

## **Il personale sanitario protagonista della lotta contro l'AIDS in Africa**

*AMREF ricorda alla comunità internazionale – e al Governo italiano in particolare – che è tempo di spezzare il circolo vizioso che lega il diffondersi della pandemia alla crisi del personale sanitario in Africa.*

In occasione della Giornata Mondiale di lotta contro l'AIDS, AMREF ricorda alla comunità internazionale – e al Governo italiano in particolare – che è tempo di spezzare il circolo vizioso che lega il diffondersi della pandemia alla crisi del personale sanitario in Africa. Le società colpite dall'HIV/AIDS si confrontano con una situazione paradossale in cui la pandemia colpisce duramente il personale sanitario, richiedendo allo stesso tempo un numero sempre maggiore di operatori sanitari ed un enorme sforzo aggiuntivo di assistenza per poter combattere il diffondersi della malattia.

Un ampio consenso internazionale – che comprende numerosi ministri della salute africani, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), UNAIDS e larga parte della società civile organizzata – riconosce oggi che la carenza di personale sanitario è tra i maggiori ostacoli che limitano l'espansione dei servizi contro l'HIV. “In assenza di un impegno chiaro della comunità internazionale e dei governi africani per l'empowerment del personale sanitario e il rafforzamento dei sistemi di salute nei quali esso opera, l'obiettivo stesso dell'Accesso universale a prevenzione, trattamento, cure e sostegno per l'HIV/AIDS entro il 2010 potrebbe semplicemente rimanere fuori portata”, afferma Francesco Aureli, Direttore di AMREF Italia.

I paesi più duramente colpiti dall'HIV/AIDS sperimentano una carenza di operatori sanitari doppiamente complessa. Qui il personale sanitario abbandona il settore pubblico o addirittura emigra non solo a causa dei bassi salari, degli enormi carichi di lavoro, della scarsità di formazione, di prospettive di carriera e di management o della carenza di attrezzature, come in altri paesi del Sud; i paesi maggiormente colpiti dal virus perdono operatori sanitari anche perché questi ultimi contraggono – o temono di contrarre – il virus sul luogo di lavoro; perché sono costretti ad assentarsi spesso, a causa della propria malattia, o di quella dei loro cari, o per assistere a funerali; perché sono fisicamente o psicologicamente provati da un carico di lavoro aggiuntivo e insostenibile, legato alla pandemia; perché chi si occupa dei pazienti è spesso stigmatizzato; e perché il virus colpisce anche insegnanti e formatori per l'HIV.

L'OMS stima ad esempio che tra il 1999 e il 2010 il Botswana potrebbe perdere - principalmente a causa dell'AIDS - fino al 40% del proprio personale sanitario. Stima altresì che ci sia una correlazione diretta tra il numero di operatori sanitari in un dato paese e quello delle persone che hanno accesso ad una terapia antiretrovirale.

L'esperienza di numerosi paesi insegna che la malattia può essere prevenuta e parzialmente cronicizzata in presenza di un accesso diffuso da parte della popolazione a servizi sanitari di base integrati ed efficienti, offerti da personale competente, motivato, correttamente gestito e dignitosamente remunerato. La soluzione non è dunque fuori portata, ma la pre-condizione è che sia consentito ai governi africani di aumentare la propria spesa sanitaria, così da rendere possibili questi investimenti. Al momento le istituzioni finanziarie internazionali impongono tetti di bilancio che impediscono a molti governi africani di investire in salute, e la comunità internazionale deve assumersi la responsabilità di esplorare ogni opzione per superare questo ostacolo.

Nelle regioni colpite dalla crisi dell'HIV/AIDS, inoltre, è urgente che la comunità dei donatori sostenga i piani sanitari nazionali dei governi africani stessi: ciò può voler dire, per i donatori, rendersi disponibili a sostenere spese correnti come i salari degli operatori sanitari e i programmi di assunzione, formazione e stabilizzazione del personale sanitario. Ma anche sostenere programmi di prevenzione e cura dell'HIV specificamente indirizzati al personale sanitario, che comprendano formazione e aggiornamento mirati ad evitare il contagio sul luogo di lavoro, disponibilità di attrezzature e di procedure adeguate, profilassi post-esposizione all'HIV, un accesso prioritario ai test, al counselling e alle cure, schemi lavorativi flessibili, congedi malattia di lungo periodo e campagne mirate a colpire lo stigma.

In assenza di operatori professionali, il personale sanitario informale o di comunità – tra cui guaritori e levatrici tradizionali, ma anche altri membri della comunità, in gran parte donne, formati con nozioni di base a svolgere semplici atti di prevenzione e cura - è in prima linea nel fornire assistenza sanitaria alle persone affette da HIV/AIDS, soprattutto nelle case. Nonostante l'assistenza a livello di comunità sia ampiamente riconosciuta come elemento chiave nella risposta all'HIV/AIDS, il lavoro degli operatori sanitari di comunità tende a non essere riconosciuto né pagato, e assume spesso caratteristiche di sfruttamento.

L'esperienza di AMREF dimostra invece che, nella lotta contro l'HIV/AIDS, è essenziale investire nell'empowerment e nel rafforzamento degli operatori sanitari di comunità – attraverso formazione, supervisione, incentivi e possibilità di interazione con il personale sanitario professionale: gli operatori di comunità sono infatti potenzialmente in grado di mobilitare le proprie comunità di appartenenza e di fornire un'ampia gamma di servizi per l'HIV, liberando in questo modo tempo ed energie di altro personale sanitario. Devono dunque essere sostenuti nelle attività che già svolgono, piuttosto che gravati di ulteriori carichi di lavoro, riconoscendo le esigenze differenziate delle donne che tra loro operano.

Sostenere – anche da parte della comunità internazionale - il protagonismo ed il pieno coinvolgimento del personale sanitario professionale e di comunità è fondamentale per sanare la disarticolazione esistente oggi tra le pratiche di salute delle comunità e il sistema sanitario formale. Ricreare questo legame, restituendo accesso ai servizi di prevenzione e cura, vuol dire togliere la terra sotto i piedi all'HIV.

### **Background:**

Il Governo italiano ha sottoscritto nelle sedi internazionali l'impegno a realizzare l'obiettivo dell'Accesso universale a prevenzione, trattamento, cure e sostegno per l'HIV/AIDS entro il 2010. Tuttavia, non ha mai fatto chiarezza sui modi, i tempi e le risorse con cui intende rispondere a tale impegno. In occasione del G8 del 2007, Il Presidente del Consiglio Romano Prodi ha inoltre annunciato l'impegno italiano a dedicare 400 milioni di dollari (circa 320 milioni di euro) ogni anno per dieci anni alla lotta alle pandemie, ma ad oggi solo i 130 milioni di euro dovuti al Fondo Globale sono stati impegnati, mentre nulla si sa dei restanti 190 milioni di euro promessi per il 2008.

Nel tentativo di salvaguardare gli equilibri macroeconomici e mantenere bassa l'inflazione, le istituzioni finanziarie internazionali (Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale) richiedono che i paesi beneficiari dei loro interventi non oltrepassino determinati tetti di bilancio, che limitano dunque anche le possibilità di espandere la spesa sanitaria e si riflettono pesantemente sulla disponibilità di servizi di sanità di base in molti paesi africani. Una maggiore flessibilità fiscale, caldeggiata anche dalla Strategia per la salute dell'Unione Africana, può essere attuata in presenza di una disponibilità in questo senso delle istituzioni finanziarie internazionali e di un flusso prevedibile e di lungo periodo di aiuti internazionali.

Nel 2006 l'OMS ha pubblicato la strategia "Treat, Train and Retain", che mira a fornire una risposta coordinata alla crisi del personale sanitario, ritenuta uno tra i maggiori ostacoli che ad oggi impediscono l'accesso universale a prevenzione, trattamento, cure e sostegno per l'HIV/AIDS.