

Resistenza ai farmaci come campanello d'allarme: Verso soluzioni efficaci per il futuro della sanità pubblica in Africa

[Introduzione]

Buon giorno a tutti, sono felice di essere qui con voi per questo importante convegno e momento di confronto.

Vorrei proseguire la riflessione fatta fin qui per focalizzare l'attenzione su alcuni aspetti legati alla salute pubblica e la organizzazione dei servizi sanitari per HIV.

Come è stato ben evidenziato, oggi stiamo assistendo ad una diffusione della resistenza al Dolutegravir e rischiamo di vanificare i tanti sforzi fatti fino ad oggi.

È risuonato come un campanello di allarme: è ora di fare qualcosa prima che sia troppo tardi.

Vorrei sottolineare alcuni **aspetti specifici dei sistemi sanitari nei paesi africani, delle tendenze che si stanno diffondendo e che ci sembrano rischiose**. E vorrei anche provare a tracciare invece alcune **proposte su cui lavorare**. Il virus è in grado di mutare velocemente, non possiamo ridurre l'attenzione.

[Sfide attuali nella gestione dell'HIV: un campanello d'allarme per i sistemi sanitari]

[Semplificazione dei servizi]

Il primo punto su cui vorrei soffermarmi è la semplificazione dei servizi.

C'è una tendenza in tanti paesi a **semplificare**. Naturalmente rendere più accessibile i servizi fa bene; l'eccessiva complicazione infatti rischia di creare problemi, può aumentare gli errori, può rendere più difficile l'approvvigionamento dei farmaci e dei reagenti, può confondere gli operatori sanitari.

Ma non dobbiamo dimenticarci che l'infezione da HIV è una condizione complessa.

Perché complesso è il sistema immunitario e quindi un suo deficit può essere molto difficile da gestire, e può assumere forme molto diverse da paziente a paziente. Quindi la risposta a questa infezione non può essere troppo semplice. **Non possiamo sperare di risolvere problemi complessi con soluzioni semplici**. Però, stiamo assistendo ad un diffondersi di modelli che potremmo definire "semplificati" di intervento nei servizi da HIV.

[Autotest e Decentralizzazione]

L'autotest, ad esempio, è uno strumento utile per ampliare l'accesso, soprattutto in contesti remoti o difficili da raggiungere, dove le strutture sanitarie sono distanti e poco accessibili.

È sicuramente una strategia che trova ampio utilizzo in molti programmi di cura in tutto il mondo, come per il diabete o HPV.

Tuttavia, questo approccio spesso non è accompagnato da un adeguato supporto psicologico e medico. In Guinea, abbiamo saputo di rischio di suicidio legato alla diagnosi di HIV senza il giusto accompagnamento, ma ci sono molti studi pubblicati negli anni che testimoniano lo stesso fenomeno. **È importante non lasciare soli i pazienti** davanti a un risultato infausto. È necessario di integrare l'autotest in un sistema di consulenza immediata e accessibile, per offrire supporto emotivo e guidare i pazienti.

[Farmacie e distribuzione dei farmaci]

Un altro esempio. Oggi si sta facendo sempre più strada un modello di distribuzione dei farmaci decentralizzato. Cosa che sembra ottima: raggiungiamo così più persone. Portiamo i farmaci nelle zone più remote, in piccole farmacie, o anche nei centri città, nelle zone di grande mobilità, con i pazienti che possono fermarsi dove vogliono per prendere i farmaci necessari. Sicuramente una comodità, ma dobbiamo fare attenzione. La distribuzione dei farmaci nelle farmacie senza un controllo medico adeguato, può portare a un uso scorretto e aumentare il rischio di resistenza. **Chi parlerà con questi pazienti quando si consegnano i farmaci?** Non più il professionista sanitario del centro di cura, che conosce da anni il paziente, ma un farmacista che si incontra una volta sola. Un modello che va tra il distributore automatico e la grande distribuzione da centro commerciale. L'integrazione tra farmacie, strutture sanitarie e comunità, è fondamentale per garantire che i pazienti ricevano non solo i farmaci ma anche il supporto necessario.

Questi esempi, la diffusione dell'autotest e la proposta di dispensa spersonalizzata delle terapie, **hanno in comune che il paziente è solo**. Una solitudine del paziente di fronte alla malattia. Questo è un punto da tenere presente, a cui noi teniamo molto.

Sono alcuni esempi, ma iniziative del genere si stanno diffondendo in tutto il continente. L'idea che c'è alla base è che **in contesti a risorse limitate e ad alta prevalenza di HIV dobbiamo cercare di ottimizzare, da un lato, e di raggiungere più persone dall'altro lato. Sicuramente due obiettivi importanti, che condividiamo.**

Ma, a nostro modo di vedere, proprio perché si tratta di contesti a risorse limitate ed alta prevalenza si dovrebbero intensificare gli interventi, non minimizzarli. Parliamo di contesti dove spesso abbiamo risorse economiche, umane e diagnostiche carenti.

Non ci sembra realistico immaginare di affrontare l'HIV, che causa ancora 1,3 milioni di nuove infezioni ogni anno, con autotest, farmacie e un approccio uniforme per tutti. È evidente che non possiamo ignorare la complessità del problema.

Dobbiamo invece continuare ad investire sui servizi sanitari. Non ci sono facili soluzioni. Certo, riorganizzare i servizi è importante, ma dobbiamo inventare modelli nuovi.

Ma ci sono anche altre sfide da tenere presente, nei nostri paesi abbiamo anche alta prevalenza di tubercolosi, malaria, alta mortalità materna e neonatale.

Ma non solo! Parliamo di infezione HIV, che nei paesi africani arriva al massimo al 10-15% di prevalenza, ma in questi stessi paesi circa il 20-30% (se non di più) della popolazione è anche ipertesa, molti sono diabetici. La prevalenza dei tumori è in aumento.

Inoltre, conosciamo le **dinamiche demografiche** nel continente Africano; fra 10-20 anni avremo moltissimi adulti e molti anziani. Una buona notizia, perché si vive di più. Però vuol dire che nei nostri paesi saremo sempre più sotto pressione, con il “**double burden of disease**”, **doppio carico di malattia**.

Possiamo quindi pensare di affrontare una pandemia (come l'infezione da HIV), in paesi a risorse limitate, con crescenti sfide collaterali (come le malattie non trasmissibili), **semplificando** sempre di più i servizi? Mentre si diffonde la resistenza all'ultimo farmaco antiretrovirale che abbiamo...

Mi sembra che sia necessario uno sforzo e uno scatto di maggiore responsabilità per affrontare il futuro della lotta all'HIV nel continente.

E allora quali proposte per il futuro?

[Proposte per il futuro: DSD, test di resistenza e supporto comunitario]

Uno dei segreti dei successi di DREAM è la capacità di integrare due elementi che sembrano in contraddizione: il radicamento nel terreno e l'elevata qualità dei servizi.

DREAM è riuscito a tenere insieme la polvere delle strade con l'antisepsi dei laboratori. È in questo spazio che dobbiamo muoverci: tra la strada e il laboratorio.

Il primo punto è quello del cosiddetto **DSD**, “Differentiated Service Delivery”, cioè un approccio personalizzato per il trattamento dell'HIV che consideri le differenze tra i pazienti; ad esempio, modulando la frequenza e il tipo di intervento a seconda delle condizioni individuali. È quello che si fa con i gruppi degli adolescenti, gli special day per gli uomini, etc.

È una strategia già raccomandata nel **2015** da UNAIDS e inclusa nelle linee guida WHO del **2021**. In gran parte dei paesi si traduce **nel dare appuntamenti semestrali ai pazienti stabili**. Ma possiamo fare molto di più. DSD vuol dire differenziare il servizio in base a chi ho davanti. Ad esempio, fare un counselling pre-test specifico se ho davanti un adolescente, una donna o un anziano; così come un trattamento specifico in base alla storia farmacologica del paziente, etc. **Dare lo stesso regime a tutti, fare gli stessi esami a tutti, non è più sufficiente**. È necessario sviluppare servizi differenziati, **veramente differenziati!** Abbiamo visto degli esempi di DREAM su decine di migliaia di pazienti. Si può fare! Si deve fare! I servizi sono differenziati in Europa e negli Stati Uniti. Lo stesso deve avvenire in Africa!

Purtroppo, le resistenze si stanno già diffondendo. Ma quanti sono realmente i pazienti con resistenze al DTG nei paesi Africani? Abbiamo degli studi di sorveglianza epidemiologica. Ma cosa succede ai singoli pazienti? Dobbiamo sapere se i pazienti che abbiamo davanti hanno resistenze o no. I pazienti europei o statunitensi lo posso sapere. Anzi, lo devo sapere, perché spesso le linee guida impongono di **fare il test di resistenza prima di iniziare il trattamento**. Ma con i pazienti africani è spesso impossibile. Ma ricordiamoci che al mondo, ogni 3 pazienti con HIV, 2 sono africani.

Siamo di nuovo di fronte ad un doppio standard. Il paziente africano non ha diritto alle stesse cure.

Oggi vorremmo che da qui partisse un movimento per l'accesso universale ai test di resistenza. Abbiamo combattuto tanto per l'accesso alle cure, oggi è il tempo per lavorare per un accesso universale ai test di resistenza, altrimenti rischiamo di vanificare le tante lotte fatte.

C'è poi un altro punto fondamentale. Che sono le comunità. **Bisogna rafforzare le comunità locali.** La cura non è solo un problema di medici ed infermieri, bisogna investire sul supporto comunitario: rafforzare il ruolo degli attivisti e delle comunità locali per migliorare l'aderenza e l'accesso alle cure. Bisogna integrare le comunità nei servizi differenziati.

Gli esempi che facevo prima che tendono ad isolare il paziente sono fondamentali. Dobbiamo contrastare un'idea di solitudine all'interno servizi e rafforzare la comunità.

Ma manca ancora una cosa. Dobbiamo lavorare per avere più opzioni terapeutiche in Africa. Nel continente abbiamo ancora troppe poche scelte, pochi farmaci, e questo ci limita nelle possibilità di trattamento.

[Conclusione]

Quindi, in conclusione: servizi differenziati, test di resistenze, coinvolgimento delle comunità e più scelte terapeutiche.

Non possiamo pensare di affrontare il futuro con le stesse soluzioni del passato, e non possiamo permettere che i pazienti africani abbiano un accesso inferiore alle cure rispetto a quelli di altri continenti.

Tutto questo costa troppo? È vero, i costi sono elevati. Ma semplificare i servizi, lasciar diffondere le resistenze e, in definitiva, perdere vite umane costa sicuramente di meno. Ma è questo che vogliamo per il futuro dell'Africa.

Quello di cui abbiamo bisogno è un impegno collettivo, investimenti sostenibili per garantire un accesso equo a terapie e diagnostica anche in Africa. È il momento di agire.

Abbiamo visto cosa è possibile fare con programmi come DREAM, che hanno dimostrato che anche in contesti difficili è possibile raggiungere risultati straordinari. Ora è il momento di fare un passo avanti. L'Africa merita più opzioni terapeutiche, merita una vera equità nelle cure, e noi dobbiamo essere pronti a lavorare insieme per renderlo possibile.

Questo non è solo un problema africano. Come ha detto Papa Francesco durante la pandemia: "Siamo tutti sulla stessa barca". Il diffondersi delle resistenze al Dolutegravir in Africa diventerà un problema anche per l'Europa e per il resto del mondo. La pandemia da COVID-19 ce l'ha insegnato: le sfide sanitarie globali richiedono una risposta collettiva e solidale. Se ignoriamo il problema oggi, domani ne pagheremo **tutti** il prezzo. Dobbiamo agire insieme, per il bene dell'Africa e per il bene del mondo intero.

Grazie