



Medicus mundialmente

Periodico semestrale di **Medicus Mundi Italia**

2/2021



Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 359/2003 (conv. in L.27/02/2004 n.46) art.1, comma 1 LOM/BS/0000 - Anno 30 - n. 2/2021

**Un vaccino per tutti...
è salute per tutti!**



Numero 2/2021

Periodico semestrale
di Medicus Mundi Italia



Direttore Responsabile

Adalberto Migliorati

Redazione

Ufficio Territorio MMI

In questo numero hanno collaborato

Prof. G. Carosi, M. Chiappa, M. Preaux,
A. Ndereyimana, E. Estrela Ayres, O. Chambule,
G. Pietra, M. Martinetto, E. Chiara, G. Orsolato,
C. Ferrante, S. Caligaris, L. Tomassoni, V. Manzotti,
B. Seghesio, C. Ferrari

Foto copertina

Marta Gazzurelli

Numero chiuso in redazione

29 novembre 2021

Prossimo numero

giugno 2022

Videoimpaginazione e stampa

GAM - Rudiano (BS)
Reg. Trib. Brescia N. 7/1989
del 18 febbraio 1989
Numero iscrizione ROC: 31622

Editrice

Medicus Mundi Italia ONLUS
Via Collebeato, 26 - 25127 Brescia
Tel. 030.6950381 - 030.3367915

Codice fiscale

98011200171

e-mail

redazione@medicusmundi.it

web

www.medicusmundi.it

Logo

Guss van Eck

Tiratura

1.500 copie
Stampato su carta ecologica certificata FSC®

Seguiteci su



EDITORIALE

- 3 Ricchi e Poveri. Terza dose in Italia bene, ma prima dose in Africa no?

IL DIRETTORE RISPONDE

- 6 “Un Vaccino per tutti”, emergenza da COVID-19 e altre emergenze sanitarie

PROGETTI

- 8 Mozambico,
I primi passi del nuovo progetto “PRoTeggiMI”
- 9 Mozambico,
“Chiusura del progetto Till the end”
- 10 Kenya, “MMI e il 2020 in Kenya”
- 12 Burkina Faso, “Vent’anni in Burkina Faso con Medicus Mundi Italia”
- 13 Burkina Faso, “Una nuova rotta per MMI in Burkina Faso”
- 14 Brasile, “L’Associazione ‘Santo Antonio dos Pretos’ e il progetto BEM VIVER”
- 15 Burundi,
“Procede il cammino di Kura Kiremba”
- 16 Italia, “XXXIII edizione del Corso di Malattie Tropicali e Medicina Internazionale”
- 17 Italia, “continua il nostro impegno on Green School”

RUBRICA DEL MEDICO

- 18 Svolta storica: l’OMS dà il via libera al vaccino contro la malaria per i bambini

AVVISO PER I NOSTRI DONATORI E SOSTENITORI:

Dal 2022 Medicus Mundi Italia cambia conto corrente. Continua a sostenere i nostri progetti sul nuovo conto:

BANCA BCC

Intestato a: MEDICUS MUNDI ITALIA

IBAN: IT8200869211202017000175403

Contattaci per maggiori informazioni.

Ricchi e Poveri.

*Terza dose in Italia bene,
ma prima dose in Africa no?*



Seguire l'evoluzione dell'epidemia da COVID-19 è come fare un percorso sulle montagne russe, affrontando una serie di sbalzi fra fattori favorevoli la trasmissione e fattori deterrenti. Alla fine della primavera 2021 il numero dei nuovi casi e dei nuovi morti appariva in Italia estremamente esiguo e tutto lasciava presagire di essere prossimi alla estinzione del virus. Fattori favorevoli erano rappresentati dall'arrivo dell'estate e la buona percentuale di popolazione vaccinata. Fattore oscurante queste ottimistiche previsioni era l'inesorabile progressione della più trasmissibile variante Delta. A questo si aggiunse un nuovo, in qualche modo inatteso, fattore di preoccupazione. Da Israele, paese che ci aveva preceduto per tempistica e ampiezza di vaccinazione di circa 3-4 mesi e aveva pressoché azzerato i casi, giungeva il dato allarmante della ripresa dell'epidemia, con nuovi contagi e casi di recidive in soggetti vaccinati, imputabile a un affievolimento dell'effetto immunizzante dei vaccini. Questo aveva suggerito l'opportunità di ricorso a una terza dose, di richiamo, del vaccino Pfizer (adottato universalmente a Israele) per rinforzare la risposta anticorpale.

Anche nel Regno Unito, dove gran parte della popolazione era vaccinata con il vaccino Astra Zeneca, si è adottata l'introduzione della terza dose essendosi riscontrato un allarmante aumento del numero dei casi e la presenza di recidive nei vaccinati. E, già dopo pochi mesi, come in Israele, si è ottenuta una riduzione dei contagi e soprattutto dei casi gravi e dei morti. Anche gli USA, seguendo questi esempi, hanno raccomandato l'uso generalizzato della terza dose.

La situazione in Italia, in Europa e negli USA

In definitiva in Italia, in Europa e negli USA si pone oggi con urgenza il problema della "terza dose". Resta in discussione nei vari paesi se vada raccomandata solo per le persone "fragili", a maggior rischio e per gli anziani o per tutta la popolazione.

In Italia in realtà ci si sta muovendo con grande prudenza avendo come guida i dati scientifici. I provvedimenti adottati a partire da ottobre sono la raccomandazione della "terza dose" per tutte le categorie in cui certamente il beneficio è accertato:

- 1) soggetti immunocompromessi a vario titolo, soggetti "fragili" per i quali si raccomanda una dose di completamento del ciclo vaccinale
- 2) soggetti ultrasessantenni, per cui si raccomanda una dose di rinforzo (booster) nell'ipotesi di una più debole risposta immunitaria nell'anziano
- 3) operatori sanitari, incluse le RSA, dove l'esposizione al rischio è massima ed è particolarmente importante la tutela dei residenti.

Nel contempo, a partire dal 15 ottobre 2021, in Italia è stato esteso l'obbligo del green-pass (certificato di vaccinazione) anche per l'accesso ai luoghi di lavoro. In realtà un provvedimento di sanità pubblica realmente efficace avrebbe consigliato l'obbligo vaccinale tout court. Per motivi politici questa via non ha potuto essere percorribile e si è lasciato uno spazio di libertà concedendo il green-pass anche sulla base della certificazione di un tampone naso-faringeo negativo. Si confida che queste misure, unitamente al mantenimento dell'obbligo della mascherina

facciale al chiuso e anche all'aperto in caso di affollamento, possa essere sufficiente a limitare i numeri di una curva epidemica che indubbiamente da ottobre ha rialzato la testa configurando concretamente il rischio di una "quarta ondata". In altri paesi d'Europa, non solo in Russia e nei paesi dell'Est dove l'epidemia è letteralmente esplosa, ma anche in Germania e Francia si segnalano incrementi di casi preoccupanti, tanto da indurre i governi ad adottare analoghi provvedimenti (richiamo vaccinale e green-pass).

Questa quarta ondata è caratterizzata da un numero progressivamente elevato di nuovi casi cui, fortunatamente, non corrisponde un numero corrispondentemente elevato di nuovi morti. La vaccinazione infatti protegge sostanzialmente dalla malattia grave, dall'ospedalizzazione, dal ricorso alla terapia intensiva e dalla mortalità, ma salvaguarda solo in misura limitata dal contagio della variante Delta ormai predominante. L'Italia – che ha condotto la vaccinazione di massa con un ritardo di 3-4 mesi rispetto a Israele e al Regno Unito – è attualmente in posizione più defilata ma rientra in questo quadro con un numero di nuovi casi giornalieri progressivamente salito da 2.000 a 10.000 e oltre, con un numero di morti intorno a 50-100.

Di fatto ci troviamo di fronte a 2 epidemie: l'epidemia dei vaccinati e l'epidemia dei non vaccinati e ad una prevalenza ormai del 100% della variante Delta.

La prima è dovuta a decadimento dell'efficacia, a partire da circa 6 mesi, dei vaccini. A questa situazione è ormai divenuto urgente fare fronte con una terza dose di richiamo che, a partire dai soggetti più fragili e anziani, viene progressivamente estesa all'intera popolazione adulta di vaccinati con due dosi.

L'epidemia dei non vaccinati riguarda quei circa 3 milioni di popolazione maggiorenne che ha rifiutato finora la vaccinazione e i circa 6 milioni di bambini con meno di 12 anni, non vaccinati per l'assenza di vaccino pediatrico. Gli adulti, in particolare gli over 50, sono costituiti da una piccola percentuale di "no-vax" ideologici, che non potranno mai essere convinti, e da una più ampia percentuale di "esitanti", dei quali è necessario dedicarsi al convincimento.

Purtroppo questo è un grande bacino in cui si mescola di tutto, dalla agofobia all'adesione a teorie complottiste e che sovente si traduce in

"no-tutto" come dimostrano manifestazioni anarcoidi, anche violente, contro l'autorità statale in generale. Si può ritenere che in qualche misura tutto ciò sia stato alimentato dalla cattiva comunicazione, o meglio dalla ipercomunicazione sul COVID-19 che da 2 anni imperversa quotidianamente sui giornali, la TV e i social media. La stessa pleora di "esperti", che esprimono posizioni legittimamente discordi (la scienza si nutre di dubbi e ipotesi da verificare) ma che sono spinti a spettacolarizzare il dibattito per soddisfare l'audience, sono parte del confondimento della comunicazione: dalle diverse posizioni ognuno prende quella parte che ritiene a sostegno dei propri convincimenti. Ad esempio, se repute autorità scientifiche, uno per tutti Antony Fauci, dicono: "anche se il vaccino non protegge al 100%, tuttavia i benefici sono largamente superiori ai rischi", chi non vuole vaccinarsi estrae: "anche Fauci dice che il vaccino non protegge".

All'epidemia del virus si è intrecciata l'epidemia dell'informazione, l'infodemia, che si nutre di teorie complottiste e di fantasiose fake-news. Poiché sono minoranza è necessario fare comprendere a chi non vuole vaccinarsi l'assurdità di volere imporre la loro volontà a una larga maggioranza di vaccinati. La loro presenza di fatto mantiene l'epidemia, espone a rischio chi non si può vaccinare ed espone

Seguire l'evoluzione dell'epidemia da COVID-19 è come fare un percorso sulle montagne russe, con una serie di sbalzi fra fattori favorenti la trasmissione e fattori deterrenti.

concretamente al rischio di tornare al lockdown danneggiando fra l'altro anche la ripresa dell'economia.

E' ora di dire che la pazienza è finita: la Costituzione tutela la libertà di espressione ma più ancora tutela la salute di tutti i cittadini. La maggioranza silenziosa dei vaccinati deve farsi sentire e spegnere la rivolta facinorosa della minoranza no-green pass.

La posizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

L'OMS, in una visione globale, fa rilevare che mentre il 70% delle dosi di vaccino viene somministrata nei paesi a elevato reddito, meno del 30% è attualmente appannaggio dei paesi a medio e basso reddito. E fra questi la più parte è riservata all'Asia e al Sud America mentre meno del 5% circa all'Africa, che rappresenta il "buco nero" della pandemia. La policy preconizzata dall'OMS è di occuparsi in via prioritaria delle prime dosi nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS).

Covax è un programma internazionale delle Nazioni Unite deputato all'acquisto a prezzo ridotto dei vaccini e alla loro distribuzione (tramite UNICEF). Il recente G20 di Roma ha indicato come obiettivo la vaccinazione del 40% della popolazione mondiale entro il 2021 e del 70% entro il 2022. Purtroppo in assenza di finanziamenti coerenti, questo obiettivo è destinato a restare un auspicio, pur commendevole.

Nel contempo è avviato un negoziato con Big Pharma per la cessione temporanea dei brevetti per i PVS, come è avvenuto per i farmaci anti-AIDS. Questo negoziato è decisamente più complicato anche perché la manifattura di "biosimilari" (quali sono i vaccini) è decisamente più complessa che per i "generici" (quali sono i farmaci).

Una ottima notizia sui vaccini ci viene dalla FDA e dell'EMA, che hanno approvato un vaccino pediatrico Pfizer basato sull'impiego di 1/3 della dose e rivolto ai bambini da 6 a 11 anni. Questo presumibilmente sarà disponibile in Europa a partire da Dicembre. Un vaccino pediatrico, da integrare nel programma universale di vaccinazione dell'infanzia, è essenziale per il raggiungimento dell'immunità di gregge. Ma questo non potrà essere attuato nei PVS con il vaccino Pfizer che comporta il trasporto e la conservazione a basse temperature, condizione preclusa da difficoltà logistiche in particolare nei paesi africani. Sono attesi a breve altri vaccini pediatrici più pratici per i PVS.

Con il 10% della popolazione mondiale, l'Africa sostiene circa il 70% dei casi di HIV/AIDS ma solo il 4% dei casi di infezione da SARS-CoV-2.

L'Africa infatti è paradossalmente messa a riparo dall'epidemia di COVID-19 dalla sua stessa arretratezza: la popolazione è giovane a causa della bassa aspettativa di vita (meno di 50 anni) e le relazioni umane e i contatti sono ostacolati dalla precarietà delle vie di comunicazione interne. Rispetto all'Occidente industrializzato il quadro delle aspettative è capovolto. Altro che no-vax e infodemia. Le attese della disponibilità di un vaccino sono enormi e vi è grande fiducia nella scienza. Vi è forte richiesta di vaccini e terreno fertile per la cooperazione. In risposta a queste attese anche Medicus Mundi si è impegnata in un progetto ("Un vaccino per tutti") in Mozambico. L'Africa è ancora una volta la faccia oscura della luna, che attende con speranza di essere illuminata.

L'OMS, in una visione globale, fa rilevare che mentre il 70% delle dosi di vaccino viene somministrata nei paesi a elevato reddito, meno del 30% è attualmente appannaggio dei paesi a medio e basso reddito.

“Un Vaccino per tutti”

emergenza da COVID-19 e altre emergenze sanitarie

La campagna “Un vaccino per tutti” è una sfida importante e impegnativa per Medicus Mundi. Quali sono i passi da compiere per garantire che i vaccini arrivino realmente alla popolazione più vulnerabile del Mozambico?

Per far arrivare i vaccini alle comunità più remote e isolate del Mozambico, tenendo conto che circa il 70% della popolazione vive in area rurale, sono diversi i passi da compiere. Innanzitutto lavorare in collaborazione e sinergia con le autorità sanitarie del Mozambico. È necessario aumentare la fornitura dei vaccini e garantire la catena di approvvigionamento, distribuzione e somministrazione degli stessi, occorre formare chi realizza le vaccinazioni, garantire la catena del freddo (avere congelatori anche nei centri di salute), la logistica (manca carburante), tende per il triage, materiale di sterilizzazione. È importante informare la popolazione sulla trasmissione del virus, sulla possibilità di contenimento e l'opportunità del vaccino. Esiste un piano nazionale di vaccinazione Covid, ma la campagna va a rilento e ci sono molte difficoltà, per cui una gran parte della popolazione ne è ancora esclusa.

Tu e il nostro Vice Presidente, Silvio Caligaris, siete stati recentemente in missione in Mozambico: come è la situazione riguardo alla diffusione del virus COVID-19?

Come sappiamo il virus non ha colpito la maggior parte dei Paesi africani, Mozambico incluso, allo stesso modo in cui ha colpito i Paesi occidentali, l'India, il Brasile, ecc. Le ragioni sono varie e verranno studiate con il tempo. Ma si sa anche che i dati registrati sono fortemente sottostimati rispetto alle infezioni reali: c'è scarsissima capacità di tracciamento, mancano tamponi e materiale di prevenzione, materiale chirurgico. Per non parlare dell'assistenza sanitaria ai ricoverati e ancor più ai casi gravi (in tutto il Mozambico esistono circa 30 posti letto in terapia intensiva!). In Africa la percentuale di popolazione completamente vaccinata è poco superiore al 8%, contro il 74% dell'Italia. In Mozambico su una popolazione di più di 30 milioni di abitanti, poco più del 9% è stato completamente vaccinato*. Fino ad ora sono stati vaccinati operatori sanitari, forze dell'ordine, funzionari pubblici e persone over 50 in aree urbane. È iniziata da poco la vaccinazione nelle zone rurali. Con i fondi che la campagna sta raccogliendo, possiamo stimare un acquisto di circa 50.000



dosì di vaccini, oltre a dare risposta a necessità manifestate dalla Direzione Provinciale della Salute di Inhambane per garantire l'efficacia della campagna di vaccinazione (materiale medico-chirurgico, tende per il triage e l'isolamento pazienti, congelatori, ecc.). Ma ci sono diversi fattori che rendono difficile e rallentano la campagna di vaccinazione soprattutto nelle aree rurali, in particolare la logistica: mancano auto e carburante per raggiungere le comunità, la mobilitazione e l'informazione sono scarse, talvolta c'è resistenza culturale, diffusione di fake news...

Oltre all'emergenza COVID-19, quali sono le principali emergenze sanitarie a cui Medicus Mundi deve far fronte nei Paesi in cui è attiva?

È evidente come COVID-19 sia una nuova emergenza che si è aggiunta alle tante epidemie ed emergenze sanitarie che affliggono l'Africa: malaria, HIV, tubercolosi, ma anche colera, ebola in alcune aree del continente, senza dimenticare le emergenze sanitarie indotte o aggravate da fenomeni climatici estremi, come ad esempio la malnutrizione, soprattutto infantile.

E, paradossalmente, le misure restrittive introdotte anche nei paesi africani per contenere la diffusione del COVID-19 hanno avuto forti ripercussioni sull'assistenza sanitaria e sulla continuità della cura di altre patologie di cui noi ci occupiamo in Mozambico, in Burkina Faso, in Kenya, in Burundi, in Brasile: HIV, tubercolosi, malaria, malnutrizione, assistenza a gestanti, mamme e bambini da 0 a 5 anni. Dato che in Africa sono ancora molto elevati i tassi di mortalità materna, neonatale e infantile, possiamo dire che è emergenza anche la necessità di assistere le gestanti, di garantire parti sicuri, di curare le patologie del neonato e del bambino che spesso portano alla morte. Malattie facilmente curabili se si riesce a fare

la diagnosi e ad iniziare il trattamento in tempi rapidi. Ed è anche questo quello che noi ci impegniamo a fare.

Il Brasile è un caso a se stante: con 22 milioni di contagi e 613.000 morti è il terzo Paese più colpito al mondo da Covid-19, pur se con il 60,4% della popolazione già vaccinata in seconda dose*.

La strategia negazionista, il non rispetto delle norme di distanziamento sociale, le condizioni sanitarie spesso precarie, scarse azioni di prevenzione, la mancanza di test di massa hanno favorito, fra gli altri fattori, l'esplosione della pandemia. Inoltre non sono state introdotte misure economiche che privilegino la sicurezza alimentare e la generazione di lavoro (tagli ai programmi di sostegno sociale ai poveri). Al gran numero di morti per COVID registrati, si aggiungono le migliaia di donne e uomini resi orfani a causa della mancata assistenza sociale e sanitaria.

Per Medicus Mundi Italia l'impegno più gravoso è quello di riuscire a portare i servizi sanitari di base nelle comunità più vulnerabili e remote?

Sì per noi, per i nostri operatori impegnati sul campo, è una sfida ed un impegno quotidiano quello di raggiungere centri di salute lontani dalle aree urbane, nel sud del Mozambico, nel centro-ovest del Burkina Faso o a Kiremba in Burundi, spesso muovendoci con équipe sanitarie mobili, per arrivare a garantire servizi di salute essenziali soprattutto per le mamme ed i bambini delle comunità che vivono a decine di chilometri da un centro di salute e centinaia da un vero e proprio ospedale.

Ma la difficoltà è enorme anche nel combattere lo stigma e favorire l'accesso al trattamento antiretrovirale dell'HIV negli slum di Nairobi, nel garantire il trattamento della mal-

nutrizione e l'educazione igienico-sanitaria nei quartieri "non lotis" (terra di nessuno) di Ouagadougou o nell'assistenza socio-sanitaria alle famiglie messe ancora più ai margini dal COVID nell'estrema periferia di Sao Luis del Maranhão.

“Un vaccino per tutti” può essere un volano per altre iniziative di questo tipo?

Certamente sì. Dobbiamo ringraziare Confindustria Brescia, i sindacati bresciani, la Diocesi di Brescia e l'Università degli studi di Brescia perché crediamo che, oltre alla concretezza e l'efficacia nel portare i vaccini a chi ancora non ne ha, questa iniziativa dimostra che fare rete fra istituzioni, enti profit e no profit, sia importante per fare eco, trasmettere messaggi, sensibilizzare più gente possibile sull'importanza della "salute pubblica".

“Un vaccino per tutti” vorremmo sia da traino per altre iniziative che diano risposte concrete per favorire l'accesso ai servizi essenziali di salute per quella metà della popolazione globale che non ha accesso (sono dati OMS), ciò che per noi è doveroso e scontato.

“Un vaccino per tutti” per noi significa la “Salute per tutti!”, lo slogan di Medicus Mundi. E non si tratta solo di solidarietà e di cooperazione, perché in un mondo sempre più globalizzato è illusorio pensare che sia sufficiente che i paesi più ricchi siano vaccinati per bloccare la circolazione di questo virus. Dalla pandemia ne usciremo solo se l'accesso ai vaccini sarà globale, sarà per tutti.

*Massimo Chiappa,
Direttore Medicus Mundi Italia*

*Mercedes Preaux,
ufficio comunicazione & raccolta fondi*



DAL 1° SETTEMBRE AL 31 DICEMBRE 2021

SOSTEGNO DIRETTO ALLA CAMPAGNA DI VACCINAZIONE COVID-19

I fondi raccolti saranno devoluti a Medicus Mundi Italia, che in Mozambico collabora con UNI BS e Diocesi di Brescia



*Fonte: "Johns Hopkins University" e "Our World in data" (dati del 22 novembre 2021).



Mozambico

I primi passi del nuovo progetto “PRoTeggiMI”

Il Mozambico è tra i paesi con il più alto numero di nuove infezioni da HIV nei bambini, di cui la stragrande maggioranza è dovuta alla trasmissione verticale (TV). Secondo IMASIDA (2015), la provincia di Inhambane ha una prevalenza stimata dell’HIV nella popolazione generale del 14,1%, con un tasso di TV stimato del 14,5% (Spectrum 2018. v 5.756), il secondo più alto nella regione meridionale del paese, dopo la provincia di Maputo. L’uso della terapia antiretrovirale (ART) durante la gravidanza e l’allattamento da parte delle donne sieropositive e la profilassi con ARV per i neonati esposti all’HIV è il principale intervento per prevenire la trasmissione dell’HIV dalla madre al bambino. Tra i risultati di IMASIDA 2015 (pagina 222), è stato osservato che l’uso di ART è inferiore tra le donne in gravidanza o in allattamento che vivono nelle aree rurali (50%) rispetto alle aree urbane (60%).

È in questo contesto che MMI ha avviato la realizzazione del progetto PRoTeggiMI*, nella provincia di Inhambane, un progetto che sostiene le attività di “prevenzione della trasmissione materno-infantile e trattamento dell’HIV e della tubercolosi nelle comunità remote”.

Dal 21 ottobre 2021, tutte le 106 comunità coperte dalle *Brigadas Móveis* nei distretti di

Morrumbene, Homoine, Massinga e Funhalouro hanno iniziato a ricevere il servizio che garantisce loro l’accesso al trattamento HIV per le donne sieropositive in gravidanza e in allattamento. Oltre alle mamme, anche i bambini esposti all’HIV hanno ora la possibilità di ricevere la profilassi antiretrovirale, e questo servizio è disponibile direttamente nelle loro comunità, contribuendo così alla riduzione della trasmissione verticale in zone remote con difficile accesso all’assistenza sanitaria.

Attraverso questo progetto MMI continuerà a supportare i 4 distretti nella realizzazione delle *Brigadas Móveis* integrate, realizzate in partnership con i Servizi Distrettuali di Salute, Donne e Azione Sociale, e a garantire la formazione del personale tecnico nella prevenzione della trasmissione verticale.

Oltre a questo, la grande innovazione sarà l’introduzione di un dispositivo PIMA che consente la rapida rilevazione della carica virale nelle donne sieropositive in gravidanza e allattamento e consente anche la diagnosi precoce dell’HIV nel bambino esposto, consentendo così l’inizio precoce dell’ART nei bambini HIV-positivi, contribuendo quindi a ridurre la mortalità infantile associata all’HIV.

*Dott.ssa Olivia Chambule,
medico responsabile HIV e TB MMI Mozambico*

*Progetto co-finanziato da AICS (Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo – Contributo a “Iniziativa sinergiche” con il Global Fund AID 012168), realizzato in collaborazione con l’Università di Brescia

Mozambico

Chiusura del progetto *Till the end*

Il 31 agosto 2021 è terminato in Mozambico il progetto “Till the End”, finanziato dall’AICS nel quadro del *Technical Support Spending* al Fondo Globale per la Lotta all’Aids, alla Tuberculosis e alla Malaria, che aveva come obiettivo quello di promuovere l’accesso a servizi di salute efficaci e di qualità, sia a livello preventivo che curativo, per le popolazioni più vulnerabili delle comunità remote della Provincia di Inhambane. Grazie a questo progetto è stato possibile esportare il modello integrato di *Brigada Móvel* promosso da MMI e implementato già da diversi anni nel distretto di Morrumbene, ad altri due nuovi distretti, quelli di Massinga e Funhalouro.

Elemento innovatore di “Till the End” è stata l’introduzione di 3 dispositivi Genexpert Edge mobili, i primi ad essere utilizzati in Mozambico, per realizzare la diagnosi di tubercolosi direttamente nelle comunità raggiunte dalle *Brigadas Móveis*. Durante i due anni di progetto è stato inoltre possibile espandere nei due nuovi distretti la strategia della TARV Móvel, la dispensa comunitaria del trattamento anti-retrovirale per i pazienti sieropositivi. Nelle 6 comunità beneficiarie di questo servizio (scelte in collaborazione con i Servizi Distrettuali della Salute dei rispettivi distretti, sulla base di determinati criteri come la distanza dal centro di salute più prossimo, la difficoltà di accesso e il tasso di incidenza di HIV) sono state edificate delle apposite costruzioni in materiale locale per poter visitare i pazienti garantendo la loro privacy ed evitando possibilità di discriminazione all’interno della comunità, dove spesso ancora oggi permane lo stigma verso le persone affette da questa malattia.

Tutte le attività del progetto sono state realizzate grazie alla fondamentale collaborazione con il personale sanitario del Sistema Nazionale di Salute Mozambicano, ovvero i tecnici e infermieri che lavorano al fianco del personale di Medicus Mundi nelle BM e nelle TARV Móvel, e che hanno beneficiato delle formazioni realizzate durante il progetto; fondamentale, inoltre, è stato il costante supporto e assistenza tecnica sul campo garantita dai coordinatori di MMI per poter migliorare le competenze e conoscenze del personale coinvolto nelle attività e garantire alle comunità servizi sanitari primari con qualità crescente.

La pandemia di Covid-19 ha sicuramente causato numerose difficoltà nella realizza-

zione delle attività previste, impedendo per diversi mesi l’accesso alle comunità in seguito alle direttive nazionali emanate dal Ministero della Salute Mozambicano come strategia preventiva alla diffusione dei contagi. Ciò ha inficiato in particolar modo le attività legate alla diagnosi comunitaria della tubercolosi, limitando l’accesso ai pazienti possibilmente infetti. Tuttavia la pandemia non ci ha fermato, e anche nei mesi più critici Medicus Mundi ha sempre lavorato per trovare nuove strategie per continuare a dare supporto alle comunità più svantaggiate, senza mai perdere di vista gli obiettivi del progetto.

Con la chiusura del “Till the End”, la continuità dell’azione sarà comunque assicurata per il prossimo futuro: grazie al nuovo progetto “PRoTeggiMI”, finanziato dall’AICS sempre nel quadro del *technical support spending* al Fondo Globale, sarà infatti possibile continuare a sostenere le attività di BM e TARV Móvel nelle comunità remote della Provincia di Inhambane, introducendo inoltre nuove strategie per rafforzare la prevenzione della trasmissione verticale (PTV) delle malattie infettive da madre a figlio. Le donne incinte, in allattamento e i loro figli potranno beneficiare della dispensa comunitaria della terapia antiretrovirale durante le *Brigadas Móveis* e potranno avvalersi del supporto fornito dai *pontos focais HIV* comunitari, attiviste scelte all’interno delle stesse comunità che si responsabilizzeranno per il *follow-up* delle pazienti al fine di migliorare la loro adesione al trattamento e garantire il successo della strategia. Il percorso verso la “salute per tutti” dunque continua.

Beatrice Seghesio,
coordinatrice equipe sanitaria mobile
Valeria Manzotti, amministratrice



Progetto co-finanziato da AICS (Agenzia Italiana Cooperazione allo Sviluppo – Contributo a “Iniziativa sinergiche” nel quadro del *Technical Support Spending* al Fondo Globale) e Fondazione Museke, realizzato in collaborazione con l’Università di Brescia.



Kenya

MMI e il 2020 in Kenya

Nonostante in Kenya fino a metà ottobre fossero ancora in vigore alcune delle più stringenti restrizioni per la pandemia da COVID-19, quali il divieto di raduni pubblici e il coprifuoco dalle 10 di sera fino alle 4 di mattina, Medici Mundi non ha mai smesso di portare avanti le attività di *“You Will Never Walk Alone - Programma di riabilitazione su base comunitaria per bambini con disabilità negli slum di Nairobi”* e di *“Be Free! Integrazione tra comunità e sistema comunitario per una popolazione giovanile libera da HIV e stigma”*, realizzato con **NO ONE OUT***. Anche quest'anno per entrambi i progetti, Medici Mundi ha portato avanti il lavoro di salute comunitaria avviato nel 2017. Nel progetto di *You Will Never Walk Alone* infatti si sono condotte, in collaborazione con il Ministero di Salute keniano, formazioni specifiche e di approfondimento su prevenzione, diagnosi precoce, nutrizione, riabilitazione e diritti alla disabilità, a 100 operatori socio sanitari (CHVs – Community Health Volunteers), a 50 operatori sanitari quali infermiere, ostetriche, nutrizionisti etc. Nelle comunità le stesse tematiche sono state affrontate con 32 educatori/trici degli asili infantili e 30 mentor mothers (madri mentori) che hanno poi trasmesso le nozioni imparate a più di 1.000 genitori con e senza bambini con disabilità degli asili infantili e delle comunità attraverso dei dialoghi comunitari. Si sono realizzate 10 giornate per la sensibilizzazione e la registrazione alla disabilità con il Consiglio Nazionale delle persone con disabilità (National Council of Persons with Disability – NCPWD). Nelle stesse giornate era presente il personale medico del Ministero di Salute keniano dedicato al rilascio del certificato di disabilità dopo controlli medici adeguati e specifici per comprovare la disabilità. In totale sono state visitate e compilate alla disabilità

un totale di 1.238 tra bambini e adulti. Sono state giornate molto impegnative, ma anche molto gratificanti. Le mamme potevano, infatti, usufruire di questo servizio direttamente nella loro zona, senza dover andare negli uffici governativi in centro città che è sempre un qualcosa di impegnativo sia in termini di tempo che di spesa ma soprattutto di fatica; bambini/e piccoli e/o già grandi vengono portati in braccio dalle loro mamme!!!

Il progetto *Be Free!* invece è un progetto Global Fund interamente dedicato all'HIV, all'aderenza al trattamento e a combattere stigma e discriminazione nei giovani affetti da HIV sempre nelle aree degli slums. In questo progetto MMI insieme al partner locale WOFAK (Women Fighting AIDS in Kenya) segue tutto quel percorso che un giovane fa da quando scopre di aver contratto il virus. Gli operatori socio-sanitari (CHVs) insieme ai Counsellor HTS (Hiv Testing and Service) fanno test HIV porta a porta e se un giovane risulta positivo al test, viene subito riferito e collegato al centro di salute più vicino così che si possa incominciare insieme il relativo percorso di trattamento e di aderenza al trattamento. Gli Adherence Counsellors si occupano proprio di tutto il percorso di trattamento e di supporto psicosociale per aiutare il giovani ad accettare il suo stato, a condividerlo con chi di vicino, vivere una vita attenta, equilibrata e bilanciata nei vari aspetti della vita, dall'alimentazione al movimento fisico. In particolare i 10 Adherence Counsellors legati al progetto sono seguiti proprio da MMI e la relazione che si è instaurata migliora di mese in mese, la loro costante presenza al centro di salute aiuta i giovani a rispettare regolarmente i loro appuntamenti e a confrontarsi per qualsiasi fatica rispetto alla somministrazione degli antiretrovirali o problema legato al contesto



familiare e/o comunitario. Appuntamenti costanti con personale presente per loro!

E non finisce qua.....il 2020 ci ha portato anche l'arrivo di due volontari in Servizio Civile Universale, Christie e Nicola. Sono arrivati a fine ottobre con quattro mesi di ritardo vista la faticosa decisione di FOCSIV e delle relative autorità dei paesi di destinazione di farli partire o meno, solo dopo lunghe verifiche della situazione legata al COVID-19 nei vari paesi e relative sicurezze. Christie e Nicola sono arrivati e grazie ai partner locali con cui MMI collabora hanno iniziato la loro esperienza all'interno di WOFAK (Woman Fighting HIV&AIDS in Kenya), DEK (Deaf Empowerment Kenya) e TUINUKE. Ogni organizzazione opera in luoghi comuni, ma aiutando le comunità in diversi modi, seguendo la propria mission. Quando saranno da TUINUKE, per esempio, seguiranno Rosemary che insieme ad Esther realizzano corsi di informatica e sartoria per giovani degli slums che non possono permettersi di frequentare scuole professionali. Oppure da WOFAK, dove con le Field Officer visiteranno i centri di salute e le figure connesse al progetto "Be Free!". Insomma un'esperienza piena di aspetti, realtà e lavori diversi che arricchiranno i nostri volontari solo se lasceranno aperta ogni possibilità di incontro e di confronto, e coglieranno e apprenderanno qualcosa in ogni momento e/o persona che incontreranno.

chiranno i nostri volontari solo se lasceranno aperta ogni possibilità di incontro e di confronto, e coglieranno e apprenderanno qualcosa in ogni momento e/o persona che incontreranno.

*Grazia Orsolato,
rappresentante paese MMI Kenya*



Progetto co-finanziato da AICS (Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo, AID 011888) - realizzato in collaborazione con L'Africa Chiama (capofila) e MLFM

**Progetto co-finanziato da AICS (Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo - Contributo a "Iniziativa sinergiche" con il Fondo Globale, AID 011817, realizzato in collaborazione con NO ONE OUT - capofila) e con il contributo di Fondazione Museke

Burkina Faso

Vent'anni in Burkina Faso con Medicus Mundi Italia

PROGETTI

12

In agosto 2021 siamo rientrati in Italia dopo oltre trent'anni d'Africa.

Negli ultimi venti abbiamo lavorato con MMI in Burkina Faso: cerchiamo qui di fare una sintesi della nostra esperienza.

Nel 2001 eravamo tornati in Burkina – dove ci eravamo conosciuti e sposati – dopo quattro anni di lavoro in Madagascar, l'una per l'Unione Europea e l'altro per la Cooperazione italiana. A Ouagadougou, capitale del Burkina, Marina aveva continuato con l'UE, mentre Gigi collaborava all'introduzione dei protocolli di prevenzione della trasmissione madre-bambino dell'HIV all'Ospedale San Camillo.

Il primo incontro con MMI è stato proprio all'ospedale camilliano di Ouagadougou, durante una missione dell'allora Presidente Francesco Castelli. Erano gli anni della grande emergenza AIDS, quando i padri Camilliani potevano solo fornire accoglienza e cure palliative ai malati. Da quella missione è nata la collaborazione tra le strutture camilliane e MMI, che portava in dote anche la collaborazione con l'Università di Brescia. I vari progetti sviluppati hanno permesso il trattamento antiretrovirale di centinaia di pazienti, adulti e pediatrici.

Dopo alcuni anni d'attività a Ouagadougou, cui anche Marina aveva cominciato a contribuire, in particolare nel supporto alle associazioni di pazienti, MMI ci ha proposto di trasferirci in zona rurale, all'Ospedale S. Camillo di Nanoro, struttura di riferimento del Distretto omonimo, dove s'era già cominciato ad estendere le attività di lotta all'HIV. Abbiamo accettato subito. La nostra esperienza in Africa era cominciata negli anni '80 in zona rurale, dove pensiamo tuttora sia più importante – e più gratificante! – intervenire, anche se questo comporta uno stile di vita più spartano; e i nostri due figli erano ormai grandi, non era più necessario abitare in capitale per esigenze scolastiche.

Sono stati anni intensi, in cui ci siamo dovuti occupare un po' di tutto, dalla formazione del personale alla logistica dei reagenti, dalla clinica alla contabilità. Ci siamo trovati anche ad affrontare la minaccia di un'epidemia di ebola e una grave carestia. Quest'ultima ci ha portato a centrare gli interventi sulla lotta contro la malnutrizione dei bambini e delle donne, su cui abbiamo continuato a lavorare fino al nostro rientro.

Questa, in sintesi, è la storia dei nostri vent'anni con MMI. Il bilancio, in termini di utilità

del nostro lavoro, non sta a noi farlo. Possiamo solo dire che, sicuramente, dall'Africa abbiamo ricevuto molto più di quanto abbiamo dato: non è retorica, chi ci ha lavorato, per periodi lunghi o brevi sa bene di cosa stiamo parlando. La collaborazione con MMI ci ha consentito di lavorare come pensiamo sia giusto, partendo da bisogni constatati sul terreno e cercando di trovare risposte adatte al contesto, condivise con gli operatori locali. È anche un modo che permette di allargare gli orizzonti della tua professionalità: ti occupi di costi, tempi, logistica e organizzazione del lavoro sul territorio, ma anche d'adeguamento dei servizi ai bisogni reali dell'utenza, di scelta dei sistemi di comunicazione, di competenze da privilegiare, di luoghi comuni da sfatare... Con le ONG, potrebbe sembrare banale e invece non lo è, in questi tempi in cui gli ambiti e le modalità di intervento sono spesso decisi dai bandi e dalle procedure dei donatori istituzionali.

Lavorare con MMI ha anche voluto dire poter essere sempre presenti sul terreno per la supervisione delle attività, per fornire supporto a chi lavora in prima linea ma anche per verificare che le prestazioni siano fornite, e in modo adeguato. Anche questo può sembrare banale, ma non lo è in tempi di lavoro in remoto e di primato dello scrivere (progetti, rapporti...) sul fare.

Sono anche tempi in cui le ONG vengono a vario titolo arruolate in azioni di difesa delle "frontiere esterne" dell'Europa (che pare arrivino fino al Sahel, giusto sotto i pozzi di petrolio libici). MMI non è tra queste, e ci ha permesso di continuare ad occuparci solo della salute della gente.

*Gigi Pietra e Marina Martinetto
medico ed ex rappresentate paese MMI Burkina Faso*





Burkina Faso

Una nuova rotta per MMI in Burkina Faso

A novembre si è aperta una nuova fase di progettazione per Medicus Mundialmente Italia in Burkina Faso. Dopo un decennio di azioni nel mondo rurale dedicate soprattutto alla lotta alla malnutrizione materna ed infantile, MMI ha deciso di iniziare a supportare le attività dei centri di salute urbani, nella periferia della capitale. Ouagadougou è infatti non solo la città che conosciamo, fatta di strade asfaltate e grandi ospedali centrali, ma si estende fino ad inglobare aree di insediamento informale delle famiglie. I cosiddetti “quartieri non lottizzati” ospitano una popolazione sempre più crescente, anche a causa del peggioramento della situazione umanitaria, e si caratterizzano per forti carenze dei servizi sanitari, insufficienti rispetto alla domanda elevata. Le condizioni di vita precarie e la scarsa adozione di comportamenti sani incidono negativamente sulle condizioni di salute della fascia più a rischio, le donne e i bambini.

Grazie al partenariato con il Distretto Sanitario di Boulmiougou, uno dei più estesi in termini di copertura, MMI ha avviato il progetto di “Miglioramento delle condizioni nutrizionali e igienico sanitarie nei quartieri non lottizzati di Ouagadougou”*.

La volontà è quella di contribuire a migliorare i servizi offerti in materia di prevenzione della malnutrizione materno infantile, sia in seno ai Centri di Salute e di Promozione Sociale (CSPS) sia a livello comunitario. MMI lavorerà a stretto contatto con l'Associazione Adapmi, da anni attiva sul territorio. Grazie alla mobilità degli agenti itineranti di salute, che saranno

un vero e proprio anello di collegamento tra la popolazione e i CSPS, le famiglie si approprieranno dei buoni comportamenti in materia di igiene e nutrizione.

Nei primi incontri con il Distretto Sanitario di Boulmiougou, fra la Rappresentante paese e capo progetto Elisa Chiara, il Medico Capo Distretto, Il Dott. Aziz Ouedraogo, e il Presidente dell'Associazione Adapmi, Pamoussa Songré si sono pianificate le attività dei prossimi mesi, prima fra tutte il *training on the job* degli agenti di salute dei CSPS coinvolti nel progetto, e degli agenti sanitari itineranti dell'Adapmi.

MMI conferma inoltre il suo impegno contro la malnutrizione infantile: il progetto “Lotta alla malnutrizione acuta negli insediamenti informali di Ouagadougou”** appoggerà il distretto di Boulmiougou nella diagnosi e nella cura della malnutrizione, sempre attraverso gli agenti sanitari itineranti che si occuperanno dello screening dei bambini e del loro riferimento ai centri di salute. MMI contribuirà direttamente alla cura dei bambini affetti da malnutrizione acuta moderata, attraverso un'ampia attività di educazione nutrizionale delle mamme, che verranno riunite nei centri di salute e riceveranno delle dotazioni alimentari ad alto valore energetico per il recupero effettivo dello stato di salute dei loro bebè.

Una nuova rotta quindi, guidata tuttavia dal tradizionale modus operandi di MMI: lavorare con gli attori locali.

*Elisa Chiara,
coordinatrice progetti*

*Progetto co-finanziato dall'OTTO PER MILLE della Chiesa Valdese (OPM/2021/19161)

**Progetto co-finanziato da Fondazione Museke



Brasile

L'Associazione "Santo Antonio dos Pretos" e il progetto BEM VIVER

L'Associazione "Santo Antonio dos Pretos", da oltre 11 anni è impegnata nell'assistenza, nella promozione della salute, della cultura e dei diritti delle famiglie più vulnerabili di Cidade Olimpica, nella Periferia di São Luis e delle comunità quilombolas del comune di Penalva, nello Stato del Maranhão. Con la sua azione, vuole favorire una maggiore integrazione tra le comunità tradizionali, in particolare donne, formare leader capaci di influenzare le politiche sociali e di salute pubblica che favoriscano la qualità di vita delle comunità tradizionali e autoctone.

Il 2020 e il 2021 sono stati anni molto difficili e impegnativi: è stato necessario reinventarsi di fronte alle sfide causate dalla pandemia, che ha colpito fortemente il Brasile. Nel rispetto dei protocolli di isolamento sociale, abbiamo dovuto rielaborare le modalità di interazione quotidiana con le comunità, cercando nuove strategie e metodi di realizzazione delle attività solidali, realizzando ad esempio formazioni ed incontri da remoto quando possibile; abbiamo stabilito nuove partnership.

Nonostante le enormi difficoltà e l'aggravarsi della crisi sociale e sanitaria causate dalla pandemia da COVID-19, il progetto "Bem Viver - accesso ai servizi di salute primaria per la popolazione vulnerabile di Cidade Olimpica colpita dalla pandemia da COVID-19"* è riuscito a contribuire al miglioramento delle condizioni di salute di centinaia di persone, soprattutto donne in gravidanza, oltre a promuovere l'inclusione e la protezione dei diritti delle famiglie più vulnerabili di Cidade Olimpica, rese ancor più povere ed emarginate dalla pandemia. Il progetto ha formato 20 agenti di salute e 25 operatori sanitari delle Unidades Básicas de Saúde (UBS) delle comunità di Santana, São Bras e Residencial Olimpico. Si sono create competenze sanitarie su temi di salute preventiva, cura di sé, salute mentale, assistenza prenatale, allattamento al seno materno, salute delle donne, cancro al seno

e al collo dell'utero, servizi igienico-sanitari, e sulle misure di igiene e prevenzione della trasmissione del COVID-19. Più di 100 pazienti positivi al COVID-19, 100 bambini, 50 donne e 30 persone anziane delle comunità di Santana, São Bras, Macaco e Residencial Olimpico, sono stati sottoposti a visite cliniche domiciliari o visitati direttamente nella sede dell'Associazione, in funzione delle condizioni di sicurezza legate alla pandemia. Altre 50 donne hanno potuto effettuare esami diagnostici. Il lavoro è stato svolto da medici e infermieri, da uno psicologo e un'assistente sociale. Sono state effettuate azioni di sensibilizzazione e promozione della salute a beneficio dell'intero *bairro* di Cidade Olimpica, che conta più di 96.000 residenti. Per informare e orientare leader comunitari e famiglie si sono realizzati workshop, lezioni a distanza, visite a domicilio, si è offerto servizio medico a distanza e di persona, privilegiando le comunità di Residencial Olímpico, Santana e São Brás, le più povere e con maggiori difficoltà di accesso a Internet.

Il progetto è stato realizzato in collaborazione con le UBS di Mata e Matinha nel comune di São José de Ribamar, con la Fundação Justiça e Paz Se Abraçarão, la Fundação Josué Montello. La condivisione con MMI e il sostegno economico del Comune di Brescia, sono stati fondamentali per la realizzazione del progetto "Bem Viver" e quindi un migliore accesso all'assistenza socio-sanitaria in tempo di pandemia a centinaia di famiglie di Cidade Olimpica. Ma la situazione è ancora di allerta, la pandemia non è finita e il vaccino non è ancora garantito per milioni di brasiliani.

È anche responsabilità della nostra associazione, insieme a Medicus Mundi e ai nostri partner brasiliani, unire gli sforzi affinché ci siano interventi di salute pubblica sempre più orientati al "bem viver" di tutti i cittadini.

*Elivania Estrela Ayres, coordinatrice progetti
Massimo Chiappa, direttore Medicus Mundi Italia*

*Progetto co-finanziato dalla Consulta per la Pace e la Cooperazione del Comune di Brescia



Burundi

Procede il cammino di Kura Kiremba

Il progetto Kura Kiremba “Miglioramento dei servizi di salute primaria nel Distretto sanitario di Kiremba, provincia di Ngozi (Burundi)”* ha appena finito il suo terzo trimestre. Iniziato a febbraio 2021, stiamo già ottenendo significativi risultati in termini di formazione dello Staff del Distretto sanitario di Kiremba e quello dei suoi 23 centri di salute (CdS). Abbiamo realizzato 4 sessioni formative di 6 giorni ciascuna, facendo attenzione al fatto che durante i periodi di formazione venisse comunque garantita la normale prosecuzione delle attività medico-sanitarie all'interno delle strutture del Distretto e dei CdS. Complessivamente sono state formate 90 persone, di cui 33 donne e 57 uomini, con posizioni ed incarichi differenti: dagli amministratori dei CdS, agli infermieri sino agli agenti di promozione della salute a livello comunitario.

Sempre a livello di CdS sono in corso interventi per l'accesso all'acqua anche a garanzia dell'igiene necessaria per presidi di tale rilevanza, in quanto rappresentano il primo accesso della popolazione a strutture deputate ai servizi sanitari. Servono infatti circa 4000 pazienti al mese, di cui la metà sono bambini. I lavori sono stati completati in due dei 5 CDS previsti con installazione di cisterne d'acqua,

lavandini, toilette nonché diverse riparazioni. Parallelamente abbiamo rafforzato la dotazione di attrezzature e strumentazioni del reparto di neonatologia dell'Ospedale Renato Monolo di Kiremba (HRMK): Ospedale di Distretto e di riferimento per una popolazione di circa 220.000 abitanti ed una media mensile di circa 300 neonati. Le attrezzature fornite grazie al progetto non si fermano alle strumentazioni base quale otoscopi e monitor di sorveglianza, bensì anche incubatrici e CPAP specifico per neonati e bambini.

Merita di essere sottolineata **la capillarità degli interventi** formativi e di miglioramento delle strutture e dei servizi. Il progetto sta infatti potenziando il Distretto partendo dalla popolazione, dai CdS di riferimento, all'HRMK fino al Distretto stesso. Grazie a tutto questo e al rispetto degli standard qualitativi richiesti dai programmi sanitari nazionali l'Ospedale Renato Monolo di Kiremba verrà riconosciuto come polo di formazione continua a beneficio delle popolazioni delle colline, così distanti dai servizi erogati nelle grandi città.

*Ndereyimana André (PhD)
coordinatore progetto*

*Progetto co-finanziato dall'8 per mille CEI (codice MMI-CEI 270/2020)



Italia

Grande successo per la XXXIII edizione del Corso di Malattie Tropicali e Medicina Internazionale

Si è svolta dall'8 al 26 novembre 2021 la XXXIII edizione del Corso di Malattie Tropicali e Medicina Internazionale, organizzato in collaborazione con la Clinica di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia e con il patrocinio di Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e Ordine dei Farmacisti della Provincia di Brescia.

Al corso hanno partecipato medici ed infermieri, oltre ad un'ostetrica ed un dietista, interessati a partecipare a progetti sanitari in Paesi a risorse limitate o che affrontano simili problematiche nella loro professione sanitaria o nel loro impegno di volontariato in Italia, in taluni casi con realtà legate al mondo delle migrazioni.

Il corso ha raggiunto più obiettivi: ha fornito informazioni sulla gestione di un'area sanitaria nei Paesi a risorse limitate; ha fornito elementi tecnici di base necessari alla diagnosi e cura delle patologie tropicali; ha trasmesso elementi di progettazione in cooperazione internazionale sanitaria, oltre al completamento culturale per l'approccio diagnostico e la gestione clinica delle patologie di importazione e della migrazione.

Anche quest'anno il Corso ha mantenuto la suddivisione in 3 moduli formativi disgiunti della durata di una settimana ciascuno per un totale di 35 ore a settimana, raggiungendo un totale complessivo di 105 ore.

Il primo modulo è stato dedicato alla Salute Globale con focus sui sistemi sanitari dei Paesi a risorse limitate, le tematiche di Primary Health Care, con approfondimento in tema di HIV e TB, delle problematiche ostetrico-

neonatologiche, delle malattie dell'infanzia e della malnutrizione

Nel 2° modulo, dedicato alle Grandi endemie tropicali (filariosi, malaria, schistosomiasi, leishmaniosi, tripanosomiasi malattia di Chagas, lebbra, tifo...), sono state trattate anche le problematiche dell'emergenza pandemica da COVID-19. Il 3° modulo, quello della Medicina delle migrazioni e progettazione in cooperazione sanitaria, ha affrontato le problematiche socio sanitarie al fine di raggiungere quelle acquisizioni indispensabili per ridurre le barriere conoscitive, relazionali, organizzative e favorire un reale esercizio del diritto alla salute per i cittadini migranti, a qualsiasi titolo, nel nostro Paese, oltre a trasmettere ai corsisti elementi del ciclo del progetto e della teoria del cambiamento.

I corsisti partecipanti al primo modulo sono stati 21, al secondo 17 e al terzo 16. A ciascun corsista, appartenente a diverse categorie professionali sanitarie, sono stati assegnati 50 crediti ECM.

MMI ha organizzato e realizzato con proprie risorse umane ed economiche ogni fase del Corso: la programmazione, il coinvolgimento dei docenti, la predisposizione dei sussidi didattici, le esercitazioni di laboratorio, la presenza di tutor, la logistica.

Ad una grande competenza e disponibilità dei Docenti si è aggiunto il grande interesse dei corsisti che, partecipando in maniera interattiva, hanno confermato il successo anche di questa edizione del corso!

Arrivederci al prossimo anno...

*Silvio Caligaris, Responsabile CMT-MI
Cinzia Ferrante, Referente organizzativa CMT-MI*



Italia

Continua il nostro impegno con Green School

Il cambiamento climatico è una delle sfide più difficili che il mondo deve affrontare. Un ruolo importantissimo nella diffusione di buone pratiche spetta alla scuola, sia per la capacità di far acquisire alle nuove generazioni comportamenti maggiormente sostenibili, sia per il ruolo proattivo nel coinvolgimento della realtà extra-scolastica e l'effetto moltiplicatore che l'esperienza scolastica può avere sulle famiglie degli studenti e sul territorio circostante. La Lombardia è la regione d'Italia con la maggiore densità di abitanti, situazione che la pone tra le aree territoriali italiane con maggiore impatto antropico e criticità in tema di tutela ambientale sia per la gestione dei rifiuti, che per l'energia, lo spreco alimentare, la mobilità e la qualità dell'aria. Le problematiche ambientali devono essere affrontate nel quotidiano e interiorizzate consapevolmente nei comportamenti, scelte e stili di vita di ognuno. Le azioni più efficaci sono quelle che prevedono un ampio coinvolgimento degli attori del territorio. La vera sfida, dopo due anni di pandemia, è quindi coinvolgere davvero le scuole nella promozione di azioni concrete di mitigazione del cambiamento climatico, riducendo l'impatto ambientale, con un ruolo attivo, non solo degli alunni, ma anche degli insegnanti, del personale non docente, delle famiglie e degli enti territoriali, tutti coinvolti dal cambiamento climatico e dai suoi effetti sulla vita quotidiana. In questo scenario quindi MEDICUS MUNDI ITALIA e NO ONE OUT, che già si erano fatti promotori del progetto negli anni scolastici 2019/2020 e

2020/2021, rinnovano il suo impegno nel coinvolgimento delle scuole ed anche della società civile, per diffondere nelle province di Brescia e Cremona la cultura della sostenibilità ambientale e la realizzazione di azioni concrete per il raggiungimento di un significativo risparmio di CO₂ prodotta.

Questo nuovo inizio intende dare continuità al progetto Green School realizzato con la rete Colomba, fornendo gli strumenti, la formazione e il supporto tecnico per l'integrazione di buone pratiche comportamentali e assegnando una certificazione sulla base del rispetto di criteri ambientali stabiliti dal comitato tecnico-scientifico. Il riconoscimento Green School sarà assegnato alle scuole che dimostreranno di aver realizzato azioni concrete di mitigazione dell'impatto antropico, di aver misurato l'impatto dell'azione in risparmio emissioni di CO₂, di aver sensibilizzato e formato tutta la popolazione scolastica, di aver coinvolto attivamente il proprio territorio e di aver divulgato i contenuti e i risultati della propria azione. Il progetto si basa sull'impostazione pedagogica dell'apprendimento attivo: imparare facendo. Per ottenere la certificazione GS sarà necessario collaborare attivamente con il territorio di riferimento (enti locali, aziende, associazioni genitori e organizzazioni della società civile). Attraverso il progetto si consolideranno reti territoriali Green School che garantiranno supporto e continuità futura.

Claudia Ferrari
Responsabile progetto



SVOLTA STORICA: l'OMS dà il via libera al vaccino contro la malaria per i bambini

Mentre ancora impazza la pandemia di Covid19 che ha pesantemente flagellato le popolazioni di tutto il mondo, incluso quelle dei Paesi ricchi, illuse per decenni di riuscire a contenere facilmente le minacce degli agenti infettivi, il 6 ottobre scorso l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) si è pronunciata circa l'importanza che su larga scala si avvii la somministrazione del primo vaccino mai registrato contro la malaria, l'RST,S/AS01E commercialmente noto come Mosquirix. I beneficiari di questo vaccino, attivo contro il *Plasmodium falciparum*, saranno i bambini tra i 5 e i 17 mesi di età che vivono in Africa sub-sahariana. Sono infatti i bambini a costituire il 60% almeno delle oltre 400.000 morti per malaria che ancora avvengono nel mondo, il 90% in Africa.

Nel 2015 l'OMS ha lanciato la sua Strategia Globale per la Malaria che si propone non solo di implementarne il controllo, cioè di ridurre del 90% l'incidenza e la mortalità nel mondo, ma anche di eliminarla, entro il 2030, da almeno 30 Paesi ora colpiti.

Secondo l'ultimo Report Mondiale (2020), il *Plasmodium*, e in particolare appunto il mortifero *Plasmodium falciparum* trasmesso da zanzare dai nomi suggestivi come l'*Anopheles funestus*, causa ancora 230 milioni di casi di malattia. Si è stimato che ciò causi un

enorme impatto economico: sarebbero 12 i miliardi di dollari persi ogni anno in termini di produttività; la gestione della malattia peserebbe per il 40% dei budget sanitari di paesi a risorse già limitate. Anche i nuclei famigliari si devono sobbarcare spese ingenti: secondo un recente studio condotto in Mozambico, sebbene le cure primarie includenti i farmaci per la malaria siano gratuite, diversamente che in altri Paesi africani, una famiglia vede comunque sfumare almeno il 20% del proprio budget mensile per cercare di curare un proprio membro con malaria, e fino al 300% quando si tratti di malaria grave con necessità di ospedalizzazione.

A pagare però il costo maggiore sono i bambini sotto i cinque anni: ne muoiono ancora oltre 400.000 all'anno.

Le strategie fino ad ora adottate per combattere tale epidemia sono varie: la lotta integrata al vettore, le zanzare *anopheles*, primariamente con la distribuzione di zanzariere impregnate di piretroidi sotto cui possano dormire bambini e gravide, soggetti più vulnerabili; la distribuzione di trattamenti intermittenti a questi soggetti più a rischio; strumenti di diagnosi e cura più efficaci, capillarmente distribuiti e fruibili. Tutto ciò, si calcola, sia riuscito a evitare dal 2000 un miliardo e mezzo di casi di malattia e oltre 8 milioni di morti.

Certo non han giovato, invece recentemente, i periodi di sospensione delle attività anche di assistenza primaria cui alcuni Paesi han ricorso per cercare, nel 2020, di contenere il rischio di diffusione della nuova epidemia di SARS2CoV. Memori delle ingenti perdite di personale sanitario nel tentativo di contenere l'epidemia di Ebola in Sierra Leone, Guinea e Liberia nel 2014-15, molti Paesi già con cronica carenza di infermieri e medici non potevano permettersi che gli stessi, non sempre e subito dotati di adeguati mezzi di protezione dall'infezione, si ammalassero o peggio morissero, in setting dove le terapie intensive sono inesistenti. Si teme, tuttavia, che quella, che de facto ha costituito una sospensione degli interventi di cura e prevenzione in molti ambiti, possa aver causato un aumento del 20-25% dei casi di malaria e fino al 100% delle morti per malaria. Tanti altri fronti ne hanno risentito: per la sospensione delle campagne vaccinali, in Africa nel 2020 si sono registrate tante altre epidemie, di morbillo per esempio.

Tutti i sistemi sanitari, sostenuti anche dalle istituzioni e dai finanziatori internazionali, stanno ora cercando di ripartire, in primis attraverso i vaccini antiCovid. In Africa hanno ad ora raggiunto, tuttavia, meno del 10% della popolazione. Ma l'OMS sollecita che non ci si dimentichi di tutto il resto. Vuole che la lotta alla malaria continui per evitare catastrofi maggiori.

Possono allora essere utili anche strumenti nuovi.

L'RST,S/AS01E commercialmente noto come Mosquirix, è appunto il primo vaccino per la malaria che ha superato gli studi di fase 2 e 3 ed è giunto a registrazione nel 2015. È un vaccino a proteine ricombinanti idrido, cioè includente proteine della superficie del Plasmodium falciparum e del virus dell'epatite B. Induce risposta immunitaria che agirebbe contro il parassita nella sua fase di sporozita cioè contro la quota di parassita che viene iniettata dalla zanzara nel circolo ematico a iniziare l'infezione. Lo sporozita verrebbe colpito mentre si trova nel sangue, ma anche quando si moltiplica nelle cellule del fegato prima di riversarsi nuovamente nel sangue e causare la vera e propria malattia. Tale modalità di azione impedirebbe non solo la progressione a malattia ma anche poi la produzione delle forme sessuate del parassita che perpetuano il ciclo vitale dello stesso quando vengono risucchiate col sangue da un'altra Anopheles.

Gli studi condotti nei primi anni 2000, anche in Mozambico, avevano prodotto l'evidenza di efficacia del 45% sulla probabilità di infezione, del 35%

sulla malattia e del 48% sullo sviluppo di malaria grave. Gli studi poi di fase 3 effettuati dal 2009 al 2014 in 7 Paesi africani, incluso il Burkina faso, hanno valutato l'efficacia su circa 9.000 bambini vaccinati tra i 5 e i 17 mesi e su circa 6.500 bambini vaccinati tra le 6 e 12 settimane di vita. Ne è risultato che il maggior e più lungo beneficio, fino a 4 anni dopo il termine del ciclo vaccinale di tre dosi più una di richiamo, si veda tra i bambini vaccinati dopo i 5 mesi di vita che vedono anche per un periodo così lungo ridotto di oltre il 30% la probabilità di sviluppare malattia anche nella sua forma grave. Dal 2019 è iniziata la vaccinazione su larga scala in Ghana, Kenya e Malawi: in 2 anni sono stati vaccinati oltre 800.000 bambini. Anche in Burkina Faso, dove uno studio ha anche dimostrato che associare la somministrazione del vaccino a un trattamento con farmaco anti malarico riesce a aumentare l'efficacia dell'intervento addirittura al 70%, l'annuncio dell'OMS è stato salutato quasi come una vittoria nazionale.

La vaccinazione andrà a integrarsi negli Expanded Program of Immunization (EPI), i programmi di vaccinazione dell'infanzia, che in Africa riescono a raggiungere circa l'80% della popolazione target e che nel tempo hanno visto, sebbene ancora con differenze geografiche ancora non irrilevanti, l'introduzione via via di numerose opportunità vaccinali, dalla tubercolosi e la polio, difterite-tetano-pertosse, morbillo, il meningite e lo pneumococco, il rotavirus e il virus della epatite B.

Gli alti livelli di adesione alle vaccinazioni routinarie per l'infanzia, che gli operatori di MMI già sperimentano nelle attività di sostegno alle Brigadas Moveis in Mozambico, trovano riscontro anche in studi condotti dalle istituzioni internazionali: uno studio, il Wellcome Global Monitor, nel 2018 evidenziava una attitudine a confidare nella sicurezza e nella efficacia dei vaccini superiore a quella media registrata nel mondo (60% circa) in tutte le aree dell'Africa salvo in quella centrale dove tuttavia si mantiene significativamente più alta di quella registrata anche in molte aree di Europa. Le mamme africane ben percepiscono l'effetto benefico dei vaccini, questo straordinario strumento di prevenzione; sono loro che vedono in essi il modo che è loro offerto per evitare che i loro bambini ancora muoiano di morbillo o di tetano o di polmonite da pneumococco.

*Dott.ssa Lina Rachele Tomasoni
SSVD Malattie Infettive
a indirizzo tropicale
ASST Spedali Civili di Brescia
e Consigliere MMI*

Health for All!

La tua donazione per garantire il diritto alla salute per tutti!

SOSTIENI LE ATTIVITÀ DI MEDICUS MUNDI ITALIA

DONA IL TUO 5xmille

C.F. 98011200171

BONIFICO

C/C INTESTATO A MEDICUS MUNDI ITALIA

DONAZIONI ONLINE



BANCARIO

BANCA BCC

IBAN: IT82O0869211202017000175403

POSTALE

IT11P0760111200000010699254

*Buone Feste da
Medicus Mundi Italia*



SOSTIENI LA CAMPAGNA DI VACCINAZIONE COVID-19 IN MOZAMBICO
DAL 1° SETTEMBRE AL 31 DICEMBRE 2021



un
VACCINO
per
TUTTI

Bonifico Bancario - BANCA ETICA

Conto corrente intestato a: MEDICUS MUNDI ITALIA

Causale: UN VACCINO PER TUTTI MOZAMBICO

IBAN: IT 61 H 05018 11200 000017092396