



**MEDICI
CON L'AFRICA**
CUAMM
Doctors with Africa



**SALUTE
E SVILUPPO**

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
luglio 2021 — n° **82**

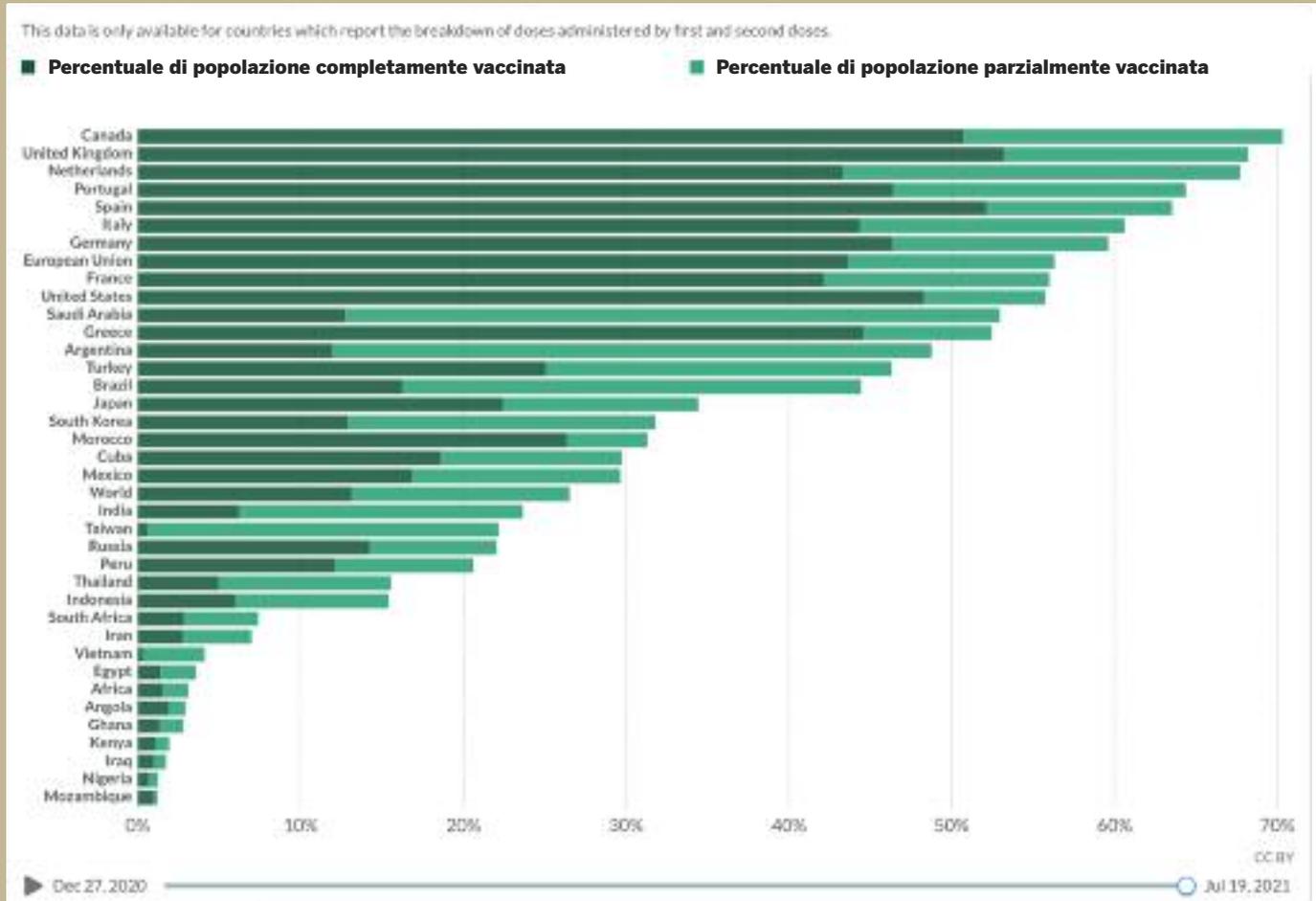
*Vaccinarsi in Africa:
come una corsa a ostacoli*





LA NOTIZIA

Percentuale di popolazione vaccinata contro la Covid-19, al 19 luglio 2021.



Fonte: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

INDEX

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

Andrea Atzori, Dante Carraro, Adriano Cattaneo, Silvio Donà, Fabio Manenti, Martha Nyagaya, Ana Pilar Betran Lazaga, Giovanni Putoto, Angelo Stefanini, Anna Talami, Ademe Tsegaye, Calistus Wilunda

DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

PROPRIETÀ

Medici con l'Africa Cuamm

AMMINISTRAZIONE

Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova
t 049 8751279-8751649
f 049 8754738
e-mail cuamm@cuamm.org

COORDINAMENTO DI REDAZIONE

Chiara Di Benedetto

ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Lorenzo Gritti

IMPAGINAZIONE E STAMPA

Publistampa, Via Dolomiti, 36 - 38057 Pergine Valsugana (Trento)

COPYRIGHT

Medici con l'Africa Cuamm, Via S. Francesco, 126 - 35121 Padova.
È consentita la riproduzione totale o parziale degli articoli e del materiale contenuto nella rivista purché venga citata la fonte

REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

presso il tribunale di Padova n. 1129 del 6.5.1989
e successiva modifica del 9.11.1999

SPEDIZIONE

Poste italiane s.p.a. - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003
(convertito in Legge 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1, NE/PD

Con il sostegno di

 **Fondazione**
Cassa di Risparmio di Padova e Rovigo

Illustrazione di copertina

Vaccinarsi in Africa: come una corsa a ostacoli

La vaccinazione per le popolazioni più fragili è una sorta di corsa a ostacoli dove le barriere sono tante: la prima, fondamentale, è la scarsità di vaccini, che sono troppo pochi. Ma barriere logistiche, organizzative e culturali perché i vaccini diventino davvero vaccinazioni.



DIALOGO

PAG. 2

PERCHÉ IL VACCINO DIVENTI VACCINAZIONE, OVUNQUE

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

QUANDO IL VIRUS INCONTRA L'INERZIA

Testo di / Gavino Maciocco


FORUM

PAG. 6

L'AFRICA BARCOLLA: LA TERZA ONDATA DI COVID-19

Testo di / Giovanni Putoto

PAG. 8

I VACCINI COME BENE COMUNE

Chiara Di Benedetto intervista Alberto Mantovani


ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 10

GLI OSTACOLI ALLA VACCINAZIONE IN SUD SUDAN

Testo di / Chiara Scanagatta

PAG. 12

EFFICACIA DELLE CASE D'ATTESA: IL CASO DI WOLISSO, ETIOPIA

Testo di / Chiara Bertonecello e Teresa Dalla Zuanna

PAG. 16

NON CI SALVEREMO DA SOLI

Chiara Di Benedetto intervista Silvio A. Garattini


RASSEGNA

PAG. 17

E GLI ULTIMI SONO RIMASTI ULTIMI

Testo di / Salvatore Geraci

PAG. 19

LA VACCINAZIONE PER TUTTI, ANCHE IN ITALIA

Testo di / Andrea Atzori



DIALOGO

PERCHÉ IL VACCINO DIVENTI VACCINAZIONE, OVUNQUE

Adoperarsi per un'equa distribuzione dei vaccini come forma di “solidarietà intelligente”: non si tratta solo di un forte senso di giustizia sociale ma anche della consapevolezza più forte che mai di quanto le vite di ciascuno di noi – africano, italiano, asiatico – siano legate l'una all'altra, una visione collettiva che ci ricorda che per salvarsi serve percorrere una strada comune.

TESTO DI / DON DANTE CARRARO / DIRETTORE DI MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Quando ormai oltre un anno fa il Covid irrompeva dalla Cina verso l'Europa, sembrava si prospettasse un “mondo capovolto”, in cui l'impatto sull'Africa potesse essere minore o per lo meno non così travolgente. Si ragionava sulle possibili motivazioni di ciò – popolazione più giovane, l'esposizione ad altri coronavirus, la possibile copertura data dai trattamenti per la tb – e si sperava che il virus non travolgesse un continente già fragile e piegato da recenti catastrofi naturali.

Ora, un anno e mezzo dopo, siamo alle solite: l'attenzione ora non è solo sulla diffusione di Covid-19, quanto piuttosto su quella delle vaccinazioni, che sono poi – insieme all'uso di mascherine, distanziamento e tracciamento – lo strumento che abbiamo a disposizione per controllare l'epidemia. Ecco, se guardiamo alla mappa del mondo (si veda pag. 14 e 15) l'Africa torna a essere il fanalino di coda globale. Poche, pochissime vaccinazioni segnano il solito gap che ben conosciamo tra paesi del nord e del sud del mondo, paesi ricchi e paesi poveri. Anche l'epidemia si rivela diseguale, perché diseguali sono le conseguenze che porta in termini di malattia, di impatto sul tessuto economico e sociale e diseguale è l'accesso alle cure e alla possibilità di vaccinarsi. Meno dell'1% di popolazione vaccinata in paesi come Repubblica Centrafricana e Sud Sudan, meno del 2% in Etiopia e poco più del 3% guardando all'Africa nel suo complesso¹, a fronte di circa il 55% dell'Europa e degli Stati Uniti: numeri che disegnano la mappa a cui siamo sempre stati abituati, la mappa di “un mondo a due velocità”, per riprendere le parole del prof. Mantovani (pag. 8). La scarsità di vaccini per i paesi poveri è il cuore del problema ed evidenzia un atteggiamento miope dei decisori internazionali: dovrebbe infatti ormai essere chiaro a tutti che finché non ci sarà una protezione per tutti, in qualunque area, anche remota, anche dell'Africa, la possibilità che il virus rimanga in circolazione generando ulteriori varianti è concreta. Così come è evidente che nessun virus poi rimane isolato né si ferma ai confini tra paesi.

È anche in questo senso che dovremmo tutti guardare alla condivisione dei vaccini a livello globale, come a una forma di solidarietà non solo mossa dall'etica e da un senso di giustizia sociale, ma spinta anche da un'intelligenza concreta, la potremmo chiamare una *solidarietà intelligente*: la consapevolezza più forte che mai di quanto le vite di ciascuno di noi – africano, italiano, asiatico – siano legate l'una all'altra e che per salvarsi serva percorrere una strada comune. Lo ha detto anche Papa Francesco lo scorso maggio, come una “variante di questo virus è il nazionalismo chiuso, che impedisce, per esempio, un internazionalismo dei vaccini”². Il riflesso di un'economia che guarda al profitto di pochi, dimenticando i valori di umanità e fratellanza. Dimenticando che, in un caso come questo, la condivisione è l'unico modo di prendersi cura di tutti e di ciascuno.

Se da un lato si stanno muovendo iniziative di valore come quelle del Covax per garantire vaccini ad almeno il 20% della popolazione dei paesi a basso reddito, dall'altro noi di Cuamm abbiamo messo a punto e approvato da poco un piano vaccinale per gli 8 paesi in cui lavoriamo. L'approccio è lo stesso che da oltre 70 anni mettiamo nel nostro intervento: affiancare i governi e le organizzazioni africane nella gestione dei vaccini affinché possano diventare vaccinazione effettiva. Non è infatti sufficiente che i vaccini arrivino in Africa, si rende necessario poi uno sforzo sanitario e logistico, volto a superare gli ostacoli che spesso in quell'ultimo miglio africano si incontrano: il trasporto dei vaccini anche nei villaggi più remoti, la garanzia della loro conservazione, la somministrazione appropriata. Il nostro piano vaccinale vuole integrare le iniziative internazionali e gli sforzi locali per concretizzare il diritto alla vaccinazione.

Passa da qui infatti una forma di etica sanitaria e rispetto delle popolazioni: senza protezione rallentano gli scambi umani, sociali ed economici e il gap tra paesi del sud e paesi del nord va acuendosi ancor di più. Il nostro modo di intendere la salute globale vuole essere prima di tutto equo, “decolonizzando” – se così si può dire – un approccio alla salute che rischia di essere per pochi e trascinare tutti gli altri verso un'ingiustizia sanitaria e conseguentemente economica.

Un vaccino per noi è il nome della campagna che abbiamo promosso in questi ultimi mesi per raccogliere fondi per le vaccinazioni nei paesi africani: il senso sta proprio nel valore condiviso di quel “noi” perché quando si parla di salute pubblica è fondamentale superare gli individualismi e pensare ma soprattutto agire come comunità.

NOTE

¹ Dati aggiornati su <https://africacdc.org/covid-19-vaccination>

² Videomessaggio del Pontefice inviato ai partecipanti al "Vax Live: The Concert To Reunite The World", maggio 2021.



DIALOGO

QUANDO IL VIRUS INCONTRA L'INERZIA

Una pandemia che sarà ricordata, tra le altre cose, per una mancanza di decisioni rapide, sebbene da più parti si sia raccomandata la tempestività di un programma di vaccinazione globale. Questa inerzia ha portato sia a livello globale che locale a squilibri tra nord e sud, senza ricordare che all'universalità dell'emergenza dovrebbe corrispondere un'universalità delle risposte.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

«I vaccini sono un bene comune globale. È prioritario aumentare la loro produzione, garantendone la sicurezza, e abbattere gli ostacoli che limitano le campagne vaccinali». Parole del premier Mario Draghi nel giorno in cui «l'Unione Europea – annuncia Ursula Von der Leyen, Presidente della Commissione Europea, nel suo discorso sullo Stato dell'Unione 2021 – è pronta a sostenere la sospensione dei brevetti vaccinali». Parole che si allineano con quelle pronunciate meno di 24 ore fa dal presidente americano Biden, che ha ufficialmente dichiarato l'impegno del suo paese a favore di una sospensione temporanea dei brevetti, in nome dell'universalità dell'emergenza.

Questo si leggeva in un'agenzia del quotidiano La Stampa del 6 maggio scorso. Pareva che le più alte autorità politiche mondiali avessero preso coscienza dell'*universalità dell'emergenza*, del fatto che “la pandemia di COVID-19 non avrà fine finché non ci sarà un programma rapido di vaccinazione su scala globale per proteggere dalle forme gravi della malattia e preferibilmente puntare alla immunità di gregge”¹. Per citare un concetto espresso in un editoriale di Lancet, condiviso da tutti: da questa pandemia nessuno si può salvare se non si salvano tutti.

Nell'articolo di Lancet non possono sfuggire due parole, soprattutto la seconda: programma “rapido”. La variabile tempo è fondamentale: tanto prolungata e massiva è la circolazione del virus, quanto maggiori sono le probabilità di emersione di varianti che rendono l'epidemia più aggressiva. Ebbene questa pandemia sarà invece ricordata anche per la mancanza di decisioni rapide. Un'inerzia, ingiustificata e colposa, se commisurata alla gravità della situazione.

Un'inerzia, prima di tutto a livello globale. Le impegnative affermazioni registrate il 6 maggio sono risultate parole vuote: nessun passo è stato fatto nella direzione della sospensione dei brevetti e del trasferimento di tecnologie e *know-how* dal nord al sud: uniche, risolutive e durature soluzioni per garantire che i vaccini siano veramente un “bene comune globale”. Che si trattava di parole vuote lo si è capito ben presto quando al *Global Health Summit* – tenuto a Roma il 21 e 22 maggio sotto l'egida della Commissione Europea e della Presidenza Italiana del G20 – nella dichiarazione finale (Carta di Roma), pur riconoscendo che la pandemia non sarà sconfitta finché il virus non sarà tenuto sotto controllo in tutti i paesi, non si fa alcun cenno alla sospensione dei brevetti, e si opta per la soluzione cara a Big Pharma, quella di accordi volontari (*licensing agreements*) tra industrie farmaceutiche e governi. Il quadro della percentuale della popolazione vaccinata in diverse aree del mondo (vedi **Figura** della Notizia) rispecchia la prima fase della campagna vaccinale che ha visto i paesi più ricchi accaparrarsi oltre l'85% delle dosi di vaccino prodotte. Se questo quadro non cambierà rapidamente i guai non riguarderanno solo i paesi più poveri.

Un'inerzia anche a livello locale. I paesi più ricchi che hanno fatto il pieno di vaccini – acquistando e prenotando quantità di dosi anche due volte superiori al fabbisogno nazionale – non sono stati in grado di evitare l'ondata epidemica della variante Delta per gravi errori di strategia, com'è avvenuto in Gran Bretagna, dove si è riaperto tutto senza aver prima raggiunto l'immunità di gregge attraverso la vaccinazione, esponendo 17 milioni di persone (per lo più giovani) al rischio di contagio. Una strategia – secondo Lancet – “pericolosa e immorale”. Ma l'ondata della variante Delta interessa – anche se con minore violenza – tutti gli altri paesi europei che hanno condotto una campagna vaccinale con eccessiva lentezza (coprendo dopo sette mesi meno della metà della popolazione), adottando metodi di accesso alle vaccinazioni basati sulle prenotazioni online (che penalizzano le fasce di popolazione più anziane), rinunciando alla chiamata attiva della popolazione target che richiede l'allestimento di aggiornate anagrafi vaccinali, in grado di includere anche quella parte di “popolazione invisibile”, come gli immigrati irregolari. Un classico intervento di sanità pubblica, estraneo però alla cultura “logistico-militare” dei commissari Arcuri e Figliuolo.

NOTE

¹ Wouters O. J. et al. (2021), *Challenges in Ensuring Global Access to covid-19 Vaccines: Production, Affordability, Allocation, and Deployment*, in “The Lancet”, 397, 10278, pp. 1023-34.

² Gurdasani D, Drury J, Greenhalgh T, et al. *Mass infection is not an option: we must do more to protect our young*. Lancet 2021. Published Online July 7, 2021 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01589-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01589-0)



SUPERARE LE BARRIERE

Una corsa a ostacoli quella delle vaccinazioni in Africa, così come in tutti i paesi a basso reddito.

La scarsità di vaccini e la difficoltà a trasformarli in vaccinazioni vere e proprie trova responsabilità politiche internazionali e ragioni logistiche e organizzative nei paesi. In Mozambico gli attivisti superano barriere naturali oltre che ostacoli sociali e culturali per arrivare fino all'ultimo miglio, nei villaggi più distanti o come in questo caso a Mutua, un campo di dislocati dopo l'ultimo ciclone. Lo fanno perché il diritto alla salute e il diritto a vaccinarsi sia garantito a ciascuno.







L'AFRICA BARCOLLA: LA TERZA ONDATA DI COVID-19

Barcollando nel buio della terza ondata e delle sue conseguenze, l'Africa oggi registra un drastico aumento dei casi di infezione da Covid-19 in molti dei suoi paesi, mostrando segnali di reparti sovraccarichi e un aumento di numero di morti. I numeri delle vaccinazioni invece rimangono troppo bassi, per scarsità di vaccini ma anche per difficoltà logistiche, di distribuzione e di fiducia da parte della popolazione.

TESTO DI / GIOVANNI PUTOTO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Ci risiamo. È ripartita la terza ondata di contagi di Covid-19 in Africa. Con la solita nota di cautela circa l'affidabilità dei dati – pochissimi i tamponi e scarsissima la notifica – il quadro al 15 luglio è il seguente: oltre 6 i milioni di casi positivi riscontrati e 153.549 le morti notificate¹. I trend: in oltre 30 paesi africani si è assistito a un aumento dei casi positivi di quasi il 30% su base settimanale a partire dal mese di giugno superando in questo modo il picco registrato lo scorso gennaio (**Figura 1**).

Si tratta di 1 milione di casi in più registrati nell'ultimo mese. Un incremento così rapido non si era mai verificato prima. Secondo CDC Africa, le morti correlate al Covid-19 sono aumentate del 48% nell'ultima settimana (7-15 luglio) con ai vertici Sud Africa (39%), Repubblica Democratica del Congo (24%), Uganda, Zambia, Tunisia e Namibia². Il numero di morti in eccesso registrate in Sud Africa dal 3 maggio 2020 al 7 luglio 2021 ha raggiunto i 193.204 casi, in buona parte attribuibili al Covid³. Insomma, sulla diffusione del Covid-19 nel continente africano e sugli effetti in termini di morbilità e mortalità rimane ahimè ancora valido l'editoriale del Lancet del 2005: “*Stumbling around in the dark*”, barcolliamo nel buio.

Quindi bando sì al catastrofismo di prima maniera ma anche al minimalismo, quest'ultimo prevalente nella discussione pubblica dell'ultimo periodo. E sul terreno? La stampa locale e internazionale e gli stessi volontari del Cuamm riportano nelle città africane dei paesi più colpiti una situazione molto critica a proposito degli ospedali che risultano sovraccaricati di pazienti e sprovvisti di

mezzi essenziali come l'ossigeno per l'assistenza ventilatoria⁴. Molti governi sono stati costretti a ripristinare provvedimenti di *lockdown* restringendo diverse attività sociali, come le funzioni religiose e scolastiche unitamente alle funzioni produttive come i mercati. Il continente, intanto, è in recessione con gravi implicazioni in termini di disoccupazione, violenza, disuguaglianze e insicurezza alimentare⁵. Quanto succede in Sud Africa rappresenta in questo senso un caso emblematico⁶.

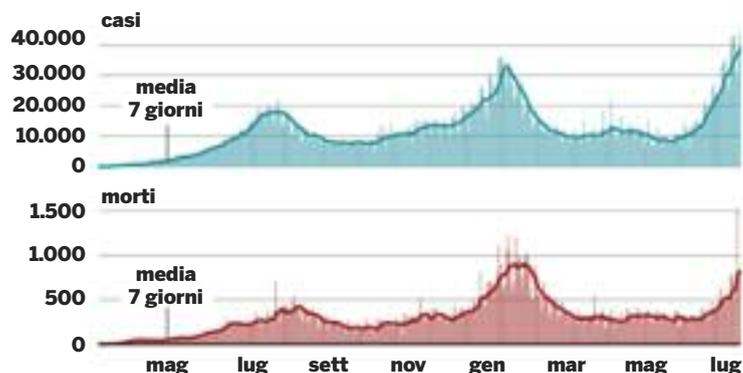
LA DIFFUSIONE DELLE VARIANTI E LA CARENZA DI VACCINI

Quali sono le cause alla base di questa nuova fiammata epidemica in Africa? Sarebbero tre: il diffondersi della variante Delta, il basso tasso di copertura vaccinale e infine la stanchezza della popolazione ad applicare i provvedimenti di prevenzione individuale (maschera, distanziamento, igiene delle mani). La variante Delta si è ormai imposta come variante dominante in 21 paesi africani dove sono possibili i test di sequenziamento genomico. È più contagiosa delle altre varianti (60%, circa) e colpisce in particolare i giovani. Oltre il 66% dei casi clinici complicati coinvolgono persone con meno di 45 anni.

Ad essa si affianca anche la variante Beta registrata anch'essa in Sud Africa e presente in oltre 30 paesi africani e la variante Alfa, scoperta in Inghilterra e diffusasi successivamente nel continente africano.

Quanto ai vaccini, meno del 2% della popolazione africana che consta di 1,300 milioni di abitanti, è stata vaccinata. Poco più di 70 milioni sono le dosi di vaccino somministrate finora in tutto il continente⁷. Solo 20 milioni di persone, circa, hanno completato il ciclo vaccinale. Il Marocco ha una copertura vaccinale completa del 27%, il Sud Sudan dello 0,2%; il Sud Africa del 13,6% contro lo 0,8% della Repubblica Centrale Africana. La sospensione dei brevetti è di là a venire come le solenni promesse dei paesi ricchi a donare (sic!) i lotti eccedenti dei vaccini sono rimaste finora lettera morta. Risultato: in numerosi paesi africani le campagne vaccinali sono state sospese per mancanza di vaccini e così il 90% dei paesi africani beneficiari dell'iniziativa Covax non raggiungeranno il target del 10% della popolazione vaccinata entro settembre⁸. Secondo Oms Africa, sarebbero 450.000 le dosi di vaccino intanto scadute e distrutte a causa dei ritardi di spedizione⁹ mentre si sta puntando a sviluppare entro un anno dei centri di pro-

FIGURA 1 / NUMERO DI CASI GIORNALIERI E MORTI IN AFRICA



duzione vaccinale in Senegal e Sud Africa per ridurre la dipendenza dall'estero.

L'IMPELLATA DEL CONTAGIO IN UGANDA

Paradigmatico è il quadro di emergenza che sta accadendo in Uganda. A giugno si è registrata un'impennata di oltre 33.000 casi che corrispondono al 42% di tutti i casi finora registrati. Le morti documentate sono state oltre 2.000, le poche terapie intensive degli ospedali ugandesi sono intasate di pazienti Covid con insufficienza respiratoria a fronte di una crisi nazionale di disponibilità di bombole di ossigeno. La ripresa dell'epidemia è trascinata dalla variante Delta che si diffonde soprattutto nei giovani. La campagna vaccinale che finora ha erogato poco più di 1 milione di dosi soprattutto AstraZeneca è paralizzata per mancanza di vaccini. Ad essere vaccinati (una dose) al 5 luglio risultano essere il 58% dei 150.000 operatori sanitari, il 56% delle 250.000 unità di sicurezza, il 26% dei 550.000 insegnanti e il 7% dei 3.348 milioni di anziani sopra i 50 anni¹⁰. Le campagne vaccinali sul campo hanno dovuto affrontare molte difficoltà: finanziarie, di risorse umane e logistiche (trasporto, catena del freddo, ecc.) e di registrazione.

Si stima che per 1 dollaro speso in vaccino, ne occorrono 5 per arrivare all'iniezione vera e propria¹¹. In generale, in Uganda poco più dell'1% della popolazione è stato vaccinato. Ad agosto sono attesi nuovi lotti di vaccino Covax e una donazione da parte del governo norvegese. Non abbastanza comunque per raggiungere il target del 10% previsto a fine settembre. Intanto uno studio condotto su

600 studenti di medicina ha evidenziato scarsa accettabilità a farsi vaccinare (37%), bassa percezione del rischio, alta esitazione e forte propensione a formarsi un'opinione dai social¹² a dire come sia urgente anche in Uganda una campagna di comunicazione ben disegnata e condotta per evitare il diffondersi di fake news.

GLI EFFETTI ECONOMICI SULLE FAMIGLIE

Ma sono gli effetti sociali ed economici provocati dall'epidemia e dai lockdown nelle zone rurali che balzano agli occhi. Uno studio condotto dall'Università di Firenze con il Cuamm nel distretto di Oyam¹³ ha mostrato un drastico calo degli affari per chi aveva attività o imprese non agricole; i risparmi mensili accumulati dalle famiglie sono pressoché dimezzati, e le spese totali su base mensile si sono ridotte del 20% nell'ultimo anno. Infine, il ricorso al prestito e all'indebitamento per far fronte ai bisogni delle famiglie è aumentato sensibilmente tra gli intervistati. Tutto questo si è poi tradotto a livello individuale in una sensibile diminuzione dei tassi di utilizzo dei servizi sanitari¹⁴.

L'urgenza si fa forte e, come riportato recentemente su *Nature* dalla ricercatrice Andrea Taylor del *Global Health Innovation Center, Duke University in Durham, North Carolina*, "Timing is extremely important. Doses shared now will be so much more impactful than doses in six months. We need wealthy countries to send doses immediately". Le previsioni più realistiche per raggiungere la vaccinazione a livello globale parlano di 2023, ma le politiche di supporto ai paesi fragili devono iniziare fin da subito.

NOTE E RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1 <https://africacdc.org/covid-19/>

2 <https://www.afro.who.int/news/covid-19-deaths-africa-surge-more-40-over-previous-week>

3 <https://www.samrc.ac.za/reports/report-weekly-deaths-south-africa>

4 <https://www.bbc.com/news/world-africa-53181555>

5 <https://www.who.int/news/item/12-07-2021-un-report-pandemic-year-marked-by-spike-in-world-hunger>

6 <https://www.reuters.com/world/africa/looting-violence-grips-south-africa-after-zuma-court-hearing-2021-07-13/>

7 <https://africacdc.org/covid-19-vaccination/>

8 <https://www.afro.who.int/news/africa-faces-steepest-covid-19-surge-yet>

9 <https://www.devex.com/news/african-nations-have-destroyed-450-000-expired-covid-19-vaccine-doses-100389>

10 COVID-19 Vaccination Performance Updates, MOH, July 2021

11 COVID-19 in Africa: a lesson in solidarity, Lancet 2021

12 Acceptance of the coronavirus disease-2019 vaccine among medical students in Uganda, Tropical Medicine and Health, 2021

13 <https://www.saluteinternazionale.info/2021/07/covid-in-africa-la-terza-ondata/>



I VACCINI COME BENE COMUNE

È uno scenario “a due velocità” quello che riguarda la distribuzione e somministrazione dei vaccini: la mappa che si disegna è sempre la stessa, quella che vede i paesi a basso reddito da un lato, e il nord del mondo dall'altro. *Solidarietà, Obbligo etico, Sicurezza per tutti* dovrebbero essere le parole guida invece per garantire equità di accesso alla salute.

CHIARA DI BENEDETTO INTERVISTA ALBERTO MANTOVANI, HUMANITAS UNIVERSITY

Quello che sembrava essere un virus globale e uguale per tutti, per lo meno in una fase iniziale di pandemia, ora mostra differenze profonde tra aree del mondo e all'interno degli stessi paesi, con conseguenze e pesi estremamente differenti sulle spalle quasi sempre dei più fragili.

Mentre in Europa si discute di *greenpass* per i vaccinati in modo da favorire un ritorno – se pur con limiti e precauzioni – alla vita pre-Covid, lo scenario nel resto del mondo è molto diverso. E le vaccinazioni, nella maggioranza dei paesi a basso reddito, rimangono una corsa a ostacoli.

Del valore delle vaccinazioni e del senso profondo per la salute globale che esse comportano, abbiamo discusso con il Professor Alberto Mantovani, Direttore Scientifico di Humanitas e Presidente di Fondazione Humanitas per la Ricerca.

o Qual è la situazione attuale, per quanto riguarda la copertura vaccinale nel mondo?

I dati parlano chiaro: è vaccinato oltre il 30% della popolazione nei paesi ricchi (da noi il 46%), circa l'1% nei paesi poveri. Lo potremmo considerare un andamento a due velocità: c'è una velocità che riguarda i paesi ad alto reddito come il nostro che potrebbe ottimisticamente raggiungere una protezione dell'80% della popolazione già nel prossimo autunno e poi c'è una velocità dei paesi a basso reddito dove la scarsità di vaccini – oltre a numerosi altri ostacoli di tipo organizzativo, logistico, sociale – non consente di raggiungere una copertura nemmeno lontanamente paragonabile alla nostra. A ciò si aggiunge che il virus che ci preoccupa vede ora delle varianti che si stanno diffondendo: la variante Beta è nata in Sudafrica, esiste una variante gamma, brasiliana, nata nella selva amazzonica, in un luogo dove si stimava che il 60% della popolazione fosse già venuta a contatto con il virus; questo ci testimonia come lasciare degli incubatori dove possono generare varianti è estremamente miope, e la vaccinazione è il modo che abbiamo per contrastare il virus.

o Professor Mantovani, Lei ha presieduto prestigiosi board internazionali ed è stato parte di iniziative come il Gavi - Global Alliance for Vaccine Immunization, che hanno pro-

mosso le vaccinazioni nel mondo. Che ruolo svolgono per la salute globale?

Ho servito nel *board* del Gavi, l'alleanza globale per i vaccini e le immunizzazioni, che ha contribuito a ridurre la mortalità per mancato accesso ai vaccini fondamentali, portando la mortalità da 2,5 a poco più di 1 milione di bambini all'anno. Anche in quel contesto, proprio come nell'attuale pandemia, la sfida era “fare l'ultimo miglio”, arrivare cioè fino all'ultimo villaggio per rendere le vaccinazioni un bene comune. Oggi Covax – il programma internazionale guidato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e da Gavi Alliance – si dà proprio questo scopo: riuscire a portare vaccini sufficienti a coprire il 20% della popolazione a basso reddito, in modo da contribuire a un accesso più equo alla protezione per tutti e contrastare i cosiddetti “nazionalismi dei vaccini”. La lezione dovremmo averla imparata e dovremmo aver capito come il Covid-19 sia espressione piena del concetto di salute globale: se l'Africa non è coperta, questo comporta una minor protezione anche per la popolazione del resto del mondo.

o Più volte si è detto “dobbiamo trasformare i vaccini in vaccinazione”. Cosa significa esattamente?

Il vaccino da solo non basta, deve diventare vaccinazione, deve raggiungere la popolazione, anche quella dell'ultimo miglio. E ci sono tre buoni motivi per condividere i vaccini e trasformarli in vaccinazione:

- 1) una ragione di tipo solidaristico, molti di noi pensano sia un dovere morale, una risposta in termini di equità;
- 2) un dovere di tipo etico: c'è una linea guida accettata dalle società scientifiche internazionali che dice che se faccio sperimentazione clinica in una comunità, la comunità ne deve avere un beneficio. Non dovremmo dimenticare che tutti i vaccini contro Covid-19, sono stati sperimentati in paesi a basso reddito. Questi paesi che ci hanno permesso di imparare che i vaccini funzionano, non devono rimanere esclusi;
- 3) la nostra sicurezza in termini di protezione e salute globale. Bisogna ricordarsi che il cinismo non paga, non porta alcun beneficio lasciare che il virus “corra” in questi paesi apparen-

temente lontani, perché il prezzo più alto si lo pagherebbero quelle popolazioni, ma si continuerebbero a generare varianti – come nel caso della gamma, brasiliana – esponendo tutti noi, ovunque, al rischio di contagio.

Mi piace sintetizzare queste ragioni con una sigla: SOS, Solidarietà, Obbligo etico, Sicurezza per tutti.

o Qual è il ruolo che le ong possono avere per farsi da tramite di tutto questo?

Voglio partire dalla mia esperienza, per 5 anni all'interno del Gavi ho servito a fianco di grandi organizzazioni, ad esempio OMS e Banca mondiale. Credo ci vogliano due gambe: una gamba è quella delle grandi organizzazioni per dare risorse, economiche o concrete, come nel caso di fiale di vaccini come fa Covax. Poi c'è l'altra gamba, quella di chi corre l'ultimo miglio. Nel caso del Cuamm si corre "con" l'Africa, "con" la popolazione locale. La mia stessa università, Humanitas University, lavora in questo stesso modo.

Poi vorrei aggiungere un terzo pilastro: quello della formazione, *capacity building* inglese. La formazione è fondamentale se vogliamo che un continente come l'Africa, composta da 1 miliardo e 300 milioni di persone, possa procedere nello sviluppo. Ed è fondamentale se vogliamo che non dipenda solo dagli aiuti che arrivano da altri paesi. Formare la popolazione locale, creare risorse nel paese e per il paese è il vero motore di sviluppo.

C'è anche qualcosa che possiamo fare in casa nostra: ricordarci che quel che facciamo di sbagliato qui si riflette nei paesi più po-

veri. Porto un esempio storico che vede delle analogie con la situazione attuale. Anni fa era circolata una falsa notizia che diceva che la vaccinazione contro il *papilloma virus* causasse un quadro di stanchezza negli adolescenti. Si trattava di una falsa notizia che si diffuse soprattutto in Giappone. Questo ha fatto crollare la sorveglianza vaccinale contro HPV e il Giappone sta pagando un prezzo di malattia e morte. Ma la cosa più grave è che l'utilizzo del vaccino è caduto anche nei paesi a basso reddito del sud est asiatico: dobbiamo tenere a mente che il prezzo più grande di una *fake news* detta a casa nostra lo pagano i paesi a basso reddito.

o Spesso si auspica un ruolo attivo dell'Africa anche nella produzione scientifica e nella ricerca. Crede sia un obiettivo raggiungibile?

L'Africa potrà rendersi promotrice nella ricerca scientifica ma è necessario adoperarsi perché ciò avvenga. Ho presieduto dal 2016 al 2019 la *International Union of Immunological Societies* (IUIS) e ora ne sono *Past President*, il nostro motto è sempre stato *Immunology without borders*. Perché non resti solo uno slogan ma si traduca in realtà e generi un cambiamento positivo, lo concretizziamo facendo formazione in Africa, America Latina, paesi asiatici a basso reddito. Le riunioni del *board* si svolgono sempre in paesi del sud del mondo, dove attiviamo anche programmi di *fellowship* per studenti africani, consapevoli del ruolo della formazione per generare crescita e sviluppo.

Quindi mi piace rispondere sulla base di quello che ho fatto e sto facendo: ho speranza.

Ma mettiamoci tutti a fare qualcosa.



ESPERIENZE DAL CAMPO

GLI OSTACOLI ALLA VACCINAZIONE IN SUD SUDAN

Il Sud Sudan ha scelto di aderire allo sforzo globale di vaccinare la propria popolazione per Covid-19. Le criticità però sono tante: non basta avere le dosi, è necessario poterle gestire logisticamente e somministrare in modo appropriato alla popolazione. Invece mancano fondi per la realizzazione di una campagna massiva ed è per questo che il ruolo delle ong come Cuamm diventa cruciale per colmare i gap esistenti.

TESTO DI / CHIARA SCANAGATTA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

LO SCENARIO DI UN PAESE FRAGILE

Secondo l'ultimo bollettino epidemiologico del Ministero della Sanità¹, da febbraio 2020 in Sud Sudan sono stati individuati 10.829 casi di Covid-19 a fronte di 178.868 test effettuati (6%), con una mortalità dell'1%. Si tratta di valori molto probabilmente sottostimati, considerati la difficoltà di accesso alle strutture sanitarie per gran parte della popolazione, le scarse capacità di queste stesse strutture di identificare e riferire casi sospetti, il sistema diagnostico limitato nello spazio e incostante nel tempo.

Dati l'impossibilità del sistema sanitario nazionale di fronteggiare adeguatamente l'epidemia e i costi diretti e indiretti che questa e le misure di contenimento messe in atto finora stanno causando alla comunità, il Sud Sudan ha scelto di aderire allo sforzo globale di vaccinare la propria popolazione per Covid-19 e di far sì che ciò diventi una opportunità per rafforzare i propri servizi preventivi e curativi di base.

Questo è quanto si legge nel piano nazionale di vaccinazione Covid-19 pubblicato a febbraio 2021² e considerato adeguato dalle agenzie internazionali al fine di iscrivere il Sud Sudan nella lista di paesi legittimati a ricevere un primo stock di dosi vaccinali attraverso Covax. Delle 864.000 dosi inizialmente previste ne sono poi state effettivamente allocate 732.000, sufficienti a vaccinare solo il 3% della popolazione, il 15% delle fasce considerate a rischio (personale sanitario, insegnanti, rifugiati/sfollati, malati cronici, over 40).

Di fatto, però, la prima consegna è stata di sole 132.000 unità, da riservare allo staff delle strutture sanitarie, agli operatori sanitari comunitari e agli over 65.

I VACCINI NON SONO ANCORA VACCINAZIONI

La campagna di immunizzazione è iniziata ufficialmente il 6 aprile 2021, ma solo presso 4 ospedali della capitale. Un mese dopo, poco meno di 5.000 persone avevano ricevuto la prima dose, di cui solo il 23% staff sanitario, ed è iniziata a salire la preoccupazione di non essere in grado di consumare tutte le dosi ri-

cevute entro la data di scadenza fissata a metà luglio, evenienza che impedirebbe al Sud Sudan di ricevere ulteriori rifornimenti.

Il Sud Sudan ha ricevuto i vaccini ma non un finanziamento adeguato a sostenerne l'erogazione su scala nazionale. Mancando fondi per la realizzazione di una campagna massiva, la scelta obbligata è stata quella di integrare la nuova vaccinazione nel sistema di immunizzazione di routine, ma, in assenza di risorse dedicate, quella che poteva effettivamente essere una opportunità di rafforzamento del sistema ha messo a rischio non solo il successo della vaccinazione Covid-19 ma anche la tenuta di un servizio già debole di per sé. Inoltre, non potendo sostenere i costi del complesso impianto logistico e organizzativo necessario a portare il nuovo vaccino nelle aree più periferiche, dove manca staff qualificato e formato e dove maggiori sono gli ostacoli per trasporto e catena del freddo, i siti vaccinali sono risultati limitati in numero e area geografica.

IL RUOLO DELLE ONG SUL CAMPO

A maggio 2021, il Ministero della Sanità sud sudanese ha deciso di chiedere aiuto alle Ong per ampliare la vaccinazione Covid-19 al di fuori di Juba, in una corsa contro il tempo; i vaccini hanno lasciato la capitale a inizio giugno e dovranno essere utilizzati entro poco più di un mese.

A tale scopo si è anche deciso di allargare la popolazione beneficiaria a tutti coloro al di sopra dei 18 anni.

Questa apertura all'intervento di partner esterni senza indicazioni rispetto alle priorità geografiche, alle modalità implementative da preferire, agli standard da rispettare, agli attori da coinvolgere e relative responsabilità ha creato una certa confusione, con episodi di competizione tra organizzazioni diverse interessate alla stessa zona e di tensione tra autorità locali e Ong per aspettative non soddisfatte e mancata chiarezza dei ruoli.

Un tentativo di coordinamento e armonizzazione è stato compiuto coinvolgendo il principale finanziatore del sistema sanitario nazionale, *Health Pooled Fund*, e la sua rete di *Implementing Partner*, già incaricati di sostenere la regolare erogazione di servizi e a cui è stato dato il mandato di introdurre la vaccinazione Covid-19 all'interno delle strutture ospedaliere da essi supportate.

Anche in questo caso, però, l'idea di poter minimizzare i costi attraverso l'integrazione del nuovo servizio nel sistema esistente si è scontrata con la realtà di ospedali non organizzati e attrezzati allo scopo e staff e dirigenti abituati alle ingenti risorse solitamente stanziare per le campagne vaccinali e quindi riluttanti ad impegnarsi in mancanza di una specifica remunerazione.

LE BARRIERE CULTURALI

Ai problemi sul fronte dell'offerta si sommano quelli relativi alla domanda, ovvero all'accettazione della vaccinazione e al suo accesso. Sono stati svolti alcuni studi³ rispetto al livello di conoscenza e consapevolezza rispetto a Covid-19 nella popolazione locale ed è evidente come la malattia sia percepita come un problema altrui, non un rischio concreto per la comunità sud sudanese.

Da qui, l'indifferenza verso il vaccino, se non addirittura il rifiuto, alimentato dal diffondersi soprattutto attraverso la rete social, di informazioni false che hanno generato un clima di sospetto e paura tale da far temere atti di sabotaggio verso i siti di conservazione e erogazione dei vaccini, obbligando a mettere in atto misure di sicurezza di emergenza, come la scorta armata per il trasporto delle dosi dalla catena del freddo agli ospedali. Iniziative di comunicazione ed educazione centralizzate e standardizzate si sono rivelate abbastanza inefficaci e diverse Ong hanno scelto di adottare strategie di sensibilizzazione adattate al contesto specifico, con il coinvolgimento delle figure di spicco della comunità come testimonial.

IL CUAMM FINO ALL'ULTIMO MIGLIO

Medici con l'Africa Cuamm supporta 5 ospedali, tutti selezionati per essere sito vaccinale. Le aree precedentemente allestite per lo screening dei pazienti e l'isolamento dei casi sospetti sono state adattate per ospitare le varie fasi dell'iter della vaccinazione (registrazione, iniezione, osservazione e gestione di eventuali eventi avversi), nel rispetto delle norme di distanziamento, e il personale qualificato, già coinvolto nella risposta COVID19, è stato formato per adempiervi, adeguatamente equipaggiato con materiale di protezione.

Staff competente ed un ambiente ordinato e organizzato (in alcuni casi con la disponibilità di uno spuntino per i pazienti) sono fondamentali per rassicurare ed attrarre la popolazione. A contribuire a questo anche le uscite di mobilitazione nei mercati, presso le chiese e in tutti i punti di raccolta della popolazione, con la partecipazione delle autorità di maggior prestigio.

Dal 14 giugno al 4 luglio, i tre ospedali supportati da Cuamm in Lakes State hanno riportato 3940 vaccinati, di cui 637 staff sanitari (16%) e 221 (6%) over 65. Rimangono 75 fiale, per accelerare ulteriormente il loro consumo si sta pensando a delle uscite dei team vaccinali ospedalieri presso i centri sanitari più importanti, raggiungendo parte di coloro che non riescono a spostarsi verso gli ospedali o che dagli ospedali sono intimoriti; tra questi è probabile vi siano membri delle categorie più esposte e vulnerabili, dagli operatori sanitari periferici che non possono lasciare il loro posto di lavoro incustodito, ai malati cronici e anziani, che faticano ad affrontare viaggi lunghi e disagiati e sono più ancorati al loro ambiente.

NOTE

¹ Comunicato del 27 giugno 2021 del Ministry of Health; inoltre dati aggiornati giorno per giorno su <https://covid19.who.int/region/afro/country/ss>

² South Sudan COVID-19 National Deployment and Vaccination Plan, Ministry of Health of South Sudan, 9th February 2021.

³ *Public authority in a pandemic: South Sudanese NGO and local government responses to Covid-19*, giornata di studi visibile al link: <https://youtu.be/UdAaf9JI3i4>



ESPERIENZE DAL CAMPO

EFFICACIA DELLE CASE D'ATTESA: IL CASO DI WOLISSO, ETIOPIA

Il ruolo delle case d'attesa è guardato da sempre con interesse ma sono pochi gli studi che ne hanno analizzato l'efficacia. Questa ricerca ha valutato come il loro utilizzo nell'ospedale di Wolisso, in Etiopia, abbia avuto un impatto positivo sulla mortalità perinatale, dimezzandola: ne emerge un quadro importante che ne consolida il valore e conferma le politiche di implementazione.

TESTO DI / CHIARA BERTONCELLO E TERESA DALLA ZUANNA / UNIVERSITÀ DI PADOVA

LE CASE D'ATTESA MATERNA

Chiamate in inglese *Mother Waiting Home-MWH*, le case d'attesa sono strutture residenziali in prossimità di strutture sanitarie, dove le donne con gravidanza a rischio possono alloggiare a ridosso del travaglio, ricevendo un monitoraggio sanitario, ed essere rapidamente trasferite alla struttura sanitaria all'insorgere di complicazioni.

L'idea di allestire una struttura a tale scopo non è certo recente: fin dai primi anni del '900 esperienze di Mwh erano presenti in Canada, nord-Europa e Stati Uniti in aree remote prive di servizi ostetrici. Le prime esperienze africane furono in Nigeria negli anni '50, a seguire ne furono costruite in Uganda, e a Cuba, dove contribuirono, nel giro di 20 anni, a portare il tasso di parti in ospedale al 99% e a far crollare la mortalità perinatale.

L'obiettivo della Mwh è infatti quello di ridurre la distanza dalle strutture sanitarie in grado di gestire le emergenze ostetriche, e contribuire così alla riduzione della mortalità perinatale e materna. Attualmente, la sua applicazione prevalente è nelle aree rurali dei paesi a risorse limitate, come quella di Wolisso, in Etiopia, caso analizzato nel corso di questo studio.

LO STUDIO SVOLTO A WOLISSO

Nonostante le Mwh siano diffuse nei paesi a risorse limitate, l'evidenza circa la loro efficacia è scarsa e può fare affidamento solo su studi di tipo osservazionale. In Etiopia, uno studio di coorte retrospettivo ha mostrato che la mortalità materna e la natalità erano significativamente inferiori nelle madri ammesse in ospedale tramite la Mwh, uno studio trasversale svolto in Tanzania ha dimostrato che l'uso della Mwh era significativamente associato con il basso status socioeconomico delle donne accolte, e i risultati erano migliori in termini di mortalità neonatale e perinatale.

Questo studio nasce proprio con la finalità di valutare se la Mwh sia utile a ridurre la mortalità perinatale nel contesto dell'ospedale di Wolisso, in Etiopia, dove l'Ong Italiana Medici con l'Africa Cuamm opera dal 2000.

Con uno studio caso-controllo è stata confrontata la mortalità perinatale tra donne ricoverate nella Mwh situata dentro l'osped-

dale di Wolisso e donne entrate direttamente nell'ospedale St. Luke. "Casi" erano le donne con almeno un figlio nato morto o deceduto prima della dimissione tra l'1/1/2014 e il 31/12/2017. Sono stati selezionate come controlli le prime due mamme con parto con esito positivo¹ dopo ciascun caso. Questa scelta dei controlli è stata effettuata per minimizzare la differenza di assistenza sanitaria ricevuta da ciascun caso e dai relativi controlli.

Per ciascuna donna si è valutata l'esposizione alla Mwh, e dai registri e dalle cartelle cliniche sono state raccolte: (1) le condizioni materne e legate alla gravidanza, (2) le condizioni legate al parto, (3) le caratteristiche neonatali.

Nello studio sono state incluse 3.525 donne, 1.175 casi e 2.350 controlli. 51 casi (4,3%) e 143 controlli (4,4%) erano stati ricoverati in Mwh. Tra i casi, 843 erano donne il cui figlio era nato morto, e 332 casi erano donne con figlio nato vivo e morto entro i 7 giorni di età.

Per quanto riguarda le caratteristiche materne o le condizioni legate all'ultima gravidanza, le donne in Mwh provenivano maggiormente da aree rurali (88% vs 68%), appartenevano alle classi di età più elevate, erano più frequentemente "grandi multipare" (20,6% vs 9,8% avevano avuto 5 figli o più), erano state più frequentemente sottoposte a cesareo in precedenza (6,2% vs 3,2%), avevano più spesso un'anamnesi positiva per precedenti gravidanze con complicanze materne o fetali (0,3% vs 3,6%), avevano eseguito più frequentemente almeno una visita prenatale (46,1% vs 23,9%), avevano più spesso una gravidanza gemellare (14,4% vs 5,2%) e presentazione podalica (9,3% vs 3,7%).

Erano presenti maggiormente fra le donne in Mwh preeclampsia (6,7% vs 3,1%), polidramnio (3,6% vs 1,3%) ed emorragia pre-parto (6,2% vs 3,2%).

Non vi erano invece differenze significative per quanto riguardava le altre malpresentazioni, la presenza di ipertensione, malattie croniche, malattie infettive (compreso Hiv/Aids), oligidramnio e il parto post-termine.

Considerando la regressione complessiva, aggiustata per tutti i fattori confondenti, il rischio di mortalità perinatale per le mamme ammesse in Mwh era del 54% inferiore rispetto alle non ammesse (OR=0,46, IC 95%: 0,30-0,70; p<0,000).

L'EFFICACIA CONTRO LA MORTALITÀ PERINATALE

I risultati dello studio dimostrano l'efficacia della Mwh nel caso dell'Ospedale St. Luke di Wolisso di dimezzare la mortalità perinatale, risultato in linea con quanto dimostrato nei due precedenti studi condotti in Etiopia o in contesti simili, condotti su popolazioni più ridotte o senza l'aggiustamento per così tanti fattori confondenti. Questo risultato, inoltre, supporta la politica di implementazione di Mwh in Etiopia, in particolare a ridosso di strutture ospedaliere.

A ciò si aggiunge l'importanza di favorire l'accesso alle visite prenatali, che oltre a ridurre di per sé il rischio di mortalità perinatale, sono utili per diagnosticare precocemente i fattori di rischio e poter così indirizzare le donne all'utilizzo della MWH, mitigando gli ostacoli all'accessibilità.

Questi risultati forniscono importanti spunti di riflessione: l'Oms, in una revisione del 2015, identificava come prioritaria la produzione di risultati che indicassero se la Mwh dovesse essere proposta a particolari target di donne rispetto ad altre sulla base di fattori come la vulnerabilità, la distanza e il rischio ostetrico. Il nostro risultato ha messo in luce la correttezza dei criteri fino ad ora utilizzati come indicazione all'accesso in Mwh, nonostante gli stessi non siano mai stati definiti a livello di struttura né di politica sanitaria a livello regionale/nazionale. Questi risultati potrebbero essere un buon punto di partenza per definire dei criteri chiari e

condivisi di ammissione in Mwh che seguano un'evidenza scientifica.

Lo stesso risultato ha avvalorato l'importanza delle visite prenatali come strumento per l'identificazione precoce di fattori di rischio: l'aver effettuato almeno una visita prenatale risulta di per sé un fattore protettivo per mortalità perinatale. La letteratura già dava indicazioni in questo senso, ma non in modo univoco, e soprattutto talvolta il vantaggio era evidente solo dopo un certo numero di visite. Nel nostro studio è emerso inoltre che le visite prenatali sono utili per diagnosticare precocemente i fattori di rischio e poter così indirizzare le donne all'utilizzo della Mwh, mitigando gli ostacoli all'accessibilità.

Ulteriori studi potranno descrivere meglio in che modo le Mwh possano ridurre la mortalità. Ad oggi la letteratura mostra come un ruolo possa essere svolto dalle Mwh nel favorire la pianificazione ed esecuzione del parto cesareo nelle condizioni di rischio. Anche i nostri dati supportano queste evidenze: la Mwh rappresenta uno strumento importante per intervenire per tempo, con il parto cesareo programmato, in tutti quei casi in cui il parto vaginale rappresenterebbe un rischio per la sopravvivenza del nascituro. Più in generale si può affermare che il passaggio in Mwh delle donne con gravidanza a rischio permetta di monitorare le fasi finali della gravidanza ed intervenire precocemente accompagnando la donna nel percorso nascita più idoneo e sicuro per la mamma e il bambino.

NOTE E REFERENZE BIBLIOGRAFICHE

1 Per "parto con outcome positivo" si intende un parto in cui tutti i nati siano vivi fino a 7 giorni dal parto, o siano stati dimessi vivi dall'ospedale.

Dalla Zuanna T. et al., *The effectiveness of maternity waiting homes in reducing perinatal mortality: a case-control study in Ethiopia* in *BMJ Global Health*, April 2021, <https://gh.bmj.com/content/6/4/e004140>

VACCINAZIONI GLOBALI

MAPPA / TOTALE DOSI SOMMINISTRATE PER 100 ABITANTI





Fonte: Who, Organizzazione mondiale della sanità, <https://covid19.who.int/>



ESPERIENZE DAL CAMPO

NON CI SALVEREMO DA SOLI

Una cosa che Covid-19 dovrebbe aver insegnato è che nessuno si salva da solo, ci troviamo invece in una sorta di “nazionalismo sanitario” in cui i paesi più forti cercano di proteggere innanzitutto se stessi, perdendo di vista che solo la condivisione e l'accessibilità ai vaccini e ai brevetti permetterebbe una protezione condivisa.

CHIARA DI BENEDETTO INTERVISTA SILVIO A. GARATTINI, ISTITUTO DI RICERCHE FARMACOLOGICHE MARIO NEGRI IRCCS

Una mappa dei contagi in evoluzione costante da marzo 2020 a oggi, in cui l'aggressività pandemica ha travolto in tempi diversi e con esiti diversi paesi e continenti. Quello che ora però diventa un elemento di differenza forte tra paesi, lasciando come sempre indietro i più poveri, è la possibilità di accesso ai farmaci e in particolare l'accesso al vaccino. O forse sarebbe più corretto dire, l'accesso alla vaccinazione.

Una difficoltà di accesso innanzitutto economico, dove i “grandi”, in una sorta di nazionalismo sanitario, garantiscono la propria popolazione. Ma forse, una cosa che Covid-19 dovrebbe aver insegnato, è che nessuno si salva da solo e la presenza di regioni ancora esposte alla bufera Covid-19, sebbene geograficamente distanti, è un rischio anche in altre parti del pianeta.

Ne parliamo con il prof. Silvio Garattini, fondatore dell'Istituto Farmacologiche Mario Negri IRCCS che negli ultimi mesi più volte ha portato l'attenzione sul tema dei vaccini come bene comune.

o Qual è la “fotografia” a livello globale che abbiamo davanti guardando al tema vaccinazioni? Le disuguaglianze sono tante come sembra?

I paesi ricchi hanno un buon tasso di vaccinazione anche se non abbiamo certamente raggiunto l'immunità di gregge, mentre i paesi a basso reddito, soprattutto in Africa e in Sud America, hanno per il momento solo le briciole. È assolutamente urgente vaccinare tutto il mondo. Secondo l'organizzazione *Public Citizens* con la cifra di 23 miliardi di dollari si potrebbero avere a disposizione in un anno 8 miliardi di dosi, quelle appunto necessarie per vaccinare tutti.

o India e Sudafrica hanno chiesto alla *World Trade Organization* - WTO una deroga ai brevetti e agli altri diritti di proprietà intellettuale in relazione a farmaci e vaccini per tutta la durata della pandemia, finché non si raggiunga l'immunità. È una strada percorribile?

Purtroppo alla richiesta di India e Sudafrica, la risposta non è stata positiva da parte dei paesi ricchi. Il problema tuttavia è ancora aperto, speriamo che l'Europa assuma un atteggiamento più favorevole. La buona notizia è comunque che lunedì scorso è stato approvato un emendamento proposto dall'ex ministro della Salute Grillo che rende possibile in Italia la cosiddetta “licenza obbligatoria”, cioè una sospensione temporanea del brevetto quando vi siano condizioni importanti di salute pubblica.

o Pensare ai vaccini come un bene comune – come l'acqua o come l'ambiente naturale – è utopia o può trovare modo di concretizzarsi anche per paesi estremamente fragili, penso all'Africa sub-sahariana?

Non è utopia pensare ai vaccini come un bene comune, è una necessità. Non è nemmeno un atto di beneficenza, come pensano molti, ma un “sano” egoismo se consideriamo che la permanenza del virus in vaste aree dà luogo a varianti che data la globalizzazione ritornano da noi. L'esempio della variante Delta di origine indiana che si sta diffondendo in tutta Europa è un esempio della circolazione del virus.

o Crede che paesi del sud del mondo, inclusa l'Africa, potrebbero in un prossimo futuro concorrere in qualche modo alla ricerca farmaceutica e diventare essi stessi produttori? E questo cambierebbe le sorti della distribuzione dei farmaci?

Crede sia assolutamente necessario realizzare strutture di produzione in alcuni paesi a basso reddito, certamente in Africa. Solo essendo produttori locali, si può poi essere tempestivi nella distribuzione.

o La pandemia di Covid-19 ci ha mostrato con forza quanto siamo legati gli uni agli altri e non si possa considerare “salvo” un pezzo di mondo se qualche altra area è in pericolo. Ce la stiamo già dimenticando?

È già stato detto da altri prima di me: “Non ci salveremo da soli!”. È una frase che va ripetuta se vogliamo ritornare alla normalità.

o Come Cuamm da oltre 70 anni lavoriamo in Africa sub-sahariana. Quale ruolo crede potremmo svolgere come ong sul campo per favorire una giustizia sanitaria?

Conosco l'impegno di Cuamm e credo che sia fondamentale a vari livelli. Continuare a diffondere l'idea della iniquità della disuguaglianza che non riguarda evidentemente solo i vaccini. Farsi promotori della necessità di cominciare a realizzare strutture di produzione di vaccini e farmaci nell'Africa sub-sahariana. Naturalmente ciò va effettuato continuando l'azione per realizzare strutture sanitarie di base in quei paesi.



RASSEGNA

E GLI ULTIMI SONO RIMASTI ULTIMI

Sono tante le persone “ai margini” della società: immigrati, senza fissa dimora, stranieri in attesa che venga loro riconosciuto un profilo amministrativo. Nell'onda del Covid, sono le persone che rimangono indietro: non solo economicamente, ma anche dimenticate dalle campagne di prevenzione e vaccinale, ad esempio.

TESTO DI / SALVATORE GERACI / AREA SANITARIA CARITAS ROMA

In questo periodo di pandemia li abbiamo chiamati in modi diversi: gli invisibili, i dimenticati¹, i “difficili da raggiungere”, i fragili socialmente, sono gli ultimi. E sono rimasti ultimi.

Fin dal drammatico inizio della pandemia, in Italia ci sono state centinaia di migliaia di persone escluse non tanto dai percorsi clinico-assistenziali – di fronte all'emergenza sanitaria in senso stretto c'è un afflato di eguaglianza in più² – ma certamente dalle tutele, dai programmi di mitigazione, di prevenzione, dai “ristori” e, probabilmente, anche dalle future politiche di rilancio.

Ma andiamo in ordine. Di chi parliamo?

Sono tutti coloro fuori dagli standard amministrativi nostrani, sono quelli sotto casa ma senza una casa³. Sono coloro che, fin troppo visibili per alcune forze politiche che hanno costruito parte del loro successo su presunte invasioni di immigrati, sul piano dei diritti sono messi da parte. Sono donne, uomini e minori, italiani e stranieri, non censiti ma presenti. Abbiamo azzardato a fare un calcolo di quante possano essere in Italia le persone, nell'ambito della “fragilità sociale”, che rischiano di essere escluse, ad esempio dalla vaccinazione, se non si attivano delle iniziative e dei percorsi adeguati⁴:

- sono circa 500.000, secondo l'ISMU – Fondazione di Iniziative e Studi sulla Multietnicità, gli immigrati senza un permesso di soggiorno che per accedere alle prestazioni sanitarie possono però avere il codice STP – Straniero Temporaneamente Presente che gli permetterebbe l'accesso, almeno parziale, al SSN;
- difficilissimi da quantificare ma probabilmente diverse decine di migliaia sono i comunitari non in regola amministrativamente, che per l'accesso alla sanità possono richiedere la tessera ENI (Europeo Non Iscritto, non garantita però da tutte le Regioni);
- ci sono gli stranieri, poco più di 200.000⁵, che hanno fatto domanda di regolarizzazione e che nella stragrande maggioranza dei casi ancora non ha ricevuto alcuna risposta e così queste persone si trovano in un “limbo amministrativo”, non più irregolari ma non ancora riconosciuti⁶;
- ci sono circa 76.000 (65% in centri d'accoglienza straordinari - CAS)⁷ immigrati accolti in strutture d'accoglienze governative (Prefetture) e locali (Comuni) spesso ancora in fase di esame della loro posizione amministrativa o con difficoltà di inserimento sociale, essi hanno diritto all'iscrizione al SSN ma, soprattutto nei CAS, i percorsi amministrativi sono incerti e frammentati;
- ci sono tanti altri, tra cui i minori stranieri non accompagnati, le persone vittime di tratta, accolte in specifiche strutture, ed an-

cora molti rom, sinti e camminanti che vivono in campi di fortuna o decine di migliaia di persone, italiane e straniere, presenti in insediamenti informali, ghetti, palazzi occupati;

- infine ci sono i senza dimora⁸, italiani e stranieri, probabilmente oltre 50.000, che popolano spesso angoli anonimi delle grandi città, pensiamo alle stazioni ferroviarie, e nel passato anche le hall o i giardinetti degli ospedali, i parchi pubblici non chiusi di notte, le tettoie non presidiate. Alcuni di loro sono accolti in strutture organizzate o seguite da volontari direttamente sulla strada: alcune decine di migliaia di persone fragili socialmente e spesso vulnerabili dal punto di vista sanitario.

LA PANDEMIA NON È UGUALE PER TUTTI: LE DISEGUAGLIANZE SOCIALI E L'IMPATTO SULLA SALUTE

La pandemia da Sars Cov-2 ci sta mostrando, come attraverso una lente di ingrandimento, quanto i determinanti sociali incidano sulla salute delle persone e provochino misurabili disuguaglianze in salute e nell'assistenza sanitaria⁹.

La società civile è intervenuta per segnalare la presenza di ostacoli, di barriere nell'accesso o di dimenticanze organizzative, indicando le possibili soluzioni da attuare per superare le diffuse esclusioni e sollecitando dovuti interventi pro-attivi da parte delle istituzioni. Il metodo di lavoro privilegiato per contrastare le disuguaglianze che si stanno ampliando è stato quello del lavoro di rete, e in particolare citiamo l'impegno del Tavolo Asilo e Immigrazione (TAI), del Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) e della Società Italiana di Medicina delle Migrazione (SIMM); quest'ultima, partecipando ai due tavoli citati ha messo a disposizione la capillare rete dei suoi gruppi locali (GrIS) presenti in 13 Regioni e nelle due Province autonome.

Nonostante ciò ci sono state resistenze e ritardi istituzionali ad esempio nel definire percorsi e procedure per la tutela delle persone accolte nei centri d'accoglienza, per mesi lasciati senza alcuna indicazione se non quella, da parte di molte autorità locali, di bloccare ogni nuova accoglienza, condannando alla strada migliaia di persone. La proposta, da parte dell'associazionismo, delle 3P (Procedure, Percorsi, Processi)¹⁰ e la richiesta di attivazione di “strutture ponte” per l'accoglienza in sicurezza hanno avuto solo residuali risposte. Ma anche l'accesso alla informazione, alle misure di prevenzione e ai dispositivi di protezione o più specifi-

catamente ai tamponi, in molte realtà non è stato possibile o è stato molto difficoltoso per le persone socialmente fragili.

Fin dall'inizio queste associazioni interessate ai temi dell'immigrazione, si sono rese conto del destino di esclusione di tanti cittadini italiani accumulati spesso dalla marginalità sociale e amministrativa¹¹. Tutti i recenti documenti di *advocacy* prodotti, hanno interessato quindi l'intera popolazione degli "ultimi" che, in tutte le fasi della pandemia, sono tristemente rimasti ultimi¹².

LE VACCINAZIONI E L'IMPEGNO PER GLI "HARD TO REACH"

Anche la campagna per le vaccinazioni, solo nell'ultima fase ha cominciato ad interessarsi degli "hard to reach" accomunando con un unico termine una popolazione che, come abbiamo visto, pre-

senta grandi diversificazioni nel proprio interno. Ciò sta rischiando di far perdere specificità ai diversi interventi, caratteristica che è determinante per raggiungere tutti: relativamente alle informazioni da dare e a come darle, alla tipologia del vaccino, al metodo di "ingaggio", al coinvolgimento delle comunità.

Ma perché l'immagine evangelica¹³ evocata all'inizio diventi da subito realtà, indipendentemente se a muoverci sia lo spirito umanitario, un sentimento solidaristico o la voglia di una giustizia sociale, serve l'impegno di tutti. Ciò può avvenire attuando quelle prerogative costituzionali di leale collaborazione tra i vari livelli dell'amministrazione (che si sono perse in una sorta di competizione all'apparire inseguendo facili consensi) e di una vera sussidiarietà orizzontale tra attori istituzionali e il terzo settore troppo spesso ignorato. Solo percorrendo questa via si potrà davvero arrivare al riscatto delle persone più deboli della società.

VACCINAZIONE ALLE PERSONE SOCIALMENTE FRAGILI. TAPPE PRINCIPALI DI UN PERCORSO DI ADVOCACY

3 febbraio 2021: l'Aifa recepisce la richiesta di piena inclusione dei soggetti socialmente fragili nella campagna di vaccinazione e da indicazione sui documenti necessari per accedere al vaccino (TS, TEAM, STP, ENI, CF temporaneo, qualsiasi documento anche scaduto, auto dichiarazione);

4 febbraio 2021: lettera del Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) al Ministro della Sanità Speranza per inserire esplicitamente nelle fasi per la vaccinazione anche i soggetti socialmente fragili;

25 febbraio 2021: presentato Il monitoraggio del Tavolo Asilo Nazionale e del TIS su "procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi d'accoglienza in Italia" con la richiesta dell'inclusione nel piano vaccini della popolazione socialmente fragile;

marzo/maggio 2021: lettere di alcuni GrIS alle Regioni d'appartenenza per rendere utilizzabili i portali regionali per la prenotazione dei soggetti senza tessera sanitaria, attivare le Aziende sanitarie territoriali, coinvolgere il terzo settore e le comunità straniere per interventi di mappatura, sensibilizzazione, informazione e d eventuale accompagnamento;

24 aprile 2021: ordinanza n. 7 del Commissario Straordinario per l'emergenza COVID 19, Generale Figliuolo, con l'indicazione di vaccinare "individui non iscritti al Servizio Sanitario

Nazionale" (cittadini italiani iscritti all'Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero...; i dipendenti delle Istituzioni dell'Unione Europea...; gli agenti diplomatici e il personale amministrativo delle missioni diplomatiche...; il personale di enti e organizzazioni internazionali...);

31 maggio 2021: lettera del TIS al Commissario Straordinario Figliuolo sulla necessità di comprendere operativamente la vaccinazione alle persone senza tessera sanitaria e socialmente fragili (STP, ENI, CF temporanei);

18 giugno 2021: nota del Ministero della salute su "Completamento del ciclo vaccinale nei soggetti sotto i 60 anni che hanno ricevuto una prima dose di vaccino Vaxzevria e chiarimenti sulle modalità d'uso del vaccino Janssen". Si specifica che nonostante questo vaccino debba essere somministrato agli over 60, si prevede che, "previo parere del Comitato etico territorialmente competente", possa essere "utilizzato nel caso di campagne vaccinali specifiche per popolazioni non stanziali... e, più in generale, per i cosiddetti gruppi di popolazione *hard to reach*";

5 luglio 2021: nota SIMM su circ. min. 18/6/21 e criticità vaccinali "Vaccini: garantire uno stesso livello di tutela della salute e della dignità per tutti gli esseri umani" <https://www.simmweb.it/1034-la-simm-preoccupata,-stesso-livello-di-tutela-della-salute-e-della-dignità-per-tutti-gli-esseri-umani>

8 luglio 2021: Pubblicazione: Vaccinazione contro COVID-19 nelle comunità residenziali in Italia: priorità e modalità di implementazione ad interim.

https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+16_2021.pdf/b39f0142-41d6-7d4d-94e8-0668cfb95bf9?t=1625751318696

Materiali utili per tutti

FAQ AIFA sulla vaccinazione

Materiali della Regione Emilia-Romagna con la traduzione in cinese, albanese, francese, urdu, russo e arabo

<https://www.integrazionemigranti.gov.it/Ricerca-news/Dettaglio-news/id/1817/-Le-Faq-di-Aifa-sui-vaccini-anti-Covid-19>

<https://sociale.regione.emilia-romagna.it/intercultura-magazine/notizie/covid-19-cosa-ce-da-sapere-in-diverse-lingue#organizzazioni>

Consenso informato e nota informativa sui singoli vaccini

Materiali predisposti a cura dell'INMP in inglese, francese, rumeno e arabo

<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5452&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>

NOTE

¹ <http://www.caritasroma.it/2021/06/i-dimenticati-del-vaccino/>

² I ricoveri e le terapie in Italia non sono negate ma ad esempio, in particolare nella prima fase dell'epidemia, abbiamo assistito negli stranieri ad un ritardo nella diagnosi dell'infezione ed una maggiore gravità clinica, associata ad una più alta probabilità di ospedalizzazione e di ricorso alle terapie intensive e di rischio di morte. Vedi: Fabiani M et al. *Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system*. The European Journal of Public Health, Vol. 31, No. 1, 37-44.

³ <https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/vorrei-essere-a-casa/>

⁴ <https://www.saluteinternazionale.info/2021/03/gli-invisibili-e-il-diritto-al-vaccino/>

⁵ https://www.interno.gov.it/sites/default/files/2020-08/dlci_-_analisi_dati_emersione_15082020_ore_24.pdf

⁶ https://erostraniero.radicali.it/wp-content/uploads/2020/10/Erostraniero_-_regolarizzazione_27-ottobre-2020-Final.pdf

⁷ <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/it/documentazione/statistica/cruscotto-statistico-giornaliero>

⁸ https://www.istat.it/it/files/2015/12/Persone_senza_dimora.pdf

⁹ Civitelli G., *I determinanti sociali della salute degli immigrati*. In "Salute e migrazione: ieri, oggi e il futuro immaginabile". Pendragon, Bologna, 2020, 115:118.

¹⁰ Tavolo Asilo Nazionale, Tavolo Immigrazione e Salute, *Dossier COVID 19. Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi di accoglienza in Italia*, N. 1 giugno 2020, TA-TIS.

¹¹ Tavolo Asilo Nazionale, Tavolo Immigrazione e Salute, *Dossier COVID 19. Procedure, condizioni di sicurezza, criticità nei sistemi di accoglienza in Italia*, N. 2 febbraio 2021, TA-TIS.

¹² <https://www.simmweb.it/1032-lettera-al-commissario-figliuolo-per-la-silenziosa-esclusione>; <https://www.simmweb.it/1034-la-simm-preoccupata,-stesso-livello-di-tutela-della-salute-e-della-dignità-per-tutti-gli-esseri-umani>

¹³ Vangelo di Matteo 20,1-16.



RASSEGNA

LA VACCINAZIONE PER TUTTI, ANCHE IN ITALIA

Un centro vaccinale nella periferia di Padova gestito da Cuamm con la AULSS 6 e la Diocesi: nasce all'interno di un programma più ampio di risposta a Covid-19, dove lo sforzo, in Italia come in Africa, è quello di portare misure di prevenzione e cura a tutti, grazie al contributo di personale volontario.

TESTO DI / ANDREA ATZORI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM BARI

Il centro vaccinale Cuamm è il primo centro in Regione Veneto gestito da una ong in partnership con la AULSS 6 e la Diocesi di Padova. Un'iniziativa lanciata per sostenere la campagna nazionale di vaccinazione anche con centri più piccoli, inseriti in aree densamente popolate su grandi vie di comunicazione. Il centro è stato realizzato riorganizzando gli spazi della ex scuola media del seminario minore di Rubano e segue gli standard operativi della AULSS6, che ne supervisiona le attività.

Le operazioni del centro si articolano in 4 macro-aree: 1) sistema di prenotazione, 2) gestione dei vaccini, 3) vaccinazione, 4) gestione dei richiami.

- 1. Il sistema di prenotazione**, come per gli altri hub vaccinali, è gestito dalla AULSS6 e permette a tutti i cittadini in possesso di codice fiscale di prenotare la vaccinazione tramite portale dedicato. La disponibilità varia a seconda dei giorni, orari e numero di linee vaccinali che Cuamm mette a disposizione. Ad oggi il centro è aperto 7 giorni su 7 con sedute vaccinali pomeridiane di 6 ore (lunedì-venerdì) e di 12 ore (sabato e domenica). Il centro può aprire fino a 4 linee vaccinali con una prenotazione ogni 6 minuti, ovvero fino a 240 prenotazioni per un turno di 6 ore o 480 per 12 ore.
- 2. La gestione del vaccino** avviene attraverso il sistema della AULSS6. Sulla base delle prenotazioni viene ordinato un quantitativo di dosi su base giornaliera, stoccate nel centro a temperature da 4-8 gradi. Il vaccino stoccato viene poi preparato per la vaccinazione seguendo protocolli di preparazione o diluizione previsti per ogni singola tipologia di vaccino.
- 3. La vaccinazione** è l'aspetto più operativo e si realizza mediante l'insieme di attività non sanitarie (servizio di accoglienza, gestione flussi utenti etc..) e sanitarie (le linee vaccinali).
 - Gli aspetti non sanitari sono fondamentali per permettere il funzionamento del centro in sicurezza. Essi comprendono la gestione del flusso di pazienti in entrata/uscita, la verifica delle prenotazioni, il distanziamento e la presenza o meno di accompagnatori. Queste attività sono gestite

da volontari Cuamm, in media 7 per turno, disposti in varie postazioni ad esempio entrata principale, triage, sala d'attesa pre-vaccino, sala post vaccino e uscita.

- L'area sanitaria è costituita principalmente da due attività: la preparazione del vaccino e le linee vaccinali. La prima avviene in un'area dedicata, asettica ed è gestita da personale medico e infermieristico. Qui secondo procedure standard si preparano le singole dosi che sono poi portate alle linee vaccinali nei tempi, modalità e quantità necessarie per sostenere il ritmo vaccinale previsto. Le linee vaccinali sono invece il luogo dove avviene la vaccinazione. Ogni linea segue 4 fasi: l'anamnesi per identificare rischi legati ad allergie, patologie pre-esistenti o altro; l'inserimento dati nel sistema regionale (SIAVR); la vaccinazione; la prenotazione del richiamo e/o stampa del certificato vaccinale. Ogni linea vede la presenza su base volontaria di un medico, un addetto amministrativo per la gestione dati e quando disponibile un infermiere per la vaccinazione. Vi sono poi uno o più infermieri o medici dedicati alla preparazione dei vaccini.

- 4. La gestione delle prenotazioni delle seconde dosi.** A seconda del vaccino, ogni utente riceve subito dopo la prima vaccinazione delle opzioni per il richiamo. Il sistema è tale per cui in parallelo durante una seduta vaccinale si ricevono utenti per la prima dose (vedi punto 1) e utenti per il richiamo. La somma dei due flussi determina la necessità di mantenere aperto il centro ed il numero di linee vaccinali minimo per garantire le vaccinazioni o richiami nei tempi previsti.

Il centro vaccinale, aperto al pubblico dal 12 giugno, ha operato no stop 7 giorni su 7 somministrando, ad oggi, oltre 11.000 vaccini, grazie alla dedizione di 169 volontari (69 sanitari e 100 non sanitari). Per un totale di 3.500 ore si servizio gratuito.

Il centro vaccinale è parte dello sforzo più ampio di Cuamm per la vaccinazione per tutti, soprattutto in Africa dove oggi solo l'1% della popolazione è vaccinato. Una grande lacuna che deve essere colmata per arrestare la pandemia, consapevoli che o siamo tutti vaccinati ed al sicuro o nessuno lo sarà davvero.



MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Nata nel 1950, Medici con l'Africa Cuamm è la prima ong in campo sanitario riconosciuta in Italia (in base alla Legge della cooperazione del 1972) e la più grande organizzazione italiana per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni africane.

Realizza progetti a lungo termine in un'ottica di sviluppo, intervenendo con questo approccio anche in situazioni di emergenza, per garantire servizi di qualità accessibili a tutti.

STORIA

In **70** anni di storia:

- o oltre **200** i programmi realizzati;
- o **2.080** le persone coinvolte nei progetti;
- o **43** i paesi d'intervento;
- o **239** gli ospedali serviti;
- o **1.139** gli studenti ospitati dal collegio di cui 854 italiani e 285 stranieri provenienti da 34 diversi paesi;
- o oltre **5.000** gli anni di servizio cumulativi effettuati.

ISTANTANEA

Medici con l'Africa Cuamm è attualmente presente in Angola, Etiopia, Mozambico, Repubblica Centrafricana, Sierra Leone, Sud Sudan, Tanzania, Uganda con:

- o **151 progetti** di cooperazione principali e un centinaio di micro-realizzazioni di supporto, con i quali appoggia:
 - 23 ospedali;
 - 80 distretti (per attività di sanità pubblica, assistenza materno-infantile, lotta all'Aids, tubercolosi e malaria, formazione);
 - 855 strutture sanitarie;
 - 3 scuole infermieri (Lui - Sud Sudan, Matany - Uganda, Wolisso - Etiopia);
 - 1 università (Beira - Mozambico);
- o **4.777 risorse umane** di cui 434 sono operatori internazionali.

IN EUROPA

Medici con l'Africa Cuamm è attiva da anni anche in Europa nella realizzazione di progetti di sensibilizzazione e formazione sui temi dell'equità e della cooperazione sanitaria internazionale. In particolare, lavora in *network* con Università, ong e istituzioni per creare una società italiana ed europea cosciente del valore della salute quale diritto umano fondamentale e componente essenziale per lo sviluppo.

AVVISO AI LETTORI

Sostieni e partecipa al nostro impegno in Africa, attraverso una di queste modalità:

- **c/c postale:** n. 17101353 intestato a Medici con l'Africa Cuamm
- **bonifico bancario:** IBAN IT 32 C 05018 12101 000011078904 presso Banca Popolare Etica Padova
- **carta di credito:** telefonando allo 049.8751279
- **online:** www.mediciconlafrica.org
- **5x1000:** con la tua firma e il nostro codice fiscale 00677540288

Medici con l'Africa Cuamm è onlus ong. Le offerte inviate sono quindi deducibili nella dichiarazione dei redditi, allegando la ricevuta dell'offerta eseguita.

SALUTE E SVILUPPO offre studi, ricerche e documentazione unici nel panorama editoriale italiano.

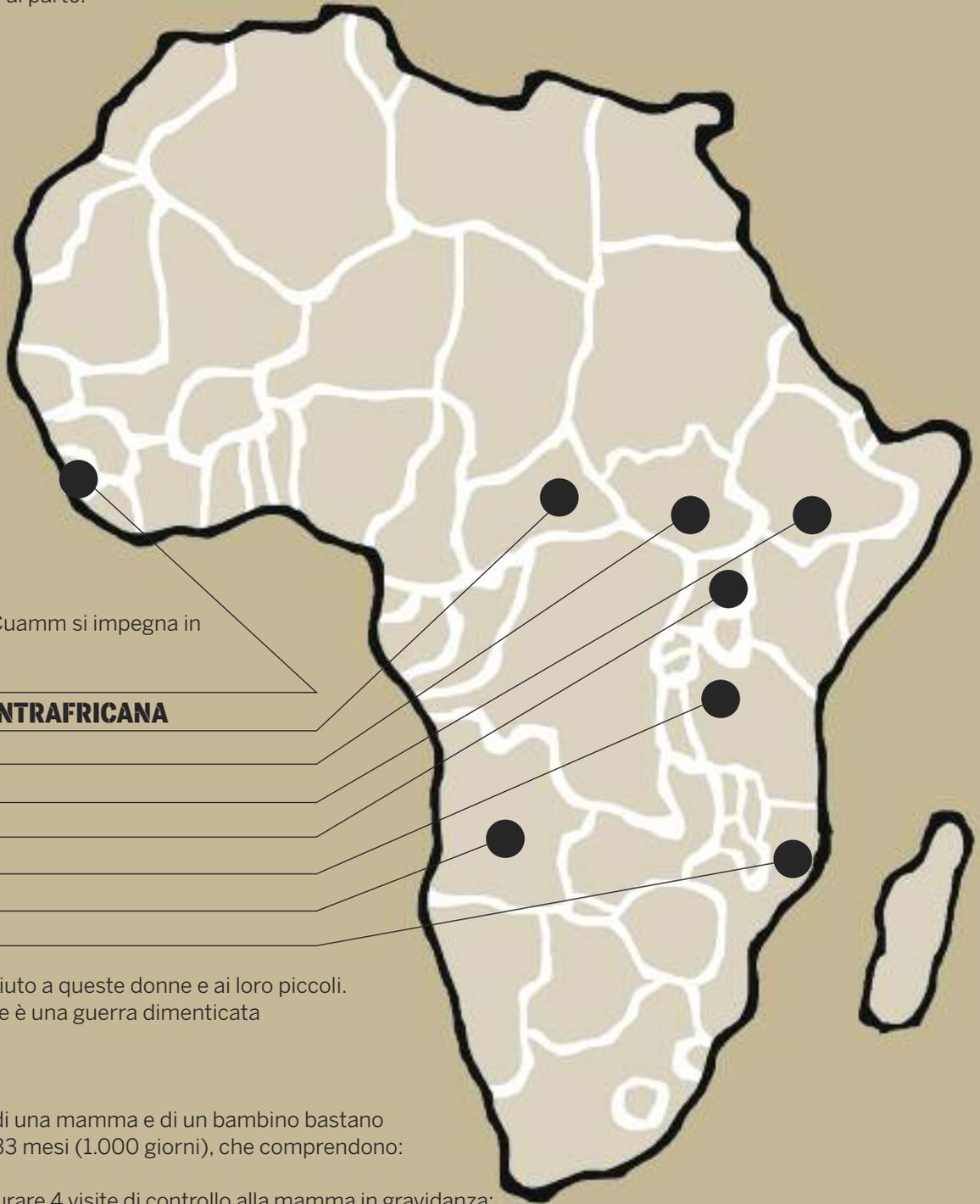
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



L'AFRICA DEI BISOGNI

OGNI ANNO NELL'AFRICA A SUD DEL SAHARA:

- 4,5 milioni di bambini muoiono prima di aver compiuto cinque anni, per malattie prevenibili e curabili a basso costo;
- 1,2 milioni di neonati muoiono nel primo mese di vita per mancanza di cure;
- 265.000 donne perdono la vita per cause legate alla gravidanza e al parto.



Medici con l'Africa Cuamm si impegna in

SIERRA LEONE

REPUBBLICA CENTRAFRICANA

SUD SUDAN

ETIOPIA

UGANDA

TANZANIA

ANGOLA

MOZAMBICO

per portare cura e aiuto a queste donne e ai loro piccoli.
Aiutaci in questa che è una guerra dimenticata e silenziosa.

Per prendersi cura di una mamma e di un bambino bastano
6 euro al mese per 33 mesi (1.000 giorni), che comprendono:

- 50 euro per assicurare 4 visite di controllo alla mamma in gravidanza;
- 40 euro per garantire un parto assistito;
- 30 euro per accompagnare mamma e bambino nelle fase dell'allattamento al seno;
- 80 euro per garantire i vaccini e i controlli di crescita nella fase dello svezzamento.



**MEDICI
CON L'AFRICA**

Doctors with Africa



rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
luglio 2021 — n° **82**
www.mediciconlafrica.org

«Vogliamo e dobbiamo arrivare fino all'ultimo villaggio, il vaccino deve diventare vaccinazione, solo così sarà un bene comune»

