

UNITI PER I BAMBINI  
UNITI CONTRO L'AIDS



# BAMBINI E AIDS

UN BILANCIO



**UNAIDS**  
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS

UNHCR  
UNICEF  
WFP  
UNDP  
UNFPA

UNODC  
ILO  
UNESCO  
WHO  
WORLD BANK



World Health  
Organization





# BAMBINI E AIDS

## UN BILANCIO

Azioni e progressi nel primo anno della campagna  
*Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS*

Le citazioni usate nel presente rapporto esprimono le opinioni degli autori e non necessariamente quelle dell'UNICEF.

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/HQ06-1318/  
CLAUDIO VERSIANI

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

[www.unicef.it/aids](http://www.unicef.it/aids)  
[pubblicazioni@unicef.it](mailto:pubblicazioni@unicef.it)

Traduzione dall'inglese di Maria Vittoria Ieranò  
Impaginazione a cura di Prospero Multilab

Finito di stampare il 26 marzo 2007  
da Primegraf, Roma

# INDICE

---

<b>PAG. 4</b>	<b>Introduzione</b>
<b>PAG. 6</b>	<b>Ottenere risultati per i bambini</b>
<b>PAG. 7</b>	<b>Programmi per l'infanzia: "Le quattro P"</b>
<b>PAG. 8</b>	<b>Prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV</b>
<b>PAG. 11</b>	<b>Provvedere alle cure pediatriche</b>
<b>PAG. 15</b>	<b>Prevenire il contagio tra gli adolescenti e i giovani</b>
<b>PAG. 18</b>	<b>Proteggere e aiutare i bambini colpiti dall'HIV/AIDS</b>
<b>PAG. 21</b>	<b>Risorse per l'infanzia</b>
<b>PAG. 22</b>	<b>Un approccio integrato</b>
<b>PAG. 24</b>	<b>Un invito all'azione</b>
<b>PAG. 27</b>	<b>Verso l'accesso universale</b>
<b>PAG. 28</b>	<b>Attori chiave per i bambini colpiti dall'HIV/AIDS</b>
<b>PAG. 29</b>	<b>L'impegno del Comitato Italiano per l'UNICEF</b>
<b>PAG. 30</b>	<b>Note</b>
<b>PAG. 32</b>	<b>Tavole statistiche</b>

---



## INTRODUZIONE

*“L’AIDS sta stravolgendo il significato stesso di infanzia per milioni di bambini, privandoli dei loro diritti umani, delle cure, dell’amore e dell’affetto dei genitori, degli insegnanti e di altre persone importanti per loro, dell’istruzione e delle opportunità per il futuro, della protezione dallo sfruttamento e dagli abusi. Il mondo deve agire adesso, con urgenza e fermezza, per garantire che la prossima generazione di bambini sia libera dall’AIDS.”*

**– UNICEF, *Un invito all’azione. Bambini, il volto invisibile dell’AIDS.***

Dopo 25 anni dall’inizio della pandemia dell’AIDS, i bambini che ne sono colpiti continuano a correre gravi rischi. Si stima che 2,3 milioni di bambini sotto i 15 anni abbiano contratto l’infezione da HIV, 15,2 milioni di bambini sotto i 18 anni abbiano perso uno o entrambi i genitori a causa dell’AIDS e altri milioni siano diventati a rischio. I rischi inerenti a queste statistiche sono molteplici; infatti, i bambini colpiti dall’AIDS rischiano maggiormente di vivere in povertà, di rimanere senza una casa, di abbandonare la scuola, di essere discriminati, di essere privati delle opportunità che la vita offre e di morire precocemente.

La campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l’AIDS* è stata lanciata nell’ottobre del 2005 con l’obiettivo di porre “il volto invisibile” dei bambini al centro dell’agenda internazionale per l’HIV/AIDS. Un anno dopo, la risposta del mondo per la protezione e il sostegno dei bambini colpiti dall’AIDS resta tragicamente insufficiente. Ma questo sta cominciando a cambiare in modo importante e positivo.

Il presente rapporto traccia un bilancio di alcune delle azioni e dei cambiamenti più importanti a favore dei bambini colpiti dall’HIV/AIDS, che hanno avuto luogo durante il primo anno della campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l’AIDS*. Tra i progressi compiuti, il rapporto rileva che, nel 2006, i bambini e l’AIDS sono stati meglio integrati nelle politiche nazionali, compresi i piani d’azione nazionale (PAN) e le strategie di riduzione della povertà (SRP) in almeno 20 paesi dell’Africa subsahariana. Rileva inoltre il numero crescente di bambini che ricevono le cure grazie a test migliorati, ai prezzi più bassi dei farmaci e alle formulazioni più semplici. Riferisce che in diversi paesi, il cambiamento dei comportamenti ha permesso una riduzione della diffusione dell’HIV nei giovani e che la disparità tra orfani e non orfani nell’accesso all’istruzione è diminuita in diversi paesi.

Nell’ultimo anno, vi è stato un ampio e crescente riconoscimento della necessità di intensificare e accelerare le azioni per l’accesso universale a prevenzione, cura, assistenza e sostegno. L’impegno a raggiungere questo obiettivo entro il 2010 è stato riaffermato dai capi di Stato e di governo e dai loro rappresentanti durante l’High-Level Meeting sull’AIDS tenutosi alle Nazioni Unite a New York dal 31 maggio al 2 giugno 2006.

Vi è anche una maggiore consapevolezza dell’importanza di raggiungere gli obiettivi stabiliti durante la Sessione speciale sull’HIV/AIDS dell’Assemblea generale delle Nazioni Unite (2001), e dei traguardi per l’infanzia indicati nelle quattro aree della campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l’AIDS*, per raggiungere l’obiettivo di avvicinarsi il più possibile all’accesso universale.

Si prende atto che gli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDG) – soprattutto il MDG 6 che stabilisce di arrestare e iniziare a ridurre la diffusione dell’HIV/AIDS entro il

2015 – non potrà essere raggiunto se non integrando gli interventi per i bambini colpiti dall'HIV/AIDS con gli interventi per la salute e la sopravvivenza infantile.

Tuttavia, esistono enormi divari nei progressi:

- Soltanto 1 donna sieropositiva in gravidanza su 10 nei paesi a medio-basso reddito riceve una profilassi anti-retrovirale per prevenire la trasmissione dell'HIV da madre a figlio.
- Soltanto 1 bambino su 10 che ha bisogno di una terapia antiretrovirale la riceve, mentre gli altri sono condannati a una vita breve e triste.
- Al massimo, 1 bambino su 25 nato da una madre affetta dall'HIV riceve il cotrimoxazolo per prevenire le infezioni opportunistiche che possono risultare fatali.
- I bambini che hanno perso entrambi i genitori a causa dell'AIDS o per altre cause, generalmente hanno meno probabilità dei non orfani di frequentare la scuola.
- Meno di un giovane su tre nell'Africa subsahariana ha una conoscenza dell'HIV sufficiente ad aiutarlo a proteggersi dal virus.

Questo rapporto cerca di tracciare le tendenze che emergono dalla valutazione di dati nuovi e già esistenti rispetto a una linea impiegata qui per la prima volta nella prevenzione della trasmissione madre-figlio del virus, nella prestazione di cure pediatriche, nella prevenzione del contagio negli adolescenti e nei giovani e della protezione e il sostegno dei bambini colpiti dall'HIV/AIDS, le "Quattro P".

## Monitorare i progressi nelle "Quattro P"

Uno degli obiettivi chiave della campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS* è quello di evidenziare l'impatto che l'HIV/AIDS ha sui bambini e di fissare un punto di riferimento per valutare i progressi per i bambini e identificare le lacune nella risposta. L'UNICEF e l'UNAIDS stanno lavorando insieme ai governi nazionali e ai partner per sviluppare una serie di indicatori di base da usare per seguire i progressi nelle "Quattro P" a livello nazionale. Gli indicatori scelti e le stime sui bambini e l'AIDS sono compilati in una serie di tavole statistiche che si trovano in questo rapporto a partire da pagina 32.



© UNICEF/HQ05-1406/CHRISTINE NESBITT

Inoltre, il rapporto esamina i progressi rispetto alle strategie di sostegno che sono state identificate come elementi critici di una risposta incentrata sui bambini. Intende illustrare gli elementi di successo della campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS*, come anche alcuni fallimenti sperimentati nel promuovere la mobilitazione necessaria a livello globale, regionale e nazionale per affrontare i problemi dei bambini colpiti dall'AIDS. Illustrerà anche il modo in cui *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS* dovrà procedere l'anno prossimo per raggiungere i propri ambiziosi obiettivi.

L'UNAIDS mette a disposizione una struttura dinamica e flessibile per un'ampia partecipazione alla campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS*, che si basa sui mandati, sulle responsabilità e sul vantaggio comparato di ciascun membro della famiglia dell'ONU. Il loro contributo alle "Quattro P" e il contributo di molti altri partner sono riconosciuti nelle pagine seguenti.





## OTTENERE RISULTATI PER I BAMBINI

*“È stato riconosciuto che la situazione era disperata, che eravamo molto in ritardo nei settori critici per i bambini e che era urgente fare qualcosa per rimediare.”*

– **Stephen Lewis, ex inviato speciale per l’HIV/AIDS in Africa del Segretario generale delle Nazioni Unite, alla XVI Conferenza internazionale sull’AIDS**

È già trascorso oltre un anno dal lancio della campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l’AIDS*. Le risposte iniziali sono visibili sotto varie forme e in diversi contesti. L’invito all’azione per una generazione libera dall’AIDS è risuonato dalle voci di tutto il mondo e da organizzazioni grandi e piccole, che si sono espresse a favore dei bambini in quanto “volto invisibile” dell’AIDS. I bambini colpiti dall’AIDS sono ora più visibili e sono presi maggiormente in considerazione nei forum globali, regionali e nazionali.

La Dichiarazione politica sull’HIV/AIDS adottata all’High-Level Meeting sull’AIDS che si è tenuto alle Nazioni Unite nel giugno del 2006, ha fatto soprattutto riferimento ai bisogni dei bambini e delle donne colpiti dall’epidemia. Oltre venticinque sedute della XVI Conferenza internazionale sull’AIDS, tenutasi a Toronto nell’agosto del 2006, sono state dedicate ai bambini e ai giovani.

Le sfide da sostenere per creare una generazione libera dall’AIDS sono enormi. I paesi hanno ascoltato i molti appelli all’azione? Secondo questo rapporto, sotto molti punti di vista, la risposta è sì.

### L’advocacy della società civile

Durante lo scorso anno, le organizzazioni di *advocacy* hanno lavorato insieme per porre i bambini al centro dell’agenda internazionale dell’AIDS. Solo per citare qualche esempio, nel 2006 il Movimento Globale per l’Infanzia ha pubblicato un rapporto intitolato *Saving Lives: Children’s right to HIV and AIDS treatment*, che esortava la comunità internazionale a fare di più per curare i bambini HIV-positivi. La Global AIDS Alliance ha avuto un ruolo strategico nel condurre il dibattito sulle politiche per l’AIDS e nell’organizzazione di campagne di coalizione. La campagna della The Ecumenical Advocacy Alliance, “Keep the promise” (Mantenere la promessa), chiede ai leader religiosi, alle organizzazioni a carattere religioso e alle organizzazioni governative e non governative di assumersi la responsabilità dei loro impegni e fa appello per maggiori sforzi e risorse per combattere l’HIV/AIDS. Una campagna lanciata dall’Organizzazione delle First Lady africane contro l’HIV/AIDS si rivolge agli adulti in quanto protettori e difensori dei bambini.



## PROGRAMMI PER L'INFANZIA: "LE QUATTRO P"

*"Ora la campagna deve tener fede alle "Quattro P". Il programma è molto chiaro e bisogna metterlo in atto nei paesi."*

– Peter Piot, Direttore generale, UNAIDS

La campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS*, fornisce un sistema di riferimento, per i programmi statali di lotta all'AIDS, basato sulle "Quattro P" – gli imperativi urgenti relativi alla prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV, alla prestazione di cure pediatriche, alla prevenzione del contagio tra gli adolescenti e i giovani e alla protezione dei bambini colpiti dall'HIV/AIDS. I progressi in questi settori faranno veramente la differenza nella vita e nelle opportunità dei bambini colpiti dall'AIDS, e contribuiranno anche al raggiungimento dell'Obiettivo di sviluppo del Millennio 6 di arrestare e iniziare a invertire la diffusione dell'HIV/AIDS entro il 2015, nonché degli altri Obiettivi.

### Gli obiettivi di Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS: le "Quattro P"

- **Prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV**  
Entro il 2010, fornire servizi adeguati all'80% delle donne che ne hanno bisogno
- **Provvedere alle cure pediatriche**  
Entro il 2010, assicurare le cure antiretrovirali e/o a base di cotrimoxazolo all'80% dei bambini che ne hanno bisogno
- **Prevenire il contagio negli adolescenti e nei giovani**  
Entro il 2010, ridurre del 25% la percentuale del contagio da HIV tra i giovani
- **Proteggere e aiutare i bambini colpiti dall'HIV/AIDS**  
Entro il 2010, raggiungere l'80% dei bambini che ne hanno più bisogno

© UNICEF/H004-1224/GIACOMO PIROZZI





## PREVENIRE LA TRASMISSIONE MADRE-FIGLIO DELL'HIV

*“Crediamo che l'accesso universale alla prevenzione della trasmissione madre-figlio sia una necessità e che debba avvenire ora.”*

– Lesile Ramsammy, Ministro della Sanità, Guyana

**Obiettivo: Entro il 2010, fornire servizi adeguati all'80% delle donne che ne hanno bisogno**

I progressi nella prevenzione della trasmissione madre-figlio (PMTCT) dell'HIV riflettono il desiderio dei governi e dei partner di agire con fermezza per accelerare l'iniziativa a livello nazionale.

L'urgenza è evidente. Si stima che 530.000 bambini abbiano contratto l'HIV nel 2006, soprattutto mediante la trasmissione madre-figlio.<sup>2</sup> Senza cure, un bambino su due morirà prima di compiere 2 anni.<sup>3</sup>

Le conoscenze applicate nei paesi ad alto reddito hanno già determinato una diminuzione notevole del tasso di trasmissione che si è ridotto di circa il 2%.<sup>4</sup> Tale riduzione è stata il risultato di azioni fondamentali come l'identificazione delle donne in gravidanza affette dall'HIV per mezzo di test di routine, iscrizione in programmi PMTCT, sistemi sanitari che sono in grado di fornire regimi anti-retrovirali (ARV) efficaci e il sostegno alle donne perché forniscano ai figli un'alimentazione migliore e sicura.

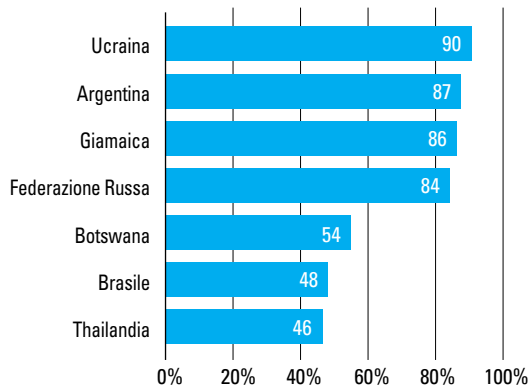
### Situazione e tendenze

Una donna giovane in gravidanza su dieci che vive nelle capitali dell'Africa subsahariana è affetta da HIV, e circa un bambino su tre nato da una donna affetta da HIV contrarrà il virus.<sup>5</sup> Dei paesi che hanno fornito questi dati, i tassi più alti si registrano nel Botswana (Gaborone) e nello Swaziland (Mbabane), dove una donna in gravidanza su tre ha l'infezione, e nel Lesotho (Maseru) e in Sudafrica (Pretoria), dove il rapporto è di 1 a 4.<sup>6</sup>

Aumentare progressivamente i programmi di prevenzione madre-figlio continua a essere una sfida. Si stima che, nel 2005, soltanto il 9% delle donne in gravidanza affette da HIV nei paesi a reddito medio-basso riceveva una profilassi antiretrovirale per prevenire la trasmissione del virus ai propri figli, rispetto al 3% nel 2003.<sup>7</sup>

Soltanto sette paesi che avevano dati disponibili per il 2005, forniscono profilassi antiretrovirale a oltre il 40% delle donne in gravidanza affette da HIV (vedi Grafico 1, p. 9). A eccezione del Botswana, tutti questi paesi non appartengono all'Africa subsahariana, la regione più colpita.

**Grafico 1: Paesi in cui almeno il 40% delle donne in gravidanza affette da HIV ha ricevuto terapia antiretrovirale per la prevenzione della trasmissione madre-figlio, 2005**



**Nota:** Due paesi hanno riferito che almeno il 40% delle donne in gravidanza affette da HIV ha ricevuto terapia antiretrovirale per la prevenzione della trasmissione madre-figlio prima del 2005: la Bielorussia (oltre il 60%) e il Suriname (44%).

**Fonte:** UNICEF e OMS per conto del Task team interagenzie allargato sulla PMTCT, "A Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care, 2006" (di prossima pubblicazione).

Eppure, in alcuni paesi ad alta diffusione dell'Africa orientale e meridionale (Namibia, Ruanda, Sudafrica e Swaziland), l'accesso al regime antiretrovirale sta cominciando a mostrare una notevole tendenza all'aumento (vedi Grafico 2).

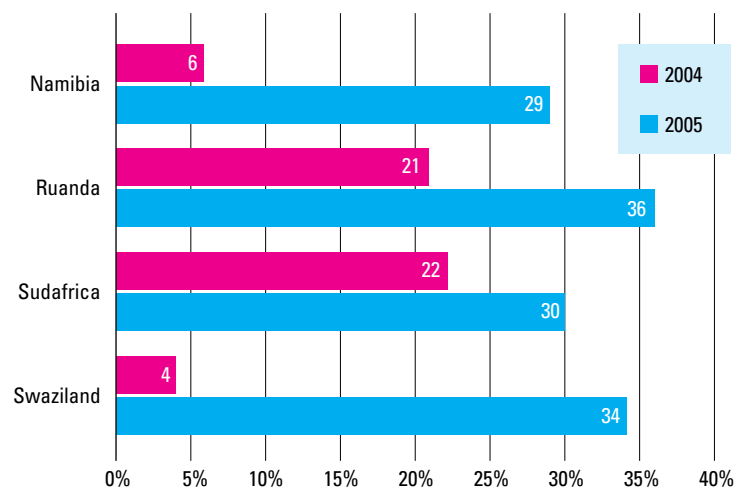
Questi progressi si possono attribuire, in parte, a un approccio decentralizzato, in cui le strutture – come i team di gestione sanitaria distrettuali, regionali e provinciali – sono responsabili della pianificazione, attuazione e monitoraggio dei servizi di prevenzione madre-figlio, compresa la formazione dei fornitori di servizi.

Anche l'impegno politico ha fatto la sua parte. Finora, oltre 100 paesi che sono stati oggetto di una ricerca dell'UNICEF per conto del Task team interagenzie sulla prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV, hanno istituito programmi nazionali di PMTCT.

In alcuni paesi, i programmi stanno passando dall'assistenza alle sole persone infette a quella rivolta a tutta la famiglia. Il Modello di assistenza MTCT-Plus, un pacchetto per la prevenzione, l'assistenza, il sostegno e la cura delle madri, dei bambini e delle loro famiglie, usando la PMTCT come punto di partenza, è stato adottato da diversi paesi, compresi nove paesi sostenuti dalla Columbia University Mailman School of Public Health, che è stata la prima a sperimentare questo approccio.<sup>8</sup>

**Mother 2 Mothers (m2m)** è un programma innovativo avviato in 73 centri del Botswana, dell'Etiopia e del Sudafrica che si basa sull'istruzione e l'*empowerment* per prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV, combattere lo stigma nelle famiglie e nelle comunità e tenere in vita le madri facendo in modo che seguano la terapia. m2m forma e fa lavorare le madri come educatrici alla pari – "madri maestre" – e collabora con le organizzazioni non governative locali alla creazione di un modello che possa integrarsi con gli sforzi del programma nazionale di prevenzione della trasmissione madre-figlio nell'Africa subsahariana.

**Grafico 2: Percentuale di donne in gravidanza affette da HIV che hanno ricevuto terapia antiretrovirale per la prevenzione madre-figlio, 2004-2005 (paesi selezionati)**



**Fonte:** UNICEF e OMS per conto del Task team interagenzie sulla PMTCT, "A Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care, 2006" (di prossima pubblicazione), e "PMTCT Report Card 2005: Monitoring Progress on the Implementation of Programmes to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV", dicembre 2005.



Nell'agosto del 2006, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha emesso una revisione delle linee guida sulla prevenzione dell'infezione da HIV nei bambini che comprende delle terapie antiretrovirali più efficaci e assistenza e cure per l'HIV per le madri.<sup>9</sup> A novembre del 2006, l'OMS e l'UNAIDS hanno realizzato la bozza delle linee guida sull'offerta di routine dei test e della consulenza per l'HIV, originata da un processo consultivo in svolgimento.<sup>10</sup>

Fornendo sostegno ai programmi nazionali e come parte dell'alleanza internazionale contro l'AIDS, il **Piano d'emergenza del Presidente degli Stati Uniti per gli aiuti alla lotta all'AIDS (PEPFAR)** riferisce di avere contribuito a prevenire l'infezione da HIV in circa 101.500 bambini tramite l'assistenza ai servizi di prevenzione madre-figlio per le donne durante oltre 6 milioni di gravidanze e la fornitura di profilassi antiretrovirale alle donne durante 533.300 gravidanze.

## Verso l'eliminazione dell'HIV nei bambini

Nel dicembre 2005 ha avuto luogo ad Abuja (Nigeria) un Global Partners Forum sulla prevenzione della trasmissione madre-figlio dell'HIV, dal quale è emerso un invito all'azione lanciato ai governi e ai partner perché sostenessero le misure necessarie a eliminare la trasmissione dell'HIV nei neonati e nei bambini piccoli.

L'appello di Abuja è servito da catalizzatore, e gli incontri regionali sulla prevenzione madre-figlio che vi hanno fatto seguito, tenutisi a Kampala (Uganda) nell'aprile 2006 e a Nairobi (Kenya) nel giugno 2006, hanno rappresentato un nuovo slancio per la costituzione di partenariati per affrontare questo problema. L'incontro di Kampala ha fatto seguito a una risoluzione dei ministri della Sanità del Segretariato per la Sanità (Health Community Secretariat) dell'Africa orientale, centrale e meridionale sul potenziamento dei programmi di prevenzione della trasmissione madre-figlio nella regione. Ha identificato i settori chiave del programma e le esigenze di sostegno tecnico per accelerarne lo sviluppo. L'incontro di Nairobi aveva lo scopo di sviluppare le capacità di un gruppo di base di esperti regionali per sostenere i paesi nell'adozione e nell'attuazione di un pacchetto standard di formazione ai programmi PMTCT.

© UNICEF/H004-1201/AMI VITALE



La **Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation** nel 2005 ha fornito consulenza e test a oltre 658.500 donne e profilassi antiretrovirale a oltre 52.200 donne in 17 paesi. A settembre del 2006, quasi il 9% delle persone che ricevevano cure dalla Fondazione erano bambini. L'obiettivo è di portare questa cifra al 15% ottimizzando l'identificazione dei bambini malati, integrando le cure pediatriche nei centri di cura esistenti e potenziando il monitoraggio e la valutazione.

## PROVVEDERE ALLE CURE PEDIATRICHE

*“Abbiamo gli strumenti. Abbiamo le capacità. Dobbiamo solo trovare il modo di mantenere le promesse per le centinaia di migliaia di bambini che hanno bisogno di cure immediate.”*

– Mark Kline, Presidente, Baylor International Pediatric AIDS Initiative

**Obiettivo: Entro il 2010, assicurare le cure antiretrovirali e/o a base di cotrimoxazolo, all'80% dei bambini che ne hanno bisogno.**

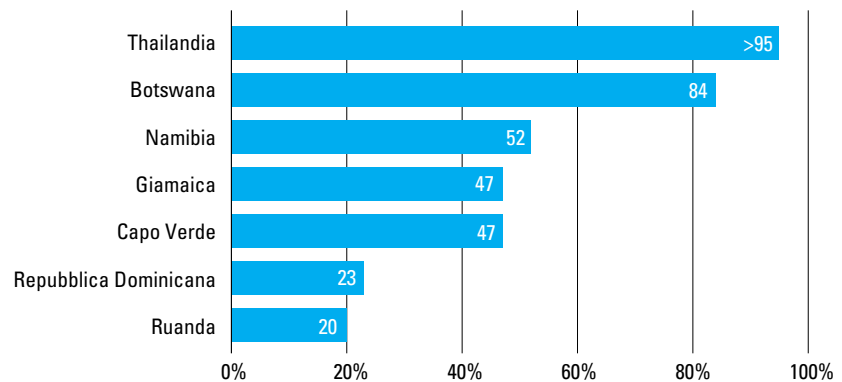
Si stima che 2,3 milioni di bambini sotto i 15 anni convivono con l'HIV.<sup>11</sup> La progressione del virus è molto rapida nei bambini e, secondo le stime, un terzo dei bambini non arriva a compiere un anno e la metà muore entro il secondo anno di età.<sup>12</sup> Nel solo 2006, si stima che 380.000 bambini siano morti per cause associate all'AIDS.<sup>13</sup> La stragrande maggioranza di queste morti poteva essere evitata curando le infezioni opportunistiche con gli antibiotici o somministrando la terapia antiretrovirale (ART).

L'OMS raccomanda di somministrare il cotrimoxazolo sia ai bambini affetti da HIV, sia a quelli nati da madri affette da HIV, quando non è possibile effettuare la diagnosi precoce dell'infezione da HIV. Secondo le stime, il numero di bambini esposti al contagio o affetti da HIV nel 2005 era circa 4 milioni. Questa cifra potrebbe essere quasi dimezzata se tutti i paesi diagnosticassero l'infezione durante i primi mesi di vita e se il cotrimoxazolo fosse somministrato esclusivamente ai bambini contagiati.<sup>14</sup> È stato stimato che 780.000 dei 2,3 milioni di bambini con l'HIV, avrebbero avuto bisogno di terapia antiretrovirale nel 2005.<sup>15</sup>

### Situazione e tendenze

A livello mondiale, l'UNICEF, l'OMS e i partner stimano che nel 2005, soltanto il 4% dei bambini che avevano bisogno del cotrimoxazolo l'hanno ricevuto,<sup>16</sup> e appena 75.000 bambini – il 10% di quelli che ne avevano bisogno – hanno avuto accesso alla terapia antiretrovirale.<sup>17</sup>

**Grafico 3. Paesi in cui almeno il 20% dei bambini sotto i 15 anni ha ricevuto la terapia antiretrovirale, 2005**



Fonte: UNICEF e OMS per conto del Task team interagenzie sulla PMTCT, "A Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care, 2006" (di prossima pubblicazione).





Soltanto sette paesi che hanno dati disponibili per il 2005, forniscono l'ART ad almeno il 20% dei bambini che ne hanno bisogno (vedi Grafico 3). Ma quattro di questi paesi – Botswana, Capo Verde, Namibia e Ruanda – si trovano nell'Africa subsahariana, dove la diffusione dell'HIV è più alta (vedi Grafico 4, p. 12).

I dati nazionali sulle cure e l'assistenza pediatrica sono limitati perché la maggior parte dei paesi non ha ancora introdotto indicatori specifici nei sistemi nazionali di monitoraggio, o li sta introducendo adesso. Ciò nonostante, sembra che qualcosa si stia muovendo. Inoltre, grazie alla maggiore enfasi che hanno avuto le cure pediatriche negli ultimi 12 mesi, i dati del 2006 dovrebbero mostrare un aumento significativo del numero di bambini che ricevono le terapie.

## Aumentare progressivamente gli interventi

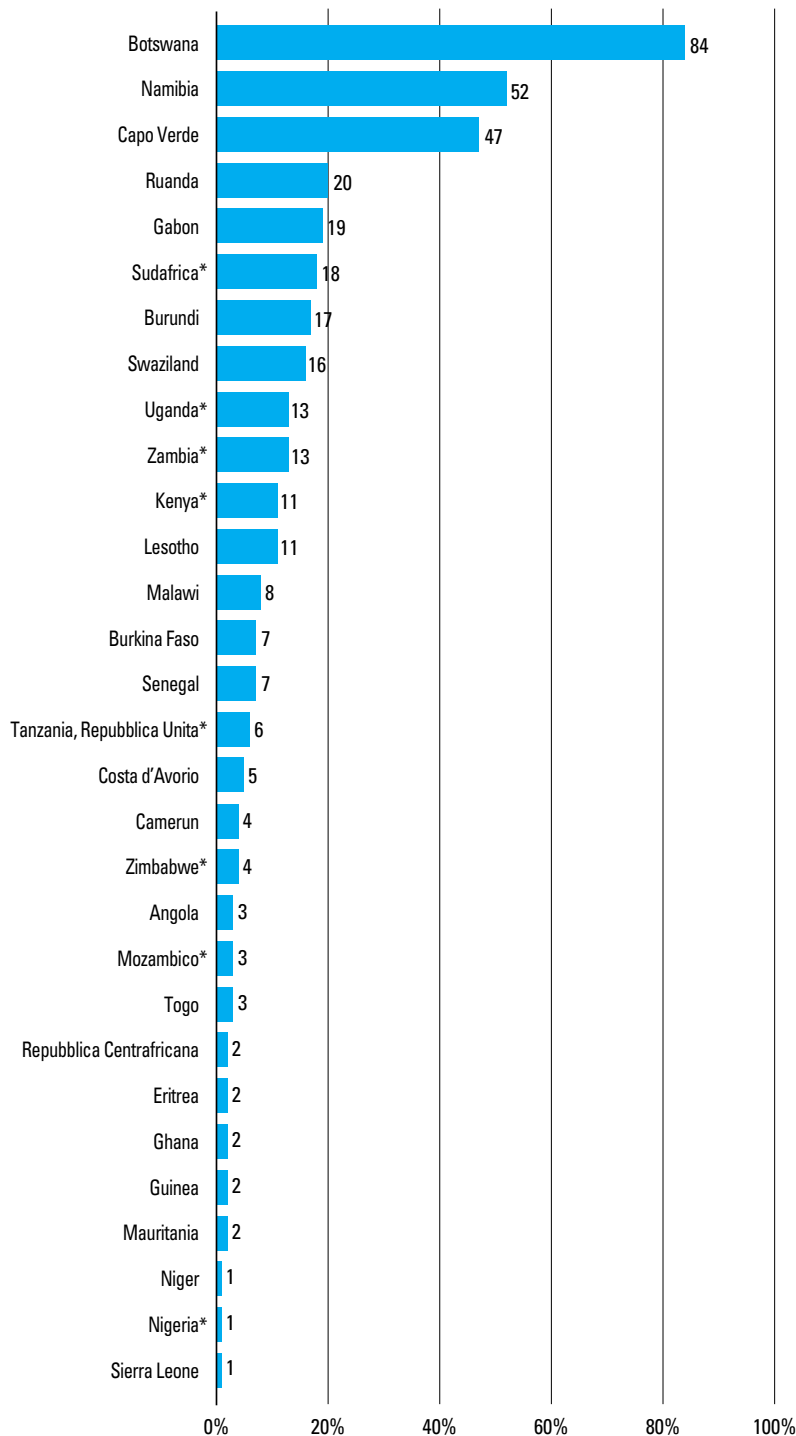
Diversi paesi, tra cui Botswana, India, Ruanda, Sudafrica, Thailandia, Uganda, Tanzania e Zambia, sono riusciti ad aumentare progressivamente le cure pediatriche per l'HIV introducendole nei centri di cura per gli adulti. Alcuni paesi, come Uganda, Tanzania e Zambia, hanno migliorato i meccanismi di identificazione dei neonati affetti da HIV prima dell'insorgenza di malattie gravi, sottoponendo i bambini malati a test di routine per l'HIV.

Diversi paesi hanno adottato metodi di test innovativi per la diagnosi precoce dell'HIV nei bambini. Nel Botswana, per esempio, nel 2005 è stato introdotto il metodo dell'assorbimento del sangue su carta bibula per effettuare i test virologici per l'HIV dei bambini esposti all'infezione. I campioni vengono raccolti presso le cliniche e gli ospedali e inviati a un laboratorio centrale per le analisi.<sup>18</sup> I medici e gli infermieri hanno cominciato la formazione in preparazione della diffusione di questo approccio in tutto il paese.

*“Con un nuovo metodo di raccolta di campioni di sangue siamo riusciti a effettuare una diagnosi molto più precoce nei bambini. Adesso stiamo diffondendo questa tecnica in tutti i distretti.”*

- Sheila Tlou, Ministro della Sanità, Botswana

Grafico 4. Percentuale di bambini sotto i 15 anni che riceve l'ART nell'Africa subsahariana, 2005



**Nota:** Le percentuali nel Ciad, Comore, Congo, Repubblica Democratica del Congo, Gambia e Madagascar sono inferiori a 1. I paesi contrassegnati con l'asterisco (\*) e l'India rappresentavano circa due terzi di tutte le infezioni da HIV trasmesse da madre a figlio nel 2005.

**Fonte:** UNICEF e OMS per conto del Task team interagenzie sulla prevenzione madre-figlio, "A Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care, 2006" (di prossima pubblicazione).



L'India e il Ruanda hanno sviluppato dei piani per l'aumento progressivo delle cure e dell'assistenza pediatrica che sono stati alla base della pianificazione strategica, dell'utilizzazione dei fondi e dell'allocazione delle risorse. Lo Zimbabwe ha revisionato la sua pagella della salute infantile al fine di registrare più efficacemente le informazioni sull'HIV e altri paesi hanno seguito il suo esempio.

In **Ruanda**, le conferenze nazionali che si sono tenute nel 2005 e nel 2006 sulle cure e l'assistenza pediatrica e il sostegno dei bambini affetti e colpiti dall'HIV/AIDS sono sfociate in nuovi impegni per il pieno inserimento dei bambini nelle iniziative nazionali per l'AIDS e in una serie di raccomandazioni sui bambini e l'AIDS per il piano di azione nazionale del 2007. Le conferenze sono state convocate dalla Commissione nazionale per il Controllo dell'AIDS, patrocinata dal presidente Paul Kagame. Il Ruanda è il primo paese a compiere verifiche annuali sui bambini e l'AIDS.

## Aumentare l'impegno

Nella loro attività di *advocacy*, organizzazioni come il Fondo globale per la lotta all'AIDS, alla tubercolosi e alla malaria, il PEPFAR, la Banca Mondiale e i gruppi della società civile hanno posto maggiore enfasi sull'urgenza dei problemi relativi alle cure pediatriche per l'HIV.

Anche il livello dell'impegno di una vasta gamma di attori è aumentato. A settembre del 2006, i governi di Brasile, Cile, Francia, Norvegia e Regno Unito hanno lanciato UNITAID, una iniziativa per l'acquisto di farmaci, finanziata per mezzo di imposte sui viaggi aerei internazionali e altri meccanismi simili. I fondi ricavati dall'UNITAID sono stati stanziati per la fornitura di farmaci pediatrici ARV e diagnostica ai governi che si sono impegnati ad aumentare l'accesso alle terapie. Finora sono stati raccolti circa 35 milioni di dollari. La Clinton Foundation guiderà la distribuzione dei beni necessari alla prevenzione, cura e trattamento dell'HIV pediatrico.

I prezzi dei farmaci ARV per i bambini sono diminuiti drasticamente negli ultimi 12-18 mesi. Per esempio, la Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative ha negoziato la riduzione del costo degli ARV pediatrici a meno di 0,16 dollari al giorno, o 60 dollari l'anno, contribuendo a sollecitare la concorrenza nello sviluppo di formulazioni pediatriche.<sup>19</sup>





Dall'aprile del 2005, l'Iniziativa Pediatrica della **Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative (CHAI)** ha aiutato 16 paesi a curare 10.000 bambini, raddoppiando il numero di bambini in terapia al di fuori del Brasile e della Thailandia. L'obiettivo è fornire l'ART ad altri 100.000 bambini in 35 paesi entro il 2007. La CHAI collabora con i governi per potenziare la diagnosi e la fornitura di ART ai bambini per mezzo di formazione di risorse umane e il miglioramento dei laboratori.

Attualmente, vi sono diversi farmaci monodose disponibili in formulazioni pediatriche e la Cipla ha sviluppato Pedimune®, una formulazione in combinazione a dose fissa per i bambini piccoli. La Abbot, Bristol-Myers Squibb e altre società farmaceutiche hanno anche fornito un notevole sostegno finanziario a organizzazioni come la Baylor International Pediatric AIDS Initiative, nonché al nuovo Paediatric AIDS Corps che è stato messo in campo per incrementare la risposta nazionale alle cure pediatriche.

© UNICEF/H006-1504/GIACOMO PIROZZI



La **Baylor International Pediatric AIDS Initiative** è stata lanciata nel 1996 per migliorare i test, l'assistenza, il sostegno, la prevenzione e la ricerca per i bambini colpiti dall'HIV/AIDS e le loro famiglie. A ottobre del 2006, aveva fornito assistenza a 12.196 bambini con l'HIV e ART a 4.924 bambini attraverso le sue cliniche, i Centri di Eccellenza, sparse in tutta l'Africa e l'Europa orientale.

In vari settori, è attualmente in corso la ricerca sull'impatto dell'offerta di routine dei test per individuare i neonati contagiati dall'HIV, l'aderenza al trattamento, l'interruzione strategica del trattamento per i bambini più piccoli, l'impatto di regimi specifici di ARV e gli esiti clinici nei bambini di zone con poche risorse.

Nell'agosto del 2006, l'OMS ha emesso nuove linee guida per l'assistenza e il trattamento di bambini affetti dall'HIV e per la profilassi con il cotrimoxazolo dei bambini esposti al contagio e affetti da HIV, che contribuirà a standardizzare l'assistenza nei programmi nazionali.<sup>20</sup>

Assieme a vari partner, l'**Organizzazione Mondiale della Sanità** promuove l'accesso universale alla prevenzione, l'assistenza e il trattamento dell'HIV nei bambini e opera a livello nazionale e internazionale per sviluppare la risposta del settore sanitario all'HIV. L'OMS e l'UNICEF convocano il Task team interagenzie sulla prevenzione del contagio da HIV nelle donne in gravidanza, le madri e i loro figli, e il trattamento pediatrico dell'HIV, l'assistenza e il sostegno (Task team interagenzie allargato sulla prevenzione madre-figlio). Le linee guida dell'OMS sulla prevenzione, sulla diagnosi e il trattamento dell'infezione dell'HIV nei bambini e sull'uso del cotrimoxazolo negli adulti e nei bambini, nonché sugli strumenti operativi che ha sviluppato per sostenere l'attuazione del programma, la formazione e la valutazione, sono stati determinanti nel facilitare la risposta dei paesi per i bambini. L'OMS sostiene anche gli sforzi per determinare il fabbisogno di prodotti ARV e per affrontare gli ostacoli che si frappongono alla riformulazione e lo sviluppo dei farmaci.

## PREVENIRE IL CONTAGIO TRA GLI ADOLESCENTI E I GIOVANI

*“Dobbiamo sostenere e promuovere un approccio globale per la prevenzione dell’HIV, che sia basato sui diritti, fondato sulle verifiche e a carattere generale. Questo è l’unico approccio onesto che rifletta la migliore pratica internazionale.”*

– Steve Kraus, Capo del Settore HIV/AIDS dell’UNFPA

**Obiettivo: Entro il 2010, ridurre del 25% la percentuale del contagio da HIV tra i giovani**

La prevenzione primaria è la chiave per una risposta efficace all’epidemia dell’AIDS. La catena delle nuove infezioni non potrà essere spezzata senza delle strategie globali di prevenzione che impediscano agli adolescenti e ai giovani di contrarre l’infezione sviluppando le loro capacità di evitare i comportamenti a rischio.

Nuove prove indicano che la riduzione della diffusione dell’HIV in Kenya, nelle aree urbane della Costa d’Avorio, in Malawi e nello Zimbabwe e nelle zone rurali del Botswana è stata il risultato dell’adozione di comportamenti sessuali più sicuri da parte dei giovani.<sup>21</sup>

Si stima che oltre 10 milioni di giovani tra i 15 e i 24 anni abbiano contratto l’infezione da HIV.<sup>22</sup> I tassi di diffusione più elevati si registrano nell’Africa subsahariana e sono più alti nelle ragazze che nei ragazzi della regione.<sup>23</sup> In Costa d’Avorio e in Kenya, per esempio, il rapporto tra ragazze e ragazzi che hanno contratto l’infezione è di 5 a 1; in Uganda è di 4 a 1 e in diversi altri paesi, tra cui Namibia, Nigeria, Sudafrica, Zambia e Zimbabwe è di 3 a 1.<sup>24</sup>

### Tendenze nella prevenzione e informazione

Sembra che gli impegni per la prevenzione si siano intensificati in alcuni paesi. Nel Rapporto sull’epidemia globale dell’AIDS del 2006, l’UNAIDS mostra un incremento degli interventi di prevenzione, come la consulenza e i test volontari e l’informazione sull’HIV nelle scuole.<sup>25</sup>

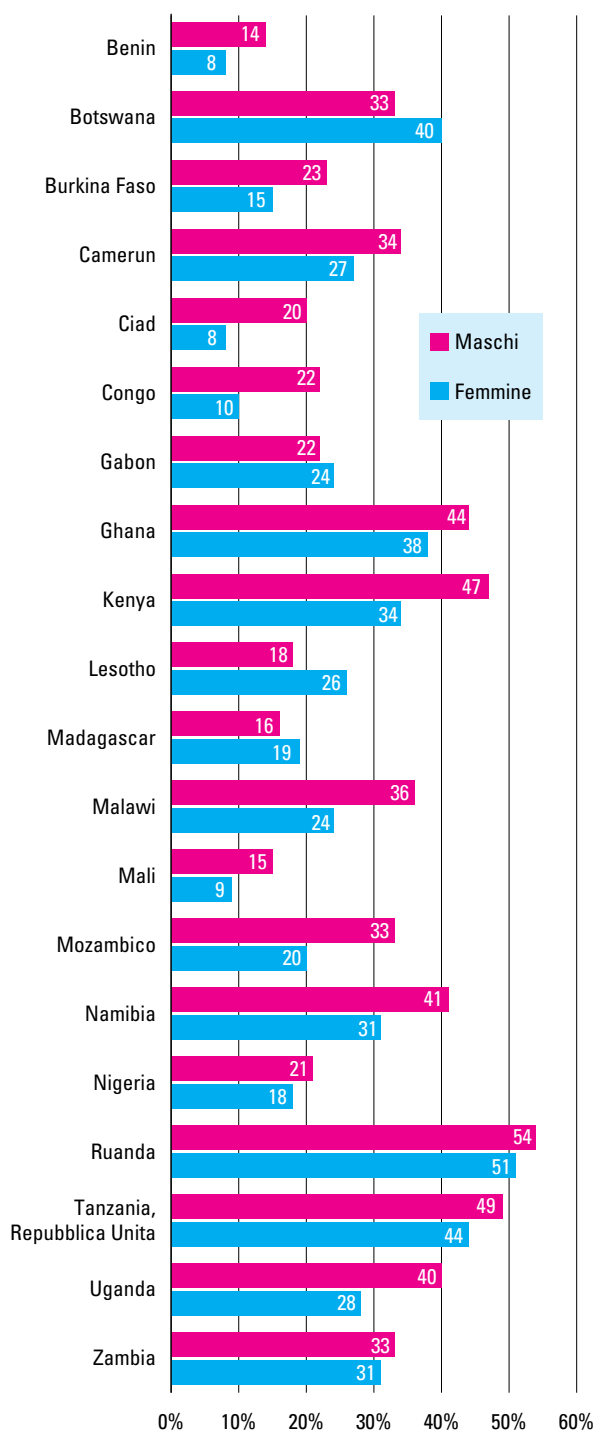
In oltre 70 dei paesi oggetto dell’indagine, le persone che si sottopongono ai test e fanno ricorso ai servizi di consulenza sono aumentate da circa 4 milioni nel 2001 a 16,5 milioni nel 2005. In 58 paesi che hanno riferito questi dati relativi al 2005, l’educazione sull’AIDS è stata fornita nel 74% delle scuole primarie e nell’81% delle scuole secondarie.<sup>26</sup>

I progressi verso il traguardo della campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l’AIDS* di ridurre la diffusione dell’HIV nei giovani sono valutati mediante due indicatori dei MDG: la diffusione dell’HIV nelle donne in gravidanza tra 15 e 24 anni di età e la percentuale della popolazione con “conoscenze approfondite corrette” sull’HIV/AIDS. Tali conoscenze prevedono la capacità di individuare correttamente due dei principali metodi per evitare la trasmissione per via sessuale dell’HIV (usando i profilattici e limitando i rapporti sessuali a un partner fedele non infetto da HIV), rifiutare le idee sbagliate circa la trasmissione dell’HIV e sapere che una persona dall’aspetto sano può avere l’HIV.



In media, soltanto il 23% delle ragazze e il 31% dei ragazzi oggetto dell'indagine nell'Africa subsahariana hanno queste conoscenze salvavita, anche se le medie dei singoli paesi possono essere più alte o più basse (vedi Grafico 5).<sup>27</sup>

**Grafico 5: Percentuale di giovani (15-24 anni) nell'Africa subsahariana che hanno una buona conoscenza dell'HIV**



Fonte: UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2007*

D'altro canto, tendenze positive emergono dalle Ricerche Demografiche e Sanitarie (DHS) e dalle Indagini campione a indicatori multipli (MICS) svolte tra il 1995 e il 2003-2004 e relative alle conoscenze di base dei giovani sull'AIDS e ai comportamenti sessuali (vedi scheda qui di seguito). Sebbene la maggior parte dei risultati di queste indagini siano antecedenti alla campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS*, essi sottolineano la necessità di un punto di riferimento statistico e dimostrano che è possibile ottenere dei risultati.

#### Conoscenze e comportamenti dei giovani: che cosa riferiscono le indagini<sup>28</sup>

- Sembra che i giovani abbiano il primo rapporto sessuale a un'età più avanzata.** Oggetto dell'indagine sono state le ragazze tra 14 e 24 anni di 24 paesi, 11 dei quali hanno mostrato una riduzione significativa nella percentuale di giovani donne che hanno riferito di avere avuto un'esperienza sessuale prima dei 15 anni, mentre 11 non hanno evidenziato alcun cambiamento significativo. Soltanto Haiti e Nigeria mostrano un aumento della percentuale di donne che ha riferito di avere avuto esperienze sessuali prima dei 15 anni. I risultati per i ragazzi sono stati simili: sui 12 paesi oggetto dell'indagine, soltanto Haiti ha avuto un aumento.
- L'uso dei profilattici sembra aumentare durante i rapporti sessuali ad "alto rischio" o tra partner non sposati o non conviventi.** In 11 paesi in cui le ragazze e i ragazzi sono stati intervistati due volte, 9 hanno mostrato un aumento significativo dell'uso dei profilattici, almeno durante i rapporti sessuali ad alto rischio, secondo quanto riferito dalle donne, e 5 paesi un aumento significativo, secondo quanto riferito dagli uomini. Negli altri paesi, non è emersa alcuna differenza tra le indagini.
- Un maggior numero di ragazze sembra avere rapporti sessuali ad alto rischio e l'uso dei profilattici durante i rapporti ad alto rischio rimane basso.** Oggetto dell'indagine sono state le donne giovani tra 15 e 24 anni di 10 paesi dell'Africa subsahariana. In sette di questi paesi, non vi sono stati aumenti significativi nella percentuale di ragazze che avevano rapporti sessuali con un partner con il quale non erano sposate o non convivevano nell'ultimo anno, mentre vi sono state diminuzioni soltanto in due, il Malawi e lo Zambia. Le ragazze intervistate hanno riferito di usare il profilattico con un partner con il quale non erano sposate o non coabitavano soltanto nel 26% dei casi; mentre i ragazzi intervistati hanno riferito di usare il profilattico durante i rapporti sessuali ad alto rischio soltanto nel 40% dei casi.

## Raggiungere gli adolescenti e i giovani più a rischio

Gli attori principali nel campo dell'AIDS – UNAIDS, UNFPA, UNICEF, OMS e Banca Mondiale – hanno ribadito la necessità di concentrare le strategie di prevenzione sugli adolescenti e sui giovani più a rischio. L'opinione diffusa è che gli interventi di prevenzione del rischio mirati ai gruppi a rischio e vulnerabili nei paesi a bassa diffusione di HIV e con epidemie concentrate siano più efficaci degli interventi volti a modificare i comportamenti nella popolazione generale.

Le strategie di prevenzione prevedono non solo le informazioni, la consulenza e i test volontari per l'HIV, ma anche dei servizi per ridurre i danni e prevenire le infezioni trasmesse per via sessuale, oltre all'educazione basata sulle competenze pratiche.

**Family Health International (FHI)** opera in oltre 60 paesi per insegnare le conoscenze e i comportamenti di cui i giovani hanno bisogno per mantenersi in buona salute e per evitare di contrarre l'HIV. La FHI ha sviluppato il YouthNet, un programma sulla salute riproduttiva e di attività di prevenzione dell'HIV per i giovani. YouthNet ha svolto ricerche sulle questioni chiave e ha diffuso informazioni sulle pratiche migliori in tutto il mondo. Ha inoltre fornito assistenza tecnica a oltre 20 paesi.

Un buon esempio di programma di prevenzione per bambini a rischio si sta svolgendo in Punjab (Pakistan), dove nel 2006, i dipartimenti dell'amministrazione provinciale e le ONG hanno deciso di collaborare per sensibilizzare il personale dei servizi locali sull'HIV/AIDS, fornire informazioni e strumenti per i giovani a rischio e garantire l'istituzione di meccanismi di riferimento. In Siria, il programma "SHOUT", avviato nel 2005, forma i giovani volontari a diventare educatori sulla prevenzione dell'HIV e tenta di colmare le lacune nei servizi per gli adolescenti a rischio in tre governatorati. In Ucraina, la strategia di risposta prevede dei centri di assistenza sanitari "amici" dei giovani presso 10 cliniche pubbliche del paese.

**Il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA)**, si sta attivando per creare un collegamento migliore tra la lotta all'HIV/AIDS, la salute sessuale e riproduttiva e le questioni più generali di salute pubblica, sviluppo, genere e diritti umani. L'UNFPA si concentra sulla prevenzione dell'HIV e opera con i partner in tre settori prioritari: la prevenzione dell'HIV nei giovani e negli adolescenti, i programmi globali per l'uso dei profilattici, e la prevenzione dell'HIV nelle donne e le bambine, tramite attività per la riduzione della violenza basata sul genere, il maggiore coinvolgimento maschile e la tutela e la promozione dei diritti delle donne. L'UNFPA è alla guida del Task team interagenzie sui giovani e l'HIV/AIDS.





## PROTEGGERE E AIUTARE I BAMBINI COLPITI DALL'HIV/AIDS

*“Le alleanze tra i gruppi che si occupano di bambini e di AIDS e delle questioni inerenti allo sviluppo hanno concentrato l'attenzione sull'aspetto sociale e sulla giustizia, e ritengo che questo tipo di alleanze abbia un'importanza cruciale.”*

– **Care Shakya, Consulente sullo sviluppo sociale e i mezzi di sostentamento, Dipartimento del Regno Unito per lo Sviluppo internazionale**

**Obiettivo: Entro il 2010, raggiungere l'80% dei bambini più bisognosi d'aiuto**

Nel 2005, a livello mondiale, si stima che 15,2 milioni di bambini hanno perso uno e entrambi i genitori a causa dell'AIDS. L'80% circa di questi bambini – intorno a 12 milioni – vive nell'Africa subsahariana.<sup>29</sup> Secondo le stime, entro il 2010, saranno oltre 20 milioni i bambini resi orfani dall'AIDS.<sup>30</sup>

I bambini orfani a causa dell'AIDS non sono gli unici a essere colpiti dall'epidemia. Molti altri bambini vivono con genitori affetti da malattie croniche, in famiglie che si prendono cura di orfani, o hanno perso gli insegnanti o altri membri della comunità a causa dell'AIDS.

L'istruzione, la salute e il benessere dei bambini orfani e vulnerabili sono a rischio. Questi bambini sono spesso costretti ad abbandonare l'istruzione, il loro sostentamento può essere a rischio e spesso soffrono di ansia, depressione e abusi. Il dato allarmante è che i bambini orfani e vulnerabili corrono maggiormente il rischio di contrarre l'HIV rispetto agli altri bambini.<sup>31</sup>

La campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS*, chiede che le comunità e le famiglie siano i principali beneficiari della risposta globale per i bambini orfani e a rischio nelle pianificazioni strategiche nazionali.

### Misure a sostegno degli orfani negli strumenti di pianificazione nazionale

Finora, almeno 20 paesi dell'Africa subsahariana hanno portato a termine i piani di azione nazionali (PAN) sui bambini orfani e a rischio (*vedi scheda qui di seguito*), e diversi altri paesi hanno quasi completato e lanciato i loro PAN.

#### Paesi dell'Africa subsahariana con PAN sui bambini orfani e a rischio

Benin	Namibia
Burkina Faso	Nigeria
Rep. Centrafricana	Ruanda
Costa d'Avorio	Senegal
Etiopia	Sudafrica
Kenya	Swaziland
Lesotho	Tanzania, Repubblica Unita
Malawi	Uganda
Mali	Zambia
Mozambico	Zimbabwe



I PAN sono un primo passo utile, ma il loro successo dipende dalla loro attuazione. A maggio del 2006, soltanto una media del 35% dei bilanci totali è stata garantita in 14 paesi che avevano dati disponibili sul finanziamento dei PAN.<sup>32</sup>

Diversi paesi stanno prendendo in considerazione la protezione sociale nell'ambito delle strategie di riduzione della povertà (PRSP). La PRSP del Mozambico per il 2006-2009 prevede dei traguardi relativi all'aumento della frequenza scolastica e alla riduzione dell'incidenza del sottopeso, un sostegno esterno per chi si prende cura dei bambini e un meccanismo di monitoraggio. La PRSP della Tanzania per il 2005-2010, sviluppata attraverso una collaborazione tra società civile, ONG e l'amministrazione locale, affronta la vulnerabilità nell'ambito di un sistema globale di protezione sociale.<sup>33</sup>

## Un pacchetto di servizi essenziali

Molte delle raccomandazioni del terzo Global Partners Forum sui bambini colpiti dall'HIV/AIDS, che si è tenuto a Londra nel febbraio del 2006, riguardavano il settore della protezione e del sostegno, compresi la promozione della registrazione anagrafica e l'accesso ai servizi sociali, il sostegno per le misure di protezione sociale e l'abolizione delle tasse scolastiche e dei costi indiretti dell'istruzione.

Un pacchetto minimo per i bambini orfani e a rischio include l'accesso a servizi quali l'istruzione, l'assistenza sanitaria, l'assistenza sociale e la protezione. I sistemi di registrazione anagrafica funzionanti sono importanti perché ai bambini orfani e a rischio viene spesso richiesto di produrre i propri certificati di nascita o quelli di morte dei genitori per ricevere i sussidi o per iscriversi a scuola.

Diversi paesi dell'Africa meridionale, tra cui il Botswana, la Namibia e il Sudafrica, hanno fornito contributi e altri sussidi a livello nazionale, raggiungendo molti bambini colpiti dall'AIDS. In Sudafrica, per esempio, il paese con il maggior numero di orfani a causa dell'AIDS, oltre 7,1 milioni di bambini sotto i 14 anni che vivono in povertà – il 79% degli aventi diritto – nell'aprile 2006 percepivano assegni per il mantenimento. Questo rappresenta un aumento di due terzi rispetto al 2004 e un aumento pari a 20 volte rispetto al 2000. Nel 2006, oltre 325.000 bambini percepivano assegni per l'affidamento.<sup>34</sup>

Un numero crescente di paesi dell'Africa subsahariana ha cominciato a fornire protezione sociale ai bambini colpiti dall'AIDS. I livelli più alti di sostegno si registrano nei seguenti paesi: il Botswana, dove il 95% delle famiglie riceve qualche forma di sostegno esterno per la cura dei bambini orfani e a rischio; la Namibia (33%); il Lesotho (25%); l'Uganda (23%); lo Zambia (13%) e il Kenya e il Togo (entrambi il 10%). Il Kenya, il Malawi e il Mozambico, per esempio, hanno sperimentato dei programmi di trasferimento di denaro alle famiglie in alcune delle zone più povere dove i bambini sono più a rischio di abbandonare la famiglia o la scuola.

**Il Dipartimento per lo Sviluppo Internazionale (DFID)** del Regno Unito sostiene lo sviluppo di misure di protezione sociale, compresi i programmi di trasferimenti di fondi alle famiglie, in diversi paesi africani. Sta attualmente collaborando con il governo dello Zambia allo sviluppo di un programma che fornirà circa 6 dollari al mese al 10% delle famiglie più povere, cioè a circa un milione di persone.

Anche le ONG stanno aumentando la loro risposta fornendo protezione essenziale a migliaia di bambini colpiti dall'AIDS. Un'indagine del 2006 delle azioni delle ONG in 28 paesi dell'Africa subsahariana ha rivelato che dai 3,3 ai 5 milioni di bambini orfani e a rischio hanno ricevuto servizi sotto forma di istruzione, assistenza sanitaria di routine, cibo, sostegno economico e psicosociale.<sup>35</sup>

L'assistenza ai bambini orfani e a rischio è una priorità assoluta per **World Vision**, che aiuta le comunità a fornire assistenza e sostegno a oltre 600.000 bambini colpiti dall'AIDS in 20 paesi dell'Africa.

## Istruzione per tutti i bambini

In diversi paesi, si cominciano a intravedere progressi nel miglioramento dell'accesso all'istruzione dei bambini orfani e a rischio, come dimostrano i rapporti tra bambini orfani e non orfani tra 10 e 14 anni che attualmente frequentano la scuola, un indicatore fondamentale. Attualmente, nell'Africa subsahariana, per ogni 100% di bambini con un solo genitore che frequentano la scuola, il 79% di bambini orfani frequenta la scuola.<sup>36</sup>

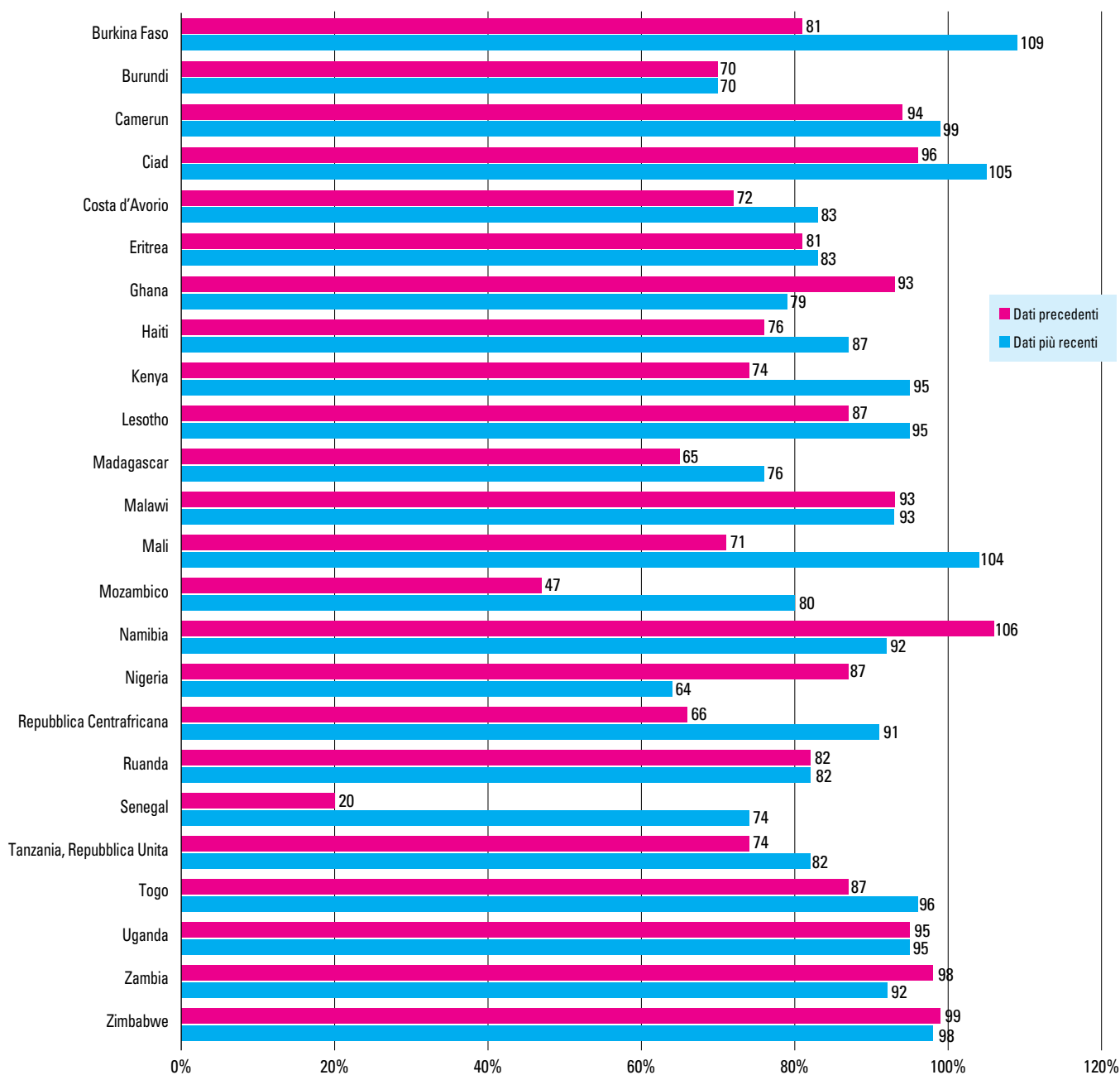
Ventiquattro paesi hanno misurato due volte il rapporto tra orfani e non orfani che frequentano la scuola. Questo rapporto è aumentato in 15 paesi e, in diversi paesi, gli orfani hanno maggiori probabilità di frequentare la scuola dei non orfani, con percentuali superiori al 100% (vedi Grafico 6, p. 20).



Questi progressi sono in parte dovuti all'abolizione delle tasse scolastiche, come è avvenuto in Kenya e in Uganda. La campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS* chiede ai partner di aiutare i governi nel loro impegno di eliminare le tasse di iscrizione e altre barriere per l'istruzione primaria.

La prima **Consultazione regionale nell'Asia orientale-Pacifico sui bambini e l'AIDS** che si è tenuta in Vietnam a marzo del 2006, ha portato l'attenzione dei *decision maker* dei governi e della società civile sulle "Quattro P" e ha sottolineato la necessità di incrementare i programmi per i bambini per raggiungere l'obiettivo dell'accesso universale. La consultazione è culminata nell'Invito all'azione di Hanoi, una dichiarazione unitaria sui bambini e l'AIDS. Le consultazioni tenutesi in tutta la regione dovrebbero risultare nell'integrazione dei bambini e l'AIDS nei piani e nelle politiche nazionali e produrre uno slancio importante.<sup>37</sup>

**Grafico 6. Rapporto tra la percentuale degli orfani che frequentano la scuola rispetto ai non orfani**



**Nota:** Per "orfani" si intendono i bambini tra 10 e 14 anni che hanno perso entrambi i genitori per qualsiasi causa. Per "non orfani" si intendono i bambini tra 10 e 14 anni che vivono con uno o con entrambi i genitori.  
**Fonte:** analisi dell'UNICEF (2006) dei dati DHS e MICS.



## RISORSE PER L'INFANZIA

*“Quanti soldi vengono spesi per i bambini? Credo che entro l'anno prossimo, tutte le agenzie donatrici e i governi nazionali saranno in grado di rispondere a questa domanda.”*

**– Gopakumar Nair, Consulente sui programmi e le politiche per l'HIV/AIDS, Save the Children, Regno Unito**

Negli ultimi anni, i paesi donatori hanno adottato delle misure per garantire ai bambini una quota equa dei finanziamenti per l'AIDS destinando fondi e risorse per scopi espressamente connessi all'infanzia, tra cui le “Quattro P”:

Diversi governi donatori hanno già destinato almeno il 10% dei finanziamenti per l'HIV/AIDS a servizi per l'infanzia. Il Leadership Act contro l'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria degli USA (2003) destinerà il 10% della spesa totale per l'AIDS negli anni finanziari 2006-2008 ai bambini, in particolare ai bambini orfani e a quelli resi vulnerabili dall'epidemia. Il governo del Regno Unito ha destinato il 10% dell'assistenza internazionale per l'AIDS, dedicando 150 milioni di sterline (circa 293 milioni di dollari USA) tra il 2005 e il 2008 ai bambini colpiti dall'AIDS.<sup>38</sup> Il governo irlandese ha destinato fino al 20% delle proprie risorse aggiuntive ai bambini e all'AIDS nel 2006.<sup>39</sup>

Altri paesi, tra cui l'Austria, la Danimarca, la Finlandia, la Germania, l'Olanda, la Norvegia e la Svezia, hanno inserito la protezione e l'assistenza dell'infanzia nelle loro politiche per l'AIDS e lo sviluppo.<sup>40</sup> Il Brasile, il Cile, la Francia e la Norvegia hanno destinato fondi per le cure pediatriche attraverso l'UNITAID (vedi p. 11).

Sulla base della valutazione dell'UNAIDS del 2005, la campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS*, ha stimato che tra il 2006 e il 2010 sono necessari circa 30 miliardi di dollari per aumentare drasticamente la risposta globale per i bambini. L'UNICEF ha in programma di raccogliere e di contribuire con 1 miliardo di dollari alle “Quattro P” entro il 2010 e le sue allocazioni di bilancio per i programmi HIV/AIDS sono in costante aumento.

I paesi che hanno implementato i Sistemi di valutazione della spesa per l'AIDS e altri sistemi simili sono in grado di seguire la regolare raccolta, analisi e presentazione dei dati sulle spese relative all'AIDS in tutti i settori, non solo in quello della salute. Queste iniziative sono promosse dall'UNAIDS. I partner di *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS* collaboreranno con l'UNAIDS per garantire che, nell'ambito di queste valutazioni, siano istituiti dei metodi per individuare i fondi che arrecano benefici ai bambini.

La campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS* è partita dai **Comitati nazionali per l'UNICEF** in risposta alla crisi degli orfani nell'Africa subsahariana e i Comitati continuano a svolgere un ruolo decisivo nello sviluppo e la gestione della campagna. Nel 2006, i Comitati nazionali per l'UNICEF di 37 paesi hanno organizzato conferenze sui bambini e l'HIV/AIDS, hanno fatto pressione per l'attuazione di leggi importanti, hanno chiesto ai governi di modificare le loro politiche e hanno costituito alleanze con i media, le aziende, le industrie dello sport e della musica e il pubblico in generale per promuovere la questione dei bambini e AIDS. Essi forniscono contributi finanziari strategici a sostegno dei programmi nazionali, e nei loro paesi sono una voce autorevole per i bambini.



## UN APPROCCIO INTEGRATO

*“La questione dell’AIDS è piuttosto complicata per i bambini. È molto complessa. Perché non si tratta soltanto della malattia, ma del benessere e dell’istruzione dei bambini.”*

– Jeanette Kagame, First Lady del Ruanda

L’integrazione delle azioni e delle risorse è una componente essenziale della campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l’AIDS*. Per realizzarla bisogna impegnarsi a creare dei collegamenti tra le malattie e i settori, colmare i divari tra i partner che lavorano per raggiungere gli obiettivi relativi all’HIV/AIDS e i partner impegnati a raggiungere gli obiettivi della salute infantile, e garantire che dalle notevoli risorse destinate all’HIV/AIDS tragga vantaggio i bambini, le famiglie che li accudiscono e i sistemi che li sostengono.

Integrazione significa garantire ai bambini e alle famiglie l’accesso ai sistemi e ai servizi sanitari che forniscono assistenza e sostegno di qualità, e che le bambine e gli orfani rimangano a scuola e imparino a proteggersi. Significa fornire una buona alimentazione ai bambini colpiti dall’AIDS e garantire acqua pulita e servizi igienico-sanitari di base alle famiglie colpite dall’AIDS. Significa garantire alle donne l’*empowerment* affinché possano prendere le decisioni sulla loro salute e nel superiore interesse dei loro bambini e delle loro famiglie.

L’integrazione di queste e altre azioni può dare al mondo la speranza di raggiungere gli Obiettivi di sviluppo del Millennio. Uno degli sviluppi più incoraggianti è il fatto che i Global Partners Forums sulle cure pediatriche e la prevenzione della trasmissione madre-figlio hanno incrementato la loro collaborazione con i gruppi che si occupano della salute infantile. L’esperienza di paesi come il Kenya, la Tanzania e lo Zambia dimostra che l’investimento strategico dei finanziamenti per l’HIV/AIDS nel settore sanitario, soprattutto nel dotare di personale i sistemi sanitari, può avere un impatto positivo su servizi non connessi con l’AIDS come la vaccinazione e l’assistenza prenatale.



L'integrazione della risposta globale all'HIV/AIDS con quella sanitaria darà risultati migliori per l'infanzia. La sfida di raggiungere tutti i bambini – con i servizi sanitari in generale e con i servizi di HIV/AIDS, trattamento e assistenza in particolare – consiste nel passare dai progetti su piccola scala ai programmi nazionali. A tal fine, è necessario che i servizi sanitari funzionino in maniera efficace, che sia disponibile personale qualificato, scorte e attrezzature essenziali. Inoltre, è necessario che le comunità esigano e utilizzino questi servizi.

## Nei settori specifici delle “Quattro P”:

- **Prevenire la trasmissione madre-figlio:** l'assistenza prenatale è il principale punto di partenza della prevenzione della trasmissione madre-figlio e affinché i traguardi della prevenzione siano raggiunti, deve avere un'ampia copertura. Tuttavia, il pacchetto completo dei servizi di assistenza prenatale non è a disposizione di tutte le donne e, con l'ampliamento dei programmi PMTCT, bisogna migliorare sia la qualità sia la copertura dei servizi di assistenza prenatale. I requisiti indispensabili per incrementare la risposta e l'accesso ai servizi sono i test di routine, l'ampliamento dei servizi PMTCT, l'approccio incentrato sulla famiglia e la fornitura di assistenza e trattamenti aggiuntivi.
- **Provvedere alle cure pediatriche:** c'è ancora molto lavoro da fare per affrontare in maniera adeguata la disparità di accesso dei bambini all'assistenza e alle cure. In molte situazioni, il passo successivo consiste nell'aumentare e armonizzare gli sforzi e nel sostenere i governi nazionali con gli strumenti e le conoscenze per migliorare le condizioni di vita dei bambini. Per fare ciò, sarà necessario garantire che i bambini siano sani e in grado di rispondere alle cure. A tal fine sono essenziali la vaccinazione, l'alimentazione adeguata, l'acqua pulita e le misure igienico-sanitarie di base.
- **Prevenire il contagio tra gli adolescenti e i giovani:** per ottenere risultati migliori nella prevenzione bisogna raccogliere dati migliori e rispondere a domande quali: chi sono gli adolescenti e i giovani più a rischio di contrarre l'infezione da HIV? Dove si trovano? Qual è il modo migliore di fornire loro informazioni e servizi? Le sfide principali consistono nel rafforzare la pianificazione nazionale, l'allocazione delle risorse e la capacità dei programmi nazionali di distribuire e monitorare l'utilizzazione dei fondi. Le risposte devono essere globali in quanto molte popolazioni ad alto rischio hanno comportamenti a rischio multiplo.
- **Proteggere e aiutare i bambini colpiti dall'HIV/AIDS:** le risposte nazionali efficaci forniscono ai bambini orfani e a rischio un pacchetto di servizi essenziali che comprende l'istruzione, l'assistenza sanitaria, l'assistenza sociale e la protezione. Un approccio decentralizzato è di fondamentale importanza dal

© UNICEF/HQ05-18/4/GIACOMO PIROZZI



momento che, per la maggior parte, le azioni saranno intraprese a livello comunitario da organizzazioni non governative, locali e a carattere religioso. Occorrerà inoltre migliorare il monitoraggio e la valutazione della copertura dei servizi allo scopo di quantificare in che misura i governi, le ONG e altri attori soddisfano i bisogni di protezione e di sostegno dei bambini e valutare la qualità del sostegno.



## UN INVITO ALL'AZIONE

*“Ogni minuto, un altro bambino sotto i 15 anni muore per una malattia collegata all'AIDS e altri quattro giovani tra 15 e 24 anni contraggono l'infezione da HIV. Questo non deve più accadere.”*

**- UNICEF, *Un invito all'azione: I bambini, il volto invisibile dell'AIDS*.<sup>41</sup>**

Per liberare dall'AIDS la prossima generazione di bambini bisognerà che la piattaforma di *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS* promuova un'attività di *advocacy* più efficace nel 2007. Ciò è in armonia con l'obiettivo globale di avvicinarsi il più possibile all'accesso universale a prevenzione, trattamento, assistenza e sostegno. A tal fine, sarà necessario garantire che le priorità per l'infanzia rimangano al centro della risposta globale sull'HIV/AIDS.

La campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS* chiede alla comunità internazionale di garantire che l'ampliamento dei programmi per le “Quattro P” sia sostenuto dai progressi nelle questioni più importanti che influiscono sui risultati. Da quando è stata lanciata nell'ottobre del 2005, l'*advocacy* incentrata sull'infanzia ha conseguito successi significativi che hanno consentito di fare nuovi inviti all'azione.

### 1. Mobilitare le risorse e mettere al primo posto l'assistenza e la protezione dei bambini

Il costo di attuazione dei programmi su scala sufficientemente vasta da raggiungere i traguardi del 2010 è stato inizialmente stimato a 30 miliardi di dollari (USA), ipotizzando che i costi nel 2009 e nel 2010 sarebbero stati almeno uguali a quelli del 2008. Grazie ai rapidi e notevoli progressi nella prezzatura e disponibilità dei farmaci e alla produzione di farmaci generici, la base delle stime cambia continuamente, sebbene sia improbabile che questo possa ridurre in maniera significativa l'entità del fabbisogno finanziario.

Diversi donatori, tra cui il PEPFAR (Piano d'emergenza del Presidente degli Stati Uniti per gli aiuti alla lotta all'AIDS) e i governi dell'Irlanda e del Regno Unito hanno deciso di stanziare almeno il 10% dei finanziamenti per l'AIDS a favore dei bambini e degli adolescenti. La campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS* chiede ai governi di comportarsi nello stesso modo nel 2007 e di dare contributi più cospicui e più continuativi ai programmi nazionali per il controllo dell'AIDS, a meccanismi di finanziamento innovativi come l'UNITAID e l'International Finance Facility e organizzazioni quali il Fondo globale per la lotta all'AIDS, la tubercolosi e la malaria che rivestono un'importanza sempre maggiore.

Nel 2007, sarà ancora necessario fare *advocacy* presso i paesi donatori affinché prendano in considerazione la negoziazione della riduzione del debito per i paesi ad alta diffusione di HIV/AIDS, la riallocazione delle risorse alle “Quattro P” e la destinazione dei loro contributi al potenziamento dei sistemi di assistenza sanitaria e dell'istruzione – soprattutto attraverso l'autosufficienza degli insegnanti e degli operatori sanitari nei paesi ad alta diffusione. Occorre inoltre fornire sostegno all'impegno dei



paesi africani per mantenere l'obiettivo fissato ad Abuja nel 2001 di destinare almeno il 15% del bilancio dello Stato al miglioramento dell'assistenza sanitaria.

La raccolta e la disaggregazione dei dati relativi all'AIDS per fascia d'età e per sesso rappresenta uno dei metodi più importanti, semplici ed efficaci di mettere i bambini al centro della risposta globale.

## 2. Avvicinarsi il più possibile all'accesso universale alle cure

Malgrado i notevoli progressi nei settori delle cure pediatriche e della prevenzione madre-figlio compiuti negli ultimi anni, permane la necessità di rafforzare le alleanze tra settore pubblico e privato per sviluppare terapie e diagnostica adeguate, efficaci e accessibili. C'è urgente necessità di investimenti più ingenti nell'approvvigionamento e gestione delle scorte per garantire a tutti i bambini l'accesso alle terapie salvavita.

Le imprese, soprattutto quelle che operano nei paesi colpiti dall'AIDS, hanno la responsabilità nei confronti dei loro dipendenti e delle loro comunità di adottare e implementare politiche e programmi sull'HIV/AIDS.

Occorrono inoltre azioni prioritarie volte a potenziare le capacità dei paesi ad alta diffusione di AIDS di trovare metodi flessibili per rimuovere gli ostacoli dei prezzi, delle tariffe e delle politiche di regolamentazione, nonché il modo di adottare la flessibilità dell'Accordo sugli aspetti inerenti al Commercio dei diritti di proprietà intellettuale (TRIPS) dell'Organizzazione Mondiale del Commercio.

## 3. Potenziare i servizi d'istruzione e sanitari

Malgrado gli importanti progressi nella mobilitazione dell'azione congiunta per un incremento rapido dei programmi compiuti durante l'anno scorso, bisogna fare di più per fornire risorse sufficienti, istituire politiche e sviluppare la capacità necessaria a mettere i test di routine a disposizione di tutte le donne, gli adolescenti e i bambini. Occorre porre l'enfasi sulla disponibilità delle risorse per formare e fornire sostegno alle infermiere, agli operatori sanitari delle comunità e ad altro personale adeguato al livello primario di fornitura dei servizi di assistenza sanitaria. I governi dei paesi più colpiti dovrebbero intraprendere azioni urgenti per fornire accesso a un'assistenza sanitaria di qualità ai bambini e agli adolescenti affetti dall'HIV/AIDS.

I governi dovrebbero altresì intraprendere azioni urgenti per eliminare le tasse scolastiche e altri costi indiretti dell'istruzione per gli orfani e gli altri bambini resi vulnerabili dall'HIV/AIDS.

© UNICEF/HQ06-1500/GIACOMO PIROZZI



Occorre un rapido aumento degli stanziamenti e delle spese di bilancio, nonché della canalizzazione delle risorse e dei servizi adeguati alle famiglie e alle comunità colpite, comprese l'assistenza finanziaria diretta e le misure di sostegno per tutte le persone che si prendono cura dei bambini a rischio.

I paesi sono anche esortati a inserire l'HIV/AIDS e i bambini nelle politiche nazionali quali le strategie di riduzione della povertà, gli schemi di spesa a medio termine, gli approcci che comprendono tutti i settori e le strategie nazionali per l'AIDS.

*Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS* è la piattaforma ideale per realizzare l'invito lanciato alla XVI Conferenza internazionale sull'AIDS di ridare la priorità alla prevenzione, a fianco del trattamento, l'assistenza, il sostegno e la protezione. Il fatto che si continui a non dare la priorità ai bisogni di prevenzione delle bambine e delle giovani donne non deve avere scusanti.

I governi e la società civile devono impegnarsi di più per raggiungere gli adolescenti più a rischio e più emarginati, sia all'interno che all'esterno del sistema dell'istruzione. I paesi dovrebbero assicurare a tutti i giovani l'accesso alle conoscenze, le informazioni, le competenze pratiche e i servizi di cui hanno bisogno per proteggersi dall'infezione.



#### 4. Si può far fronte alla sfida con le alleanze

Nessun paese, donatore o agenzia di sviluppo è in grado di fornire da solo tutto quello di cui hanno bisogno i bambini e i paesi non raggiungeranno il MDG 6 e gli altri Obiettivi di sviluppo del Millennio senza la collaborazione e la cooperazione tra i tanti attori coinvolti.

Le alleanze possono consentire ad agenzie diverse di affrontare compiti diversi, realizzare obiettivi complementari e conseguire risultati maggiori e migliori di quelli che conseguirebbero lavorando da soli. Si avrà successo soltanto se si condivideranno le competenze e gli obiettivi.

Per "Agire come uno solo" tramite la Riforma dell'ONU e realizzare i principi dei "Three Ones" – uno schema di azione nazionale per l'AIDS, un'autorità nazionale coordinatrice per l'AIDS che abbia un sostegno multisetoriale diffuso e un sistema, sempre a livello nazionale, per il monitoraggio e la valutazione – sarà necessario che tutti gli interessati modifichino i propri atteggiamenti e approcci a favore delle alleanze.

Nel 2007, *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS* si impegnerà di più per perseguire una strategia di alleanze basata su queste considerazioni. Il modo migliore per le

agenzie e gli altri attori di sostenere la campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS* è continuare a lavorare ai programmi in maniera più strategica di quanto non abbiano fatto prima al fine di rafforzare la coesione, concentrare maggiormente l'attenzione e accelerare l'azione per le "Quattro P".

## VERSO L'ACCESSO UNIVERSALE

*“Il fatto che abbiamo compiuto progressi nell’agenda della cura è fantastico, ma questo pone altre sfide nell’agenda dell’assistenza e non dobbiamo permettere che sminuisca l’agenda della prevenzione. Le “Quattro P” sono interdipendenti e dobbiamo considerarle nell’insieme.”*

**- David Bull, Direttore generale, Comitato nazionale del Regno Unito per l’UNICEF**

La comunità internazionale ha ascoltato l’invito all’azione di *Uniti per i bambini. Uniti contro l’AIDS?* Secondo il presente rapporto, in alcuni casi, lo ha fatto in modo percepibile. Ma rimane ancora molto da fare. A molti bambini e alle loro famiglie vengono ancora negate le cure, l’assistenza, il sostegno e le informazioni di cui hanno bisogno per sopravvivere e per condurre una vita sana.

Il mondo si sta avviando verso un obiettivo molto ambizioso, quello di avvicinarsi il più possibile all’accesso universale alla prevenzione, il trattamento, l’assistenza e il sostegno che faranno arretrare la diffusione dell’HIV/AIDS.

I risultati ottenuti per i quattro traguardi della campagna *Uniti per i bambini. Uniti contro l’AIDS* sono diversi. Il settore delle cure pediatriche sembra riflettere maggiormente i progressi e lo slancio, tuttavia, i bambini del mondo che hanno usufruito della terapia antiretrovirale salvavita sono relativamente pochi. Il traguardo della PMTCT sta per essere raggiunto da alcuni paesi che hanno introdotto i servizi nei programmi esistenti di salute materna e infantile, ma questo deve avvenire in molti altri paesi. Parimenti, per raggiungere il traguardo della prevenzione, gli interventi preventivi volti a modificare i comportamenti devono essere rivolti ai gruppi più a rischio.

Nel settore della protezione e del sostegno ai bambini orfani e a rischio, il rapporto riscontra dei progressi globali, soprattutto a livello dei paesi e delle comunità e un passo verso un approccio più olistico. Ma, probabilmente, la dimensione reale di questi progressi non sarà nota finché non saranno stabiliti degli standard comuni di reporting.

L’impegno nell’*advocacy* è indubbiamente aumentato nel corso dell’ultimo anno. Tuttavia, le persone che si occupano di *advocacy* nel campo dell’AIDS devono verificare di frequente lo stato dei progressi. Questo impegno si sta traducendo in risultati reali per i bambini?

L’enormità di ciò che occorre per salvare e migliorare la vita dei bambini travolti dal vortice dell’HIV/AIDS sottolinea l’importanza di *Uniti per i bambini. Uniti contro l’AIDS*. Alcuni risultati conseguiti nel sensibilizzare l’opinione pubblica sui bisogni dei bambini nell’ambito dell’epidemia dimostrano le buone potenzialità di questa campagna. Ma è chiaro che le potenzialità e la speranza non bastano. Ciò che conta, alla fine, sono i risultati tangibili conseguiti per i bambini: per la loro salute e per le loro famiglie, nelle loro comunità e per tutta la vita.



## ATTORI CHIAVE PER I BAMBINI COLPITI DALL'HIV/AIDS

- Advocates for Youth
- AWEPA (Associazione dei parlamentari europei per l'Africa)
- African Network for Care of Children Affected by HIV/AIDS (ANECCA)
- AusAid (Governo australiano)
- Banca Mondiale
- Baylor International Pediatric AIDS Initiative (BIPAI)
- Better Care Network
- Brasile + 7
- Catholic Medical Mission Board (CMMB)
- Clinton Foundation and Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative
- Columbia University (ICAP)
- Development Cooperation Ireland (DCI)
- Dipartimento per lo sviluppo internazionale (DFID, Governo del Regno Unito)
- Ecumenical Advocacy Alliance
- Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF)
- Family Health International (FHI)
- Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia (UNICEF)
- Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA)
- Fondo Globale per la lotta contro l'AIDS, la tubercolosi e la malaria
- Governo olandese
- Global Business Coalition (GBC)
- HelpAge International
- International Save the Children Alliance
- Irish Aid (Government of Ireland Department of Foreign Affairs)
- Medecins sans Frontieres (MSF)
- Mothers 2 Mothers (m2m)
- Movimento Globale per l'Infanzia
- Organization of African First Ladies Against HIV/AIDS
- Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Educazione, la Scienza e la Cultura (UNESCO)
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)
- Paediatric AIDS Treatment for Africa (PATA)
- Plan International
- Population Council
- Population Services International (PSI)
- Piano d'emergenza del Presidente degli Stati Uniti per gli aiuti alla lotta contro l'AIDS (PEPFAR)
- Save the Children International
- Staying Alive
- The AIDS Support Organization (TASO)
- Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine (UNODC)
- UNAIDS, Programma congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS
- UNITAID
- US Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- World Vision
- governi, organizzazioni nazionali della società civile e molte altre organizzazioni in tutto il mondo

## L'IMPEGNO DEL COMITATO ITALIANO PER L'UNICEF

Il Comitato Italiano per l'UNICEF ha assunto tra i propri impegni la promozione a livello nazionale della Campagna *Uniti per i Bambini, Uniti contro l'AIDS*. L'intento di tale iniziativa è quello di fornire al nostro paese l'occasione di fare la propria parte affinché questa sia l'ultima generazione di bambini costretta a sopportare il peso dell'HIV/AIDS.

In linea con quanto previsto dalla Campagna Globale, il Comitato Italiano ha elaborato una piattaforma di *advocacy* per sensibilizzare la società civile e per fare pressione sul governo affinché rispetti gli impegni presi in relazione all'HIV/AIDS con una particolare attenzione a quelli relativi all'infanzia.

Nello specifico sono state individuate quattro azioni per ottenere risultati tangibili, che contribuiscano al raggiungimento degli obiettivi fissati dalle quattro priorità a livello internazionale.

### Le 4 azioni

Gli obiettivi del Comitato Italiano per l'UNICEF:

**1. Adempimento agli obblighi internazionali in materia di HIV/AIDS, anche tramite l'istituzione di un meccanismo di monitoraggio sui fondi destinati**

Il Governo italiano deve assicurare le risorse promesse al Fondo Globale per la Lotta all'AIDS, Tubercolosi e Malaria, prevedendo inoltre un incremento progressivo annuo di esse. Il Governo deve impegnarsi ad una rendicontazione pubblica annuale dei fondi destinati all'HIV/AIDS che consenta il migliore assetto con le istanze della società civile e delle organizzazioni intergovernative (IGO) e non governative (NGO).

**2. Assegnazione di almeno il 20% delle risorse destinate alla prevenzione e cura dell'HIV/AIDS a trattamenti pediatrici**

Il Governo italiano deve impegnarsi a destinare tale quota nell'ambito di tutte le risorse destinate all'HIV/AIDS, siano esse parte dei fondi destinati al Fondo Globale, alla Cooperazione internazionale o a qualsiasi altro fondo o progetto bilaterale o multilaterale inerente l'HIV/AIDS.

**3. Sensibilizzazione permanente degli adolescenti e loro partecipazione alle campagne**

Le istituzioni italiane e le organizzazioni intergovernative (IGO) e non governative (NGO) devono impegnarsi a svolgere campagne di sensibilizzazione sulla prevenzione del contagio da HIV/AIDS in Italia rivolte in special modo agli adolescenti, la cui partecipazione è fondamentale.

**4. Accesso ai farmaci e impegno per la ricerca**

Il Governo italiano, le istituzioni accademiche italiane e le compagnie farmaceutiche con sede in Italia devono dare maggiore impulso alla ricerca farmaceutica volta alla scoperta di un vaccino e alla produzione di strumenti diagnostici e di medicinali pediatrici più efficaci ed economici per i bambini sieropositivi.

Per costruire alleanze che possano contribuire a garantire ad ogni bambino il diritto alla prevenzione e alle cure dell'HIV/AIDS il Comitato Italiano per l'UNICEF ha proposto ad altre organizzazioni che operano nel campo della promozione dei diritti dell'infanzia, della salute e della partecipazione di aderire alla Campagna *Uniti per i bambini, Uniti contro l'AIDS*.

Tale appello è stato raccolto finora dalla seguenti organizzazioni: Amnesty International – Sezione italiana, ANLAIDS, Arché, CESVI, CittadinanzAttiva, Comunità di Sant'Egidio, Croce Rossa Italiana, LILA, Medici Senza Frontiere, Save the Children – Italia, Terre des Hommes – Italia

## NOTE

- 1 Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Un invito all'azione: I bambini, il volto invisibile dell'AIDS*, UNICEF, New York, 2005, p.2
- 2 Programma Congiunto delle Nazioni Unite e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'HIV/AIDS, *AIDS Epidemic Update, December 2006*, UNAIDS and WHO, Ginevra, 2006, p.1; e UNAIDS e WHO, *Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy: A report on "3x5" and beyond, March 2006*, UNAIDS e WHO, Ginevra, 2006, p. 8
- 3 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.
- 4 Organizzazione Mondiale della Sanità, *Taking Stock: HIV in children*, OMS, Ginevra, 2006, p. 1.
- 5 Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2007*, UNICEF, New York, 2006, p. 117; Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Un invito all'azione: I bambini, il volto invisibile dell'AIDS*, op. cit., p. 6.
- 6 Per le statistiche del presente rapporto relative alle "Quattro P", si rimanda alle Tavole Statistiche da p. 32.
- 7 Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS, *2006 Report on the Global AIDS Epidemic: A UNAIDS 10th anniversary special editino*, UNAIDS, Ginevra, 2006, p. 62.
- 8 I nove paesi "MTCT-Plus" sono: Camerun, Costa d'Avorio, Kenya, Mozambico, Ruanda, Sudafrica, Thailandiaia, Uganda e Zambia.
- 9 Organizzazione Mondiale della Sanità, *Antiretroviral Therapy of HIV infection in Infants and Children in Resource-Limited Settings: Towards Universal Access, recommendations for a public health approach*, OMS, Ginevra, 2006.
- 10 Organizzazione Mondiale della Sanità e Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS, "Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counseling in Health Facilities", draft for public comment, OMS/UNAIDS, 27 Novembre 2006, [www.who.int/hiv/topics/vct/PITCguidancedraft.pdf](http://www.who.int/hiv/topics/vct/PITCguidancedraft.pdf), consultato l'11 dicembre 2006.
- 11 Programma Congiunto delle Nazioni Unite e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'HIV/AIDS, *AIDS Epidemic Update, December 2006*, op. cit., p. 1.
- 12 Organizzazione Mondiale della Sanità, *Antiretroviral Therapy of HIV infection in Infants and Children in Resource-Limited Settings: Towards Universal Access, recommendations for a public health approach*, op. cit., p. 1; e Hewell, Marie-Louise, et. al. "Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: A pooled Analysis"; op. cit.
- 13 Programma Congiunto delle Nazioni Unite e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'HIV/AIDS, *AIDS Epidemic Update, December 2006*, op. cit., p. 1.
- 14 Boera, J. Ties, et al., "Monitoring the Scale-up of Antiretroviral Therapy Programmes: Methods to estimate coverage", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 84, no. 2, febbraio 2006, pp. 145-150.
- 15 UNAIDS/OMS, stime non pubblicate, 2006.
- 16 Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia e Organizzazione Mondiale della Sanità per conto del Task Team Interagenzie allargato sulla PMTCT, "A Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric HIV Care, 2006" (di prossima pubblicazione).
- 17 Ibid.
- 18 Creek, Tracy, et al., "Successful Introduction of Dried Blood Spot (DBS) PCR Testing in Botswana's PMTCT Programme", presentazione al PEPFAR Implementers Meeting, Durban, Sudafrica, 12-15 giugno 2006.
- 19 Clinton Foundation, "President Clinton Announces Breakthrough HIV/AIDS Treatment for Children: 3-in-1 pill for less than \$60 annually and 45% price reductions for other pediatric drugs" (comunicato stampa), 30 Novembre 2006, consultato su [www.clintonfoundation.org/113006-nr-cif-his-ai-ind-pr-wjc-announces-brakthroughs-in-hiv-aids-treatment-for-children-itm](http://www.clintonfoundation.org/113006-nr-cif-his-ai-ind-pr-wjc-announces-brakthroughs-in-hiv-aids-treatment-for-children-itm)
- 20 Organizzazione Mondiale della Sanità, *Guidelines on co-trimoxazole prophylaxis for HIV-related infections among children, adolescents and adults in resource-limited settings: Recommendations for a public health approach*, OMS, Ginevra, 2006.

- 21 Programma Congiunto delle Nazioni Unite e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'HIV/AIDS, *AIDS Epidemic Update, December 2006*, op. cit., pp. 7-8.
- 22 Monasch, Roeland, e Mary Mahy, "Young People: The centre of the HIV epidemic"; Capitolo 2 in David A. Ross, Bruce Dick e Jane Ferguson, ed., *Preventing HIV/AIDS in Young People: A systematic review of the evidence from developing countries*, WHO Technical Report Series Number 938, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra, 2006, p.16.
- 23 Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS, *At the Crossroads: Accelerating youth access to HIV/AIDS interventions*, UNAIDS, New York, 2004, p. 1; e Monasch, Roeland, e Mary Mahy, "Young People: The centre of the HIV epidemic"; op. cit.
- 24 I rapporti sono calcolati usando la Tabella 3: Prevenire il contagio negli adolescenti e nei giovani, pp. 39-41.
- 25 Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS, *2006 Report on the Global AIDS Epidemic: A UNAIDS 10<sup>th</sup> anniversary special edition*, op. cit., p. 56; e USAID, UNAIDS, OMS, UNICEF e il Policy Project, "Coverage of Selected Services for HIV/AIDS Prevention, Care and Support in Low-and Middle-Income Countries in 2003", Policy Project, giugno 2004.
- 26 Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS, *2006 Report on the Global AIDS Epidemic: A UNAIDS 10<sup>th</sup> anniversary special edition*, op. cit., p 56.
- 27 Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2007*, op. cit., p. 117.
- 28 Analisi dell'UNICEF del Database degli Indicatori delle Indagini e del Compilatore Statistico MACRO per i DHS e le Indagini sugli Indicatori dell'AIDS, 1995-2004, con indagini più recenti compilate da rapporti finali di pubblicazioni più recenti.
- 29 Programma Congiunto delle Nazioni Unite sull'HIV/AIDS, *2006 Report on the Global AIDS Epidemic: A UNAIDS 10<sup>th</sup> anniversary special edition*, op. cit., p. 509.
- 30 Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations: Children affected by AIDS*, UNICEF, New York, 2006, p. 35.
- 31 Ibid, p. iv.
- 32 Webb, Douglas, et al., "Supporting and Sustaining National Responses to Children Orphaned and Made Vulnerable by HIV and AIDS; Experience from the RAAAP Exercise in Sub-Saharan Africa", *Vulnerable Children and Youth Studies*, vol. 1, no. 2, settembre 2006, pp. 172.179.
- 33 Haile, Girman, et al., "Integration of HIV/AIDS into the Poverty Reduction Strategies of Malawi, Mozambique and Tanzania", Ufficio Regionale dell'UNICEF per l'Africa Orientale e meridionale, Nairobi, 22 settembre 2006, pp. 1-3.
- 34 National Action Committee for Children Affected by HIV and AIDS, "Review Report: Implementation of the 2002 Conference recommendations. A call to coordinated action", NAACA, Dipartimento dello Sviluppo Sociale, Sudafrica, settembre 2006, p. 19.
- 35 Analisi dei dati di Constella Futures per l'UNICEF, "Preliminary results from the Orphans and Vulnerable Children Coverage Survey of 2005-2006" (documento interno).
- 36 Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2007*, op. cit., p. 117.
- 37 Vedi anche Ufficio Regionale dell'UNICEF per l'Asia orientale e il Pacifico, *Global Campaign on Children and AIDS: A profile of UNICEF's response in East Asia and the Pacific*, UNICEF EAPRO, Bangkok, 2006.
- 38 Dipartimento per lo Sviluppo Internazionale (DFID), "Fact Sheet; HIV and AIDS", Novembre 2005, p. 4: [www.dfid.gov.uk/pubs/files/mdg-factsheets/hivandaidsfactsheet.pdf](http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/mdg-factsheets/hivandaidsfactsheet.pdf), vedi anche la trascrizione della Camera Alta del Regno Unito, 1 Dicembre 2005: [www.publications.parliament.uk/pa/ld199900/ldhansrd/pdvn/lds05/text51201-01.htm](http://www.publications.parliament.uk/pa/ld199900/ldhansrd/pdvn/lds05/text51201-01.htm)
- 39 Discorso di Taoiseach al Lancio della Campagna Globale dell'UNICEF sui bambini e l'AIDS, 24 Ottobre 2005, [www.dci.gov.ie/latest\\_news.asp?article=603](http://www.dci.gov.ie/latest_news.asp?article=603), consultato il 13 Novembre 2006; Irish Aid, *The Challenge of HIV and AIDS; Irish Aid's Response 2001-2006*, Irish Aid, Dublino, 2006, p. 3.
- 40 Associazione dei Parlamentari Europei per l'Africa, *AWEPA Quarterly Bulletin*, vol. 20, no. 2, 2006, pp. 1-12
- 41 Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia, *Un invito all'azione: I bambini, il volto invisibile dell'AIDS*, op. cit., p. 23.



## TAVOLE STATISTICHE

**Le informazioni dettagliate per paese sono disponibili nelle tavole corrispondenti.**

**Tavola 1:** Prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV, pagina 33.

**Tavola 2:** Provvedere alle cure pediatriche, pagina 36.

**Tavola 3:** Prevenire il contagio negli adolescenti e nei giovani, pagina 39.

**Tavola 4:** Proteggere e aiutare i bambini colpiti dall'HIV/AIDS, pagina 42.

I progressi a fronte dei traguardi e degli impegni per i bambini e l'AIDS sono monitorati usando 21 stime e indicatori derivati da una serie più ampia di indicatori concordati. Questi sono stati sviluppati tramite un processo di discussione e negoziazione con i governi nazionali e varie organizzazioni internazionali, sotto la guida dell'UNAIDS.

Gli indicatori rappresentano la serie di base che sarà usata per seguire i progressi a livello nazionale e sono stati utilizzati anche per rappresentare diverse iniziative internazionali o specifiche delle agenzie, come l'Accesso Universale, il processo nazionale di valutazione delle stime sull'HIV e l'AIDS, guidato dall'UNAIDS, la MPTCT Report Card emessa congiuntamente dall'UNICEF e dall'OMS, i Country Reports dell'UNICEF sugli Indicatori per gli Obiettivi (CRING) e *Uniti per i bambini. Uniti contro l'AIDS*.

Le statistiche sono compilate sulla base delle schede informative dei paesi, sviluppate in linea con i principi dei "Tre Uno" in collaborazione con il Multi-Agency Monitoring and Evaluation Reference Group (MERG) sull'HIV/AIDS e sono derivate da dati preesistenti.

Nell'ultimo anno, sono stati compiuti significativi passi avanti nel raggiungere il consenso sugli indicatori fondamentali, sulla compilazione dei punti di riferimento iniziali e sulla produzione delle schede informative. I dati iniziali mostrano l'enormità e l'urgenza delle sfide da affrontare.

### Nota sui dati

I dati presentati nelle seguenti tavole statistiche sono corredati da definizioni, fonti e spiegazioni dei simboli. Laddove possibile si è fatto uso dei dati forniti dall'ONU; in mancanza di stime elaborate secondo norme internazionali, si è ricorso ad altre fonti nazionali generali o rappresentative, come le Indagini Demografiche e Sanitarie basate sulla popolazione, le Indagini su Raccolte di Indicatori Multipli, le Indagini sulla Salute Riproduttiva e le Futures Group Coverage Surveys. Per informazioni dettagliate su queste indagini, consultare il sito [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com) e [www.childinfo.org](http://www.childinfo.org).

Ulteriori dati sui programmi per valutare i progressi dei paesi sono stati raccolti mediante la Pagella sulla Prevenzione della Trasmissione Madre-Figlio e il questionario sul trattamento pediatrico dell'HIV, sviluppati con gli input dei membri del Task Team Interagenzie allargato sulla PMTCT, compresi gli indicatori dei programmi a livello nazionale elaborati mediante processi di collaborazione guidati dall'UNAIDS e sono stati adottati dalla maggior parte dei paesi.

TAVOLA 1. Prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV

	Tasso stimato di diffusione dell'HIV negli adulti (15+ anni) alla fine del 2005	Copertura dell'assistenza prenatale (%) 1997-2005*	Numero annuo di nascite, 2005 (migliaia)	Numero di donne in gravidanza che hanno ricevuto consulenza sui servizi PMTCT, 2005	Numero stimato di donne in gravidanza affette da HIV, 2005	Numero di donne in gravidanza affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT, 2005	% di donne in gravidanza affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT, 2005*
Afghanistan	<0.1	16	1,441	–	<100	–	–
Albania	–	91	53	–	–	–	–
Algeria	0.1	81	684	–	<500	–	–
Angola	3.7	66	767	11,366	33,000	367	1
Antigua e Barbuda	–	100	2	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	90*	671	–	–	–	–
Argentina	0.6	98	687	570,000	2,400	2,088	87
Armenia	0.1	93	34	21,720	<100	–	–
Azerbaigian	0.1	70	134	–	<100	–	–
Bahamas	3.3	–	6	–	<500	–	–
Bahreïn	–	97*	13	–	<100	–	–
Bangladesh	<0.1	49	3,747	–	<200	–	–
Barbados	1.5	100	3	–	<100	–	–
Belize	2.5	96	7	7,025	<100	38	>38
Benin	1.8	81	348	69,921	7,300	1,214	17
Bhutan	<0.1	51	64	–	<100	–	–
Bielorussia	0.3	100	91	87,548	<200	119*	>60*
Bolivia	0.1	79	265	–	<500	–	–
Bosnia/Erzegovina	<0.1	99	36	163	–	–	–
Botswana	24.1	97	45	48,014	14,000	7,543	54
Brasile	0.5	97	3,726	1,911,875	14,000	6,771	48
Brunei Darussalam	<0.1	100*	8	–	<100	–	–
Bulgaria	<0.1	–	67	–	–	–	–
Burkina Faso	2.0	73	617	33,376	15,000	937	6
Burundi	3.3	78	347	9,993	16,000	524	3
Cambogia	1.6	38	429	17,729	6,500	228	4
Camerun	5.4	83	563	636,202	35,000	3,592	10
Capo Verde	–	99	15	–	–	12	–
Ciad	3.5	39	471	1,856	19,000	193	1
Cile	0.3	95*	249	–	<500	–	–
Cina	0.1	90	17,310	144,934	7,500	135	2
Colombia	0.6	94	968	–	3,100	–	–
Comore	<0.1	74	28	70	<100	–	–
Congo	5.3	88	177	19,943	11,000	1,093	10
Congo, Repubblica Democratica	3.2	68	2,873	91,274	99,000	1,725	2
Corea, Repubblica	<0.1	–	457	–	<500	–	–
Corea, Repubblica Democratica Popolare	–	–	342	–	–	–	–
Costa d'Avorio	7.1	88	665	108,699	57,000	2,543	4
Costarica	0.3	92	79	–	<200	–	–
Croazia	<0.1	–	41	–	–	–	–
Cuba	0.1	100	134	–	<200	–	–
Dominica	–	100	2	–	–	–	–
Ecuador	0.3	84	295	61,810	1,000	223	22
Egitto	<0.1	70	1,909	–	–	–	–
El Salvador	0.9	86	166	105,595	800	144	24
Emirati Arabi Uniti	–	–	69	–	–	–	–
Eritrea	2.4	70	170	8,128	5,100	88	2
Etiopia	–	28	3,104	85,690	–	2,341	–
Federazione Russa	1.1	–	1,540	1,335,768	6,800	5,709	84
Figi	0.1	–	19	–	<100	–	–
Filippine	<0.1	88	2,018	–	<500	–	–
Gabon	7.9	94	42	24,739	3,600	90	3
Gambia	2.4	91	52	10,724	1,400	87	6
Georgia	0.2	95	49	15,000	<100	15	20
Ghana	2.3	92	683	28,013	19,000	1,078	6
Giamaica	1.5	98	52	28,914	<500	300	86
Gibuti	3.1	67	27	3,593	1,200	16	1



TAVOLA 1. Prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV

	Tasso stimato di diffusione dell'HIV negli adulti (15+ anni) alla fine del 2005	Copertura dell'assistenza prenatale (%) 1997-2005*	Numero annuo di nascite, 2005 (migliaia)	Numero di donne in gravidanza che hanno ricevuto consulenza sui servizi PMTCT, 2005	Numero stimato di donne in gravidanza affette da HIV, 2005	Numero di donne in gravidanza affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT, 2005	% di donne in gravidanza affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT, 2005*
Giordania	–	99	150	–	<100	–	–
Grenada	–	99	2	–	–	–	–
Guatemala	0.9	84	437	–	2,100	200	10
Guinea	1.5	82	387	6,105	6,800	77	1
Guinea-Bissau	3.8	62	79	–	3,600	–	–
Guinea Equatoriale	3.2	86	22	–	800	–	–
Guyana	2.4	81	15	12,788	<500	112	32
Haiti	3.8	79	255	66,937	12,000	800	7
Honduras	1.5	83	206	55,201	1,700	198	12
India	0.9	60	25,926	891,912	130,000	2,279	2
Indonesia	0.1	92	4,495	921	2,000	4	<1
Iran (Repubblica Islamica)	0.2	77	1,348	–	700	–	–
Iraq	–	77	978	2	–	–	–
Isole Cook	–	–	–	–	–	–	–
Isole Marshall	–	–	2	–	–	–	–
Isole Salomone	–	–	15	–	–	–	–
Kazakistan	0.1	91	237	129,706	<500	47	9
Kenya	6.1	88	1,361	429,123	99	19,403	20
Kirghizistan	0.1	97	116	–	<100	–	–
Kiribati	–	88*	2	–	–	–	–
Kuwait	–	95*	51	–	–	–	–
Laos, Repubblica Democratica Popolare	0.1	27	205	600	<100	11	15
Lesotho	23.2	90	50	11,804	15,000	1,811	12
Libano	0.1	96	66	–	<100	–	–
Liberia	–	85	167	–	–	130	2
Libia, Jamahiriya Araba	–	81*	136	–	–	–	–
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	<0.1	81	23	–	–	–	–
Madagascar	0.5	80	712	8,911	2,000	8	<1
Malawi	14.1	92	555	63,632	89,000	5,076	6
Maldive	–	81	10	–	–	–	–
Malesia	0.5	74	547	374,386	1,400	141	10
Mali	1.7	57	661	40,402	13,000	415	3
Marocco	0.1	68	717	–	<500	–	–
Mauritania	0.7	64	126	14	1,000	10	1
Mauritius	0.6	–	20	–	<100	–	–
Messico	0.3	86*	2,172	–	2,400	–	–
Micronesia (Stati Federati)	–	–	3	–	–	–	–
Moldavia, Repubblica	1.1	98	43	35,375	<500	32	6
Mongolia	<0.1	94	58	–	<100	–	–
Montenegro†	–	–	–	10,800	33	6	18
Mozambico	16.1	85	773	102,116	150,000	8,490	6
Myanmar	1.3	76	976	133,859	7,700	629	8
Namibia	19.6	91	56	31,907	14,000	4,055	29
Nauru	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	0.5	28	787	–	–	–	–
Nicaragua	0.2	86	154	3,545	<200	29	19
Niger	1.1	41	750	18,477	9,200	57	1
Nigeria	3.9	58	5,377	30,428	250,000	532	<1
Niue	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	100	64	–	–	–	–
Pakistan	0.1	36	4,773	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–
Panama	0.9	72	70	–	<500	–	–
Papua Nuova Guinea	1.8	78*	174	10,000	3,700	46	1
Paraguay	0.4	94	177	24,100	<500	47	13
Perù	0.6	92	628	304,601	2,100	188	1
Qatar	–	–	14	–	–	–	–



TAVOLA 1. Prevenire la trasmissione madre-figlio dell'HIV

	Tasso stimato di diffusione dell'HIV negli adulti (15+ anni) alla fine del 2005	Copertura dell'assistenza prenatale (%) 1997-2005*	Numero annuo di nascite, 2005 (migliaia)	Numero di donne in gravidanza che hanno ricevuto consulenza sui servizi PMTCT, 2005	Numero stimato di donne in gravidanza affette da HIV, 2005	Numero di donne in gravidanza affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT, 2005	% di donne in gravidanza affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT, 2005*
Repubblica Centrafricana	10.7	62	150	8,982	19,000	803	4
Repubblica Dominicana	1.1	99	211	69,278	2,500	676	27
Romania	<0.1	94	211	72,802	–	21	–
Ruanda	3.1	94	375	190,969	16,000	5,782	36
Saint Kitts/Nevis	–	100	1	–	–	–	–
Saint Lucia	–	48	3	–	–	–	–
Saint Vincent/Grenadines	–	99	2	–	–	–	–
Samoa	–	–	5	–	–	–	–
Sao Tomé/Principe	–	91	5	8	–	8	–
Senegal	0.9	79	423	16,114	4,600	57	1
Serbia†	–	–	–	10,800	33	6	18
Seychelles	–	–	3	–	–	–	–
Sierra Leone	1.6	68	252	–	4,800	57	1
Singapore	0.3	–	39	–	<100	–	–
Siria, Repubblica Araba	–	71	532	–	–	–	–
Somalia	0.9	32	366	–	4,400	–	–
Sri Lanka	<0.1	100	329	–	<100	–	–
Sudafrica	18.8	92	1,082	513,401	250,000	75,077	30
Sudan	1.6	60	1,166	8,492	23,000	41	<1
Suriname	1.9	91	9	5,127	<100	33*	44*
Swaziland	33.4	90	29	17,062	14,000	4,780	34
Tagikistan	0.1	71	185	9,203	<100	4	5
Tanzania, Repubblica Unita	6.5	78	1,408	241,399	110,000	6,202	6
Territori Palestinesi Occupati	–	96	138	–	–	–	–
Thailandia	1.4	92	1,009	636,901	11,000	5,081	46
Timor-Leste	–	61	49	–	–	–	–
Togo	3.2	85	236	17,516	9,200	720	8
Tonga	–	–	2	–	–	–	–
Trinidad e Tobago	2.6	92	19	–	600	–	–
Tunisia	0.1	92	166	–	<200	–	–
Turchia	–	81	1,500	–	–	–	–
Turkmenistan	<0.1	98	108	–	<100	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–
Ucraina	1.4	–	392	417,61	2,400	2,168	90
Uganda	6.7	92	1,468	343,213	110,000	12,073	11
Uruguay	0.5	94	57	–	<500	–	–
Uzbekistan	0.2	97	615	–	<500	–	–
Vanuatu	–	–	6	–	–	–	–
Venezuela (Repubblica Bolivariana)	0.7	94	593	–	2,300	–	–
Vietnam	0.5	86	1,648	39,837	5,500	368	7
Yemen	–	41	845	–	–	–	–
Zambia	17.0	93	472	88,879	97,000	14,071	15
Zimbabwe	20.1	93	384	159,829	98,000	8,461	9

## DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

**Tasso stimato di diffusione 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 2005.

**Numero di donne in gravidanza che hanno ricevuto consulenza sui servizi PMTCT:** numero di donne in gravidanza che hanno ricevuto consulenza sull'HIV presso una clinica prenatale.

**Numero stimato di donne in gravidanza affette da HIV:** numero stimato di donne in gravidanza (15-49) affette da HIV, nel 2005.

**Numero di donne in gravidanza 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 che hanno ricevuto la terapia antiretrovirale (ARV) per la prevenzione della trasmissione madre-figlio.

**Percentuale di donne in gravidanza affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT:** calcolata dividendo il numero di donne in gravidanza affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT per il numero stimato di donne in gravidanza affette da HIV.

## FONTI PRINCIPALI DEI DATI

**Tasso stimato di diffusione dell'HIV negli adulti:** UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2007*.

**Copertura dell'assistenza prenatale:** UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2007*.

**Numero annuo di nascite:** UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2007*.

**Numero di donne in gravidanza che hanno ricevuto consulenza sui servizi PMTCT:** UNICEF e OMS, "Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric Care, 2006" (di prossima pubblicazione).

**Numero stimato di donne in gravidanza affette da HIV:** UNAIDS/OMS, stime non pubblicate, 2006.

**Numero di donne in gravidanza affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT:** UNICEF e OMS, "Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric Care, 2006" (di prossima pubblicazione).

**Percentuale di donne in gravidanza affette da HIV che hanno ricevuto ARV per la PMTCT:** UNICEF e OMS, "Report Card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric Care, 2006" (di prossima pubblicazione); UNAIDS/OMS, stime non pubblicate, 2006.

## NOTES

- 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).

X I dati si riferiscono ad anni o periodi diversi da quelli indicati nel titolo della colonna, oppure non rispecchiano la definizione standard o si riferiscono soltanto a una parte del territorio nazionale.

† A causa della secessione, a giugno 2006, del Montenegro dall'Unione di Serbia e Montenegro, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 28 giugno 2006, non sono ancora disponibili dati disaggregati su Montenegro e Serbia come Stati separati. I dati aggregati riportati si riferiscono alla Serbia e al Montenegro prima della secessione.



TAVOLA 2. Provvedere alle cure pediatriche

	Numero stimato di bambini (0-14 anni) che convivono con l'HIV, 2005	Numero stimato di donne in gravidanza affette da HIV, 2005	Numero di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in gravidanza, 2005	Percentuale di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in gravidanza, 2005	Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV che necessitano di ART, 2005	Numero di bambini (0-14) anni che ricevono ART, 2005**	Percentuale di bambini che ricevono ART, 2005
Afghanistan	–	<100	–	–	–	–	–
Albania	–	–	5	–	–	5	–
Algeria	–	<500	–	–	–	–	–
Angola	35,000	33,000	–	–	13,000	438	3
Antigua e Barbuda	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–
Argentina	–	2,400	–	–	–	1,827	–
Armenia	–	<100	3	6	–	3	–
Azerbaijan	–	<100	–	–	–	–	–
Bahamas	<500	<500	–	–	<500	–	–
Bahrein	–	<100	–	–	–	–	–
Bangladesh	–	<200	–	–	–	–	–
Barbados	<100	<100	–	–	<100	–	–
Belize	<100	<100	–	–	<100	6	8
Benin	9,800	7,300	719	10	3,000	–	–
Bhutan	–	<100	–	–	–	–	–
Bielorussia	–	<200	–	–	–	–	–
Bolivia	–	<500	–	–	–	–	–
Bosnia/Erzegovina	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	14,000	14,000	8,116	58	6,400	5,400	84
Brasile	–	14,000	–	–	–	7,500	–
Brunei Darussalam	–	<100	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	17,000	15,000	–	–	5,700	420	7
Burundi	20,000	16,000	197	1	6,700	1,137	17
Cambogia	–	6,500	–	–	–	1,071	–
Camerun	43,000	35,000	–	–	14,000	550	4
Capo Verde	–	–	12	–	32	15	47
Ciad	16,000	19,000	–	–	6,700	7	<1
Cile	–	<500	–	–	–	–	–
Cina	–	7,500	–	–	–	566 <sup>†</sup>	–
Colombia	–	3,100	–	–	–	–	–
Comore	<100	<100	–	–	<100	1	<1
Congo	15,000	11,000	–	–	4,700	13	<1
Congo, Repubblica Democratica	120,000	99,000	77	<1	43,000	179	<1
Corea, Repubblica	–	<500	–	–	–	–	–
Corea, Repubblica Democratica Popolare	–	–	–	–	–	–	–
Costa d'Avorio	74,000	57,000	–	–	24,000	1,184 <sup>†</sup>	5 <sup>†</sup>
Costarica	–	<200	–	–	–	–	–
Croazia	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	<200	–	–	–	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	–	1,000	–	–	–	–	–
Egitto	–	–	–	–	–	–	–
El Salvador	–	800	12	2	–	188	–
Emirati Arabi Uniti	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	6,600	5,100	160	3	2,200	54	2
Etiopia	–	–	–	–	–	1,260	–
Federazione Russa	–	6,800	–	–	–	330 <sup>†</sup>	–
Figi	–	<100	–	–	–	–	–
Filippine	–	<500	–	–	–	–	–
Gabon	3,900	3,600	125	3	1,400	268	19
Gambia	1,200	1,400	–	–	500	2	<1
Georgia	–	<100	15	20	–	4	–
Ghana	25,000	19,000	–	–	8,200	146	2
Giamaica	<500	<500	–	–	<500	165	47
Gibuti	1,200	1,200	12	1	<500	8	2
Giordania	–	<100	–	–	–	3	–

TAVOLA 2. Provvedere alle cure pediatriche

	Numero stimato di bambini (0-14 anni) che convivono con l'HIV, 2005	Numero stimato di donne in gravidanza affette da HIV, 2005	Numero di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in gravidanza, 2005	Percentuale di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in gravidanza, 2005	Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV che necessitano di ART, 2005	Numero di bambini (0-14) anni che ricevono ART, 2005**	Percentuale di bambini che ricevono ART, 2005
Grenada	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	–	2,100	66	3	–	356	–
Guinea	7,000	6,800	42	1	2,500	50	2
Guinea-Bissau	3,200	3,600	–	–	1,300	–	–
Guinea Equatoriale	<1,000	800	–	–	<500	–	–
Guyana	<1,000	<500	92	37	<500	35	14
Haiti	17,000	12,000	–	–	4,900	46	1
Honduras	2,400	1,700	–	–	1,400	1	<1
India	–	130,000	–	–	–	1,300	–
Indonesia	–	2,000	1	<1	–	1	–
Iran (Repubblica Islamica)	–	700	–	–	–	20	–
Iraq	–	–	3	–	–	–	–
Isole Cook	–	–	–	–	–	–	–
Isole Marshall	–	–	–	–	–	–	–
Isole Salomone	–	–	–	–	–	–	–
Kazakistan	–	<500	52	15	–	52	–
Kenya	150,000	99,000	8,600	9	44,000	5,000	11
Kirghizistan	–	<100	–	–	–	–	–
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–
Laos, Repubblica Democratica Popolare	–	<100	14	28	–	3	–
Lesotho	18,000	15,000	–	–	5,700	623	11
Libano	–	<100	–	–	–	–	–
Liberia	–	–	–	–	–	–	–
Libia, Jamahiriya Araba	–	–	–	–	–	–	–
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	1,600	2,000	3	<1	700	1	<1
Malawi	91,000	89,000	–	–	24,000	1,999	8
Maldive	–	–	–	–	–	–	–
Malesia	–	1,4,000	–	–	–	–	–
Mali	16,000	13,000	322	2	5,400	–	–
Marocco	–	<500	–	–	–	–	–
Mauritania	1,100	1,000	8	1	<500	6	2
Mauritius	–	<100	–	–	–	–	–
Messico	–	2,400	–	–	–	–	–
Micronesia (Stati Federati)	–	–	–	–	–	–	–
Moldavia, Repubblica	–	<500	5	1	–	11	–
Mongolia	–	<100	–	–	–	–	–
Montenegro <sup>†</sup>	–	33	–	–	–	–	–
Mozambico	140,000	150,000	–	–	57,000	1,686	3
Myanmar	–	7,700	63	1	–	136	–
Namibia	17,000	14,000	543	4	5,400	2,824	52
Nauru	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	–	–	–	–	–	–	–
Nicaragua	–	<200	6	6	–	11	–
Niger	8,900	9,200	–	–	3,500	22	1
Nigeria	240,000	250,000	–	–	95,000	900	1
Niue	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–
Pakistan	–	–	–	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–
Panama	–	<500	–	–	–	–	–
Papua Nuova Guinea	–	3,700	20	1	–	–	–
Paraguay	–	<500	20	8	–	102	–
Perù	–	2,100	–	–	–	203	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–
Repubblica Centrafricana	24,000	19,000	–	–	7,900	160	2
Repubblica Dominicana	3,600	2,500	–	–	1,000	234	23



TAVOLA 2. Provvedere alle cure pediatriche

	Numero stimato di bambini (0-14 anni) che convivono con l'HIV, 2005	Numero stimato di donne in gravidanza affette da HIV, 2005	Numero di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in gravidanza, 2005	Percentuale di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in gravidanza, 2005	Numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV che necessitano di ART, 2005	Numero di bambini (0-14) anni che ricevono ART, 2005**	Percentuale di bambini che ricevono ART, 2005
Romania	-	-	-	-	-	-	-
Ruanda	27,000	16,000	-	-	7,400	1,443	20
Saint Kitts/Nevis	-	-	-	-	-	-	-
Saint Lucia	-	-	-	-	-	-	-
Saint Vincent/Grenadines	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	-	-	2	-	-	2	-
Senegal	5,000	4,600	-	-	1,800	126	7
Serbia†	-	33	-	-	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	5,200	4,800	23	1	1,900	23	1
Singapore	-	<100	-	-	-	-	-
Siria, Repubblica Araba	-	-	-	-	50	-	-
Somalia	4,500	4,400	-	-	1,700	-	-
Sri Lanka	-	<100	-	-	-	-	-
Sudafrica	240,000	250,000	64,291	26	67,000	12,247	18
Sudan	30,000	23,000	-	-	9,700	-	-
Suriname	<100	<100	-	-	<100	-	-
Swaziland	15,000	14,000	764	5	5,200†	851	16
Tagikistan	-	<100	-	-	-	-	-
Tanzania, Repubblica Unita	110,000	110,000	-	-	41,000	2,318	6
Territori Palestinesi Occupati	-	-	-	-	-	-	-
Thailandia	16,000	11,000	-	-	4,100	6,495†	>95†
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-
Togo	9,700	9,200	378	4	3,500	101	3
Tonga	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad e Tobago	<1,000	600	-	-	<500	-	-
Tunisia	-	<200	-	-	-	-	-
Turchia	-	-	-	-	-	-	-
Turkmenistan	-	<100	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-
Ucraina	-	2,400	2,100	88	-	413	-
Uganda	110,000	110,000	-	-	39,000	5,000†	13†
Uruguay	-	<500	-	-	-	-	-
Uzbekistan	-	<500	1	<1	-	-	-
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (Repubblica Bolivariana)	-	2,300	-	-	-	-	-
Vietnam	-	5,500	-	-	-	252	-
Yemen	-	-	-	-	-	-	-
Zambia	130,000	97,000	-	-	40,000	5,000	13
Zimbabwe	160,000	98,000	5,505	6	44,000	1,700	4

## DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

**Numero stimato di bambini che convivono con l'HIV:** numero stimato di bambini (0-14 anni) che convivono con l'HIV, nel 2005.

**Numero stimato di donne in gravidanza affette da HIV:** numero stimato di donne in gravidanza (15-49 anni) che convivono con l'HIV, nel 2005.

**Numero di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in gravidanza:** numero di neonati esposti all'infezione da HIV visitati da un medico entro due mesi dalla nascita a cui è stato somministrato il cotrimoxazolo.

**Percentuale di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in gravidanza:** calcolata dividendo in numero di neonati esposti all'infezione da HIV a cui è stato somministrato il cotrimoxazolo per il numero stimato di bambini nati da madri affette da HIV, ipotizzando un rapporto di 1:1, tra bambini e madri HIV-positive. Il denominatore è il numero stimato di donne in gravidanza affette da HIV.

**Numero stimato di bambini affetti da HIV che necessitano di ART:** numero stimato di bambini (0-14 anni) affetti da HIV che necessitano di terapia antiretrovirale (ART) nel 2005.

**Numero di bambini che ricevono ART:** numero di bambini (0-14 anni) affetti da HIV che ricevono ART nel 2005.

**Percentuale di bambini che ricevono ART:** calcolata dividendo il numero di bambini che ricevono ART per il numero stimato di bambini che necessitano di ART.

## FONTI PRINCIPALI DEI DATI

**Numero stimato di bambini che convivono con l'HIV:** UNAIDS, 2006 *Report on the Global AIDS Epidemic*.

**Numero stimato di donne in gravidanza affette da HIV:** UNAIDS/OMS, stime non pubblicate, 2006.

**Numero di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in**

**gravidanza:** UNICEF e OMS, "Report card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric Care, 2006" (di prossima pubblicazione).

**Percentuale di bambini nati da madri affette da HIV che hanno ricevuto il cotrimoxazolo in gravidanza:** UNICEF e OMS, "Report card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric Care, 2006" (di prossima pubblicazione).

**Numero stimato di bambini affetti da HIV che necessitano di ART:** UNAIDS/OMS, stime non pubblicate, 2006.

**Numero stimato di bambini che ricevono ART:** UNICEF e OMS, "Report card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric Care, 2006" (di prossima pubblicazione).

**Percentuale di bambini che ricevono ART:** UNICEF e OMS, "Report card on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Paediatric Care, 2006" (di prossima pubblicazione).

## 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); parte di uomini e donne con infezione da HIV di stadio avanzato che ricevono una terapia antiretrovirale combinata.

† A causa della secessione, a giugno 2006, del Montenegro dall'Unione di Serbia e Montenegro, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 28 giugno 2006, non sono ancora disponibili dati disaggregati su Montenegro e Serbia come Stati separati. I dati aggregati riportati si riferiscono alla Serbia e al Montenegro prima della secessione.

† La fonte dei dati è l'OMS, dati non pubblicati, 2006.

TAVOLA 3. Prevenire il contagio negli adolescenti e nei giovani

	Diffusione dell'HIV nei giovani (15-24 anni)			Conoscenza e comportamenti					
	Maschi (2005)	Femmine (2005)	Donne in gravidanza nella città capitale (2001-2005)**	% di giovani (15-24 anni) con una buona conoscenza dell'HIV (1999-2005)**		% di giovani (15-24 anni) che hanno usato un profilattico nell'ultimo rapporto sessuale ad alto rischio (1999-2005)**		% di giovani (15-19 anni) che hanno avuto un rapporto sessuale prima dei 15 anni (1999-2005)**	
				Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Afghanistan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Albania	-	-	-	-	0	-	-	-	-
Algeria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	1	3	3	-	-	-	-	-	-
Antigua e Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argentina	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Armenia	-	-	-	8	7	44	-	1	1
Azerbaijan	-	-	-	-	2	-	-	-	1
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belize	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Benin	0	1	2	14	8	34	19	24	16
Bhutan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bielorussia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia	-	-	-	18	-	37	20	15	6
Bosnia/Erzegovina	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	6	15	34	33	40	88	75	-	-
Brasile	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	1	1	2	23	15	67	54	5	7
Burundi	1	2	9	-	24	-	-	-	3
Cambogia	-	-	3	-	37	-	-	-	1
Camerun	1	5	7	34	27	57	46	12	18
Capo Verde	-	-	-	-	-	-	-	40	21
Ciad	1	2	4	20	8	25	17	11	19
Cile	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cina	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	-	-	-	-	-	-	30	-	10
Comore	<0.1	<0.1	-	-	10	-	-	-	-
Congo	1	4	3	22	10	38	20	-	-
Congo, Repubblica Democratica	1	2	3	-	-	-	-	24	12
Corea, Repubblica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Corea, Repubblica Democratica Popolare	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa d'Avorio	2	5	5	-	16	-	-	15	19
Costarica	-	-	5	-	-	-	-	-	-
Croazia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	-	52	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	-	-	-	-	-	7
Egitto	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Salvador	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Emirati Arabi Uniti	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	1	2	-	-	37	-	-	-	9
Etiopia	-	-	12	-	-	30	17	5	14
Federazione Russa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Figi	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Filippine	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabon	2	5	-	22	24	48	33	48	24
Gambia	1	2	-	-	15	-	-	40	69
Georgia	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Ghana	0	1	4	44	38	52	33	4	7
Giamaica	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gibuti	1	2	-	-	-	-	-	-	-





TAVOLA 3. Prevenire il contagio negli adolescenti e nei giovani

	Diffusione dell'HIV nei giovani (15-24 anni)			Conoscenza e comportamenti					
	Maschi (2005)	Femmine (2005)	Donne in gravidanza nella città capitale (2001-2005)**	% di giovani (15-24 anni) con una buona conoscenza dell'HIV (1999-2005)**		% di giovani (15-24 anni) che hanno usato un profilattico nell'ultimo rapporto sessuale ad alto rischio (1999-2005)**		% di giovani (15-19 anni) che hanno avuto un rapporto sessuale prima dei 15 anni (1999-2005)**	
				Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Repubblica Centrafricana	3	7	14	-	5	-	-	-	-
Repubblica Dominicana	-	-	-	-	-	52	29	18	13
Romania	-	-	-	-	-	-	-	12	3
Ruanda	0	2	10	54	51	40	26	15	5
Saint Kitts/Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Lucia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Saint Vincent/Grenadines	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	-	-	-	-	11	-	-	-	-
Senegal	0	1	1	-	13	52	36	31	29
Serbia†	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	0	1	3	-	16	-	-	-	25
Singapore	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Siria, Repubblica Araba	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	0	1	-	-	0	-	-	-	-
Sri Lanka	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudafrica	5	15	25	-	-	-	-	-	9
Sudan	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	-	-	-	27	-	-	-	-
Swaziland	8	23	37	-	27	-	-	-	-
Tagikistan	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Tanzania, Repubblica Unita	3	4	8	49	44	47	42	13	11
Territori Palestinesi Occupati	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Thailandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	1	2	9	-	20	-	-	15	11
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad e Tobago	-	-	-	-	33	-	-	-	-
Tunisia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turchia	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkmenistan	-	-	-	-	3	-	-	-	<1
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucraina	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uganda	2	5	5	40	28	55	53	16	12
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uzbekistan	-	-	-	7	8	50	-	-	-
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (Repubblica Bolivariana)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vietnam	-	-	-	50	42	68	-	0.3	1
Yemen	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambia	4	13	21	33	31	40	35	27	18
Zimbabwe	4	15	19	-	-	69	42	6	3

## DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

**Diffusione dell'HIV nei giovani:** Percentuale di uomini e donne giovani (15-24 anni) che convivono con l'HIV, alla fine del 2005.

**Diffusione dell'HIV nelle giovani donne in gravidanza nella città capitale:** Percentuale di campioni di sangue prelevati da donne in gravidanza (15-24 anni) che sono risultate positive al test per l'HIV durante i controlli anonimi presso cliniche prenatali selezionate.

**Buona conoscenza dell'HIV:** Percentuale di uomini e donne giovani (15-24 anni) che hanno individuato correttamente i due modi principali di prevenire la trasmissione dell'HIV per via sessuale (uso del profilattico e rapporti sessuali limitati a un unico

partner non contagiato), che rigettano le due idee sbagliate più diffuse sulla trasmissione dell'HIV e che sanno che una persona dall'aspetto sano può trasmettere l'HIV.

**Uso del profilattico durante l'ultimo rapporto sessuale ad alto rischio:** Percentuale di uomini e donne giovani (15-24 anni) che sostengono di avere usato un profilattico l'ultima volta che hanno avuto un rapporto sessuale con un partner non sposato o non convivente, tra quelli che hanno avuto un rapporto sessuale con un partner di questo genere 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

**Diffusione dell'HIV nei giovani:** UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2007*.

**Buona conoscenza dell'HIV:** UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2007*.

**Rapporti sessuali prima dei 15 anni:** DHS, MICS e DHS (1999-2005); www.statcompiler.com.

## 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 causa della secessione, a giugno 2006, del Montenegro dall'Unione di Serbia e Montenegro, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 28 giugno 2006, non sono ancora disponibili dati disaggregati su Montenegro e Serbia come Stati separati. I dati aggregati riportati si riferiscono alla Serbia e al Montenegro prima della secessione.



TAVOLA 4. Proteggere e aiutare i bambini colpiti dall'HIV/AIDS

	Bambini che hanno perso uno o entrambi i genitori per una qualsiasi causa, 2005	Bambini che hanno perso uno o entrambi i genitori a causa dell'AIDS, 2005	Bambini la cui madre è morta per una qualsiasi causa, 2005	Bambini il cui padre è morto per una qualsiasi causa, 2005	Bambini i cui genitori sono morti entrambi per una qualsiasi causa, 2005	Tasso di frequenza scolastica degli orfani (1999-2005)**	% di bambini la cui famiglia ha ricevuto sostegno esterno (2004-2006)**
Afghanistan	1,600,000	–	700,000	1,100,000	170,000	–	–
Albania	–	–	–	–	–	–	–
Algeria	–	–	–	–	–	–	–
Angola	1,200,000	160,000	590,000	820,000	230,000	90	–
Antigua e Barbuda	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–
Argentina	690,000	–	120,000	590,000	23,000	–	–
Armenia	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaigian	–	–	–	–	–	–	–
Bahamas	8,000	–	3,000	6,000	600	–	–
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	4,400,000	–	1,800,000	2,900,000	350,000	–	–
Barbados	3,000	–	600	3,000	<100	–	–
Belize	5,000	–	2,000	4,000	200	–	–
Benin	370,000	62,000	160,000	250,000	44,000	–	–
Bhutan	78,000	–	30,000	53,000	6,000	–	–
Bielorussia	–	–	–	–	–	–	–
Bolivia	310,000	–	110,000	230,000	22,000	–	–
Bosnia/Erzegovina	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	150,000	120,000	110,000	100,000	56,000	99	95
Brasile	3,700,000	–	850,000	3,000,000	150,000	–	–
Brunei Darussalam	4,000	–	900	3,000	<100	–	–
Bulgaria	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	710,000	120,000	320,000	470,000	79,000	109	–
Burundi	600,000	120,000	310,000	400,000	110,000	70	–
Cambogia	470,000	–	170,000	340,000	110,000	71	–
Camerun	1,000,000	240,000	540,000	660,000	180,000	99	–
Capo Verde	–	–	–	–	–	–	–
Ciad	600,000	57,000	280,000	410,000	84,000	105	–
Cile	200,000	–	33,000	170,000	4,000	–	–
Cina	20,600,000	–	5,400,000	16,000,000	880,000	–	–
Colombia	870,000	–	210,000	680,000	25,000	–	–
Comore	33,000	–	14,000	22,000	3,000	59	–
Congo	270,000	110,000	140,000	180,000	48,000	–	–
Congo, Repubblica Democratica	4,200,000	680,000	2,100,000	2,800,000	800,000	72	2
Corea, Repubblica	450,000	–	61,000	400,000	8,000	–	–
Corea, Repubblica Democratica Popolare	–	–	–	–	–	–	–
Costa d'Avorio	1,400,000	450,000	790,000	940,000	350,000	83	–
Costarica	44,000	–	9,000	36,000	800,000	–	–
Croazia	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	120,000	–	25,000	94,000	3,000	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	230,000	–	59,000	180,000	8,000	–	–
Egitto	–	–	–	–	–	–	–
El Salvador	150,000	–	40,000	120,000	6,000	–	–
Emirati Arabi Uniti	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	280,000	36,000	120,000	190,000	34,000	83	–
Etiopia	4,800,000	–	2,300,000	3,200,000	660,000	60	4
Federazione Russa	–	–	–	–	–	–	–
Figi	25,000	–	9,000	18,000	2,000	–	–
Filippine	2,000,000	–	650,000	1,400,000	100,000	–	–
Gabon	65,000	20,000	32,000	41,000	8,000	98	–
Gambia	64,000	4,000	26,000	43,000	6,000	85	–
Georgia	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	1,000,000	170,000	490,000	640,000	110,000	79*	–
Giamaica	55,000	–	17,000	40,000	3,000	–	–
Gibuti	48,000	6,000	22,000	32,000	6,000	–	–
Giordania	–	–	–	–	–	–	–

TAVOLA 4. Proteggere e aiutare i bambini colpiti dall'HIV/AIDS

	Bambini che hanno perso uno o entrambi i genitori per una qualsiasi causa, 2005	Bambini che hanno perso uno o entrambi i genitori a causa dell'AIDS, 2005	Bambini la cui madre è morta per una qualsiasi causa, 2005	Bambini il cui padre è morto per una qualsiasi causa, 2005	Bambini i cui genitori sono morti entrambi per una qualsiasi causa, 2005	Tasso di frequenza scolastica degli orfani (1999-2005)**	% di bambini la cui famiglia ha ricevuto sostegno esterno (2004-2006)**
Grenada	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	370,000	–	100,000	290,000	19,000	98	–
Guinea	370,000	28,000	160,000	250,000	38,000	113,000	–
Guinea-Bissau	100,000	11,000	48,000	72,000	16,000	103,000	–
Guinea Equatoriale	29,000	5,000	14,000	20,000	5,000	95	–
Guyana	26,000	–	11,000	19,000	3,000	–	–
Haiti	490,000	–	250,000	340,000	100,000	87	–
Honduras	180,000	–	52,000	140,000	8,000	–	–
India	25,700,000	–	7,800,000	19,200,000	1,400,000	–	–
Indonesia	5,300,000	–	1,800,000	3,800,000	340,000	82	–
Iran (Repubblica Islamica)	1,500,000	–	480,000	1,100,000	71,000	–	–
Iraq	–	–	94,000	377,000	23,000	–	–
Isole Cook	–	–	–	–	–	–	–
Isole Marshall	–	–	–	–	–	–	–
Isole Salomone	–	–	–	–	–	–	–
Kazakistan	–	–	–	–	–	–	–
Kenya	2,300,000	1,100,000	1,400,000	1,300,000	410,000	95	10
Kirghizistan	–	–	–	–	–	–	–
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–
Laos, Repubblica Democratica Popolare	290,000	–	120,000	200,000	30,000	–	–
Lesotho	150,000	97,000	100,000	95,000	47,000	95	25
Libano	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	250,000	–	130,000	170,000	60,000	–	–
Libia, Jamahiriya Araba	–	–	–	–	–	–	–
Macedonia, ex Repubblica jugoslava	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	900,000	13,000	370,000	590,000	65,000	76	7
Malawi	950,000	550,000	540,000	650,000	240,000	93	–
Maldive	–	–	–	–	–	–	–
Malesia	480,000	–	130,000	370,000	17,000	–	–
Mali	710,000	94,000	320,000	470,000	85,000	104	2
Marocco	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	170,000	7,000	75,000	120,000	17,000	–	–
Mauritius	23,000	–	5,000	19,000	900	–	–
Messico	1,600,000	–	390,000	1,200,000	46,000	–	–
Micronesia (Stati Federati)	–	–	–	–	–	–	–
Moldavia, Repubblica	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	79,000	–	28,000	57,000	6,000	–	–
Montenegro <sup>†</sup>	–	–	–	–	–	–	–
Mozambico	1,500,000	510,000	860,000	980,000	310,000	80	–
Myanmar	1,700,000	–	600,000	1,200,000	140,000	–	–
Namibia	140,000	85,000	86,000	83,000	31,000	92	33
Nauru	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	970,000	–	410,000	650,000	84,000	–	–
Nicaragua	130,000	–	39,000	93,000	6,000	–	–
Niger	800,000	46,000	370,000	520,000	87,000	–	–
Nigeria	8,600,000	930,000	4,400,000	5,800,000	1,500,000	64*	–
Niue	–	–	–	–	–	–	–
Oman	–	–	–	–	–	–	–
Pakistan	4,400,000	–	1,500,000	3,100,000	240,000	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–
Panama	53,000	–	12,000	43,000	2,000	–	–
Papua Nuova Guinea	350,000	–	160,000	240,000	48,000	–	–
Paraguay	150,000	–	44,000	110,000	6,000	–	–
Perù	660,000	–	190,000	500,000	32,000	85*	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–
Repubblica Centrafricana	330,000	140,000	180,000	220,000	76,000	91	–
Repubblica Dominicana	220,000	–	74,000	160,000	14,000	96	–



TAVOLA 4. Proteggere e aiutare i bambini colpiti dall'HIV/AIDS

	Bambini che hanno perso uno o entrambi i genitori per una qualsiasi causa, 2005	Bambini che hanno perso uno o entrambi i genitori a causa dell'AIDS, 2005	Bambini la cui madre è morta per una qualsiasi causa, 2005	Bambini il cui padre è morto per una qualsiasi causa, 2005	Bambini i cui genitori sono morti entrambi per una qualsiasi causa, 2005	Tasso di frequenza scolastica degli orfani (1999-2005)**	% di bambini la cui famiglia ha ricevuto sostegno esterno (2004-2006)**
Romania	-	-	-	-	-	-	-
Ruanda	820,000	210,000	490,000	620,000	290,000	82	13
Saint Kitts/Nevis	-	-	-	-	-	-	-
Saint Lucia	-	-	-	-	-	-	-
Saint Vincent/Grenadines	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-
Sao Tomé/Principe	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	560,000	25,000	250,000	370,000	67,000	74*	1
Serbia†	-	-	-	-	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leone	340,000	31,000	150,000	240,000	52,000	71	-
Singapore	26,000	-	5,000	21,000	600	-	-
Siria, Repubblica Araba	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	630,000	23,000	310,000	440,000	110,000	65	-
Sri Lanka	310,000	-	68,000	250,000	10,000	-	-
Sudafrica	2,500,000	1,200,000	1,300,000	1,600,000	450,000	-	-
Sudan	1,700,000	-	740,000	1,100,000	180,000	96	-
Suriname	10,000	-	3,000	7,000	500	89	-
Swaziland	95,000	63,000	67,000	56,000	28,000	91	-
Tagikistan	-	-	-	-	-	-	-
Tanzania, Repubblica Unita	2,400,000	1,100,000	1,300,000	1,500,000	410,000	82	-
Territori Palestinesi Occupati	-	-	-	-	-	-	-
Thailandia	1,200,000	-	290,000	990,000	50,000	-	-
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-
Togo	280,000	88,000	130,000	190,000	38,000	96,000	10
Tonga	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad e Tobago	28,000	-	9,000	20,000	1,000	-	-
Tunisia	-	-	-	-	-	-	-
Turchia	-	-	-	-	-	-	-
Turkmenistan	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-
Ucraina	-	-	-	-	97,959	-	-
Uganda	2,300,000	1,000,000	1,300,000	1,500,000	540,000	95	23
Uruguay	55,000	-	8,000	48,000	1,000	-	-
Uzbekistan	-	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (Repubblica Bolivariana)	480,000	-	120,000	380,000	16,000	-	-
Vietnam	1,800,000	-	600,000	1,300,000	88,000	-	-
Yemen	-	-	-	-	-	-	-
Zambia	1,200,000	710,000	860,000	800,000	420,000	92	13
Zimbabwe	1,400,000	1,100,000	1,100,000	920,000	700,000	98	8

## DEFINIZIONE DEGLI INDICATORI

**Bambini che hanno perso uno o entrambi i genitori per una qualsiasi causa:** Numero stimato di bambini (0-17 anni), alla fine del 2005, che hanno perso uno o entrambi i genitori per una qualsiasi causa.

**Bambini che hanno perso uno o entrambi i genitori a causa dell'AIDS:** Numero stimato di bambini (0-17 anni), alla fine del 2005, che hanno perso uno o entrambi i genitori a causa dell'AIDS.

**Bambini la cui madre/padre è morto/a per una qualsiasi causa:** Numero stimato di bambini (0-17 anni), alla fine del 2005, che hanno perso la madre/il padre biologico per una qualsiasi causa.

**Bambini i cui genitori sono morti entrambi per una qualsiasi causa:** numero stimato di bambini (0-17 anni) alla fine del 2005, che hanno perso entrambi i genitori per qualsiasi causa.

**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

**Bambini che hanno perso uno o entrambi i genitori per una qualsiasi causa:** UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2007*.

**Bambini che hanno perso uno o entrambi i genitori a causa dell'AIDS:** UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2007*.

**Bambini la cui madre/padre è morto/a per una qualsiasi causa:** UNICEF, UNAIDS e PEPFAR, *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations: Children Affected by AIDS, 2006*.

**Bambini i cui genitori sono morti entrambi per una qualsiasi causa:** UNAIDS e PEPFAR, *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations: Children Affected by AIDS, 2006*.

**Tasso di frequenza scolastica degli orfani:** UNICEF, *La condizione dell'infanzia nel mondo 2007*.

**Percentuale di bambini la cui famiglia ha ricevuto sostegno esterno:** Indagini sulle famiglie, Futures Group Coverage Survey, 2006.

## 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 (2001) dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite.

X I dati si riferiscono ad anni o periodi diversi da quelli indicati nel titolo della colonna, oppure non rispecchiano la definizione standard o si riferiscono soltanto a una parte del territorio nazionale.

† A causa della secessione, a giugno 2006, del Montenegro dall'Unione di Serbia e Montenegro, e la sua successiva ammissione alle Nazioni Unite il 28 giugno 2006, non sono ancora disponibili dati disaggregati su Montenegro e Serbia come Stati separati. I dati aggregati riportati si riferiscono alla Serbia e al Montenegro prima della secessione.



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

Segretariato UNAIDS  
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  
1211 Ginevra 27  
Svizzera  
Tel.: (+ 41 22) 791-2111  
Fax: (+ 41 22) 791-3111  
info@who.int; publications@who.int  
www.who.int



[www.unicef.it/aids](http://www.unicef.it/aids)