai partner è fortemente associata alla disponibilità a sottoporsi ai test e all'adesione ad altri interventi di PMTCT. In Cambogia, delle donne che frequentavano una "classe per le madri" in cui venivano offerti consulenza e test per la PMTCT avevano quattro volte più probabilità di accettare di sottoporsi a test se anche i partner frequentavano la classe insieme a loro.⁸

L'ONG Women Fighting AIDS in Kenya (WOFAK), ha lanciato il progetto Male Plus PMTCT Champions, reclutando 12 persone affette da HIV particolarmente dotate nella consulenza e nella mobilitazione comunitaria per farle lavorare in cliniche prenatali e villaggi selezionati nei distretti di Mombasa e Kisumu. I "Champions" hanno tenuto gruppi di discussione, sedute di consulenza per individui e coppie, manifestazioni e incontri per aumentare la consapevolezza della PMTCT, ottenendo risultati notevoli. La presenza nelle cliniche prenatali è aumentata rapidamente e il 98% di coloro che hanno partecipato ai programmi ha accettato di sottoporsi a test di sieropositività.⁹

La promozione dei test e della comunicazione dei risultati dev'essere controbilanciata dal bisogno di proteggere la sicurezza di una donna e il suo diritto di rifiutare il trattamento. Studi condotti in passato hanno dimostrato che un piccolo ma significativo numero di donne sieropositive che comunicano la

loro condizione ai loro partner subiscono, come conseguenza, violenze domestiche, e un numero molto maggiore di loro ha paura di rivelare la propria sieropositività.¹⁰ Man mano che si espandono, comprendendo i test di routine opt-out, in cui tutte le donne vengono sottoposte a tali test a meno che non dichiarino esplicitamente di non volervi partecipare, i servizi per i test dovrebbero essere accompagnati dal rimando a servizi legali o ad autorità di villaggio in grado di affrontare casi del genere.

Alimentazione dei neonati e dei bambini piccoli

Nei paesi industrializzati, alle donne sieropositive viene consigliato di non allattare al seno i loro neonati, come precauzione per evitare una possibile trasmissione del virus dopo la nascita. Ma nella maggior parte dei paesi a basso e medio reddito, il fatto di non allattare al seno comporta altri importanti rischi sanitari per i neonati e i bambini piccoli, come un maggior rischio di morbidità e di mortalità dovute alla diarrea e alla polmonite. Le alternative all'allattamento al seno sono spesso non disponibili, economicamente non sostenibili e culturalmente inaccettabili in popolazioni in cui l'allattamento al seno costituisce la norma.

L'impatto della terapia antiretrovirale sul rischio di trasmissione dell'HIV durante l'allattamento al seno è in fase di valutazione, ma i risultati provvisori sono incoraggianti. In aggiunta a questo, uno studio compiuto in Botswana, in cui è stata offerta una profilassi antiretrovirale, dimostra che il rischio di infezione e di morte da HIV entro i 18 mesi di età risultava simile nei bambini allattati al seno e in quelli allattati artificialmente sin dalla nascita.¹¹

Di recente tutti i dipartimenti e le agenzie competenti dell'ONU hanno adottato una dichiarazione unitaria su HIV e alimentazione dei neonati, in seguito a una consultazione tecnica svoltasi a Ginevra nell'ottobre del 2006.¹² Tale dichiarazione riconosce che la modalità di alimentazione del bambino più appropriata per una madre affetta da HIV dipende dalle circostanze in cui si trova, che comprendono le sue condizioni di salute e la situazione locale. Raccomanda quindi l'allattamento esclusivo al seno alle donne sieropositive per i primi sei mesi di vita, a meno che una forma di alimentazione sostitutiva non sia accettabile, praticabile,

economicamente sostenibile e sicura per loro e per i loro bambini prima di quel momento. Quando è possibile un'alimentazione sostitutiva che soddisfi questi criteri, la dichiarazione raccomanda di evitare totalmente l'allattamento al seno da parte delle donne affette da HIV (vedi scheda).

Alimentazione infantile e HIV

Il rischio di trasmissione dell'HIV attraverso l'allattamento al seno crea un tragico dilemma per le donne sieropositive. Benché elimini il rischio di trasmissione dell'HIV, l'allattamento artificiale esclusivo comporta gravi rischi di malattie diarroiche, di infezioni respiratorie, di malnutrizione e di morte, soprattutto laddove non è garantito l'accesso ad acqua pulita. L'alimentazione artificiale è più costosa dell'allattamento al seno, ma anche le donne che possono permettersela temono magari che, adottandola, altri sospettino che siano sieropositive e le stigmatizzino.¹³

Secondo uno studio condotto da ricercatori in Sudafrica, l'allattamento al seno, quando esclusivo, è associato, in bambini risultati sieronegativi a 6 settimane di età, a un rischio pari circa al 4% di contrarre l'infezione a sei mesi. I ricercatori hanno notato anche che, nei primi tre mesi, la mortalità risultava più che raddoppiata nei bambini che ricevevano un'alimentazione sostitutiva rispetto a quelli allattati esclusivamente al seno.¹⁴

Qualunque cosa decidano di fare, le donne devono essere sostenute nel tentativo di mettere in pratica la loro decisione in tutta sicurezza. L'alimentazione mista durante i primi mesi di vita, che pure costituisce la norma in molti paesi, è estremamente pericolosa, perché fa aumentare il rischio che il bambino contragga l'HIV e altre infezioni potenzialmente letali, in grado di provocare malattie diarroiche e polmonite. In ogni caso, i programmi di consulenza e di educazione pubblici che promuovono l'allattamento al seno esclusivo per i primi sei mesi di vita del neonato e scoraggiano l'alimentazione mista devono continuare.

Le rimanenti sfide programmatiche

L'ampliamento della PMTCT comporta grosse sfide programmatiche anche in paesi che fanno registrare un impegno dimostrabile e un buon accesso ai servizi per le madri e i bambini. Tra queste sfide fondamentali figurano le risorse umane e le infrastrutture insufficienti per l'ampliamento, servizi deboli di assistenza sanitaria alle madri e ai bambini (tra cui un coordinamento inadeguato tra PMTCT e MNCH), un follow-up inadeguato per donne e bambini e collegamenti deboli con l'assistenza, l'aiuto e il trattamento per l'HIV.

MESSAGGI CHIAVE DEL CAPITOLO 2

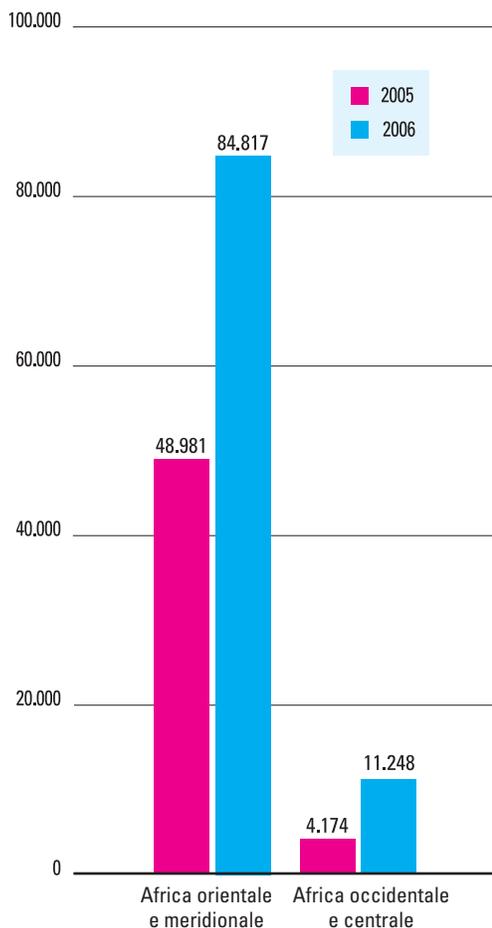
1. L'accesso al trattamento per l'HIV pediatrico è migliorato grazie a delle nette riduzioni nel prezzo dei farmaci antiretrovirali, a un'advocacy più forte e continua, nonché a un maggior coinvolgimento dei partner nelle cure necessarie. È probabile che questa tendenza positiva continui con la recente approvazione di una combinazione pediatrica antiretrovirale generica a dose fissa da parte della Food and Drug Administration statunitense e dell'OMS.
2. L'integrazione dell'assistenza e delle cure pediatriche nei centri di trattamento antiretrovirale per gli adulti che si servono di approcci incentrati sulla famiglia ha contribuito a incrementare l'accesso dei bambini ai servizi per l'HIV, e dovrebbe quindi continuare a ricevere sostegno.
3. Il fatto di rafforzare i programmi per la salute delle madri e dei loro bambini e di collegarli ai programmi di cura e trattamento dell'HIV farà aumentare i tassi di sopravvivenza di tutti i bambini, compresi quelli affetti da HIV.
4. C'è ancora bisogno di estendere i test di sieropositività per i bambini e di fornire una guida operativa sul consenso, sulla comunicazione dei risultati e sul sostegno psicosociale.
5. I sistemi per la valutazione del rendimento e per il miglioramento della qualità sono strumenti che possono venire usati per aumentare l'impiego di interventi essenziali e per garantire la fornitura di un pacchetto completo di assistenza che copra l'intera gamma delle priorità per la sopravvivenza dell'infanzia.



CAPITOLO 2

FORNIRE CURE E TRATTAMENTI PER L'HIV PEDIATRICO

GRAFICO 2: Numero di bambini sieropositivi sotto i 15 anni che ricevono trattamento antiretrovirale, Africa subsahariana (2005-2006)



Fonte: Database globali dell'UNICEF, 2005-2006.

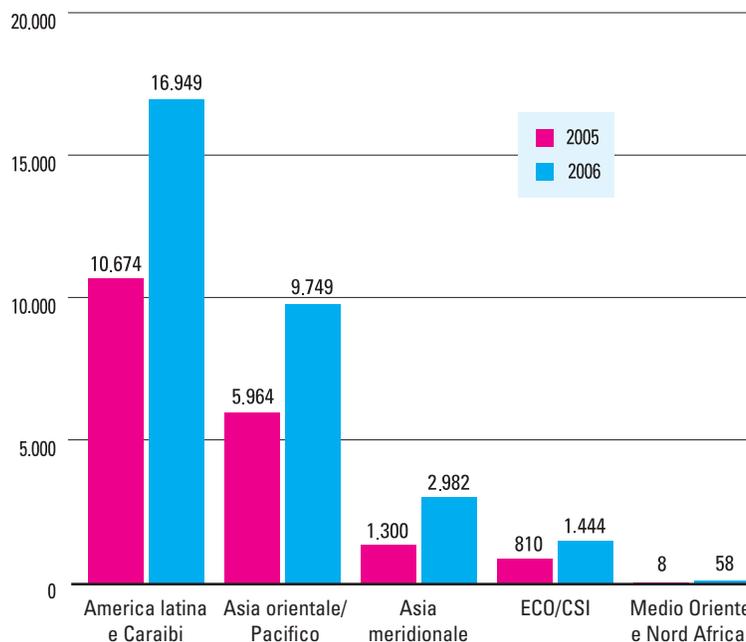
Nel mondo, i bambini sotto i quindici anni che, secondo le stime del 2007, hanno contratto l'HIV sono 2,1 milioni (su un totale di 33,2 milioni di individui).¹⁵ L'Africa subsahariana rimane la regione più colpita, dato che vi risiede quasi il 90% di tutti i bambini affetti da HIV. La maggior parte di questi bambini è stata contagiata dal virus quando si trovava ancora nel grembo materno, durante il parto o mentre veniva allattata al seno, nonostante l'impegno di estendere progressivamente gli interventi per prevenire la trasmissione da madre a figlio dell'HIV. Nel 2007, circa 420.000 altri bambini sono stati contagiati dal virus e 290.000 di loro sono morti.¹⁶

PROGRESSI E RISULTATI

La maggior parte dei bambini affetti da HIV può essere salvata attraverso la somministrazione tempestiva di terapia antiretrovirale (ART) pediatrica e cotrimoxazolo, un antibiotico a basso costo che ha dimostrato effetti positivi sulla sopravvivenza dei bambini contagiati dall'HIV. In tutte le regioni, i bambini che stavano ricevendo la terapia antiretrovirale nel 2006 erano di più di quelli dell'anno precedente (vedi Grafici 2 e 3 qui sotto).

Nei paesi a basso e medio reddito, 127.300 bambini hanno ricevuto l'ART nel 2006 rispetto ai 75.000 del 2005, un aumento pari al 70% (vedi Grafico 4, pagina 12). Questa valutazione dei progressi compiuti si basa su un'analisi di dati pediatrici nazionali raccolti in paesi a basso e medio reddito negli ultimi due anni (vedi Allegato, pagina 38, per la metodologia).

GRAFICO 3: Numero di bambini sieropositivi sotto i 15 anni che ricevono trattamento antiretrovirale, altre regioni (2005-2006)



Fonte: Database globali dell'UNICEF, 2005-2006.

FATTORI CHIAVE DEI PROGRESSI

La programmazione della cura e del trattamento dell'HIV pediatrico ha beneficiato in modo significativo dell'impegno per migliorare l'accesso alle cure da parte degli adulti affetti da HIV. La maggior parte dei paesi sta espandendo la capacità di chi fornisce assistenza agli adulti, in modo da consentirgli di offrire assistenza anche ai bambini, servendosi di approcci incentrati sulla famiglia e basati sulle interazioni di gruppo. In alcuni paesi a elevata diffusione del virus, si stanno espandendo i test di sieropositività per i bambini a tutte le strutture di assistenza sanitaria per l'infanzia, soprattutto quelle dove vengono visitati i bambini ammalati e ci sono quindi maggiori probabilità di diagnosticare chi di loro sia sieropositivo.

In molti paesi, l'advocacy continua e crescente, la riduzione dei prezzi dei farmaci, l'uso di combinazioni antiretrovirali generiche a dose fissa e una migliore previsione dei bisogni di farmaci pediatrici hanno reso possibile l'accesso alla terapia antiretrovirale per i bambini. Il PEPFAR, il Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, alla Tuberculosis e alla Malaria, la Clinton Foundation e l'UNITAID, il fondo internazionale per l'acquisto di farmaci, hanno offerto significativi contributi finanziari e tecnici all'estensione del trattamento dell'HIV pediatrico, consentendo l'accesso all'ART anche in alcune zone rurali.

Fino a poco tempo fa, l'accesso al trattamento antiretrovirale pediatrico era limitato da una mancanza di farmaci antiretrovirali in formulazioni appropriate all'utilizzo pediatrico. Le persone che assistevano i bambini contagiati dall'HIV dovevano spesso frantumare delle compresse per adulti e stimare approssimativamente le dosi appropriate. Nell'agosto del 2007, il programma di pre-qualifica della Food and Drug Administration statunitense e dell'OMS ha approvato una nuova combinazione farmacologica antiretrovirale generica "tre in uno" per bambini. I farmaci vengono attualmente procurati dai governi attraverso il magazzino centrale dell'UNICEF (Supply Division) e il PEPFAR, ma c'è bisogno di ulteriore impegno per pre-qualificare e registrare combinazioni pediatriche migliori e più accessibili.

PASSI AVANTI

L'importanza del trattamento precoce

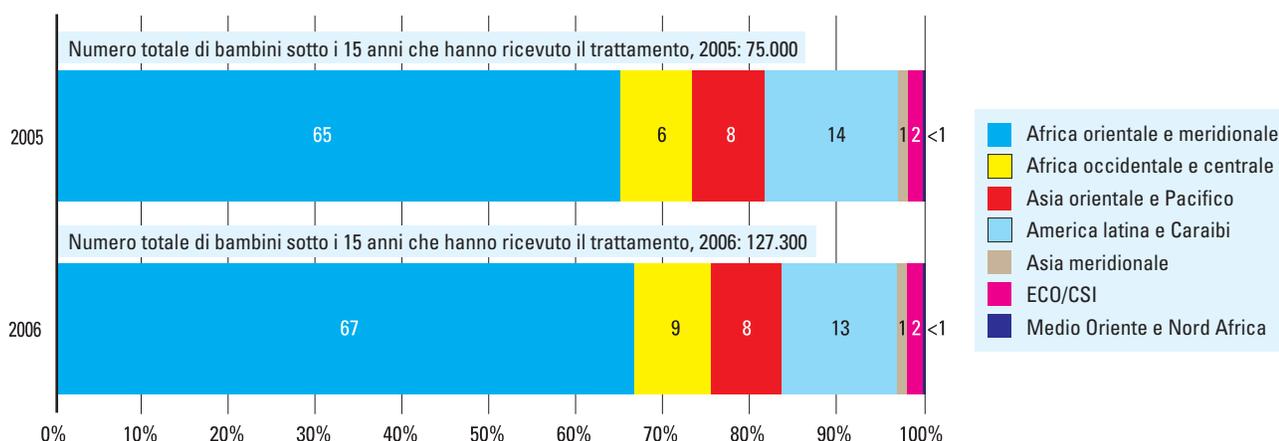
Il decorso dell'HIV è più aggressivo nei neonati che negli adulti. Durante l'infanzia, il sistema immunitario non è sufficientemente sviluppato, e il fatto di contrarre da piccolo l'infezione da HIV ostacola l'ulteriore sviluppo del bambino. La malnutrizione, soprattutto quando è aggravata da infezioni opportunistiche, oltre che dalla diarrea, dal malassorbimento intestinale e dai disturbi del sistema digestivo, è associata alla mortalità tra i bambini esposti all'HIV e contagiati da questo virus.

Il trattamento precoce, entro i primi mesi di vita, può far aumentare nettamente i tassi di sopravvivenza dei bambini affetti da HIV. Secondo uno studio compiuto di recente in Sudafrica, la mortalità si è ridotta del 75% nei bambini sieropositivi sottoposti a trattamento prima di raggiungere le 12 settimane di età.¹⁷

Diagnosi dell'HIV

L'incapacità, da parte di molti sistemi di assistenza sanitaria, di tenere sotto controllo lo stato dell'HIV dei bambini anche quando si sa che le madri sono sieropositive ha fatto perdere molte occasioni per curarli. Poiché il trattamento per i bambini

GRAFICO 4: Distribuzione per regione dei bambini sieropositivi sotto i cinque anni che ricevono trattamento antiretrovirale in paesi a basso e medio reddito (regioni come percentuale del totale) (2005-2006)



Fonte: Database globali dell'UNICEF, 2005-2006.





© UNICEF/HQ05-2074/Donna De Cesare

viene spesso offerto in una clinica diversa da quella in cui la madre ha ricevuto assistenza prenatale o ha partorito, spesso i bambini esposti all'HIV non vengono rilevati quando visitano le cliniche di vaccinazione e altri punti di assistenza sanitaria.

Documentare la sieropositività della madre sulla tessera sanitaria di un bambino costituisce un modo per informare gli operatori sanitari dell'infezione da HIV, affinché sia possibile fornire l'assistenza e il sostegno necessari. Numerosi paesi, tra cui lo Zambia e lo Zimbabwe, stanno adottando questo approccio, mentre altri, come la Repubblica Unita di Tanzania, sono andati ancora oltre, fornendo la tessera sanitaria del bambino alla madre al momento del parto. Idealmente, la madre dovrebbe ricevere la tessera annotata prima di lasciare l'ospedale dopo il parto.

L'accesso alla diagnosi del bambino piccolo attraverso test virologici con reazione a catena della polimerasi (PCR) sta cominciando a migliorare e, in paesi dotati di capacità di laboratorio limitate, i campioni provenienti da siti distanti vengono attualmente trasportati usando filtri in carta per raccogliere campioni di sangue essiccato (Dried Blood Spots o DBS). Nell'Africa orientale e meridionale, dove la capacità e le infrastrutture di laboratorio sono limitate, il numero di paesi che sviluppano i sistemi necessari per raccogliere il sangue con i DBS è aumentato da 6 nel 2005 a 11 nel 2006. Tali sistemi sono stati rilevati

anche in due paesi dell'Africa occidentale e centrale, due Paesi dell'Asia orientale/Pacifico e due dell'Asia meridionale.¹⁸

Nonostante la capacità di diagnosticare lo stato di HIV nella prima infanzia sia in continuo aumento, pochissimi bambini ne stanno beneficiando. L'esperienza con l'attuazione del metodo DBS indica che esistono dei sostanziali ritardi tra il momento in cui un campione viene raccolto e quello in cui i risultati vengono riconsegnati alla clinica. Nei centri in cui pochi bambini vengono sottoposti al test per l'HIV, talvolta i campioni aspettano fino a un mese prima di essere inviati in laboratorio. Analogamente, una volta che i campioni vengono testati, la riconsegna dei risultati alla struttura sanitaria può venire rallentata da sistemi di spedizione inefficienti. La spiacevole conseguenza di tutto questo è che devono trascorrere vari mesi prima che la clinica possa avere a disposizione i risultati dei test, e quando questi risultati arrivano molti bambini sieropositivi magari sono già morti. La tecnologia di Internet e dei telefoni cellulari può contribuire ad accelerare la riconsegna dei risultati.

L'estensione della copertura della PMTCT, con tanto di test di follow-up per i bambini esposti all'HIV, determinerà, alla fine, una diminuzione dei neonati contagiati e incentiverà il riconoscimento di quelli che hanno contratto il virus e bisognosi di cure. Tuttavia, considerati i tassi limitati di copertura della PMTCT in molti paesi ad alta diffusione dell'HIV, il fatto di sottoporre a test soltanto i bambini nati da madri notoriamente sieropositive sarà insufficiente a rilevare la maggior parte dei bambini sieropositivi. In circostanze del genere, i test offerti nelle unità di riabilitazione dalla malnutrizione o nei reparti pediatrici, compresi quelli per la cura della tubercolosi, contribuiranno a ottimizzare l'individuazione dei bambini contagiati. L'OMS ha richiesto maggiori quantità di test e di consulenze in paesi in cui i tassi di copertura della PMTCT sono ancora bassi, mentre la diffusione dell'HIV risulta elevata.

Miglioramento qualitativo nelle cure per l'HIV

Un sistema per esaminare la qualità della gestione può essere utile per guidare le decisioni in materia di pianificazione, monitorando l'assistenza attraverso la valutazione di processi ed esiti sanitari, nonché informando ed educando il personale e la comunità. Si sta attualmente adattando

Costruire un sistema nazionale attraverso le partnership: servizi pediatrici in Cambogia

Il sistema nazionale di servizi per l'HIV pediatrico della Cambogia fornisce le cure e i trattamenti necessari a circa il 70% dei bambini che ne hanno bisogno. Il sistema ha avuto inizio nel 2003 come progetto pilota a Phnom Pehn e, nel 2005, ha coinvolto una vasta gamma di fornitori e di partner sotto la direzione del Centro Nazionale per l'HIV/AIDS, la Dermatologia e le Malattie Trasmesse per Via Sessuale.

Il Centro Nazionale coordina una rete di 150 strutture per il test HIV per bambini di più di 18 mesi, e i test PCR per i bambini sono disponibili presso una struttura sanitaria a Phnom Pehn. Fino a oggi, sono stati rinnovati o costruiti 11 reparti pediatrici presso gli ospedali di riferimento, è stata procurata l'attrezzatura di base e sono in costruzione altri sei reparti pediatrici. Il trattamento viene offerto ai bambini che ne hanno bisogno, con farmaci antiretrovirali e cotrimoxazolo procurati a prezzi negoziati dalla Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative. I dati relativi all'accesso dei bambini all'assistenza per l'HIV pediatrico vengono raccolti e disaggregati per genere e per gruppi di età, quindi analizzati e regolarmente riportati insieme ai dati relativi agli adulti.

Tra gli altri partner del sistema cambogiano figurano CARE International, l'Unione Europea, Family Health International, il Fondo Globale, la Reproductive and Child Health Alliance, il Department for International Development del Regno Unito, l'UNICEF, il Governo Statunitense (attraverso University Research Co. LLC), l'OMS e World Vision Cambogia.

HIVQUAL, un sistema per la valutazione della qualità della gestione, affinché possa essere utilizzato nei sistemi sanitari di tutto il mondo. Tale sistema permette agli operatori sanitari di generare dei dati sempre aggiornati sul rendimento delle strutture sanitarie, in modo da poter individuare i problemi e porvi rapidamente rimedio, nonché migliorare costantemente i servizi. Il sistema HIVQUAL risulta particolarmente adatto per i paesi che cercano di espandere gradualmente i servizi e di conformarsi agli standard assistenziali nazionali.

I clinici o i ministeri della sanità individuano in primo luogo misure di rendimento come la percentuale di pazienti che ricevono il test CD4, o conteggio dei linfociti T, la percentuale di bambini esposti all'HIV che ricevono test virologici per l'HIV entro le prime sei settimane dalla nascita, oppure la percentuale di bambini che ricevono puntualmente le vaccinazioni raccomandate. Il personale viene incoraggiato a integrare attività fondamentali di gestione qualità nel proprio lavoro abituale e a identificare ambiti prioritari da valutare che risultino rilevanti per il loro sistema assistenziale. Quindi un semplice software permette agli operatori sanitari di generare rapidamente report di dati che possono essere sia utilizzati per migliorare i servizi sia inviati ai ministeri della sanità che monitorano i dati aggregati.

Nel 2003, in collaborazione con i Centers for Disease Control and Prevention statunitensi, il governo della Thailandia ha testato in 12 ospedali il sistema HIVQUAL, che ora è diventato il metodo standard per monitorare la qualità dell'assistenza per l'HIV in tutto il sistema sanitario, trattamento pediatrico compreso. L'HIVQUAL è stato attuato anche in Mozambico, in Namibia e in Nigeria, ma anche in Uganda, dove lo si sta testando nell'ambito delle cure pediatriche per l'HIV.

L'approccio all'HIV incentrato sulla famiglia

Un numero crescente di programmi sta adottando un approccio all'HIV incentrato sulla famiglia, offrendo test, trattamento e altri servizi a tutti i membri di una stessa famiglia in un unico luogo. In Uganda, The AIDS Support Organization (TASO) riconosce che il modo più facile e più economico di fornire assistenza consiste nel portarla direttamente nelle case della gente. Con il sostegno degli US Centers for Disease Control and Prevention, la TASO impiega degli operatori sanitari di comunità muniti di motocicletta per portare le cure contro l'HIV, insieme a una gamma di altri servizi sanitari preventivi e per pazienti esterni, tra cui le zanzariere, le pastiglie per la disinfezione dell'acqua, le cure per la tubercolosi e l'antibiotico cotrimoxazolo come trattamento preventivo.

Una preoccupazione espressa di frequente è che il netto aumento dei finanziamenti per l'AIDS possa sottrarre risorse e capacità ad altri programmi come quelli per la sopravvivenza dei bambini e per la salute delle madri. Al contrario, il programma della TASO e altri analoghi dimostrano che l'approccio al trattamento per l'HIV incentrato sulla famiglia può rafforzare altri servizi, perché aiuta chi fa i programmi a riconoscere che la cura dell'HIV pediatrico è più efficace nel contesto di forti programmi per la sopravvivenza dei bambini e per la salute delle madri.

Cooperazione Sud-Sud per l'assistenza e il trattamento per l'HIV

Il governo del Brasile ha sviluppato un meccanismo per assistere e guidare altri paesi in via di sviluppo. Laços Sul-Sul, o Legami Sud-Sud, è un programma, sostenuto dall'UNICEF e dall'UNAIDS, che si propone di promuovere l'accesso universale al trattamento di prima linea per l'HIV in sette paesi con una bassa diffusione del virus: Bolivia, Capoverde, Guinea-Bissau, Nicaragua, Paraguay, Sao Tome e Principe, e Timor-Leste.

Il Brasile è stato uno dei primi paesi a migliorare i servizi di trattamento e di prevenzione dell'HIV, e la sua industria farmaceutica interna produce farmaci antiretrovirali. Ai sensi del programma Laços Sul-Sul, il personale sanitario brasiliano fornisce medicine, assistenza tecnica per il potenziamento delle capacità e il monitoraggio, nonché supporto per la mobilitazione di gruppi della società civile intorno alla riduzione della stigmatizzazione e alla prevenzione e all'assistenza per l'HIV.¹⁹ Tutti i paesi in cui il programma è stato lanciato hanno fatto registrare un rapido miglioramento dei servizi per la PMTCT e per il trattamento dell'HIV, per i bambini oltre che per gli adulti.

Dire a un bambino che è sieropositivo

L'HIV non provoca soltanto sofferenze fisiche. I bambini sieropositivi devono affrontare la solitudine, la paura, la depressione e il senso di perdita, oltre al trauma di doversi prendere cura dei propri genitori malati. Molti tutori temono che dire ai bambini che sono sieropositivi possa solo far aumentare lo stress e l'ansia che già questi bambini provano. Ma se lo si fa con onestà e compassione, il fatto di sapere di essere sieropositivi può effettivamente attenuare il loro stato di confusione e di ansia, rafforzare i rapporti con chi si prende cura di loro e aiutarli a capire perché l'osservanza di un regime di cure sia così importante. Ed è particolarmente importante che i bambini conoscano il proprio stato prima di cominciare a esplorare la loro sessualità.

Pochi paesi in via di sviluppo possono contare su delle linee guida che aiutino le persone a decidere quando e come parlare ai bambini della loro sieropositività. L'African Network for the Care of Children Affected by HIV/AIDS (ANECCA), però, ha sviluppato di recente un programma che affronta i problemi di comunicazione della sieropositività nell'ambito dell'assistenza e del counselling psicosociali per i bambini e gli adolescenti sieropositivi.

Delle linee guida a livello locale possono aiutare le persone a trovare i modi più adeguati per parlare ai bambini dell'AIDS, nel contesto dei costumi e delle norme prevalenti nelle società in cui vivono. In Thailandia, Médecins Sans Frontières ha creato delle fiabe e delle bambole per aiutare chi si prende cura dei bambini piccoli a spiegare loro perché devono prendere delle medicine.²⁰



© UNICEF/HQ05-0879/Shehzad Noorani

MESSAGGI CHIAVE DEL CAPITOLO 3

1. C'è urgente bisogno di migliori informazioni basate su verifiche riguardo ai comportamenti degli adolescenti e dei giovani, soprattutto quelli maggiormente a rischio, per migliorare e mirare gli sforzi per la prevenzione dell'HIV. I dati provenienti dalle varie indagini devono essere disaggregati per età e per sesso, ma anche per stato civile, se possibile.
2. All'interno dei sistemi nazionali per combattere l'HIV, bisogna promuovere, supportare e monitorare delle risposte esaurienti alla prevenzione dell'HIV tra gli adolescenti e i giovani, con una significativa partecipazione da parte dei giovani stessi.
3. Si dovrebbero stabilire delle priorità a livello nazionale e subnazionale per la prevenzione dell'HIV, a seconda dei vari tipi di epidemia e dei diversi rischi e punti deboli tra gli adolescenti e i giovani.
4. Negli ambienti ad alta diffusione del virus e con ampie popolazioni di adolescenti a scuola, il settore educativo deve affrontare, con corsi ufficiali e altri mezzi, il tema della prevenzione dell'HIV, senza trascurare i rischi posti da reti sessuali complesse (rapporti multipli contemporanei e sesso intergenerazionale).
5. Ovunque i giovani hanno bisogno di informazioni accurate e rilevanti sulla propria salute sessuale e riproduttiva e sulla trasmissione dell'HIV, oltre che sulle possibili opportunità di sviluppare delle capacità di riduzione del rischio. I giovani devono anche poter accedere a servizi adeguati di prevenzione dell'HIV, tra cui la consulenza e i test volontari, la riduzione del danno, i servizi per la salute sessuale e riproduttiva, la PMTCT e la circoncisione maschile, nonché a strumenti essenziali come i profilattici.



CAPITOLO 3

PREVENIRE IL CONTAGIO TRA GLI ADOLESCENTI E I GIOVANI

I servizi per il trattamento dell'HIV possono continuare ad espandersi solo ponendo maggiore enfasi sulla prevenzione. Secondo gli ultimi dati, relativi al 2007, i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni rappresentano circa il 40% dei nuovi contagi da HIV tra gli adulti (dai 15 anni in su),²¹ mentre in totale sono 5,4 milioni i ragazzi e le ragazze affetti da HIV (*vedi Tavola 2 qui sotto*).

TAVOLA 2: Giovani tra i 15 e i 24 anni affetti da HIV (2007)

Regione	Femmine	Maschi	Totale
Africa subsahariana	2.500.000	780.000	3.280.000
Asia meridionale	270.000	440.000	420.000
America latina e Caraibi	140.000	280.000	710.000
Asia orientale/Pacifico	110.000	450.000	560.000
ECO/CSI	100.000	240.000	340.000
Medio Oriente e Nord Africa	47.000	35.000	82.000
Totale	3.100.000	2.200.000	5.400.000

Fonte: UNAIDS/OMS, stime non pubblicate, 2007.

PROGRESSI E RISULTATI

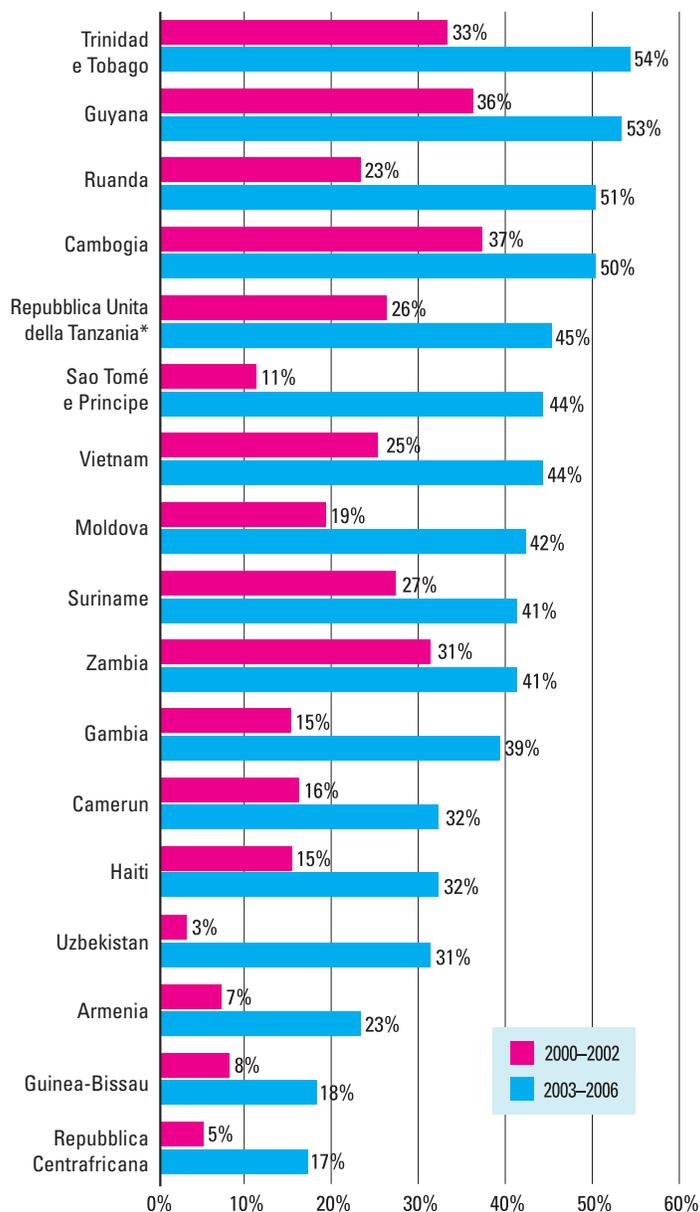
Si sono compiuti progressi grazie al lavoro svolto in vista del raggiungimento degli OSM e degli obiettivi della Sessione speciale sull'HIV/AIDS dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sulla conoscenza corretta ed esauriente dell'HIV (*vedi Grafici 5 e 6, pagina 18*) e, benché i dati siano insufficienti in molti paesi, dai rapporti risulta che, in alcuni di questi paesi, l'uso di profilattici durante le attività sessuali maggiormente a rischio sia in aumento tra i giovani (*vedi Grafici 7 e 8, pagina 19*).

FATTORI CHIAVE DEI PROGRESSI

L'*AIDS Epidemic Update*, pubblicato nel 2007 dall'UNAIDS e dall'OMS, indica che, dal 2000-2001 a oggi, la diffusione dell'HIV tra le ragazze incinte di 15-24 anni che frequentano le cliniche prenatali è diminuita in 11 dei 15 paesi provvisti di dati sufficienti.²² Tra questi paesi ne figurano otto nell'Africa orientale e meridionale, la regione che fa registrare i livelli di diffusione dell'HIV più elevati tra gli adulti e i giovani. In alcuni paesi, le diminuzioni sembrano coerenti con un aumento nell'uso, da parte dei giovani, di profilattici in occasione di rapporti sessuali con partner non regolari. In alcuni paesi, inoltre, ci sono prove di una diminuzione nel numero di giovani, sia uomini sia donne, che hanno dichiarato di aver fatto sesso con più di un partner negli ultimi 12 mesi (*vedi Grafici 9 e 10, pagina 20*).

In alcune zone del Kenya, dell'Uganda, della Repubblica Unita di Tanzania e dello Zimbabwe, in cui i tassi d'infezione da HIV tra gli adulti sono diminuiti, si sono registrate notevoli diminuzioni nei rapporti sessuali di gruppo in tutte le fasce di età, nonché cambiamenti notevoli nelle norme sociali e sessuali, tra cui un miglior rapporto tra partner sessuali.²³ Secondo uno studio compiuto nel 2004, la promozione dell'uso dei profilattici ha avuto meno successo nei paesi ad alta diffusione dell'HIV dell'Africa subsahariana, dove la maggior parte della trasmissione del virus si verifica durante i rapporti a lungo termine, in cui i profilattici vengono usati di rado.²⁴ Sta diventando sempre più chiaro che in questa regione c'è bisogno

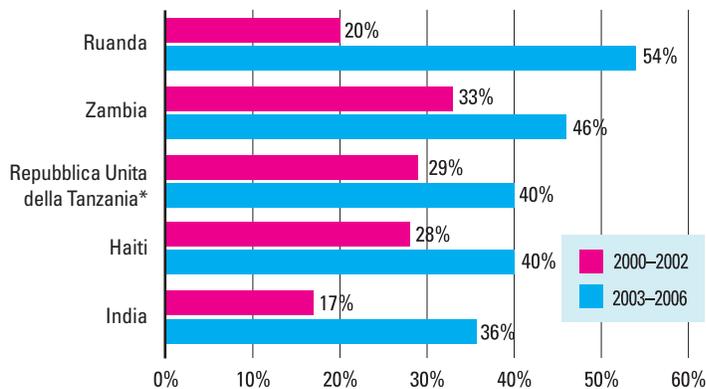
GRAFICO 5: Livelli di conoscenza esauriente dell'HIV tra le ragazze di 15-24 anni (2000-2006)



Nota: Per conoscenza esauriente si intende la capacità di identificare i due modi principali di prevenire la trasmissione sessuale dell'HIV (uso dei profilattici e rapporti sessuali con un partner stabile e non affetto dal virus), rifiutando le due maggiori false convinzioni locali sulla trasmissione dell'HIV e sapendo che una persona apparentemente sana può trasmettere l'HIV. I paesi elencati sono quelli in cui i livelli di conoscenza sono aumentati almeno di 10 punti percentuali. L'asterisco (*) indica che i dati per la barra relativa al 2000-2002 riguardano anni precedenti o diversi rispetto al 2000-2002.

Fonte: Database globale dell'UNICEF, 2000-2006.

GRAFICO 6: Livelli di conoscenza esauriente dell'HIV tra i ragazzi di 15-24 anni (2000-2006)



Nota: Per conoscenza esauriente si intende la capacità di identificare i due modi principali di prevenire la trasmissione sessuale dell'HIV (uso dei profilattici e rapporti sessuali con un partner stabile e non affetto dal virus), rifiutando le due maggiori false convinzioni locali sulla trasmissione dell'HIV e sapendo che una persona apparentemente sana può trasmettere l'HIV. I paesi elencati sono quelli in cui i livelli di conoscenza sono aumentati almeno di 10 punti percentuali. L'asterisco (*) indica che i dati per la barra del periodo 2000-2002 riguardano anni precedenti o diversi rispetto al 2000-2002.

Fonte: Database globale dell'UNICEF, 2000-2006.

di una maggior quantità di interventi preventivi, in grado sia di diminuire i fattori di rischio, come i molteplici rapporti contemporanei e la mancanza di circoncisione maschile, sia di aumentare i fattori protettivi legati agli elementi trainanti dell'epidemia a livello sociale, economico e culturale.

PASSI AVANTI

La conoscenza dell'HIV tra i giovani

Come parte di una esauriente risposta preventiva alla diffusione dell'HIV, gli adolescenti e i giovani hanno bisogno di informazioni accurate e rilevanti sulla trasmissione del virus e di un ambiente incoraggiante e protettivo all'interno delle loro comunità, dove poter parlare apertamente di eventuali comportamenti a rischio.

La rete Y-PEER del Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA), iniziata nel 2001 per contrastare la diffusione dell'HIV, si è estesa a 34 paesi. Più di 150.000 giovani sono stati formati come educatori alla pari e propugnatori della salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti, raggiungendo a loro volta più di 12 milioni di coetanei con messaggi per la prevenzione dell'HIV appropriati all'età e alla cultura dei destinatari. La Y-PEER viene invitata sempre

più spesso dai governi a consigliare e ad appoggiare nuove politiche e nuovi programmi per i giovani, coinvolgendoli in strategie a livello nazionale per combattere l'AIDS.

Anche i mass media possono svolgere un ruolo importante facendo arrivare le informazioni sull'HIV ai giovani, e in effetti è stato dimostrato che hanno contribuito a far aumentare il dialogo interpersonale sull'HIV e sui comportamenti preventivi.

Nell'America latina e nei Caraibi, MTV ha collaborato con l'UNICEF per produrre SexpressYourself, uno special di un'ora in cui dei giovani parlano apertamente e onestamente di rapporti sessuali, di sessualità, di ruoli di genere e di HIV. Nel 2007, partner come la Global Youth Coalition on HIV/AIDS e TakingITGlobal si sono uniti all'UNICEF per esplorare in che modo il networking sociale e le piattaforme wiki-based potrebbero venir usate per educare, mobilitare e coinvolgere i giovani nella risposta agli effetti dell'HIV.

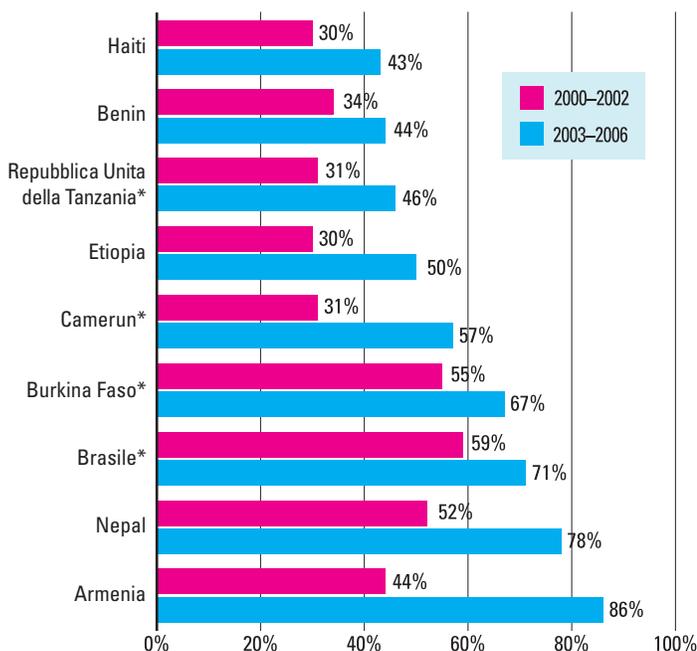
Creare competenze per incidere sui fattori protettivi e di rischio

È necessaria una combinazione di interventi per prevenire la trasmissione dell'HIV tra gli adolescenti e i giovani, comprese le opportunità di creare delle competenze per la riduzione del rischio. Attualmente più di 70 paesi e territori in via di sviluppo hanno reso obbligatorie, nei programmi delle scuole nazionali, delle attività formative per l'insegnamento di nozioni e competenze pratiche comprendenti la prevenzione dell'HIV.²⁵

Considerato il livello relativamente elevato di frequenza della scuola elementare nei Caraibi, con una leggera disparità in favore delle bambine, gli sforzi per la prevenzione dell'HIV a livello scolastico hanno il potenziale di raggiungere un gran numero di adolescenti. Di recente il Comitato Permanente dei Ministeri dell'Istruzione della comunità caraibica ha esaminato e modificato un modello programmatico comune, basato su nozioni e componenti pratiche, per l'educazione, dalla scuola pre-primaria a quella secondaria, alla salute e alla vita familiare, in modo da dare maggiore enfasi alla prevenzione dell'HIV.

Quasi tutti i paesi dell'Africa occidentale e centrale dispongono, nei programmi scolastici, di qualche forma di educazione basata su nozioni e competenze pratiche, comprese quelle relative all'HIV e alla parità dei sessi. L'educazione basata su nozioni e competenze pratiche costituisce una parte obbligatoria dei programmi ufficiali in più della metà dei paesi della regione. Numerosi paesi hanno anche dei piani per l'HIV e l'AIDS nel settore dell'educazione. Questa regione presenta i tassi di partecipazione scolastica più bassi in assoluto a livello di scuola primaria, e quelli più bassi dopo l'Africa orientale e meridionale a livello di scuola secondaria,²⁶ perciò è chiaramente necessario intensificare l'impegno per raggiungere gli adolescenti e i giovani che non frequentano la scuola.

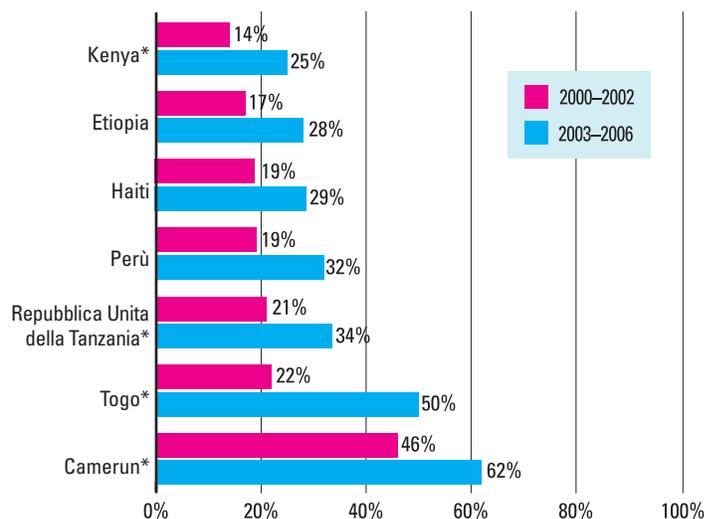
GRAFICO 7: Uso del preservativo nell'ultimo rapporto sessuale a rischio tra i ragazzi di 15-24 anni (2000-2006)



Nota: Viene definito a rischio il rapporto sessuale con un partner diverso dal coniuge o dal convivente, oppure con più di un partner. L'uso del profilattico durante l'attività sessuale ad alto rischio è un indicatore indiretto di pratiche sessuali più sicure. I paesi elencati sono quelli in cui i livelli di uso del preservativo sono aumentati di almeno 10 punti percentuali. L'asterisco (*) indica che i dati per la barra del periodo 2000-2002 si riferiscono ad anni precedenti o diversi rispetto al 2000-2002.

Fonte: Database globale dell'UNICEF, 2000-2006.

GRAFICO 8: Uso del preservativo in occasione dell'ultimo rapporto sessuale a rischio tra ragazze di 15-24 anni (2000-2006)



Nota: Viene definito a rischio il rapporto sessuale con un partner diverso dal coniuge o dal convivente, oppure con più di un partner. L'uso del profilattico durante l'attività sessuale ad alto rischio è un indicatore indiretto di pratiche sessuali più sicure. I paesi elencati sono quelli in cui i livelli di uso del preservativo sono aumentati di almeno 10 punti percentuali. L'asterisco (*) indica che i dati per la barra del periodo 2000-2002 si riferiscono ad anni precedenti o diversi rispetto al 2000-2002.

Fonte: Database globale dell'UNICEF, 2000-2006.

Un'educazione incentrata su nozioni e competenze pratiche viene fornita anche al di fuori dei programmi ufficiali. In Namibia, un intervento extracurricolare basato proprio sull'insegnamento di queste nozioni e competenze, iniziato nel 1997, ha formato più di 170.000 adolescenti grazie a un programma condotto da altri adolescenti e concentrato sulla salute sessuale e riproduttiva e sulla prevenzione dell'HIV. In Bangladesh, l'insegnamento di nozioni e competenze pratiche anche sull'HIV fa parte dell'istruzione di base non formale per i bambini lavoratori che vivono in città.

Accesso ai servizi sanitari e sociali

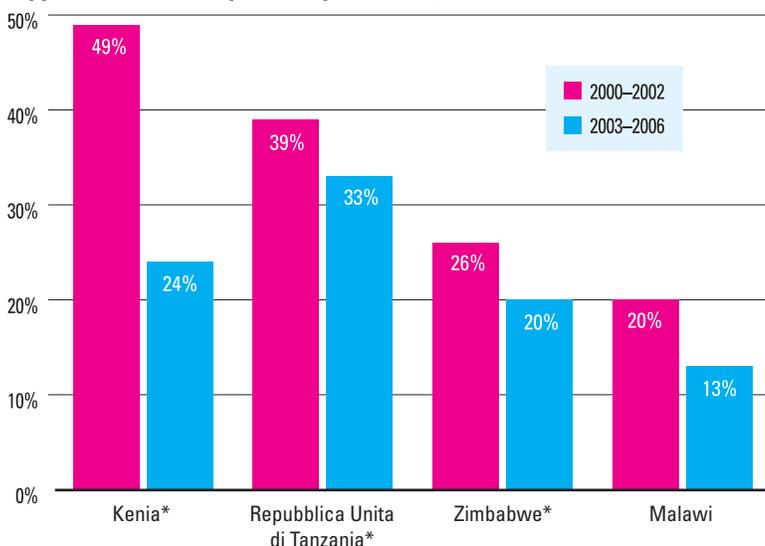
Un programma completo di prevenzione dell'HIV per i giovani deve comprendere dei servizi anonimi e confidenziali che promuovano la salute sessuale e riproduttiva, consulenze e test volontari per l'HIV, la cura delle malattie a trasmissione sessuale, la distribuzione di profilattici, la circoncisione maschile volontaria, nonché servizi di PMTCT e di riduzione del danno integrati in punti preesistenti di erogazione dei servizi.

Un esempio di programma integrato è rappresentato dai servizi sanitari "amici dei giovani" forniti all'interno di preesistenti centri di assistenza primaria in Uzbekistan, dove il personale viene formato in modo da poter assistere gli adolescenti proteggendone la privacy. Questo programma, nato dalla collaborazione tra UNICEF, Population Services International, autorità sanitarie locali e Tarikat, un programma sanitario uzbeko, è stato il primo in Uzbekistan a collegare i servizi a livello locale con delle cliniche per raggiungere gli adolescenti maggiormente a rischio di contagio da HIV.²⁷

Tra gli interventi che, negli ultimi anni, sono stati progressivamente estesi in Uganda figurano campagne informative, programmi per l'uso dei profilattici, servizi per la consulenza e i test volontari, servizi per il trattamento delle malattie a trasmissione sessuale, nonché forme di educazione basate sulla prevenzione dell'HIV e su nozioni e competenze pratiche per gli adolescenti e i giovani dentro e fuori la scuola, ossia tutti elementi essenziali per un approccio globale.

Gli adolescenti e i giovani rappresentano loro stessi una straordinaria risorsa per la prevenzione. In Giamaica, il Bashy Bus

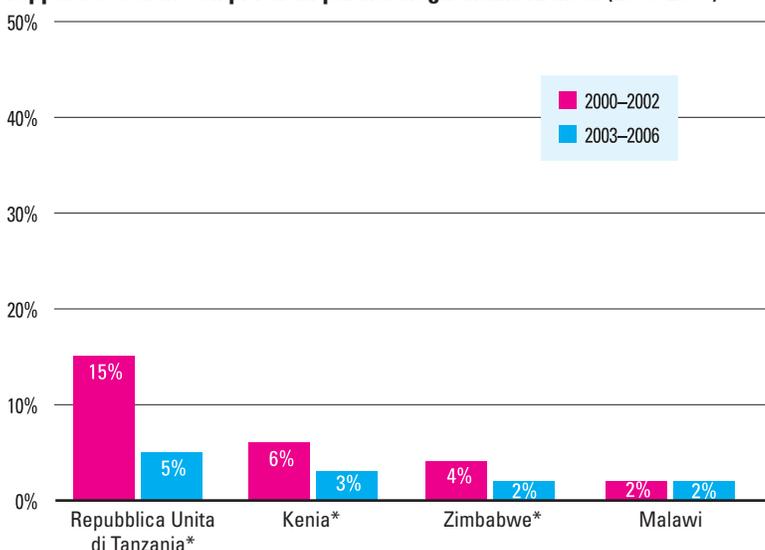
GRAFICO 9: Percentuale di ragazzi tra i 15 e i 24 anni che hanno avuto rapporti sessuali con più di un partner negli ultimi 12 mesi (2000-2006)



Nota: L'asterisco (*) indica che i dati per la barra del periodo 2000-2002 si riferiscono ad anni precedenti o diversi rispetto al 2000-2002.

Fonte: Database globale dell'UNICEF, 2000-2006.

GRAFICO 10: Percentuale di ragazze tra i 15 e i 24 anni che hanno avuto rapporti sessuali con più di un partner negli ultimi 12 mesi (2000-2006)



Nota: L'asterisco (*) indica che i dati per la barra del periodo 2000-2002 si riferiscono ad anni precedenti o diversi rispetto al 2000-2002.

Fonte: Database globale dell'UNICEF, 2000-2006.

(party bus) funge da clinica mobile per fornire ai giovani delle comunità rurali consulenza e test per l'HIV rapidi e confidenziali; i facilitatori e gli educatori alla pari attraggono l'attenzione e diffondono messaggi sulla prevenzione dell'HIV attraverso attività musicali e teatrali. L'"e-group" Living Positively, sostenuto dall'OMS e coordinato da membri della Global Youth Coalition on HIV/AIDS è uno spazio su Internet in cui i giovani affetti da HIV possono trovare informazioni e condividere idee ed esperienze tra di loro e con i fornitori del servizio.

L'OMS ha offerto supporto tecnico ai Ministeri della Sanità di numerosi paesi africani (tra cui Burkina Faso, Eritrea, Ghana, Kenya, Liberia, Malawi, Sao Tomé e Principe, Togo e Repubblica Unita di Tanzania) per lo sviluppo di un approccio sistematico al rafforzamento della risposta del settore sanitario alla prevenzione dell'HIV e alla salute sessuale e riproduttiva degli adolescenti, comprendente l'elaborazione di standard per i servizi sanitari "amici degli adolescenti", adattando i materiali di formazione per gli operatori sanitari e realizzando dei sistemi per il monitoraggio di tali standard a livello distrettuale.

In situazioni di conflitti armati, disastri naturali e altre emergenze, l'accesso ai servizi sanitari e sociali, profilassi post-esposizione compresa, costituisce una parte essenziale di una strategia completa per affrontare la violenza di genere e la prevenzione dell'HIV, soprattutto nelle risposte mediche allo stupro negli scenari d'emergenza.

Prevenzione dell'HIV nelle epidemie basse e concentrate

La prevenzione dell'HIV dove i tassi di diffusione sono bassi o l'epidemia è concentrata in popolazioni specifiche risulta impegnativa, perché la diffusione dell'HIV viene alimentata da comportamenti ad alto rischio e generalmente stigmatizzati. Si sa molto su come prevenire il contagio da HIV tra gli adolescenti e i giovani maggiormente a rischio, ma generalmente i programmi di questo tipo non sono stati estesi.

La Repubblica Islamica dell'Iran rappresenta un'eccezione e, dal 2000, dispone di Centri di Consulenza per le Malattie Comportamentali per ridurre il livello di rischio tra chi fa uso di droghe iniettabili. Nel 2005, per integrare queste cliniche, il

Ministero della Sanità ha aperto dei centri di servizio per gli adolescenti in sette città, dove i giovani ex-tossicodipendenti, i ragazzi che fanno sesso con gli uomini e soprattutto gli adolescenti più a rischio vengono formati come educatori alla pari, affinché possano parlare ai giovani dei pericoli dell'HIV. Una sfida tuttora in corso in questo programma, come altrove, consiste nel fare in modo che i giovani maggiormente a rischio utilizzino i servizi disponibili.

Il Programma Nazionale per il Controllo dell'AIDS e il Ministero della Sanità del Pakistan hanno sviluppato una strategia specifica di prevenzione dell'HIV per i giovani, concentrata sui comportamenti ad alto rischio. Il piano richiede a differenti settori di unirsi alle attività preventive condotte dai ministeri della Giustizia, degli Affari Interni e della Gioventù. La strategia in questione individua la disoccupazione e la povertà come fattori importanti che fanno aumentare la vulnerabilità e richiede una migliore formazione professionale e altre opportunità educative per i giovani.

In Bulgaria e in Serbia, il progetto Forza della Prevenzione si serve della rete Y-PEER del Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione per portare le informazioni e i servizi necessari per la prevenzione dell'HIV ai giovani che fanno lavori collegati al sesso. In India, dei programmi tra pari mirati a livello locale, dei servizi sanitari e delle attività di comunicazione per i giovani in 43 distretti ad alta diffusione dell'HIV stanno aiutando a raggiungere gli adolescenti, i giovani e soprattutto le ragazze ad alto rischio.

Fare la differenza con gli adolescenti e i giovani

Il cambiamento comportamentale tra gli adolescenti e i giovani rimane un'arma essenziale contro l'HIV. In linea con le raccomandazioni dell'UNAIDS, i pianificatori nazionali devono migliorare la loro comprensione dell'epidemia di HIV locale e mettere a punto la loro risposta, facendo in modo che sia informata dalle migliori prove di nuovi contagi e che la copertura sia ampia e costante. Così facendo, dovrebbero riuscire a identificare e a comprendere i comportamenti a rischio e i contesti sociali e culturali che fanno aumentare la vulnerabilità dei giovani dal contagio da HIV, oltre ai fattori portanti del problema a livello strutturale e sociale, come la povertà e la disuguaglianza di genere.

Benché la comprensione dei bisogni degli adolescenti e dei giovani, in termini di prevenzione dell'HIV, sia maggiore rispetto a un decennio fa, rimane la necessità pressante di raccogliere dei dati su questi gruppi, disaggregati per età, per sesso e, ove possibile, per stato civile. C'è urgente bisogno di maggiori ricerche di qualità sulle determinanti del cambiamento comportamentale tra gli adolescenti e i giovani, oltre che della mobilitazione sociale indispensabile per sostenere tali cambiamenti.

C'è bisogno, inoltre, di fare di più per garantire che gli adolescenti e i giovani, compresi quelli affetti da HIV, partecipino sistematicamente all'ideazione, alla realizzazione e al monitoraggio dei programmi per la prevenzione dell'HIV.

MESSAGGI CHIAVE DEL CAPITOLO 4

1. Lo stigma e la discriminazione nei confronti dei bambini colpiti dall'AIDS continuano a rappresentare dei grossi ostacoli e devono essere affrontati in tutti gli aspetti della risposta all'epidemia.
2. Leggi, politiche e servizi che aiutino le famiglie e le comunità a prendersi cura degli orfani miglioreranno molto il benessere di questi bambini.
3. Il sostegno ai bambini colpiti dall'AIDS non dovrebbe escludere altri bambini ugualmente vulnerabili dall'accesso a servizi essenziali; i beneficiari del programma non dovrebbero essere identificati soltanto dalla condizione di orfani.
4. Il trasferimento di fondi e altri programmi di protezione sociale permettono alle famiglie povere di offrire una migliore assistenza ai bambini colpiti dall'AIDS.
5. L'estensione dei servizi per l'assistenza sanitaria di base e l'istruzione di qualità a tutti i bambini, attraverso l'eliminazione delle tasse scolastiche e altri mezzi, può contribuire a ridurre le disparità tra gli orfani e gli altri bambini.



CAPITOLO 4

PROTEGGERE E AIUTARE I BAMBINI COLPITI DALL'AIDS

Secondo i dati del 2005, 133 milioni di bambini in tutto il mondo hanno perso uno o entrambi i genitori per qualunque causa, compreso l'AIDS,²⁸ e il numero di orfani continua a crescere. L'Africa subsahariana è la regione più duramente colpita dall'epidemia (vedi Grafico 11 qui sotto).

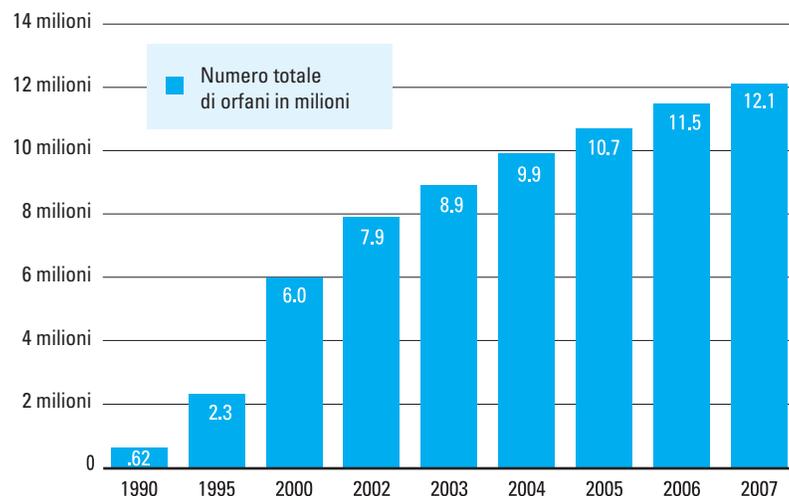
In zone interessate da epidemie basse e concentrate, soltanto una piccola percentuale di bambini è stata colpita dall'AIDS. Ma questi bambini e le loro famiglie hanno molte probabilità di dover affrontare la discriminazione, soprattutto quando i genitori sono già stigmatizzati per come viene percepito il loro comportamento. Recenti ricerche compiute in Bangladesh, India, Nepal e Pakistan dimostrano come lo stigma e la discriminazione collegati all'AIDS impediscano ai bambini di ricevere dei servizi sociali fondamentali e talvolta conducano all'istituzionalizzazione a lungo termine e alla negazione delle cure dei genitori.²⁹

Nelle comunità in cui è opinione comune che le donne sieropositive non possano prendersi adeguatamente cura delle loro famiglie, molte donne accettano che sia lo Stato ad assistere i loro figli. Questo è particolarmente probabile laddove esiste una forte tradizione di assistenza statale, come nei paesi che facevano parte del blocco sovietico. Si stima, per esempio, che tra il 10% e il 20% dei bambini nati da madri sieropositive nella Federazione Russa vengano abbandonati alla nascita in istituti statali, tra cui degli ospedali.³⁰ Queste strutture, però, non possono offrire né il calore fisico ed emotivo né lo stimolo intellettuale necessario per il sano sviluppo di ogni bambino.

PROGRESSI E RISULTATI

Un indicatore chiave della situazione dei bambini colpiti dall'AIDS è rappresentato dal tasso di frequenza scolastica degli orfani, che mette a confronto la frequenza scolastica dei bambini tra i 10 e i 14 anni che hanno perso entrambi i genitori con quella dei bambini della stessa età i cui genitori sono ancora vivi e che vivono con uno o entrambi i genitori (vedi Grafico 12). Nella maggior parte dei paesi, i bambini che hanno

GRAFICO 11: Numero stimato di bambini sotto i 18 anni resi orfani dall'AIDS nell'Africa subsahariana (1990-2007)



Fonte: Stime non pubblicate dell'UNAIDS/OMS, 2007.

perso entrambi i genitori hanno minori probabilità di frequentare la scuola rispetto ai bambini i cui genitori sono ancora vivi, ma sembra che questa disparità stia diminuendo in molti paesi.

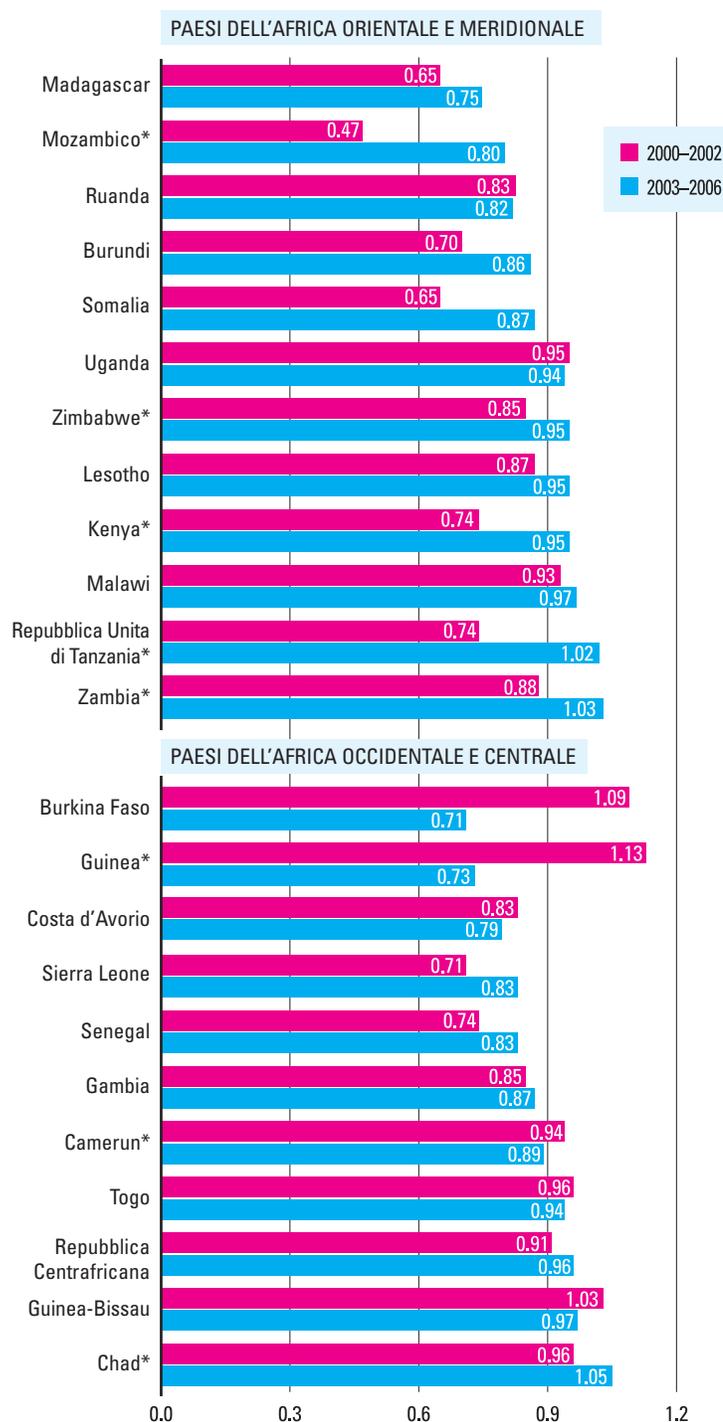
Un numero crescente di paesi ha sviluppato specifici piani d'azione su scala nazionale per gli orfani e i bambini a rischio. Nel 2007, 24 paesi del mondo, 21 dei quali nell'Africa subsahariana, avevano completato questi piani, mentre altri 10 paesi del mondo, tra cui 9 sempre nell'Africa subsahariana, avevano dei piani ancora in corso.³¹ Molti paesi stanno integrando delle politiche in favore dei bambini colpiti dall'AIDS nei piani di sviluppo nazionali, nei piani d'azione complessivi a livello nazionale per i bambini e nei piani politici di ministeri come quelli dell'istruzione e della salute.

Il nuovo South Asia Regional Strategic Framework for the Protection, Care and Support of Children Affected by HIV/AIDS offre una guida agli otto stati membri della South Asian Association for Regional Cooperation riguardo alla protezione e al sostegno dei bambini colpiti dall'AIDS e richiede misure specifiche per affrontare il problema della stigmatizzazione collegata all'AIDS. Questo sistema inserisce i bambini colpiti dall'AIDS all'interno del gruppo più ampio dei bambini in circostanze difficili, e promuove l'accesso universale ai servizi di base, senza mirare esclusivamente ai bambini colpiti dall'AIDS. Come follow-up, l'India ha sviluppato un modello di politica nazionale per i bambini e l'AIDS comprendente strategie, obiettivi e traguardi negli ambiti della prevenzione, della PMTCT, del trattamento pediatrico e delle protezioni per i bambini colpiti dall'AIDS.

FATTORI CHIAVE DEI PROGRESSI

La ricerca sugli effetti dell'AIDS in Africa ha determinato un cambiamento del modo di concepire il significato della vulnerabilità nel contesto di un'epidemia generalizzata. I bambini colpiti dall'AIDS hanno più probabilità di altri di rimanere indietro a scuola, e tendono anche a vivere in famiglie più povere. I governanti si stanno rendendo conto che spesso è utile aiutare le comunità colpite dall'AIDS migliorando i servizi per tutti i bambini vulnerabili, compresi quelli che versano in cattive condizioni di salute, che non vanno più a scuola, che sono gravati

GRAFICO 12: Tasso di frequenza scolastica degli orfani (2000-2006)



Nota: L'asterisco (*) indica che i dati per la barra del periodo 2000-2002 si riferiscono ad anni precedenti o diversi rispetto al 2000-2002.

Fonte: Database globale dell'UNICEF, 2000-2006.



da carichi di lavoro eccessivi, estremamente poveri o stigmatizzati, indipendentemente dal fatto che siano orfani o sieropositivi.

Spesso saranno le stesse comunità colpite dall'AIDS a individuare i bisogni di protezione e di sostegno all'interno della comunità.

L'assistenza ai bambini a rischio nelle comunità è stata offerta principalmente dalle famiglie, dai gruppi affiliati alla chiesa e da altre piccole organizzazioni, tra cui quelle di risparmio, le cooperative e i gruppi di sostegno per le donne. Sebbene la loro sostenibilità non sia sempre garantita, molti piccoli gruppi e organizzazioni forniscono aiuti essenziali e svolgono un ottimo lavoro. E anche se i governi e la maggior parte delle grandi agenzie internazionali sono stati inizialmente lenti a rispondere alle sfide che i bambini colpiti dall'AIDS si trovano a dover

affrontare, questa situazione sta cambiando. Ma i governi devono fare di più a sostegno dell'accesso equo, per tutte le comunità colpite dall'AIDS, a servizi come l'istruzione, l'assistenza sanitaria, la registrazione anagrafica e l'assistenza legale per affrontare problemi come lo stupro, la violenza sui bambini e i diritti di successione. I governi e i donatori stanno esplorando sempre di più le possibilità di reti di sicurezza ufficiali, come i piani per il trasferimento di fondi per le famiglie più povere (*vedi scheda sotto*).

Un modo di affrontare le disparità create dall'AIDS consiste nel far sì che i governi rendano universale l'istruzione con mezzi come l'eliminazione delle tasse scolastiche, oltre a garantire la protezione, le opportunità educative specifiche e l'assistenza e il supporto essenziali all'interno degli ambienti scolastici. Questo approccio risulta coerente con gli ampi traguardi articolati come OSM e con i vari modi, stabiliti dalla Sessione speciale sull'HIV/AIDS dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite, di affrontare i fattori che rendono gli individui vulnerabili al contagio, proteggendo contemporaneamente i loro diritti sanitari e umani.

Il ruolo dei trasferimenti di fondi nell'attenuazione dell'impatto dell'AIDS sui bambini

Nel 2007, l'UNICEF ha valutato dei piani per il trasferimento di fondi in Malawi, Sudafrica e Zambia. I programmi si servono di un approccio partecipativo basato sulle comunità per individuare le famiglie più povere colpite dall'AIDS e dare loro uno stipendio mensile, che nello Zambia va dai 7,50 ai 10 dollari, una cifra corrispondente a circa il doppio del reddito complessivo delle famiglie in questione. Secondo le stime dei ricercatori, questi piani hanno raggiunto circa l'80% delle famiglie bisognose.³² Si sta attualmente ampliando il progetto pilota del Malawi, allo scopo di raggiungere, entro la fine del 2008, circa 25.000 famiglie in cui vivono circa 74.000 orfani e bambini a rischio.

Nello Zambia la valutazione ha permesso di scoprire che il consumo di cibo era aumentato, anche se c'era stata una siccità poco prima dell'inizio dello studio, e che l'incidenza della malattia era diminuita sia nei bambini sia negli adulti. I tassi d'iscrizione scolastica sono aumentati solo di poco, però, probabilmente perché ci sono poche scuole nella zona e la siccità, la malattia e altri problemi all'interno delle famiglie hanno fatto sì che i bambini più vulnerabili rimanessero a casa.

Nel 2004, il Ministero degli Affari Interni del Kenya ha dato il via a un programma pilota per il trasferimento di fondi per gli orfani e i bambini a rischio. Questo programma pilota, che ha già raggiunto 5.000 famiglie e mira a raggiungerne 100.000 entro il 2012, si rivolge alle zone con tassi elevati di povertà e di diffusione dell'HIV. Vengono condotte delle indagini iniziali a livello comunitario per individuare le famiglie più povere, dopodiché un sistema di gestione delle informazioni verifica i criteri e classifica le famiglie. Questa classificazione viene poi discussa in una riunione comunitaria, per determinare quali famiglie debbano essere iscritte al progetto. Per individuare dei fornitori affidabili di servizi di pagamento è stato ingaggiato l'ufficio postale nazionale.

L'ampliamento dei trasferimenti di fondi al 10% più povero delle famiglie nei paesi gravemente colpiti dall'AIDS può essere un impegno economicamente sostenibile. Secondo le stime avanzate nello studio dell'UNICEF, costerebbe circa 42 milioni di dollari in Malawi³³ mentre, secondo uno studio effettuato dall'Organizzazione Internazionale del Lavoro in sette paesi dell'Africa subsahariana, il costo equivarrebbe a meno dell'1% del prodotto interno lordo di ogni paese.³⁴ I trasferimenti di fondi non sono una panacea, ma possono fare la differenza, soprattutto se inseriti all'interno di un programma più ampio di protezione sociale guidato dal governo e dalla società civile.

Esempi di programmi su base comunitaria per i bambini a rischio

Lo Swaziland ha 665 punti di assistenza di quartiere che forniscono servizi essenziali come cibo, sostegno sociale e un posto sicuro per giocare a 30.000 bambini a rischio in tutto il paese. Organizzazioni del genere fungono da occhi e orecchie della comunità, individuando e indirizzando bambini che non vanno a scuola, che versano in cattive condizioni di salute o che sono vittime di abusi.

Nel 2006, un programma pilota attuato nella Repubblica Democratica del Congo ha offerto assistenza a circa 50.000 orfani e bambini a rischio. Questo programma si serve di una rete preesistente di volontari, organizzati prevalentemente attraverso la chiesa cattolica, per individuare i bambini da integrare nelle scuole elementari e a cui offrire servizi sanitari, senza alcun costo per i loro genitori. Sostenuto dall'UNICEF dal 2004, il programma ha aiutato le famiglie attraverso la formazione professionale per i bambini più grandi e delle attività produttive di reddito per chi si prende cura di loro.

L'Associazione François-Xavier Bagnoud ha condotto dei programmi a sostegno delle famiglie a rischio in Uganda dal 1990 e in Rwanda dal 1995. Alle famiglie viene fornito per tre anni un sostegno completo, comprendente assistenza sanitaria, trattamento antiretrovirale se necessario, insegnamento scolastico, formazione professionale, finanziamento per piccole imprese e consulenza psicosociale. Dopo aver completato il programma, circa l'80% delle famiglie è in grado di mantenersi autonomamente. Adesso tutti i bambini delle famiglie beneficiarie frequentano la scuola.



© UNICEF/H006-0410/Giacomo Pirozzi

PASSI AVANTI

Rispondere ai bisogni psicosociali dei bambini colpiti dall'AIDS

Il sostegno psicosociale è essenziale, ed è meglio quando a offrirlo sono dei congiunti e altre persone che hanno un rapporto stabile e a lungo termine col bambino. Nella maggior parte dei casi, dunque, non richiede interventi psicosociali esterni. I programmi dovrebbero mirare, piuttosto, a rafforzare le famiglie, di modo che possano prendersi cura dei bambini orfani e vulnerabili, a ristabilire le routine domestiche e a promuovere un senso di dignità e di rispetto sia per i bambini sia per chi si prende cura di loro. Si deve cercare di creare un ambiente incoraggiante in cui i bambini si sentano abbastanza sicuri da esprimere i loro bisogni e parlare volontariamente dei loro sentimenti nel contesto di un sistema di sostegno stabile.

Le organizzazioni a carattere religioso e quelle basate sulla comunità possono aiutare le famiglie e le comunità stesse attraverso la formazione professionale o tramite dei centri di assistenza in cui i bambini a rischio riescano a trovare cibo, altri generi di prima necessità e un posto sicuro per giocare. Questi centri possono fornire anche un aiuto nei casi di abuso o di abbandono, nonché l'assistenza di adulti pronti a negoziare a favore di un bambino con le scuole, i servizi sociali e altre istituzioni.

CAPITOLO 5

MONITORARE I PROGRESSI E LA DISPONIBILITÀ DEI DATI

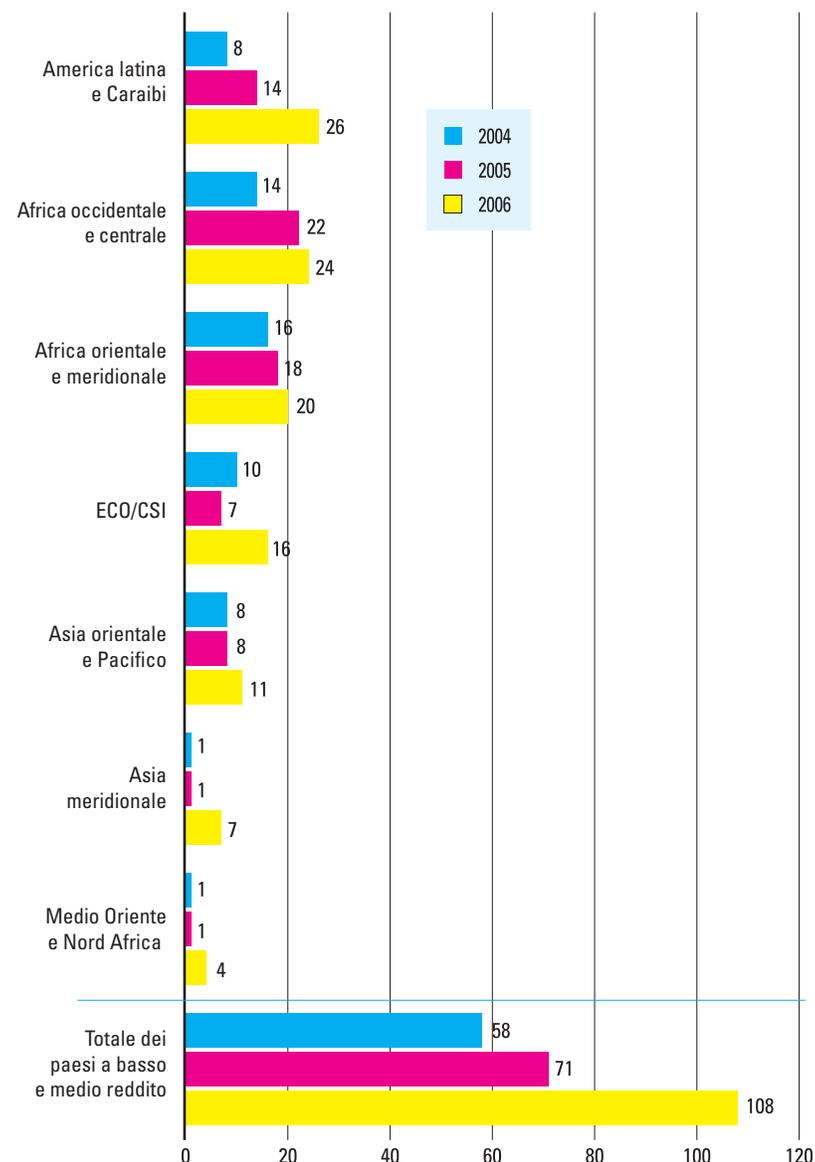
“Una delle maggiori sfide che dobbiamo affrontare per combattere l’AIDS nei bambini è rappresentata dall’incapacità di accedere ai dati di base sull’infanzia, necessari per ideare programmi efficaci. Abbiamo urgente bisogno di sapere di più su come l’AIDS colpisce bambini diversi in fasi diverse dell’infanzia, in modo da poter rispondere meglio ai loro bisogni.”

Michel Sidibe
UNAIDS
Vice-direttore generale per i programmi, al secondo Forum Pan-Africano sull’Infanzia, Il Cairo, 30 ottobre 2007

L’iniziativa *Uniti per i Bambini, Uniti contro l’AIDS* si propone fondamentalmente la riduzione del contagio da HIV nei bambini e nei giovani e l’attenuazione dell’impatto dell’AIDS. Per essere sicuri che le attività sostenute siano di alta qualità e basate sulle migliori prove disponibili, sono essenziali dei sistemi di monitoraggio a livello nazionale. Come dimostra il Grafico 13 qui sotto, il numero di paesi che riportano dati relativi alla prevenzione della trasmissione da madre a figlio dell’HIV è nettamente aumentato dal 2004 al 2006.

Ciononostante, la portata e l’affidabilità dei dati risultano ancora limitate. Soltanto pochi paesi raccolgono sistematicamente informazioni sui test CD4, sulla profilassi con cotrimoxazolo o sulla diagnosi precoce nei neonati, e perciò non sono disponibili dati affidabili a livello globale. L’OMS, l’UNICEF, l’UNAIDS e altri partner stanno lavorando insieme per rafforzare la capacità di monitoraggio e di valutazione a livello nazionale.

GRAFICO 13: Numero di paesi che riferiscono dei dati sulla terapia antiretrovirale per la PMTCT (2004-2006)



Fonte: Database globale dell’UNICEF, 2004-2006.

I dati sulla prevenzione dell'HIV tra i giovani sono sempre più disponibili. Vengono raccolti principalmente attraverso Indagini campione a indicatori multipli supportate dall'UNICEF, Ricerche demografiche e sanitarie e Indagini di monitoraggio sul Comportamento. Ciononostante, questi dati sono ancora limitati. È necessario un impegno condiviso

per aiutare i paesi a raccogliere i dati necessari tra le popolazioni emarginate e difficili da raggiungere. La Tavola 3, qui sotto, mostra il numero di paesi con dati disponibili sugli indicatori relativi alle conoscenze in materia di HIV e al comportamento sessuale dei giovani.

Poiché ancora non è stata data una definizione standard di vulnerabilità e resta da determinare un pacchetto minimo di servizi, risulta difficile sviluppare degli indicatori di monitoraggio

TAVOLA 3: Numero di paesi a basso e medio reddito con dati disponibili sugli indicatori della conoscenza dell'HIV e del comportamento sessuale tra i giovani (2000-2006)

Indicatore: Percentuale di giovani tra i 15 e i 24 anni con una conoscenza esauriente e corretta dell'HIV/AIDS					
Regione	Numero di paesi nella regione	Femmine		Maschi	
		Numero di paesi con:			
		almeno un punto dati	almeno due punti dati	almeno un punto dati	almeno due punti dati
Africa orientale e meridionale	21	19	10	13	5
Africa occidentale e centrale	24	20	13	13	1
America latina e Carabi	35	9	5	3	1
Asia orientale e Pacifico	27	6	4	3	0
Asia meridionale	8	3	1	2	1
ECO/CSI	21	17	6	5	1
Medio Oriente e Nord Africa	20	7	1	1	0
Paesi a basso e medio reddito	156	81	40	40	9
Indicatore: Percentuale di giovani tra i 15 e i 24 anni che hanno usato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio					
Regione	Numero di paesi nella regione	Femmine		Maschi	
		Numero di paesi con:			
		almeno un punto dati	almeno due punti dati	almeno un punto dati	almeno due punti dati
Africa orientale e meridionale	21	15	6	14	6
Africa occidentale e centrale	24	19	6	13	2
America latina e Carabi	35	10	3	5	1
Asia orientale e Pacifico	27	1	0	3	0
Asia meridionale	8	1	1	2	2
ECO/CSI	21	9	0	5	1
Medio Oriente e Nord Africa	20	1	0	1	0
Paesi a basso e medio reddito	156	56	16	43	12
Indicatore: Percentuale di giovani tra i 15 e i 19 anni che hanno avuto rapporti sessuali prima dei 15 anni					
Regione	Numero di paesi nella regione	Femmine		Maschi	
		Numero di paesi con:			
		almeno un punto dati	almeno due punti dati	almeno un punto dati	almeno due punti dati
Africa orientale e meridionale	21	14	6	12	6
Africa occidentale e centrale	24	20	4	15	1
America latina e Carabi	35	10	3	5	1
Asia orientale e Pacifico	27	3	1	3	0
Asia meridionale	8	2	1	2	1
ECO/CSI	21	11	1	2	1
Medio Oriente e Nord Africa	20	0	0	0	0
Paesi a basso e medio reddito	156	60	16	39	10

Nota: I paesi a basso e medio reddito inclusi nell'analisi sono soltanto quelli in cui è presente l'UNICEF. Le cifre si riferiscono a tutti i dati raccolti nel periodo 2000-2006.
Fonte: UNICEF global database, 2000-2006.

regolare e degli strumenti per raccogliere dati sugli orfani e sui bambini a rischio. Un coordinamento insufficiente dei servizi si traduce in probabilità elevate che i bambini ne ricevano molteplici e vengano contattati più di una volta. L'UNICEF può svolgere un ruolo di guida nella definizione dei servizi e dei beneficiari ottimali, oltre che nel potenziamento dei rapporti sugli effetti di una maggiore attenzione ai bambini a rischio. Si veda la Tavola 4, qui sotto, per il numero di paesi che riferiscono dei dati sulla frequenza scolastica degli orfani.

TAVOLA 4: Numero dei paesi a basso e medio reddito con dati disponibili sulla frequenza scolastica degli orfani (2000-2006)

Indicatore: Frequenza scolastica degli orfani			
Regione	Numero di paesi nella regione	Numero di paesi con almeno un punto dati	Numero di paesi con almeno due punti dati
Africa orientale e meridionale	21	19	12
Africa occidentale e centrale	24	21	10
America latina e Carabi	35	11	3
Asia orientale e Pacifico	27	5	1
Asia meridionale	8	1	0
ECO/CSI	21	11	1
Medio Oriente e Nord Africa	20	5	0
Paesi a basso e medio reddito	156	73	27

Nota: I paesi a basso e medio reddito inclusi nell'analisi sono soltanto quelli in cui è presente l'UNICEF. Le cifre si riferiscono a tutti i dati raccolto nel periodo 2000-2006.

Fonte: Database globale dell'UNICEF, 2000-2006.



CAPITOLO 6

MOBILITAZIONE DELLE RISORSE

Nel settembre del 2000, presso le Nazioni Unite ha avuto luogo la più grande riunione di leader mondiali della storia, che ha portato ad adottare la Dichiarazione del Millennio. Ben presto questa dichiarazione ha prodotto una serie di obiettivi di sviluppo e di relative finalità per il loro raggiungimento. Tra questi c'era l'Obiettivo di Sviluppo del Millennio 6, ossia combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie, con la relativa finalità di fermare entro il 2015 la diffusione dell'HIV/AIDS e cominciare a invertirne la tendenza.

Da allora, l'impegno finanziario globale verso la prevenzione, il trattamento, l'assistenza e il sostegno per l'HIV è aumentato notevolmente (*vedi Grafico 14, pagina 31*) e le questioni collegate all'infanzia stanno guadagnando sempre più importanza nei programmi globali e nei budget relativi all'HIV e all'AIDS. L'impegno di varie organizzazioni, tra cui la Bill & Melinda Gates Foundation, il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, alla Tuberculosis e alla Malaria, il PEPFAR e l'UNAIDS, ha reso realistico il traguardo dell'accesso universale, creando così, per la comunità globale, un'opportunità senza precedenti di compiere azioni concrete.

Al Summit del G-8 a Gleneagles, nel luglio del 2005, il "Gruppo degli Otto" principali paesi industrializzati ha chiesto alle organizzazioni internazionali "di sviluppare e realizzare un pacchetto per la prevenzione, il trattamento e l'assistenza per l'HIV, allo scopo di avvicinarsi il più possibile all'accesso universale al trattamento, entro il 2010, per tutti coloro che ne hanno bisogno". Tale traguardo è stato approvato dall'Assemblea Nazionale dell'ONU in occasione del Vertice Mondiale nel settembre del 2005, e l'incarico di fornire l'accesso universale è stato accettato a livello locale e nazionale. Molte comunità sono diventate ottimi esempi di come la società civile e i governi nazionali possano lavorare insieme per raggiungere l'accesso universale attraverso l'ampliamento progressivo di programmi e interventi.

Oggi i programmi che rientrano nell'ambito delle "Quattro P" (Prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV - PMTCT, Provvedere alle cure pediatriche, Prevenire il contagio tra gli adolescenti e i giovani e Proteggere e aiutare i bambini colpiti dall'AIDS) beneficiano del sostegno economico combinato dei finanziamenti pubblici specifici di ogni singolo paese e dell'assistenza allo sviluppo proveniente dall'estero.

Secondo i calcoli dell'UNAIDS, sono stati messi a disposizione, per combattere l'AIDS, 9 miliardi di dollari nel 2006 e 10 miliardi nel 2007.³⁵ I flussi bilaterali e multilaterali hanno mobilitato 6,2 miliardi, ovvero il 70% di questo totale. Nel 2006 i finanziamenti provenienti da fonti interne hanno raggiunto, nei paesi a basso e medio reddito, 2,8 miliardi di dollari, ossia circa il 30% della spesa totale sull'HIV e l'AIDS. Dal 2005, questi finanziamenti interni hanno continuato ad aumentare ogni anno.

I modelli di spesa differiscono in modo considerevole da paese a paese, a seconda della copertura dei servizi e della disponibilità dei finanziamenti. Soltanto alcuni paesi dell'Africa subsahariana sono a basso reddito e pesantemente dipendenti da finanziamenti esterni per la loro risposta all'AIDS.

Dalla sua creazione nel 2002, il Fondo Globale per la lotta all'AIDS, alla Tubercolosi e alla Malaria (il Fondo Globale) ha fornito 8,6 miliardi di dollari per i programmi; più della metà di questi fondi è dedicata alle iniziative per combattere l'HIV, mentre quasi due terzi vengono usati nei paesi a basso reddito, principalmente nell'Africa subsahariana.

Gli impegni per 9,7 miliardi di dollari per il periodo 2008-2010, stabiliti in occasione del meeting dei donatori del Fondo Globale a Berlino nell'ottobre del 2007, permetteranno di triplicarne l'entità.

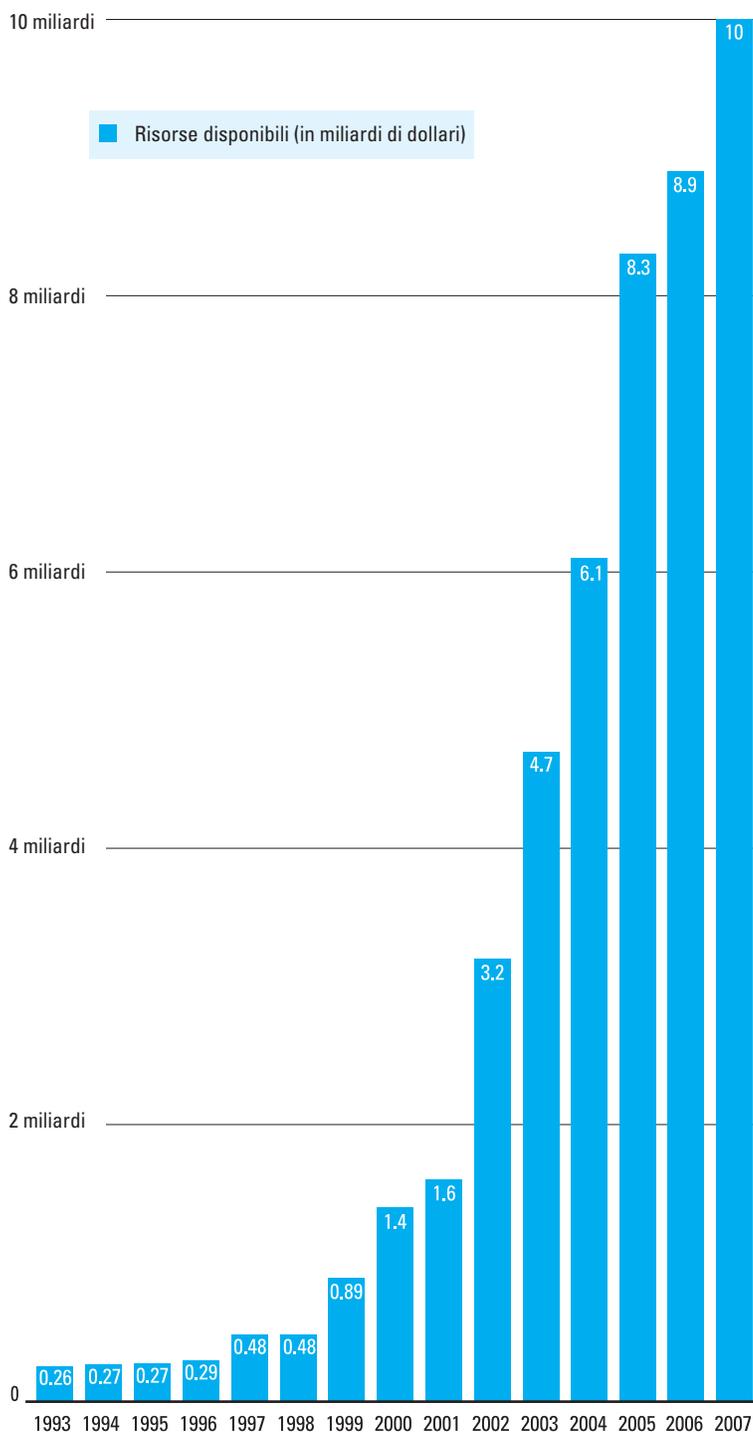
Tra i donatori multilaterali, il principale è il Fondo Globale, mentre la Banca Mondiale ha il secondo budget più ampio collegato all'HIV/AIDS. Dal 1990 circa al 2006, la Banca Mondiale ha stanziato 3.155 miliardi di dollari per l'HIV e l'AIDS, una cifra che comprende finanziamenti considerevoli per le attività legate alle "Quattro P".³⁶

L'impegno del PEPFAR per la prevenzione, la cura e il trattamento dell'HIV e dell'AIDS è risultato pari a 15 miliardi di dollari per il periodo 2004-2008,³⁷ e se i piani vengono ratificati dal Congresso statunitense, questa cifra raddoppierà per il budget del periodo 2009-2013. Le direttive di finanziamento del PEPFAR destinano il 10% del suo budget agli orfani e ai bambini vulnerabili, il 20% alle attività di prevenzione, il 15% all'assistenza palliativa e il 55% al trattamento.

Il budget dell'UNITAID ha superato i 320 milioni di dollari nel 2007 e potrebbe raggiungere i 500 milioni entro il 2009. Nel 2007, più del 90% dei fondi sono stati impegnati per programmi nuovi e in corso. L'UNITAID, fondo internazionale per l'acquisto di farmaci, è stato creato nel 2006 per pagare i farmaci e gli strumenti diagnostici con risorse sostenibili e prevedibili come, per esempio, una tassa sui biglietti aerei raccolta esclusivamente a questo scopo.

Ogni due anni, il Comitato per il Coordinamento del Programma dell'UNAIDS approva un budget e un piano di lavoro unificati che allocano dei fondi per le attività e stabiliscono quale agenzia o programma saranno responsabili per ogni attività. La componente essenziale del budget unificato per il 2006-2007 è stata pari a 320,5 milioni di dollari.

GRAFICO 14: Risorse annue totali disponibili per combattere l'AIDS (1993-2007)



Fonte: Programma Congiunto delle Nazioni Unite per l'HIV/AIDS, Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support, Settembre 2007.

In breve, l'impatto dell'AIDS sui bambini ha suscitato, negli ultimi anni, una forte risposta emozionale e dei netti aumenti nei finanziamenti. Pur essendo naturalmente benvenuto, questo nuovo denaro rappresenta una "risposta d'emergenza" a un'epidemia che potrebbe protrarsi ancora per generazioni. I governi e i donatori dovranno mantenere una prospettiva di sviluppo più a lungo termine che contemporaneamente affronti i bisogni immediati dei bambini e cerchi di migliorare le condizioni in cui crescono.

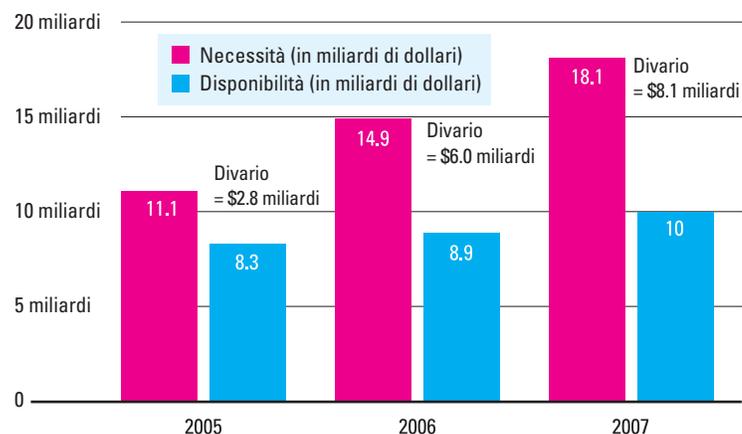
Monitorare le spese globali per le "Quattro P"

Due dei traguardi iniziali di *Uniti per i Bambini, Uniti contro l'AIDS* consistevano nell'ottimizzare le risorse necessarie per estendere progressivamente i programmi nelle aree delle "Quattro P" mobilitando 30 milioni di dollari tra il 2005 e il 2010, nonché nel fare in modo che i donatori destinassero all'infanzia almeno il 10% dei fondi destinati all'HIV e l'AIDS. La quantità e la qualità delle risorse dedicate ai programmi per i bambini sono aumentate in modo significativo: ora i finanziamenti sono più tempestivi, prevedibili e flessibili, e soddisfano meglio gli specifici bisogni programmatici dei bambini e delle donne.

Resta difficile, però, ottenere i calcoli di spesa necessari per riferire la percentuale esatta del budget complessivo per l'HIV/AIDS dedicato all'infanzia. Sono essenziali dati più precisi, disaggregati per età e per sesso, al fine di determinare quanta parte delle risorse di budget venga destinata ai bisogni dei bambini piccoli e dei ragazzi e delle ragazze adolescenti, ma anche di chi si prende cura di loro, nonché per aiutare i paesi a dirigere meglio i loro investimenti per l'infanzia laddove gli interventi sono più necessari.

Il monitoraggio delle risorse è importante perché costituisce un modo efficace di ridurre il numero di intermediari coinvolti, evitando ritardi nel trasferimento dei fondi e controllando dove i finanziamenti erogati vengano effettivamente spesi. Stanno emergendo, comunque, nuovi metodi di condurre un controllo sistematico degli investimenti nelle aree programmatiche delle "Quattro P".

GRAFICO 15: Divario di finanziamento tra le necessità e la disponibilità di risorse (2005-2007)



Fonte: Programma Congiunto delle Nazioni Unite per l'HIV/AIDS, *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*, Settembre 2007.

L'UNAIDS ha ampliato il suo metodo di monitoraggio delle risorse, (National AIDS Spending Assessment - NASA), che può essere usato per monitorare l'attuazione dei piani strategici dei vari paesi, nonché i loro progressi verso il raggiungimento dei traguardi adottati a livello internazionale o nazionale. La metodologia NASA può suddividere con esattezza le spese per età e per sesso e fornire analisi e rapporti dettagliati su ognuna delle aree d'intervento delle "Quattro P". Nel 2007, la copertura del NASA a livello nazionale era ancora troppo bassa per consentire il calcolo delle spese totali a livello globale sulle "Quattro P" ma, negli anni a venire, la sua espansione renderà possibili questi calcoli globali.

Anche il Comitato di Aiuto allo Sviluppo dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) monitora le spese sull'HIV e l'AIDS per i donatori. Le informazioni, basate su dati precisi raccolti in modo rigoroso, vengono suddivise per fonti multilaterali e bilaterali, e sono molto utili per l'analisi a lungo termine e il reporting sulle tendenze storiche di spesa. Dopo l'istituzione del Fondo Globale nel 2002, è stato individuato un aumento delle risorse multilaterali.

I principali donatori, come il PEPFAR e il Fondo Globale, stanno fornendo utili dati finanziari collegati alle "Quattro P". Ora il PEPFAR procura dati sul numero di donne che ricevono servizi PMTCT, sul numero di bambini sotto i 15 anni che ricevono trattamenti antiretrovirali, sul numero di orfani e di bambini a rischio serviti e sui relativi costi dei programmi. Le proposte del Fondo Globale riflettono per lo più l'allocazione di risorse finanziarie a tre aree programmatiche collegate all'infanzia: PMTCT, cure pediatriche e prevenzione.

I contributi offerti dai governi e dalle summenzionate organizzazioni risultano decisivi per i risultati ottenuti finora ed essenziali per raggiungere gli obiettivi collegati ai bambini e l'HIV/AIDS entro il 2015.

Il divario di finanziamento e le stime delle risorse necessarie per le "Quattro P"

Nella determinazione della quantità di risorse necessarie per i bambini, gli obiettivi finanziari di *Uniti per i Bambini, Uniti contro l'AIDS* sono attualmente guidati dalle stime biennali dell'UNAIDS relative alle risorse necessarie. Nel settembre del 2007 l'UNAIDS ha pubblicato un nuovo rapporto, intitolato *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support* (Risorse finanziarie necessarie per ottenere l'accesso universale alla prevenzione, al trattamento, alla cura e al sostegno per l'HIV), che prevede le risorse necessarie per gli ambiti delle "Quattro P" dal 2008 al 2010. Nonostante il netto aumento dei fondi disponibili, nel 2006 si è registrato un divario di 6 miliardi di dollari tra le stime dell'UNAIDS relative alle risorse necessarie e le risorse totali effettivamente disponibili (vedi Grafico 15, pagina 32). Secondo le proiezioni dell'UNAIDS, nei prossimi anni il divario aumenterà, se continueranno le attuali tendenze nei finanziamenti.³⁸

In questo rapporto, l'UNAIDS presenta dei possibili scenari per un ampliamento graduale delle iniziative ed elenca i costi dei molteplici componenti collegati al raggiungimento dell'accesso universale. Nella Tavola 5 vengono elencate le necessità finanziarie collegate direttamente all'infanzia per due scenari. Il primo comprende i calcoli dei fondi necessari per raggiungere l'accesso universale entro il 2010. Il secondo si basa sulle tendenze di estensione graduale degli ultimi anni; secondo questo scenario, l'accesso universale verrebbe raggiunto nel 2015.

Le decisioni relative all'allocazione delle risorse dovrebbero basarsi su valutazioni interne delle circostanze e delle necessità uniche di un paese. Per esempio, anche se le cifre globali indicano che il 12% di tutto il denaro andrebbe destinato agli aiuti per gli orfani e per i bambini a rischio, più di nove decimi di questo 12% è per l'Africa subsahariana. È fondamentale anche riconoscere che qualunque stima ha dei limiti dovuti alla limitata disponibilità di dati su bambini e adolescenti.



© UNICEF/HQ05-0927/Shehzed Noorani

TAVOLA 5: Stime Unaid delle necessità di risorse per attività collegate direttamente all'infanzia (in milioni di dollari)

Scenario 1: Accesso universale entro il 2010	2008	2009	2010
Giovani iscritti a scuola	103	124	145
Giovani non iscritti a scuola	237	434	633
PMTCT	342	494	662
Farmaci ARV di prima linea per bambini	50	77	110
Risorse finanziarie necessarie per gli orfani e per i bambini a rischio*	1.313	2.386	4.383
Istruzione e <i>Sensitivity Training</i> per gli adolescenti (violenza contro le donne)	68	259	574

Scenario 2: Aumento progressivo fino all'accesso universale	2008	2009	2010
Giovani iscritti a scuola	91	99	108
Giovani non iscritti a scuola	116	192	269
PMTCT	342	494	662
Farmaci ARV di prima linea per bambini	40	53	66
Risorse finanziarie necessarie per gli orfani e per i bambini a rischio*	1.258	1.764	2.540
Istruzione e <i>Sensitivity Training</i> per gli adolescenti (violenza contro le donne)	20	70	152

Nota: Le stime per gli orfani e i bambini a rischio comprendono tutti gli orfani di entrambi i genitori e metà degli orfani di un genitore soltanto che vivono al di sotto della soglia di povertà nell'Africa subsahariana, e solo i bambini resi orfani dall'AIDS altrove.

Fonte: Programma Congiunto delle Nazioni Unite per l'HIV/AIDS, *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*, UNAIDS, Ginevra, Settembre 2007, pp. 22-24, 26.

CAPITOLO 7

CONCLUSIONI

Nei due anni trascorsi da quando è stato lanciato per la prima volta l'appello di *Uniti per i Bambini, Uniti contro l'AIDS*, è andata emergendo una tendenza. Chi ha la capacità di aumentare gradualmente il proprio impegno negli ambiti prioritari delle "Quattro P" lo sta facendo. I bambini non sono più invisibili per i governi nazionali, i donatori e le organizzazioni internazionali. Il forte impegno dimostrato all'inizio per compiere progressi concreti può essere sostenibile purché goda del sostegno locale, si adatti alle realtà locali e rafforzi le strutture per i servizi locali.

Come questo rapporto ha cercato di dimostrare, rafforzare le comunità e le famiglie costituisce una parte essenziale della risposta ai bisogni dei bambini e degli adolescenti nel corso dell'epidemia. L'enfasi sugli interventi ad alto impatto che danno risultati misurabili va utilizzata a beneficio non soltanto dei bambini e degli adolescenti la cui vulnerabilità deriva dall'HIV/AIDS, ma anche di altri bambini i cui bisogni possono essere altrettanto importanti, seppur determinati da altre cause.

Questo rapporto intende anche attirare l'attenzione sull'importanza di continuare e migliorare l'impegno attuale per stabilire norme, standard e linee guida che garantiranno di realizzare appropriatamente ed efficacemente le iniziative per ampliare gradualmente i progressi verso il raggiungimento dei traguardi stabiliti per ognuna delle "Quattro P". Tutti coloro che lavorano per mitigare gli effetti dell'AIDS sui bambini devono continuare a raccogliere le prove che aiuteranno le parti in causa a "conoscere la loro epidemia" e a sviluppare la capacità di rispondere alle diverse sfide poste da epidemie di carattere diverso non soltanto tra un'area geografica e l'altra, ma anche all'interno degli stessi paesi.

Il rapporto contiene altre scoperte più specifiche, ovvero:

- L'ampliamento progressivo della PMTCT è possibile nei paesi a basso e medio reddito. Un elemento particolarmente degno di nota in questo rapporto è rappresentato dai progressi costanti osservati nell'Africa orientale e meridionale negli ultimi tre anni. Il trattamento antiretrovirale combinato per le donne incinte ridurrà in misura significativa il numero di bambini contagiati e migliorerà il benessere e la sopravvivenza complessivi dell'infanzia, motivo per cui un maggior numero di paesi sta adottando questo approccio.
- La fornitura ai bambini di servizi per la cura e il trattamento dell'HIV ha beneficiato molto dell'accelerazione globale del programma di trattamento per gli adulti, dell'uso di approcci incentrati sulla famiglia nell'erogazione del servizio e dell'impegno per ottenere regimi ART adeguati per la prima infanzia. Attualmente si sta ponendo una maggiore enfasi sulla diagnosi nei bambini più piccoli, data l'eccessiva mortalità che si registra in questa fascia di età, ma c'è ancora bisogno di una guida operativa sul consenso, sulla comunicazione dei risultati e sul sostegno psicologico per i bambini affetti da HIV.
- Anche se si stanno compiendo importanti progressi nella prevenzione dell'HIV tra gli adolescenti e i giovani, c'è ancora molto da fare. La prevenzione dell'HIV nei paesi ad alta diffusione del virus richiede non soltanto una diffusa conoscenza a livello individuale delle capacità di riduzione del rischio e l'accesso a servizi e strumenti come i profilattici,

ma anche cambiamenti nelle norme e negli atteggiamenti, soprattutto quelli che circondano i ruoli di genere e la violenza domestica. Soprattutto laddove la diffusione dell'epidemia è associata ai lavori collegati al sesso, al consumo di droghe iniettabili e al sesso ad alto rischio tra uomini, appare urgente espandere i programmi che possono influenzare la riduzione dei rischi e il cambiamento comportamentale tra gli adolescenti e i giovani. C'è anche bisogno di migliorare la qualità delle indagini demografiche e comportamentali che raccolgono informazioni sui comportamenti ad alto rischio.

- I dati disponibili dimostrano che, in molti paesi, il divario nei tassi di iscrizione a scuola tra i bambini che hanno perso entrambi i genitori e gli altri bambini sta scomparendo. Un numero crescente di bambini a rischio ha accesso a servizi gratuiti, compresi quelli per la salute, l'istruzione e la protezione sociale. C'è bisogno di leggi, politiche e servizi che aiutino le famiglie e le comunità a prendersi cura degli orfani. Si sono compiuti miglioramenti significativi nella copertura, ma i servizi raggiungono ancora soltanto una percentuale molto esigua dei bambini e delle famiglie che ne avrebbero bisogno. Lo stigma e la discriminazione sono ancora dominanti in molte zone. Il progressivo ampliamento su scala nazionale dei programmi che si sono dimostrati efficaci a livello locale costituisce una sfida continua, ma il fatto di riuscire a vincerla sarebbe la migliore eredità che l'iniziativa *Uniti per i Bambini*, *Uniti contro l'AIDS* possa lasciare.
- Negli ultimi tempi, sta aumentando il sostegno al trasferimento di fondi come mezzo per mitigare l'impatto dell'AIDS. Esistono prove crescenti del fatto che questi trasferimenti di fondi possono dare un importante contributo all'espansione dell'accesso all'istruzione e al miglioramento delle condizioni sanitarie e alimentari dei bambini più vulnerabili. Adesso la sfida consiste nel monitorare e valutare i risultati e nell'estenderli ogni volta che lo si ritenga opportuno.

I bambini e gli adolescenti di oggi non hanno mai conosciuto un mondo senza AIDS. Sono loro i più vulnerabili al contagio da HIV, nonché i meno preparati a proteggersi



© UNICEF/H04-1205/Ann Vitale

contro di esso, e pertanto nessuno trarrebbe più beneficio di loro se si riuscisse a fermarla. Nei paesi più colpiti, man mano che crescono e si sviluppano dalla prima infanzia fino agli anni della scuola e alla pubertà, all'adolescenza e all'età adulta, i bambini e le bambine si trovano a dover affrontare scelte difficili nel perseguire un comportamento sessuale e di genere sicuro e responsabile. Erediteranno presto il compito di frenare la diffusione dell'HIV, cercando di mantenere la promessa di una generazione libera dall'AIDS. Andrebbero aiutati, ascoltati, lasciati liberi di influenzare la direzione della risposta all'HIV/AIDS e forniti degli strumenti di cui hanno bisogno per creare questa futura generazione libera dall'AIDS. Il presente rapporto documenta progressi incoraggianti in questa direzione, ma c'è ancora molto da fare.

NOTE

- 1 Newell, Marie-Louise, et al., "Mortality of Infected and Uninfected Infants born to HIV-infected Mothers in Africa: A pooled analysis"; *Lancet*, vol. 364, ottobre 2004, pp. 1236-1243.
- 2 UNAIDS, UNICEF e WHO, "Towards Universal Access: Scaling up HIV Treatment, Care and Prevention interventions in the health sector" (di prossima pubblicazione).
- 3 Creek, Tracy, et al., "Early Diagnosis of Human Immunodeficiency Virus in Infants Using Polymerase Chain Reaction on Dried Blood Spots in Botswana's National Program for Prevention of Mother-to-Child Transmission"; *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 27, n. 1, gennaio 2008, pp. 22-26.
- 4 Plipat, Tanarak, et al., "Reduction in Mother-to-Child Transmission of HIV in Thailand, 2001-2003 : Results from population-based surveillance in six provinces"; *AIDS*, vol. 21, n. 2, gennaio 2007, pp. 145-151.
- 5 Potter, Dara, et al., "Do Targeted HIV Programs Improve Overall Care for Pregnant Women?: Antenatal syphilis management in Zambia before and after implementation of prevention and mother-to-child HIV transmission programs"; *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 47, n.1, gennaio 2008, pp. 79-85.
- 6 Druce, Nel e Anna Nolan, "Seizing the Big Missed Opportunity: Linking HIV and maternity care services in sub-Saharan Africa"; *Reproductive Health Matters*, vol. 15, n. 30, novembre 2007, pp. 190-201.
- 7 Kominami, Mayumi, et al., "Factors Determining Prenatal HIV Testing for Prevention of Mother-to-Child Transmission in Dar El Salaam, Tanzania"; *Pediatrics International*, vol. 49, n. 2, aprile 2007, p. 286; Okonkwo, Kingsley C., et al., "An Evaluation of Awareness: Attitudes and beliefs of pregnant Nigerian women toward voluntary counselling and testing for HIV"; *AIDS Patient Care and STDs*, vol. 21, n. 4, aprile 2007, pp. 252-260; Homsy, Jaco, et al., "The Need for Partner Consent is a Main reason for Opting Out of Routine HIV Testing for Prevention of Mother-to-Child Transmission in a Rural Ugandan Hospital"; *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 44, n.3, marzo 2007, pp. 366-369.
- 8 Kakimoto, Kazuhiro, et al., "Influence of the Involvement of Partners in the Mother Class with Voluntary Confidential Counselling and Testing Acceptance for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV Programme (PMTCT Programme) in Cambodia"; *AIDS Care*, vol. 19, n. 3, marzo 2007, pp. 381-384;
- 9 Makokha, Jacqueline T., "Report of the Baseline Study of the Male Plus PMTCT Champions Project in Mombasa and Kisumu Districts", presentato presso Ufficio Regionale UNICEF per l'Africa orientale e meridionale, Nairobi, giugno 2007.
- 10 Epstein, Helen, et al., HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing-Country Settings, The Population Council e Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione, New York, 2002, p. 21; e Semrau, Katherine, et al., "Women in Couples Antenatal HIV Counseling and Testing are not more likely to report adverse social events"; *AIDS*, vol. 19, n. 6, aprile 2005, pp. 603-609.
- 11 Thior, Ibou, et al., "Breastfeeding Plus Infant Zidovudine Prophylaxis for 6 Months vs Formula Feeding Plus Infant Zidovudine for 1 Month to Reduce Mother-to-Child HIV Transmission in Botswana: A Randomized Trial-The Mashi Study"; *Journal of the American Medical Association*, vol. 296, n. 7, pp. 794-805.
- 12 Organizzazione Mondiale della Sanità, "HIV and Infant Feeding Technical Consultation Held on Behalf of the Inter-Agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infections in Pregnant Women, Mothers and their Infants", Consensus Statement, OMS, Ginevra 25-27 ottobre 2006.
- 13 Doherty, Tanya, et al., "Effect of the HIV Epidemic on Infant Feeding in South Africa: 'When they see me coming with the tins they laugh at me'"; *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 84, n. 2, febbraio 2006, pp. 90-96.
- 14 Coovadia, Hoosen, et al., "Mothers-to-Child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: an intervention cohort study"; *Lancet*, vol. 369, 31 marzo 2007, pp. 1107-1116.

- 15 Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS e Organizzazione Mondiale della Sanità, *AIDS Epidemic Update: December 2007*, UNAIDS e OMS, Ginevra, 2007, p.1.
- 16 Ibid.
- 17 Violar, Avy, "Antiretroviral therapy initiated before 12 weeks of age reduces early mortality in young HIV-infected infants: Evidence from the Children with HIV Early Antiretroviral Therapy (CHER) Study", Studio presentato alla quarta conferenza della *International Aids Society* su Patogenesi, Trattamento e Prevenzione dell'HIV, Sidney, 22-25 luglio 2007.
- 18 UNAIDS, UNICEF e WHO, "Towards Universal Access: Scaling up HIV Treatment, Care and Prevention interventions in the health Sector" (di prossima pubblicazione).
- 19 Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, "Laços Sul-Sul (LSS) Supporting the Response to HIV through South-South Cooperation", *LSS Initiative: 2007 Update*, Unicef, New York, 2007, p.4.
- 20 Medici Senza Frontiere/Médecins sans Frontières USA, "Children Neglected in AIDS Fight", *Alert*, vol. 8, n. 3, p.12.
- 21 Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS e Organizzazione Mondiale della Sanità, *Slides and graphics related to AIDS Epidemic Update: December 2007*, UNAIDS e OMS, Ginevra, 2007, pp. 10.
- 22 Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS e Organizzazione Mondiale della Sanità, *AIDS Epidemic Update: December 2007*, UNAIDS e OMS, Ginevra, 2007, pp. 12-13.
- 23 Emmelin, Maria, et al., "HIV-1 Infection Prevalence and Incidence Trends in Areas of Contrastino Levels of infection in the Kagera Region, Tanzania, 1987-2000", *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndromes*, vol. 40, n. 5 dicembre 2005, pp. 585-591; Stoneburner, Rand, et al., "Population-Level HIV Declines and Behavioral Risk Avoidance in Uganda", *Science*, vol. 304, n. 5671, aprile 2004, pp. 714-718; Cheluget, B., et al., "Evidence for population level declines in adult HIV prevalence in Kenya", *Sexually Transmitted Infections*, vol. 82, aprile 2006, pp. i21-i26; Gregson, Simon, et al., "HIV Decline Associated with Behaviour Change in Eastern Zimbabwe", *Science*, vol. 311, n. 5671, pp. 664-666;
- 24 Hearst, Norman, and sanny Chen, "Condom Promotion for AIDS Prevention in the Developing World: Is it working?", *Studies in Family Planning*, vol. 35, n. 1, marzo 2004, p. 39.
- 25 UNICEF, "Stocktaking of Life Skills-Based Education", *Occasional Paper*, bozza datata 31 dicembre 2007, p. 9.
- 26 Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Progressi per l'infanzia: Un mondo a misura di bambino Rapporto statistico*, numero 6, UNICEF, New York, dicembre 2007, pp. 12-15.
- 27 Akhmedov, Komilijon, et al., "Introduction of Youth friendly Halth Services for Most at Risk Adolescent in Uzbekistan : An emergency response to the fastest growing HIV epidemic in Central Asia", Abstract 970, presentato durante l'*HIV/AIDS Implementers Meeting, "Scaling Up Through Partnership"*, Kigali, 16-19 giugno 2007, pp. 94-95.
- 28 Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS e Piano d'emergenza del Presidente degli Stati Uniti per gli aiuti alla lotta all'AIDS (PEPFAR), *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations: Children Affected by AIDS*, UNICEF, New York, agosto 2006, p. 35.
- 29 Ufficio Regionale UNICEF per l'Asia meridionale, "Children Affected by HIV/AIDS in South Asia: A synthesis of current global, regional and national thinking and research", Ufficio Regionale UNICEF per l'Asia meridionale, Kathmandu, aprile 2007, p. 6.
- 30 Human Rights Watch, "Positively Abandoned: Stigma and discrimination against HIV-positive mothers and their children in Russia", Human Rights Watch, vol. 17, n. 4 (D), giugno 2005, p.12; e Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS, *Unite for Children, Unite against AIDS: Eastern Europe and central Asia*, UNICEF, New York, giugno 1996, p. 12.
- 31 Analisi UNICEF della basdati sui Piani Nazionali d'Azione per i bambini orfani e vulnerabili, febbraio 2008.
- 32 Schubert, Bernd, *The Impact of Social Cash Transfers on Children Affected by HIV nad AIDS: Evidence from Zambia, Malawi and South Africa*, Ufficio Regionale UNICEF per l'Africa orientale e meridionale, Nairobi, maggio 2007, p.6.
- 33 Ibid., p. 21.
- 34 Pal, Karuna, et al., « Can low-income countries afford basic social protection? First results of a modelling exercise», *Issues in Social Protection, Discussion paper 13*, International Labour Office, Ginevra, giugno 2005, p. 33.
- 35 Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS, *Financial Respurces Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*, UNAIDS, Ginevra, settembre 2007, p.4.
- 36 Banca Mondiale, "HIV/AIDS Funding: Commitments and disbursement, 1990-2007", Banca Mondiale, Washington, D.C., 2007.
- 37 Piano d'emergenza del Presidente degli Stati Uniti per gli aiuti alla lotta all'AIDS (PEPFAR), *The Power of Partnership: The President's Emergency Plan for AIDS Relief, 2008 Report to Congress*, PEPFAR, Washington, D.C., gennaio 2008, p. 9; e Piano d'emergenza del Presidente degli Stati Uniti per gli aiuti alla lotta all'AIDS (PEPFAR), *Action Today, A Foundation for Tomorrow: The President's Emergency Plan for AIDS Relief*, Second Annual Report to Congress, PEPFAR, Washington, D.C., 2006, p. 9 .
- 38 Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS, *Financial Respurces Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*, UNAIDS, Ginevra, settembre 2007, pp. 1-2.

ALLEGATO NOTE SUI DATI

FONTI E COMPILAZIONE SUI DATI

I dati e le analisi presentati in questo rapporto di aggiornamento derivano dalle informazioni contenute nei database globali dell'UNICEF e sono stati compilati a partire da varie fonti, tra cui i dati rappresentativi a livello nazionale raccolti mediante le indagini a domicilio, ovvero le Ricerche demografiche e sanitarie, le Indagini campione a indicatori multipli e le Indagini sulla Salute Riproduttiva, i servizi statistici dei programmi nazionali e le informazioni sull'implementazione raccolte ogni anno dall'UNICEF e dall'OMS attraverso un questionario standard sulla PMTCT e sulle cure e il trattamento dell'HIV pediatrico, per conto del Task Team Interagenzie sulla PMTCT; le stime per paese delle necessità di cure e trattamento per l'HIV modellate dall'UNAIDS e dall'OMS; e le stime per paese del numero di nascite annuali effettuate dalla Divisione Popolazione delle Nazioni Unite.

Informazioni dettagliate sulle indagini a domicilio sono disponibili presso www.measuredhs.com e www.childinfo.org, mentre le descrizioni tecniche della metodologia epidemiologica usata per stimare le necessità di cure e trattamento per l'HIV sono disponibili presso www.unaids.org.

Questi dati permettono una valutazione esauriente dei progressi compiuti verso il raggiungimento degli obiettivi internazionali di accesso universale alle cure, al trattamento e al sostegno contro l'HIV per l'infanzia.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'UNAIDS e l'UNICEF hanno usato la PMTCT e i dati sulla cura e il trattamento dell'HIV pediatrico del 2005 per proiettare i tassi di copertura per il 2006 in *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector – Progress Report, April 2007*. Ciò perché i dati disponibili all'epoca della pubblicazione del rapporto citato non coprivano l'intero periodo gennaio-dicembre 2006. Poiché era necessario avere un periodo di rapporti pari a 12 mesi, sono stati usati i dati del 2005 e alcuni dati del 2006 per proiettare la copertura per l'anno solare 2006. E visto che molti paesi stanno ampliando rapidamente i servizi per la PMTCT e per la cura e il trattamento dell'HIV pediatrico, i dati presentati in questo rapporto di aggiornamento risultano leggermente diversi da quelli che compaiono nell'edizione 2007 di *Towards Universal Access*. Questo rapporto si serve dei numeri effettivi sulla copertura del servizio, così come sono stati riportati dalla maggior parte dei paesi per il periodo gennaio-dicembre 2006.

STIME SULLE NECESSITÀ DI CURE E TRATTAMENTI PER L'HIV DELLE DONNE INCINTE E DEI BAMBINI

Il 20 novembre 2007 l'UNAIDS e l'OMS hanno pubblicato nuove stime globali relative ai numeri di persone affette da HIV, di nuove infezioni e di morti per AIDS. Nel 2007 l'UNAIDS ha perfezionato la metodologia utilizzata per ricavare le stime sull'HIV/AIDS, in modo da riflettere i dati più affidabili disponibili grazie alle indagini basate sulla popolazione e ai sistemi di controlli anonimi a livello nazionale in numerosi paesi. In conseguenza di questo, l'UNAIDS ha generato retrospettivamente nuove stime per gli anni passati, basate su questa metodologia perfezionata. Per ottenere una certa coerenza e per stabilire una misurazione comparativa dei progressi compiuti, le analisi di tendenza devono essere ricalcolate usando soltanto le nuove stime.

Analogamente, anche le stime globali del numero di donne che necessitano di servizi di PMTCT sono state perfezionate, e pertanto i tassi di copertura riportati per il 2004 e il 2005 sono stati ricalcolati usando le nuove stime. Al momento della pubblicazione non erano disponibili stime sulle necessità di cure e trattamento per l'HIV dei bambini sotto i quindici anni. Di conseguenza, in questo rapporto vengono presentati soltanto i numeri effettivi di bambini che, secondo i rapporti, stanno ricevendo specifici interventi collegati all'HIV.

Le nuove stime dell'UNAIDS per il 2006 risultano più basse delle stime precedentemente usate per riferire sulla copertura degli interventi per la PMTCT e sulle cure e sul trattamento dell'HIV pediatrico. Le differenze tra le stime del 2006 e quelle del 2007 non sono collegate a tendenze nel tempo, e pertanto **non sono paragonabili**. Per esempio, è sbagliato concludere che il numero stimato di bambini sieropositivi sia sceso da 2,3 milioni nel 2006 a 2,1 milioni nel 2007, poiché queste stime non sono derivate dalle tendenze dell'AIDS nel tempo, bensì da procedure più perfezionate di determinazione di modelli epidemiologici. Maggiori dettagli sulla metodologia utilizzata per ricavare le stime sull'HIV si possono trovare presso www.unaids.org.

OBIETTIVO 1. Prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV nei paesi a basso e medio reddito

	Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti (15-49 anni), 2005	Copertura dell'assistenza prenatale (%), 2000-2006*	Numero annuo di nascite, 2006 (in migliaia)	Numero stimato di donne incinte affette da HIV bisognose di ARV per la PMTCT, 2006z			Numero di donne incinte affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT, 2006	Percentuale stimata di donne incinte affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT, 2006**		
				Stima	Stima bassa	Stima alta		Stima	Stima bassa	Stima alta
Afghanistan	<0,1	16	1.272	<100	–	–	0	0	–	–
Albania	–	97	52	–	–	–	–	–	–	–
Algeria	0,1	89	694	<500	<500	783	–	–	–	–
Angola	3,7	66	792	14.094	8.948	19.08	1.923	14	10	21
Antigua e Barbuda	–	100	0	–	–	–	4	–	–	–
Arabia Saudita	–	90 x	612	–	–	–	–	–	–	–
Argentina	0,6	99	690	1.654	1.153	2.255	2.12	>95	94	>95
Armenia	0,1	93	36	<100	<100	<100	5 d	–	–	–
Azerbaijan	0,1	70	129	<100	<100	<200	1	–	–	–
Bahamas	3,3	–	6	<100	<100	<200	–	–	–	–
Bahrain	–	97 x	13	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	<0,1	48	4.013	<200	<100	<500	5 a	–	–	–
Barbados	1,5	100	3	<100	<100	<100	37	–	–	–
Belize	2,5	96 x	7	<200	<100	<500	57	–	–	–
Benin	1,2 h	88	358	4.497	3.882	5.278	2.378	53	45	61
Bhutan	<0,1	51	12	<100	<100	<100	3	–	–	–
Bielorussia	0,3	99	91	<100	<100	<200	158	–	–	–
Bolivia	0,1	79	264	<200	<200	<500	–	–	–	–
Bosnia/Erzegovina	<0,1	99	35	–	–	–	0	–	–	–
Botswana	25,2 h	97	47	11.37	10.526	12.286	12.994	>95	–	–
Brasile	0,5	97	3.72	9.222	5.829	13.361	6.51	71	49	>95
Brunei Darussalam	<0,1	100 x	8	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	<0,1	–	69	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	1,8 h	85	641	3.029	2.014	4.221	1.615	53	38	80
Burundi	3,6 h	92	381	8.208	5.462	10.743	1.112	14	10	20
Cambogia	0,6 h	69	377	1.502	1.17	1.858	312	21	17	27
Camerun	5,5 h	82	649	35.127	25.363	41.913	7.588	22	18	30
Capo Verde	–	99 x	15	–	–	–	43	–	–	–
Ciad	3,3 h	39	482	17.231	11	21.586	254	1	1	2
Cile	0,3	95 x	249	<500	<500	548	–	–	–	–
Cina	0,1	90	17.309	6.899	4.255	10.777	650	9	6	15
Colombia	0,6	94	884	2.452	1.488	4.363	112	5	3	8
Comore	<0,1	75	28	<100	<100	<100	0	–	–	–
Congo	5,3	86	132	4.523	3.707	5.457	325	7	6	9
Congo. Repubblica Democratica	3,2	68	3.026	90.077	70.48	112.999	3.422	4	3	5
Corea. Repubblica	<0,1	–	455	<100	<100	<500	–	–	–	–
Corea. Repubblica Democratica Popolare	–	–	321	<100	<100	<200	–	–	–	–
Costa d'Avorio	4,7 h	85	684	30.412	24.278	36.289	2.773	9	8	11
Costarica	0,3	92	80	<200	<100	<500	21	–	–	–
Croazia	<0,1	–	41	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	0,1	100	121	<100	<100	<200	34	–	–	–
Dominica	–	100	0	–	–	–	1	–	–	–
Ecuador	0,3	84	285	<500	<500	759	213	–	–	–
Egitto	<0,1	70	1.828	<200	<100	<500	–	–	–	–
El Salvador	0,9	86	159	629	<500	1.057	193	31	18	53
Emirati Arabi Uniti	–	97 x	69	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	2,4	70	186	2.433	1.624	3.592	75	3	2	5
Etiopia	1,4 h	28	3.159	65.585	57.912	74.324	2.33	4	3	4
Federazione Russa	1,1	–	1.506	7.223	3.525	15.697	6.224	86	40	>95
Figi	0,1	–	18	<100	<100	<100	5	–	–	–
Filippine	<0,1	88	2.295	<500	<200	<500	–	–	–	–
Gabon	7,9	94	34	2.3	1.651	3.316	89	4	3	5
Gambia	2,4	98	60	500	<500	780	103	21	13	44
Georgia	0,2	94	48	<100	<100	<100	15	–	–	–
Ghana	2,2 h	92	700	15.183	13.146	17.45	1.239	8	7	9
Giamaica	1,5	91	55	<500	<500	636	371	–	–	–
Gibuti	3,1	67	24	828	626	1.035	52	6	5	8
Giordania	–	99	152	–	–	–	0	–	–	–
Grenada	–	100	2	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	0,9	84	445	1.925	1.185	3.472	167	9	5	14
Guinea	1,5 h	82	374	6.074	4.905	8.036	486	8	6	10
Guinea-Bissau	3,8	78	82	1.454	1.02	2.082	195	13	9	19
Guinea Equatoriale	3,2 h	86	19	712	527	953	103	14	11	20
Guyana	2,4	90	13	<500	<500	519	144	–	–	–
Haiti	2,2 h	85	269	4.946	4.099	5.886	991	20	17	24
Honduras	1,5	92	199	656	<500	1.01	200	30	20	46
India	0,28 h	74	27.195	70.489	43.952	111.189	7.007	10	6	16
Indonesia	0,1	92	4.427	2.724	1.382	5.802	40	1	1	3

OBIETTIVO 1. Prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV nei paesi a basso e medio reddito

	Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti (15-49 anni), 2005	Copertura dell'assistenza prenatale (%), 2000-2006*	Numero annuo di nascite, 2006 (in migliaia)	Numero stimato di donne incinte affette da HIV bisognose di ARV per la PMTCT, 2006z			Numero di donne incinte affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT, 2006	Percentuale stimata di donne incinte affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT, 2006**		
				Stima	Stima bassa	Stima alta		Stima	Stima bassa	Stima alta
Iran (Repubblica islamica)	0,2	77 x	1.407	1.222	805	1.863	–	–	–	–
Iraq	–	84	937	–	–	–	–	–	–	–
Isole Cook	–	–	0	–	–	–	–	–	–	–
Isole Marshall	–	–	0	–	–	–	–	–	–	–
Isole Salomone	–	–	15	–	–	–	–	–	–	–
Kazakistan	0,1	100	289	<500	<200	566	80	–	–	–
Kenya	6,7 h	88	1.447	77.799	66.593	88.223	37.13	48	42	56
Kirghizistan	0,1	97	113	<100	<100	<200	9	–	–	–
Kiribati	–	88 x	0	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	–	95 x	50	–	–	–	–	–	–	–
Laos. Repubblica Democratica Popolare	0,1	27	156	<200	<100	<500	–	–	–	–
Lesotho	23,5 h	90	59	11.985	10.902	13.292	2.005	17	15	18
Libano	0,1	96	74	<100	<100	<500	–	–	–	–
Liberia	–	85	184	2.83	2.188	3.481	76	3	2	3
Libia. Jamahiriya Araba	–	81 x	144	–	–	–	–	–	–	–
Macedonia. ex Repubblica jugoslava	<0,1	81	23	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	0,5	80	714	<500	<500	904	7	–	–	–
Malawi	12,7 h	92	566	67.316	58.121	76.957	9.231	14	12	16
Maldiva	–	81	7	<100	<100	<100	–	–	–	–
Malesia	0,5	79	556	1.159	737	1.813	170	15	9	23
Mali	1,3 h	57	579	8.426	6.893	10.346	656	8	6	10
Marocco	0,1	68	635	<500	<200	585	–	–	–	–
Mauritania	0,7	64	102	<500	<500	787	12	–	–	–
Mauritius	0,6	–	19	<200	<100	<500	–	–	–	–
Messico	0,3	86 x	2.109	3.073	1.663	5.835	146	5	3	9
Micronesia (Stati Federati)	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–
Moldavia	1,1	98	44	<100	<100	<200	62	–	–	–
Mongolia	<0,1	99	49	<100	<100	<100	1	–	–	–
Montenegro	–	97	8	–	–	–	0	–	–	–
Mozambico	16,1	85	856	95.482	79.656	112.694	12.15	13	11	15
Myanmar	1,3	76	897	2.907	2.077	3.952	993	34	25	48
Namibia	19,6	91	53	9.316	7.615	11.151	6.022	65	54	79
Nauru	–	–	0	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	0,5	44	791	1.738	919	3.083	35	2	1	4
Nicaragua	0,2	86	139	<200	<100	<500	26	–	–	–
Niger	0,7 h	46	683	3.132	2.153	4.515	214	7	5	10
Nigeria	3,9	58	5.909	187.544	133.734	231.696	6.168	3	3	5
Niue	–	–	0	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	100	57	–	–	–	–	–	–	–
Pakistan	0,1	36	4.358	2.089	1.137	4.265	8	<1	<1	1
Palau	–	–	0	–	–	–	–	–	–	–
Panama	0,9	72 x	70	<500	<500	513	–	–	–	–
Papua Nuova Guinea	1,8	78 x	191	1.546	1.43	1.672	31 b	–	–	–
Paraguay	0,4	94	153	<500	<500	769	73	–	–	–
Perù	0,6	92	584	1.653	902	2.685	560	34	21	62
Qatar	–	–	13	–	–	–	–	–	–	–
Repubblica Centrafricana	6,2 h	69	157	10.913	9.791	12.218	1.943	18	16	20
Repubblica Dominicana	1,0 h	99 x	231	1.798	1.367	2.342	738	41	32	54
Romania	<0,1	94	213	<500	<200	<500	75	–	–	–
Ruanda	3,0 h	94	420	14.107	12.522	16.777	7.768	55	46	62
Saint Kitts/Nevis	–	100	1	–	–	–	–	–	–	–
Saint Lucia	–	99	3	–	–	–	–	–	–	–
Saint Vincent/Grenadines	–	95	2	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	5	–	–	–	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	–	97	5	–	–	–	11	–	–	–
Senegal	0,7 h	87	435	3.818	2.806	5.025	–	–	–	–
Serbia	–	98	126	–	–	–	2	–	–	–
Seychelles	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leone	1,5 h	81	262	4.212	3.233	5.535	354	8	6	11
Singapore	0,3	–	37	–	–	–	–	–	–	–
Siria. Repubblica Araba	–	84	529	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	0,9	26	371	900	<500	1.915	5	1	<1	1
Sri Lanka	<0,1	95	295	<100	<100	<100	1	–	–	–
Sudafrica	16,2 h	92	1.102	222.415	186.658	258.165	111.357	50	43	60
Sudan	1,6	60	1.225	18.353	11.981	24.788	–	–	–	–
Suriname	1,9	91	9	<100	<100	<200	35	–	–	–
Swaziland	25,9 h	90	33	13.209	11.976	14.546	8.221	62	57	69
Tagikistan	0,1	77	185	<200	<100	<500	4	–	–	–

OBBIETTIVO 1. Prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV nei paesi a basso e medio reddito

	Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti (15-49 anni), 2005	Copertura dell'assistenza prenatale (%), 2000-2006*	Numero annuo di nascite, 2006 (in migliaia)	Numero stimato di donne incinte affette da HIV bisognose di ARV per la PMTCT, 2006z			Numero di donne incinte affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT, 2006	Percentuale stimata di donne incinte affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT, 2006**		
				Stima	Stima bassa	Stima alta		Stima	Stima bassa	Stima alta
Tanzania, Repubblica Unita	7,0 h	78	1.589	99.775	92.091	107.699	14.758	15	14	16
Territorio Palestinese Occupato	—	99	143	—	—	—	—	—	—	—
Thailandia	1,4	98	936	5.796	4.118	7.983	4.305 c	74	54	>95
Timor-Leste	—	61	46	—	—	—	—	—	—	—
Togo	3,2	84	242	7.937	6.535	10.011	910	11	9	14
Tonga	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—
Trinidad e Tobago	2,6	96	20	<200	<100	<500	—	—	—	—
Tunisia	0,1	92	172	<100	<100	<100	0	—	—	—
Turchia	—	81	1.378	—	—	—	4	—	—	—
Turkmenistan	<0,1	99	108	—	—	—	0	—	—	—
Tuvalu	—	—	0	—	—	—	—	—	—	—
Ucraina	1,4	99	417	3.037	1.897	4.857	2.517	83	52	>95
Uganda	7,1 h	94	1.406	79.95	70.513	92.116	19.991	25	22	28
Uruguay	0,5	94 x	51	<200	<100	<500	53	—	—	—
Uzbekistan	0,2	99	619	<500	<200	1.041	22	—	—	—
Vanuatu	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—
Venezuela (Repubblica bolivariana)	0,7	94	595	2.173	1.242	4.086	310	14	8	25
Vietnam	0,5	91	1.654	3.796	2.335	6.456	1.385	36	21	59
Yemen	—	41	839	—	—	—	—	—	—	—
Zambia	15,6 h	93	470	73.668	65.911	82.984	25.578	35	31	39
Zimbabwe	18,1 h	95	372	59.327	54.031	64.481	10.127	17	16	19

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE

Africa subsahariana	6,1 †	69 †	29.889	—	—	—	—	—	—	—
Africa orientale e meridionale	8,6 †	71 †	14.074	927.370	801.760	1.061.939	282.784	31	27	35
Africa occidentale e centrale	3,5 †	67 †	15.815	440.319	329.761	543.974	30.957	7	6	9
Medio Oriente e Nord Africa	0,2 †	72 †	9.617	869	650	1.105	52	6	5	8
Asia meridionale	0,7 †	65 †	37.942	74.547	46.111	119.101	7.059	10	6	15
Asia orientale e Pacifico	0,2 †	89 †	29.764	26.342	17.512	40.330	7.892	30	20	45
America latina e Carabi	0,6 †	94 †	11.418	33.061	21.508	51.115	13.117	40	26	61
ECO/CSI	0,6 †	90 †	5.529	11.578	6.128	23.554	9.173	79	39	>95
Paesi a basso e medio reddito	—	—	—	1.514.086	1.223.431	1.841.120	351.034	23	19	29

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti: Percentuale di adulti (15-49 anni) affetti da HIV, alla fine del 2005.

Copertura dell'assistenza prenatale: Percentuale di donne (15-49 anni) visitate almeno una volta durante la gravidanza da operatori sanitari qualificati (medici, infermieri od ostetriche).

Numero annuo di nascite: Numero stimato di nati vivi nel 2006.

Numero stimato di donne incinte affette da HIV: Numero stimato di donne incinte affette da HIV nel 2006.

Numero di donne incinte affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT: Numero di donne che sono risultate positive al test per l'HIV durante la visita in una clinica prenatale e che hanno ricevuto la terapia antiretrovirale (ARV) per la prevenzione della trasmissione madre-figlio.

Percentuale stimata di donne incinte affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT: Calcolata dividendo il numero di donne incinte affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT per il numero stimato non arrotondato di donne incinte affette da HIV nel 2006. I margini di variabilità delle stime di copertura sono basati sui limiti di plausibilità (incertezza) del denominatore, ossia delle stime bassa e alta di donne incinte affette da HIV. Non è stata calcolata alcuna copertura laddove il numero di donne incinte affette da HIV è stato stimato inferiore a 500. Per questi paesi, i limiti di plausibilità del denominatore risultano molto ampi, e pertanto è probabile che le stime relative alla copertura ARV per la PMTCT siano inaffidabili.

FONTE PRINCIPALI DEI DATI

Tasso stimato di prevalenza dell'HIV negli adulti: UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2008*; UNAIDS, *AIDS Epidemic Update 2007*.

Copertura dell'assistenza prenatale: UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2008*.

Numero annuo di nascite: UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2008*.

Numero stimato di donne incinte affette da HIV: UNAIDS/OMS, stime non pubblicate, 2007.

Numero di donne incinte affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT: UNICEF e OMS, "A Report Card on Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV/AIDS and Paediatric HIV Care and Treatment in Low- and Middle-Income Countries, Progress on scaling up, 2004-2006" (di prossima pubblicazione).

Percentuale stimata di donne incinte affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT: UNAIDS, UNICEF e OMS, "Towards Universal Access: Scaling Up HIV Treatment, Care and Prevention Interventions in the Health Sector" (di prossima pubblicazione); UNAIDS/OMS, stime non pubblicate, 2007.

NOTE

- Dati non disponibili.

* I dati riportati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Indicatore della Sessione Speciale sull'HIV/AIDS dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (2001).

a I dati sono stati forniti da una ONG e non sono dati a livello nazionale.

b I dati sono stati raccolti solo dal Port Moresby Hospital. Pertanto, la copertura non è stata calcolata.

c Il rapporto nazionale indicava che erano stati riportati soltanto l'80% dei dati.

d Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, *WHO/Europe Survey on HIV/AIDS and Antiretroviral Therapy*, 31 dicembre 2006.

h Prevalenza dell'HIV in base alle ricerche basate sulla popolazione condotte tra il 2001 e il 2006.

x I dati si riferiscono ad anni o a periodi diversi da quelli indicati nel titolo della colonna, differiscono dalla definizione standard o si riferiscono soltanto a una parte del territorio nazionale.

z Le stime relative ai bisogni sono basate sui metodi descritti nell'allegato. Le stime per i singoli paesi possono differire a seconda dei metodi di stima usati.

† Le medie regionali sono state calcolate soltanto per la popolazione rappresentante il 50% o più della popolazione totale di interesse della regione.

OBIETTIVO 2. Provvedere alle cure pediatriche nei paesi a basso e medio reddito*

	Numero di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto la profilassi con cotrimoxazolo a due mesi dal parto, 2006	Numero di bambini (0-14 anni) che ricevono ART, fine 2006		Numero di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto la profilassi con cotrimoxazolo a due mesi dal parto, 2006	Numero di bambini (0-14 anni) che ricevono ART, fine 2006
Afghanistan	0	0	Georgia	15	8
Albania	–	5 e	Ghana	–	122
Algeria	–	–	Giamaica	–	256
Angola	–	361	Gibuti	52	52
Antigua e Barbuda	4	7	Giordania	0	3
Arabia Saudita	–	–	Grenada	–	–
Argentina	–	3.76	Guatemala	–	840
Armenia	–	2 e	Guinea	416	100
Azerbaigian	0	0	Guinea-Bissau	–	24
Bahamas	–	–	Guinea Equatoriale	–	–
Bahrein	–	–	Guyana	90	120
Bangladesh	5	1	Haiti	–	867
Barbados	–	17	Honduras	–	672
Belize	–	53	India	1.2	2.959
Benin	1.111	330	Indonesia	20	1 b
Bhutan	0	0	Iran (Repubblica islamica)	–	20 c
Bielorussia	–	57	Iraq	–	–
Bolivia	–	–	Isole Cook	–	–
Bosnia/Erzegovina	0	0	Isole Marshall	–	–
Botswana	8.83	6.831	Isole Salomone	–	–
Brasile	–	7.633	Kazakistan	85	25
Brunei Darussalam	–	–	Kenya	–	10
Bulgaria	–	3 e	Kirghizistan	–	3
Burkina Faso	–	534	Kiribati	–	–
Burundi	814	524	Kuwait	–	–
Cambogia	86	1.787	Laos. Repubblica Democratica Popolare	–	3 b
Camerun	–	1.014	Lesotho	–	1.143
Capo Verde	31	22	Libano	–	–
Ciad	63	129	Liberia	–	–
Cile	–	–	Libia. Jamahiriya Araba	–	–
Cina	650	410	Macedonia. ex Repubblica jugoslava	–	–
Colombia	–	–	Madagascar	2	0
Comore	0	0	Malawi	60	5.763
Congo	–	264	Maldive	–	–
Congo. Repubblica Democratica	170	124	Malesia	–	510
Corea. Repubblica	–	–	Mali	–	691
Corea. Repubblica Democratica Popolare	–	–	Marocco	–	–
Costa d'Avorio	–	1.348 a	Mauritania	14	7
Costarica	40	52	Mauritius	–	–
Croazia	–	5 e	Messico	–	176
Cuba	1	17	Micronesia (Stati Federati)	–	–
Dominica	2	2	Moldavia	0	14
Ecuador	–	300	Mongolia	0	0
Egitto	–	–	Montenegro	–	2
El Salvador	122	297	Mozambico	–	3.443
Emirati Arabi Uniti	–	–	Myanmar	–	287
Eritrea	–	84	Namibia	–	3.932
Etiopia	388	2.512	Nauru	–	–
Federazione Russa	–	330 c	Nepal	9	12
Figi	2	2	Nicaragua	26	26
Filippine	–	–	Niger	–	46
Gabon	–	362	Nigeria	–	5.279
Gambia	–	83	Niue	–	–

OBIETTIVO 2. Provvedere alle cure pediatriche nei paesi a basso e medio reddito*

	Numero di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto la profilassi con cotrimoxazolo a due mesi dal parto, 2006	Numero di bambini (0-14 anni) che ricevono ART, fine 2006
Oman	–	25 c
Pakistan	0	10
Palau	–	–
Panama	–	214
Papua Nuova Guinea	–	23 d
Paraguay	42	160
Perù	–	280
Qatar	–	–
Repubblica Centrafricana	443	268
Repubblica Dominicana	–	377
Romania	–	280
Ruanda	1.209	2.757
Saint Kitts/Nevis	–	–
Saint Lucia	–	–
Saint Vincent/Grenadines	–	–
Samoa	–	–
Sao Tomé/Principe	3	3
Senegal	–	228
Serbia	0	14
Seychelles	–	–
Sierra Leone	60	12
Singapore	–	–
Siria. Repubblica Araba	–	–
Somalia	–	–
Sri Lanka	1	0
Sudafrica	–	23.369
Sudan	–	–
Suriname	–	61
Swaziland	725	1.155
Tagikistan	0	0
Tanzania. Repubblica Unita	–	3.576
Territorio Palestinese Occupato	–	–
Thailandia	–	6.298 f
Timor-Leste	–	–
Togo	462	258
Tonga	–	–
Trinidad e Tobago	–	–
Tunisia	0	3
Turchia	0	9
Turkmenistan	–	0
Tuvalu	–	–
Ucraina	800	650
Uganda	–	7.8
Uruguay	70	160
Uzbekistan	–	52
Vanuatu	–	–
Venezuela (Repubblica bolivariana)	–	611 g
Vietnam	–	428
Yemen	–	–
Zambia	–	7.2
Zimbabwe	6.78	4.367

	Numero di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto la profilassi con cotrimoxazolo a due mesi dal parto, 2006	Numero di bambini (0-14 anni) che ricevono ART, fine 2006
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE		
Africa subsahariana	–	–
Africa orientale e meridionale	18.808	84.817
Africa occidentale e centrale	2.773	11.248
Medio Oriente e Nord Africa	52	58
Asia meridionale	1.215	2.982
Asia orientale e Pacifico	758	9.749
America latina e Carabi	398	16.949
ECO/CSI	900	1.444
Paesi a basso e medio reddito	24.904	127.247

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI
Numero bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in gravidanza:

Numero di neonati nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in gravidanza a due mesi dal parto.

Numero di bambini che hanno ricevuto ART: Numero di bambini (0-14 anni) affetti da HIV che hanno ricevuto ART nel 2006.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI
Numero di bambini nati da madre affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in gravidanza:

UNAIDS, UNICEF e OMS, "Towards Universal Access: Scaling Up HIV Treatment, Care and Prevention Interventions in the health sector" (di prossima pubblicazione).

Numero di bambini che ricevono ART: UNAIDS, UNICEF e OMS, "Towards Universal Access: Scaling Up HIV Treatment, Care and Prevention Interventions in the health sector" (di prossima pubblicazione).

NOTE

† Normalmente questa tavola comprenderebbe le seguenti stime: Numero di bambini affetti da HIV; Percentuali stimate di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in gravidanza; Numero di bambini affetti da HIV bisognosi di ART; Percentuale di bambini che hanno ricevuto il cotrimoxazolo; e Percentuale di bambini bisognosi di ART che la ricevono. Queste stime sono ancora in fase di revisione e non erano disponibili al momento della pubblicazione di questo rapporto.

- Dati non disponibili.

a I dati riportati sono dati parziali provenienti soltanto dalla Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation e dalla ONG ACONDA-VS, e non riflettono i dati a livello nazionale.

b I dati più recenti disponibili provengono da: Expanded Inter-Agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Children, "A Report Card on Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care and Treatment in Low-and Middle-Income Countries, Scaling Up Progress from 2004 to 2005", Working Paper, UNICEF, New York, Febbraio 2007.

c I dati più recenti disponibili provengono da UNAIDS/UNICEF/OMS, *Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress Report*, aprile 2007.

d I dati riportati provenivano soltanto dal Port Moresby Hospital e non riflettono i dati a livello nazionale.

e Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, *WHO/Europe Survey on HIV/AIDS and Antiretroviral Therapy*, 31 dicembre 2006.

f I dati provengono da 66 province su 76.

g I dati riportati provengono dalla Regione OMS delle Americhe.

OBIETTIVO 3. Prevenire il contagio tra gli adolescenti e i giovani

	Conoscenza e comportamenti								
	Prevalenza dell'HIV nei giovani (15-24 anni)**			% di giovani (15-24 anni) con una conoscenza esauriente dell'HIV (2000-2006*)**		% di giovani (15-24 anni) che hanno usato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio (2000-2006)		% di giovani (15-19 anni) che hanno avuto un rapporto sessuale prima dei 15 anni (2000-2006*)**	
	Maschi (2005)	Femmine (2005)	Donne incinte nella capitale (2001-2005*)	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Albania	-	-	-	-	6	-	-	-	-
Algeria	-	-	-	-	13	-	-	-	-
Angola	0,9	2,5	2,8	-	-	-	-	-	-
Antigua e Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentina	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Armenia	-	-	-	15	23	86	-	3	<1
Azerbaijan	-	-	-	-	2	-	-	-	1
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrain	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	-	-	-	-	16	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Benin	0,4	1,1	1,7-2,1	35	16	44	17	12	13
Bhutan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bielorussia	-	-	-	-	34	-	-	-	-
Bolivia	-	-	-	18	15	37	20	15	6
Bosnia/Erzegovina	-	-	-	-	48	-	71	-	1
Botswana	5,7	15,3	33,5	33	40	88	75	-	-
Brasile	-	-	-	-	-	71	58	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	15	17	70	57	-	-
Burkina Faso	0,5	1,4	1,8	23	19 r	67	64 r	5	7
Burundi	0,8	2,3	8,6	-	30	-	25	-	3
Cambogia	0,1 h	0,3 h	2,7	45	50	84	-	<1	1
Camerun	1,4 h	4,8 h	7,0	34	32 r	57	62 r	12	13 r
Capo Verde	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ciad	0,9	2,2	3,6	20	8	25	17	11	19
Cile	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cina	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	-	-	-	-	-	-	36	-	14
Comore	<0,1	<0,1	-	-	18	-	-	-	-
Congo	1,2	3,7	3,0	22	10	36	16	25	24
Congo. Repubblica Democratica	0,8	2,2	3,2	-	-	-	-	-	-
Corea. Repubblica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Corea. Repubblica Democratica Popolare	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa d'Avorio	0,3 h	2,4 h	5,2	28	18	53	39	17	20
Costarica	-	-	5,2	-	-	-	-	-	-
Croazia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Egitto	-	-	-	-	4	-	-	-	-
El Salvador	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Emirati Arabi Uniti	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	0,6	1,6	-	-	37	-	-	-	9
Etiopia	0,3 h	1,2 h	11,5	33	21	50	28	2	11
Federazione Russa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Filippine	-	-	-	18	12	25	11	3	1
Gabon	1,8	5,4	-	22	24	48	33	48	24
Gambia	0,6	1,7	-	-	39	-	54	-	4
Georgia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	0,1 h	1,2 h	3,9	44	25 r	52	42 r	4	7 r
Giamaica	-	-	-	-	60	-	-	-	-
Gibuti	0,7	2,1	-	22	18 r	50	26	-	-
Giordania	-	-	-	-	3	-	-	-	-
Grenada	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	-	-	-	-	15	7
Guinea	0,6 h	1,2 h	4,4	23	17	37	26	18	20
Guinea-Bissau	0,9	2,5	-	-	18	-	39	-	22
Guinea Equatoriale	0,7	2,3	-	-	4	-	-	-	-
Guyana	-	-	-	47	53	68	62	-	-
Haiti	0,6 h	1,5 h	3,7	40	32	43	29	42	15

OBIETTIVO 3. Prevenire il contagio tra gli adolescenti e i giovani

	Conoscenza e comportamenti								
	Prevalenza dell'HIV nei giovani (15-24 anni)**			% di giovani (15-24 anni) con una conoscenza esauriente dell'HIV (2000-2006)**		% di giovani (15-24 anni) che hanno usato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio (2000-2006)		% di giovani (15-19 anni) che hanno avuto un rapporto sessuale prima dei 15 anni (2000-2006)**	
	Maschi (2005)	Femmine (2005)	Donne incinte nella capitale (2001-2005*)	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Honduras	-	-	-	-	30	-	24	19	10 r
India	-	-	-	36	20	37	22	3	8
Indonesia	-	-	-	0	1	-	-	-	-
Iran (Repubblica islamica)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	-	-	-	-	3	-	-	-	-
Isole Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Isole Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Isole Salomone	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazakistan	-	-	-	-	22	-	-	-	-
Kenya	1,3 h	5,9 h	-	47	34	47	25	31	15
Kirghizistan	-	-	-	-	20	-	56	-	<1
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Laos, Repubblica Democratica Popolare	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	6,0 h	15,4 h	27,3	18	26	53	53	30	16
Libano	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libia, Jamahiriya Araba	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	-	-	-	-	27	-	70	-	1
Madagascar	0,6	0,3	-	16	19	12	5	20	32
Malawi	2,1 h	9,1 h	15,0	36	42 r	60	40	18	14 r
Maldive	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	0,4	1,2	2,5	15	9	30	14	11	26
Marocco	-	-	-	-	12	-	-	-	-
Mauritania	0,2	0,5	-	-	-	-	-	2	13
Mauritius	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Messico	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Micronesia (Stati Federati)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Moldavia	-	-	-	54	42	63	44	10	2
Mongolia	-	-	-	-	35	-	-	-	-
Montenegro	-	-	-	-	30	-	66	-	<1
Mozambico	3,6	10,7	14,7	33	20	33	29	31	28
Myanmar	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Namibia	4,4	13,4	7,5	41	31	69	48	31	10
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	-	-	-	44	28	78	-	3	6
Nicaragua	-	-	-	-	22	-	17	-	11
Niger	0,1 h	0,5 h	-	16	13	37	18	5	26
Nigeria	0,9	2,7	-	21	18	46	24	8	20
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oman	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panama	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papua Nuova Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Perù	-	-	-	-	-	-	32	-	5
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Repubblica Centrafricana	2,5	7,3	14,0	-	17	-	41	-	29
Repubblica Dominicana	0,4 h	0,7 h	-	-	36	52	29	18	13
Romania	-	-	-	3	6	-	-	-	-
Ruanda	0,4 h	1,5 h	10,3	54	51	40	26	15	5
Saint Kitts/Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Lucia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Vincent/Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	-	-	-	-	44	-	56	-	9
Senegal	0,2 h	0,6 h	0,9	24	19	52	36	13	9
Serbia	-	-	-	-	42	-	74	-	1
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	0,4	1,1	3,2	-	17	-	20	-	25
Singapore	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Siria, Repubblica Araba	-	-	-	-	7	-	-	-	-
Somalia	0,2	0,6	-	-	4	-	-	-	-

OBIETTIVO 3. Prevenire il contagio tra gli adolescenti e i giovani

	Conoscenza e comportamenti								
	Prevalenza dell'HIV nei giovani (15-24 anni)**			% di giovani (15-24 anni) con una conoscenza esauriente dell'HIV (2000-2006*)**		% di giovani (15-24 anni) che hanno usato il profilattico nell'ultimo rapporto sessuale a rischio (2000-2006)		% di giovani (15-19 anni) che hanno avuto un rapporto sessuale prima dei 15 anni (2000-2006*)**	
	Maschi (2005)	Femmine (2005)	Donne incinte nella capitale (2001-2005*)	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Sri Lanka	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudafrica	4,4 h	16,9 h	25,2	-	-	-	-	-	-
Sudan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	-	-	-	41	-	-	-	-
Swaziland	7,7	22,7	37,3	52	52	70	54	-	-
Tagikistan	-	-	-	-	3	-	-	-	-
Tanzania, Repubblica Unita	3,0 h	4,0 h	8,2	40	45	46	34	13	11
Territorio Palestinese Occupato	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thailandia	-	-	-	-	46	-	-	-	-
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	0,8	2,2	9,3	-	28	-	50	-	12
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad e Tobago	-	-	-	-	54	-	51	-	5
Tunisia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turchia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkmenistan	-	-	-	-	5	-	-	-	<1
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucraina	-	-	-	-	28	-	-	-	-
Uganda	1,1 h	4,3 h	5,2	38	32	55	53	16	12
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uzbekistan	-	-	-	7	31 r	50	61 r	-	0
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (Repubblica bolivariana)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vietnam	0,8 h	0,0 h	-	50	44 r	68	-	0,3	1
Yemen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambia	3,0 h	11,1 h	20,7	46	41	38	26	27	18
Zimbabwe	4,2 h	11,0 h	18,6	46	44	68	42	5	5
SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE †									
Africa subsahariana	1,4	4,3	9,7	31	25	47	31	13	17
Africa orientale e meridionale	2,1	6,2	13,5	37	31	46	32	15	14
Africa occidentale e centrale	0,7	2,3	4,0	24	19	47	31	12	19
Medio Oriente e Nord Africa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia meridionale	-	-	-	43	23	38	22	3	8
Asia orientale e Pacifico	-	-	-	-	-	-	-	-	-
America latina e Carabi	-	-	-	-	-	-	47	-	-
ECO/CSI	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paesi a basso e medio reddito	-	-	-	-	-	-	-	-	-

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Prevalenza dell'HIV nei giovani: Percentuale di ragazzi e ragazze (15-24 anni) affetti da HIV, alla fine del 2005.

Prevalenza dell'HIV nelle ragazze incinte nella capitale: Percentuale di campioni di sangue di ragazze incinte (15-24 anni) risultati positivi al test per l'HIV attraverso "test che garantiscono l'anonimato" in centri per l'assistenza prenatale.

Conoscenza esauriente dell'HIV: Percentuale di ragazzi e ragazze (15-24 anni) che conoscono i due principali modi di prevenire la trasmissione sessuale dell'HIV (uso del profilattico e rapporti sessuali con un partner stabile non affetto dal virus), che rifiutano le due maggiori false convinzioni, che hanno origine a livello locale, sulla trasmissione e prevenzione dell'HIV e che sanno che una persona apparentemente sana può essere affetta da l'HIV.

Uso del profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale a rischio: Percentuale di ragazzi e ragazze (15-24 anni) che hanno dichiarato di avere utilizzato il profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale avuto con un partner diverso dal coniuge o dal convivente, su tutti quelli che hanno avuto questo tipo di rapporto negli ultimi 12 mesi.

Rapporti sessuali prima dei 15 anni: Percentuale di giovani (15-19 anni) che sostengono di avere avuto rapporti sessuali prima dei 15 anni.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Prevalenza dell'HIV nei giovani: UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo*, 2008.

Prevalenza dell'HIV nelle ragazze incinte nella capitale: UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo*, 2008.

Conoscenza esauriente dell'HIV: Database globali dell'UNICEF, 2008.

Uso del profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale a rischio: Database globali dell'UNICEF, 2008.

Rapporti sessuali prima dei 15 anni: Database globali dell'UNICEF, 2008.

NOTE

- Dati non disponibili

* I dati si riferiscono all'anno più recente in cui è stato possibile rilevarli, nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Indicatore della Sessione Speciale sull'HIV/AIDS dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite (2001).

h I dati provengono dalle Ricerche Demografiche e Sanitarie (DHS) e dalle Ricerche sugli Indicatori dell'AIDS (AIS) condotte tra il 2001 e il 2006.

r L'anno dei dati relativi alle donne è più recente dell'anno dei dati relativi agli uomini.

† Le medie regionali vengono calcolate soltanto per le popolazioni che rappresentano il 50% o più della popolazione totale di interesse della regione.

OBIETTIVO 4. Proteggere e aiutare i bambini colpiti da HIV e AIDS+

	Tasso di frequenza scolastica degli orfani (2000-2006)**	% di bambini la cui famiglia ha ricevuto sostegno esterno (2004-2006)**†		Tasso di frequenza scolastica degli orfani (2000-2006)**	% di bambini la cui famiglia ha ricevuto sostegno esterno (2004-2006)**†
Afghanistan	–	–	Giamaica	101	–
Albania	–	–	Gibuti	82	–
Algeria	99	–	Giordania	–	–
Angola	90	–	Grenada	–	–
Antigua e Barbuda	–	–	Guatemala	–	–
Arabia Saudita	–	–	Guinea	73	–
Argentina	–	–	Guinea-Bissau	97	–
Armenia	–	–	Guinea Equatoriale	95	–
Azerbaigian	–	–	Guyana	108	–
Bahamas	–	–	Haiti	86	–
Bahrein	–	–	Honduras	108	–
Bangladesh	84	–	India	–	–
Barbados	–	–	Indonesia	82	–
Belize	–	–	Iran (Repubblica islamica)	–	–
Benin	90	–	Iraq	84	–
Bhutan	–	–	Isole Cook	–	–
Bielorussia	101	–	Isole Marshall	–	–
Bolivia	74	–	Isole Salomone	–	–
Bosnia/Erzegovina	101	–	Kazakistan	98	–
Botswana	99	–	Kenya	95	–
Brasile	–	–	Kirghizistan	103	–
Brunei Darussalam	–	–	Kiribati	–	–
Bulgaria	–	–	Kuwait	–	–
Burkina Faso	71	–	Laos, Repubblica Democratica Popolare	–	–
Burundi	86	–	Lesotho	95	–
Cambogia	83	–	Libano	–	–
Camerun	89	9	Liberia	–	–
Capo Verde	–	–	Libia, Jamahiriya Araba	–	–
Ciad	105	–	Macedonia, ex Repubblica jugoslava	98	–
Cile	–	–	Madagascar	75	–
Cina	–	–	Malawi	97	19
Colombia	85	–	Maldive	–	–
Comore	59	–	Malesia	–	–
Congo	88	2	Mali	104	–
Congo, Repubblica Democratica	72	–	Marocco	–	–
Corea, Repubblica	–	–	Mauritania	–	–
Corea, Repubblica Democratica Popolare	–	–	Mauritius	–	–
Costa d'Avorio	79	9	Messico	–	–
Costarica	–	–	Micronesia (Stati Federati)	–	–
Croazia	–	–	Moldavia	90	–
Cuba	–	–	Mongolia	96	–
Dominica	–	–	Montenegro	100	–
Ecuador	–	–	Mozambico	80	–
Egitto	–	–	Myanmar	–	–
El Salvador	–	–	Namibia	92	–
Emirati Arabi Uniti	–	–	Nauru	–	–
Eritrea	83	–	Nepal	–	–
Etiopia	90	–	Nicaragua	106 p	–
Federazione Russa	–	–	Niger	67	–
Fiji	–	–	Nigeria	64 p	–
Filippine	–	–	Niue	–	–
Gabon	98	–	Oman	–	–
Gambia	87	–	Pakistan	–	–
Georgia	–	–	Palau	–	–
Ghana	90	–	Panama	–	–

OBIETTIVO 4. Proteggere e aiutare i bambini colpiti da HIV e AIDS*

	Tasso di frequenza scolastica degli orfani (2000-2006)**	% di bambini la cui famiglia ha ricevuto sostegno esterno (2004-2006*)**‡
Papua Nuova Guinea	–	–
Paraguay	–	–
Perù	–	–
Qatar	–	–
Repubblica Centrafricana	96	7
Repubblica Dominicana	70	–
Romania	–	–
Ruanda	82	–
Saint Kitts/Nevis	–	–
Saint Lucia	–	–
Saint Vincent/Grenadines	–	–
Samoa	–	–
Sao Tomé/Principe	109	–
Senegal	83	–
Serbia	–	–
Seychelles	–	–
Sierra Leone	83	–
Singapore	–	–
Siria, Repubblica Araba	106	–
Somalia	87	–
Sri Lanka	–	–
Sudafrica	–	–
Sudan	96	–
Suriname	97	–
Swaziland	91	41
Tagikistan	92	–
Tanzania, Repubblica Unita	102	–
Territorio Palestinese Occupato	–	–
Thailandia	99	–
Timor-Leste	–	–
Togo	94	–
Tonga	–	–
Trinidad e Tobago	101	–
Tunisia	–	–
Turchia	–	–
Turkmenistan	100	–
Tuvalu	–	–
Ucraina	98	–
Uganda	94	11
Uruguay	–	–
Uzbekistan	95	–
Vanuatu	–	–
Venezuela (Repubblica bolivariana)	–	–
Vietnam	84	–
Yemen	–	–
Zambia	103	13
Zimbabwe	95	31

SINTESI PER AREE GEOGRAFICHE †

	Tasso di frequenza scolastica degli orfani (2000-2006)**	% di bambini la cui famiglia ha ricevuto sostegno esterno (2004-2006*)**‡
Africa subsahariana	80	–
Africa orientale e meridionale	84	–
Africa occidentale e centrale	76	–
Medio Oriente e Nord Africa	–	–
Asia meridionale	84	–
Asia orientale e Pacifico	–	–
America latina e Carabi	–	–
ECO/CSI	–	–
Paesi a basso e medio reddito	–	–

DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

Tasso di frequenza scolastica degli orfani: Percentuale di bambini (10-14 anni) che hanno perso entrambi i genitori biologici e che attualmente frequentano la scuola, come percentuale di bambini non orfani della stessa età che vivono con almeno un genitore e frequentano la scuola.

Percentuale di bambini la cui famiglia ha ricevuto sostegno esterno: Percentuale di bambini orfani e vulnerabili la cui famiglia ha ricevuto sostegno esterno gratuito di base per accudire il bambino.

FONTI PRINCIPALI DEI DATI

Tasso di frequenza scolastica degli orfani: UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2008*.

Percentuale di bambini la cui famiglia ha ricevuto sostegno esterno: AIS, DHS e MICS (2004-2006).

NOTES

† Normalmente questa tavola comprenderebbe le seguenti stime: Numero di bambini che hanno perduto uno o entrambi i genitori per qualunque causa; Numero di bambini che hanno perduto uno o entrambi i genitori a causa dell'AIDS; Numero di bambini la cui madre o il cui padre sono morti per qualunque causa; e Numero di bambini di cui entrambi i genitori sono morti per qualunque causa. Queste stime sono ancora in fase di revisione e non erano disponibili al momento della pubblicazione di questo rapporto.

- Dati non disponibili.

* I dati si riferiscono all'anno più recente disponibile nell'arco di tempo specificato nel titolo della colonna.

** Indicatore della Sessione Speciale sull'HIV/AIDS (2001) dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite.

‡ I dati vengono presentati soltanto per paesi con una diffusione dell'HIV pari o superiore al 5%.

p La percentuale di orfani (10-14 anni) che frequentano la scuola è basata su piccoli denominatori (generalmente 25-49 casi non ponderati).

† Le medie regionali vengono calcolate soltanto per popolazioni rappresentanti il 50% o più della popolazione totale di interesse della regione.



© UNICEF/PHK

© UNICEF/H006-05/20/Susan Markisz

Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia
3 United Nations Plaza
New York, NY 10017, USA
Tel.: (+1 212) 326-7000
pubdoc@unicef.org
www.unicef.org

UNAIDS Secretariat
20, avenue Appia
CH-1211 Ginevra 27
Svizzera
Tel.: (+41 22) 791-3666
Fax: (+41 22) 791-4187
unaids@unaids.org
www.unaids.org

Organizzazione Mondiale della Sanità
20, avenue Appia
CH-1211 Ginevra 27
Svizzera
Tel.: (+ 41 22) 791-2111
Fax: (+ 41 22) 791-3111
info@who.int; publications@who.int
www.who.int

Edizione italiana a cura del
Comitato Italiano per l'UNICEF Onlus
Via Palestro, 68
00185 Roma
Tel. 06 478091 - Fax 06 47809270
pubblicazioni@unicef.it
www.unicef.it

ISBN: 978-92-806-4266-7

Aprile 2008



www.unicef.it/aids