



# Medicus Mundialmente

Periodico semestrale di **Medicus Mundi Italia**  
Anno 29 n.1/2020



## Epidemia di Covid-19 al tempo della stagione influenzale

Poiché dal febbraio di quest'anno TV, Radio e Social media si occupano praticamente solo dell'epidemia da Coronavirus (per l'esattezza il virus è denominato SARS-COV-2 e la malattia COVID-19), che ha eclissato ogni altra notizia, è giocoforza occuparsene e dedicarvi per intero questo numero di **Mundialmente**.

E poiché questa epidemia capita nel pieno della stagione influenzale (che in Italia ha avuto il suo picco nella 5° settimana dell'anno), è giocoforza affrontare gli aspetti del rapporto fra queste due epidemie.

E poiché, infine, MMI ha in atto programmi di intervento sanitario in Africa Sub-Sahariana, cercheremo di chiarire quale possa essere l'impatto di COVID-19 nei nostri teatri di intervento.

Quando tutto sarà finito, "a bocce ferme", potremo fare un bilancio esauriente e valutare quanto l'epidemia da SARS-COV-2 ha impattato in Italia sulla stagione influenzale 2019-2020 rispetto alla stagione 2018-2019.

Per un'analisi ponderata dobbiamo fare riferimento innanzitutto a due parametri di valutazione: l'indice di letalità e l'indice di riproduzione.

**L'indice di letalità** (*case fatality ratio*) è il rapporto fra numero di morti (numeratore) e numero di infetti (denominatore). Orbene, cominciamo con dire che il numero ufficiale di morti (al momento ~30.000) è certamente sottostimato. Questo numero infatti andrebbe almeno raddoppiato tenendo conto di quanti sono morti nelle loro case o nelle Residenze Sanitarie Assistite (RSA), ai quali non è stato fatto il tampone diagnostico e quindi non sono stati classificati COVID-19. Ancor meno conosciamo il numero reale di infetti: infatti conosciamo il numero dei soggetti positivi al virus, ma questi sono solo i casi (in isolamento domiciliare o ospedalizzati), cui è stato fatto il tampone naso-oro-faringeo. Verosimilmente quindi il numero ufficiale di infetti rappresenta non più del 30-40% degli infetti reali, che per il 60-70% almeno restano asintomatici e quindi non si segnalano (al loro medico o al numero verde regionale). Il numero dei casi totali, al momento ~225.000, va quindi moltiplicato almeno per 3/4 volte.

Riferendoci ora ai dati della pregressa stagione influenzale, abbiamo registrato una stima di circa 8 milioni di casi di "sindrome simil-influenzale"



**5 x MILLE**  
CF 98011200171

segue a p. 2

segue da p. 1

(I.L.I.) e di 8.000 deceduti, nel 90% dei casi over 65 anni. Questo anno la situazione si ripete: la stima è di oltre 7.5 milioni di casi di I.L.I. Fra questi sono inclusi verosimilmente anche casi da Coronavirus, sia lo scorso anno (altra specie di Coronavirus) che quest'anno (SARS-COV-2): con la differenza che lo scorso anno non si facevano diagnosi eziologiche, per cui non era noto quanti nell'ambito delle I.L.I. erano i casi ascrivibili al virus influenzale anziché ad altri virus respiratori stagionali: Coronavirus, Rhinovirus, Adenovirus etc.

Così come gli 8.000 morti, anziani per lo più affetti da co-morbilità con patologie croniche, erano classificati come "extra-mortalità" correlata all'impatto della sindrome simil-influenzale.

Grazie all'epidemia COVID-19, che tanto ci spaventa perché, a differenza dell'influenza, non abbiamo (ancora) un vaccino, oggi discriminiamo dentro il *mare magnum* delle I.L.I. le forme ascrivibili al SARS-COV-2. Infatti in Italia, nelle schede di morte, è previsto di indicare la presenza di positività per Coronavirus. Le morti essenzialmente risultano a carico di ultrasessantenni con malattie croniche di base indicate come co-morbosità (diabete, obesità, ipertensione, cardio-nefro-epatopatie, tumori etc.). Ma, come abbiamo detto, fino alla fine dell'epidemia, quando avremo dati più completi, non siamo in grado di calcolare l'indice di letalità (valutato nei vari paesi fra l'1% e il 15%) e quindi stabilire di quanto sia superiore a quello dell'influenza (0.1%). E potremo anche valutare quanto i casi mortali, che certamente superano già ora largamente la cifra di 8.000 della scorsa stagione influenzale, rappresentino casi di morti "per" o "con" Coronavirus.

Per quanto riguarda **l'indice di riproduzione (Ro, che esprime la contagiosità all'origine,**

**in assenza di interventi di contenimento)**, sappiamo che i casi (parliamo sempre solo di quelli accertati con tampone faringeo) in Italia nel mese di marzo raddoppiavano ogni 4-5 giorni. L'indice Ro è stato calcolato pari a 2.3, che vuol dire che un infetto contagia oltre 2 soggetti suscettibili mentre per spegnere l'epidemia deve scendere stabilmente sotto a 1. E anche per il calcolo di questo indice non abbiamo dati attendibili poiché in realtà non sappiamo quanti siano gli infetti asintomatici, di cui potremo avere una stima attraverso l'indagine sierologica avviata su un campione rappresentativo di 150.000 soggetti. Malgrado si presuma che la contagiosità sia superiore a quella dell'influenza (Ro=1.1) ma comunque complessivamente bassa (basta pensare che per il morbillo Ro è ~15!), tuttavia considerando i numeri assoluti, le previsioni sono drammatiche. Basandosi su modelli matematici la cancelliera Merkel ha detto di prevedere che il 60% dei tedeschi saranno infetti, percentuali analoghe si stimano per i francesi secondo il presidente Macron, per gli spagnoli secondo il premier Sanchez e per i britannici secondo il premier Johnson. Questi, a differenza che in Italia, Francia, Spagna e Germania, almeno in un primo tempo non ha ritenuto di mettere in lockdown, ossia in quarantena, la nazione affidandosi stoicamente allo sviluppo di una "immunità di gregge". Cioè facendo conto sul fatto che quando tanti si saranno infettati, l'epidemia si spegnerà perché non troverà più soggetti suscettibili, dato che la maggior parte sono diventati spontaneamente immuni. Questo sarebbe un concetto valido (anche se cinico: "rassegnatevi a vedere tanti morti"), presumendo che l'immunità sia protettiva e persistente. Il che non è vero per tutte le malattie infettive: ad es. nel caso dell'HIV/AIDS



EDITORIALE	RUBRICA DEL MEDICO
1 Epidemia di Covid-19 al tempo della stagione influenzale	10 Epidemia da Covid-19: una pandemia sovrapposta all'epidemia influenzale. Uno tsunami per l'Occidente. Un incubo per l'Africa.
DOSSIER	12 La mia storia con il Covid
4 Coronavirus	14 CoViD19: Considerazioni sul possibile impatto della pandemia sui bambini in Africa
4 Covid-19 Best Practice Vademecum	SEGRETERIA
4 La scelta operativa di MMI	15 Abbiamo riso per una cosa seria
5 Burkina Faso. Un conflitto dimenticato... o rimosso?	15 Incontri aperti alla società civile
6 Mozambico. Il nostro impegno non può far altro che aumentare	15 "3D for the future"
7 Kenya. La vita negli slum ai tempi del Covid-19	15 "Solo insieme"
7 Burundi. Alcuni aggiornamenti	16 Come sostenere le attività di MMI
IN MEDICUS	16 Quote annuali
8 Servizio civile e coronavirus	16 Assemblea Bilancio Consuntivo
8 I progetti in corso di MMI	
9 Corso di Malattie Tropicali e Medicina Internazionale: un corso a compendio della formazione in salute globale	

Sommaro

l'infezione suscita la comparsa di anticorpi ma questi non danno immunità protettiva. Speriamo che per COVID-19 la situazione sia diversa, anche perché per HIV non esiste tuttora un vaccino!

Attualmente si possono, con tutte le doverose cautele, trarre alcune conclusioni su questa epidemia:

1. Il coronavirus SARS-COV-2 è verosimilmente nato in Cina, ospite innocuo di pipistrelli. Dalle grotte è stato snidato a causa di **violenze sulla natura, climatiche e ambientali, operate dall'uomo**. Poi hanno concorso abitudini alimentari e di mercato cinesi, la promiscuità con animali selvatici, domestici e di allevamento. Questo ha consentito che si siano realizzati "salti di specie" del virus, fino ad arrivare all'uomo e alla trasmissibilità da uomo a uomo.
2. La globalizzazione dei rapporti commerciali e l'intensificazione dei viaggi aerei internazionali hanno portato il virus in Europa (non è importante a questo punto stabilire se prima in Italia o in Germania). Comunque l'epidemia da COVID-19 è un portato della **globalizzazione**, della rapidità degli spostamenti di viaggiatori e del sovraffollamento dei mezzi di comunicazione. Il virus viaggia senza passaporto. Per fermarlo quali frontiere chiudere? Ora vengono chiuse all'ingresso dei viaggiatori provenienti dai paesi industrializzati! Una nemesis storica che si rivolta contro chi voleva chiudere le frontiere ai disperati che vengono in Europa sui barconi, ai naufraghi salvati dalle ONG.
3. Il virus ha avuto una **contagiosità spiccata** all'inizio dell'epidemia perché è "nuovo" e si trova di fronte popolazioni prive di difese, il che spiana praterie di fronte alla sua corsa.
4. Il virus **si trasmette anche da soggetti asintomatici**, certamente nel periodo di incubazione (come peraltro avviene per l'influenza, il morbillo etc.) ma anche, sia pure con minore efficacia, per tutta la durata dell'infezione attiva. Ci siamo resi conto della sua presenza solo di fronte ai primi casi sintomatici gravi, che hanno acceso focolai grazie alla presenza di "super trasmettitori", ma evidentemente il virus già circolava da tempo in Italia, prima del 21 febbraio, probabilmente già in gennaio.
5. L'infezione provoca malattia con sintomi solo in circa il 30-40% dei soggetti infettati che rappresentano la punta di un iceberg sommerso di infetti asintomatici. Ma il vero problema è che in circa il 5% dei sintomatici di questi può complicarsi in forma particolarmente grave, che impone l'assistenza respiratoria in terapia sub-intensiva o intensiva. La gravità del problema è

quindi soprattutto **l'impatto che l'epidemia comporta sugli ospedali**. Dipende a quanto ammontano questi casi: finché gli attualmente positivi saranno meno di 100.000 possiamo fronteggiare il fenomeno destinando il 30% dei 10.000 posti disponibili di terapia intensiva, ma se fossero 200.000 metterebbero in ginocchio il SSN.

6. È quindi necessario limitare la circolazione del virus per contenerne i numeri. Il virus viaggia con le gambe degli uomini, che se lo trasmettono attraverso i *droplets* respiratori. Il mantra è quindi **ridurre i rapporti fisici e sociali**. Non abbiamo un vaccino (se siamo fortunati ci vorrà almeno 1 anno per disporne, anche con percorsi regolativi accelerati) né uno specifico farmaco (peraltro alcuni farmaci, in uso per differenti malattie: antivirali, antimalarici, antinfiammatori, dimostrano aneddoticamente una certa efficacia). In questa situazione **l'isolamento** resta la principale arma di difesa.
7. L'O.M.S. ha ufficialmente dichiarato la situazione di **pandemia**, che significa la presenza di una epidemia rapidamente diffusiva in tutti i continenti. Un incubo allora si affaccia: quale può essere l'impatto nei paesi in via di sviluppo e soprattutto nell'Africa sub-sahariana?

I casi segnalati, ancora tutto sommato limitati (salvo che per il Sud-Africa), significano realmente scarsa presenza o invece insufficienza delle diagnosi? Molti di questi paesi hanno sistemi sanitari e statuali difficilmente in grado di mettere in piedi efficaci sistemi di sorveglianza e controllo, di prevenire la diffusione facendo osservare **restrizioni dei contatti fisici e sociali e di offrire una adeguata assistenza nel territorio e ospedaliera**.

Noi per primi e poi l'Europa correttamente, seguendo l'esempio della Cina, dove a Wuhang il contagio si è azzerato, ci siamo affidati per mesi al distanziamento ("stare a casa!"), unica misura di provata validità. Come nel 1300, ai tempi di Boccaccio e nel 1600, ai tempi raccontati da Manzoni!

Unica consolazione: il COVID-19 non è la peste e le epidemie, anche pandemiche (ad es. l'influenza "spagnola"), durano per un tempo limitato. Quindi usciremo dall'incubo, mi auguro entro l'anno.

Certo che questo coronavirus ha clamorosamente smentito chi riteneva (e all'inizio eravamo in tanti!) trattarsi di una normale influenza, al massimo un po' più grave!

Giampiero Carosi  
Presidente Medicus Mundi Italia

# Dossier: CORONAVIRUS

## Covid-19 Best Practice Vademecum

MMI SCAIP e SVI hanno ritenuto utile e necessario preparare un Vademecum, quale importante strumento per il nostro personale espatriato e per il nostro staff locale, al fine di fronteggiare al meglio delle nostre possibilità l'emergenza che stiamo vivendo a causa del Covid19, non solo in Italia, ma anche nei Paesi in cui operiamo in Africa ed America Latina.

Il Vademecum è stato redatto grazie alla collaborazione di medici che fanno parte di Medicus Mundi Italia: Prof. Giampiero Carosi, Dottor Luigi Pietra, Dottor Fabian Schumacher, Dottor Carlo Cerini, Dottoressa Lina Tomasoni. Il Vademecum non è una pubblicazione scientifica e verrà aggiornato in qualsiasi momento.

Sono a disposizione traduzioni in inglese, francese e portoghese. Per leggere e/o scaricare il documento, visitare sul sito Covid-19 Best Practice Vademecum: <https://www.medicusmundi.it/it/attivita/formazione/48-attivita/formazione/formazione-best-practice/841-covid-19-best-practice-vademecum.html>

### La scelta operativa di MMI

In questi giorni abbiamo speso poco tempo per le parole e molto di più per le azioni, ma ora **vogliamo fermarci un attimo e raccontarvi che cosa stiamo facendo**. Molti “dei nostri”, lo sapete, sono in prima linea negli ospedali del nostro territorio. Alcuni dei medici impegnati a curare i malati sono parte del Consiglio Direttivo di Medicus Mundi, alcuni infermieri sono nostri ex volontari del Servizio Civile o altro personale rientrato dall'estero negli anni scorsi. Qualcuno di loro è stato contagiato, ma non vede l'ora di tornare operativo al proprio posto. Questo, pur causandoci preoccupazione, ci riempie il cuore di orgoglio e ci fa pensare che **abbiamo accanto delle persone straordinarie!**

**Tutto lo Staff delle ONG bresciane sta lavorando da casa**, coordinandosi quotidianamente e garantendo che le attività continuino (ci trovate, perciò operativi, via mail o al telefono).

Come avrete letto e sentito, purtroppo, **il Covid19 sta arrivando anche nei Paesi dove operiamo**. Per prepararci ad affrontare al meglio delle nostre possibilità l'emergenza nei contesti di intervento è stato redatto un Vademecum.

Il Vademecum, tramite il coordinamento di CoLomba (Cooperazione Lombardia) e FOCSIV, è stato condiviso con molte altre ONG. **Un lavoro tempestivo e molto utile**, che non vuole essere una pubblicazione scientifica, ma un documento importante affinché i nostri espatriati, il personale locale e i beneficiari dei progetti, possano mettere in atto buone pratiche di prevenzione del contagio. Vogliamo anche che sappiate che tutto il nostro personale all'estero è stato messo nelle condizioni di scegliere se essere rimpatriato o meno: **tutti, nessuno escluso, hanno deciso di rimanere**, perché mai come ora reputano che la nostra presenza in loco sia necessaria. Sono stati già attivati nelle varie sedi, corsi di formazione per il personale locale, sui presidi da utilizzare e le precauzioni da adottare per prevenire il contagio. Anche questo non fa che inorgogliarci e affermare che **possiamo contare su collaboratori pronti e preparati e che lavorano, davvero, ogni giorno, con passione e determinazione!**

Infine, da tutti i nostri progetti arrivano parole di conforto e solidarietà nei confronti di Brescia, della Lombardia e dell'Italia e questo ci fa sentire meno soli e soprattutto sottolinea il fatto che la distanza separa solo i corpi, ma non i cuori!

**Il nostro lavoro non si ferma, nemmeno la solidarietà: le ONG ci sono!** Vi continueremo ad aggiornare sul nostro operato, nel frattempo se volete sostenerci, fatelo pubblicando una foto o una parola di appoggio dai vostri social con l'**#leongcisono #lasolidarietanonsiferma** e, magari, taggandoci.

Lia Guerrini

## Burkina Faso. Un conflitto dimenticato... o rimosso?

*Gigi Pietra  
Marina Martinetto*

Nel 2019, ogni giorno, circa 1.400 burkinabé sono stati costretti ad abbandonare i loro villaggi per sfuggire alle incursioni dei gruppi jihadisti o alle rappresaglie che l'esercito o gruppi paramilitari effettuano contro le etnie accusate di complicità con i jihadisti. Dall'inizio del 2020, la media giornaliera è salita a 4.000 persone, per un totale di quasi 900.000 sfollati a fine maggio. Il Burkina è entrato nel Top Ten delle crisi umanitarie, ma anche in quello delle crisi umanitarie dimenticate.

Per questa crisi, sul piano umanitario si fa molto poco: i finanziamenti disponibili ad oggi coprono appena l'1% del fabbisogno per il 2020. Maggiore attenzione riceve invece la risposta militare, con la costituzione di una task force di reparti speciali europei, cui l'Italia ha promesso di partecipare.

E di questa crisi si parla molto poco, soprattutto in Italia: il Burkina ha avuto diritto alle prime pagine dei giornali un anno fa, dopo il rapimento di un italiano; poi c'è stato qualche articolo in occasione di uccisioni di fedeli cristiani... Per il resto «si ammazzano fra di loro» e quindi non fa notizia.

Anche le OSC italiane che operano in Burkina hanno dato poco spazio a questa crisi. Forse perché sembra difficile spiegare come un Paese fino a ieri presentato come esempio di coesione sociale e di tolleranza religiosa, si stia rapidamente trasformando in uno dei tanti inferni africani.

Eppure, la spiegazione non è complicata. Come ogni Paese, il Burkina ha sempre conosciuto tensioni tra etnie e squilibri tra città e campagna e tra regioni. Però, prima dell'intervento di fattori esterni che hanno esasperato le tensioni, i burkinabé erano riusciti a convivere con questi problemi, anche con il supporto di interventi di OSC mirati a ristabilire l'equità (per quanto riguarda MMI, nell'accesso alle cure).

Infatti, i jihadisti hanno colpito le aree più dimenticate del Paese, dove hanno trovato seguito tra i giovani, che soffrono più degli altri di frustrazioni per la loro condizione sociale ed economica. La risposta a questo movimento insurrezionale, come a tutta la crisi saheliana, è stata sin dall'inizio militare e repressiva, sia da parte internazionale (Francia in testa) sia da parte dei governi locali. E sta procurando ai jihadisti un numero crescente di adepti, in cerca di protezione, di vendetta o di gloria: si arruolano sotto le bandiere di Al Qaeda e dello Stato Islamico, ma la religione c'entra poco.

In questo contesto, si sta diffondendo il COVID-19.



## Mozambico. Il nostro impegno non può far altro che aumentare

*Carlo Cerini* Sebastião vive a Tchave, una comunità del distretto di Funhalouro, uno dei meno popolati e più aridi del cuore del Mozambico. Quando durante la Brigada Móvel di febbraio gli è stata diagnosticata la tubercolosi, in un primo momento non gli era sembrata una notizia così sconvolgente. “Ho sentito che ce l’hanno in tanti”, aveva detto. Quando gli è stato spiegato che avrebbe dovuto accedere frequentemente al Centro di Salute più vicino per un periodo di sei mesi, il tempo minimo necessario per completare la terapia, nella sua mente si sono invece aperte molte domande. Alcune espresse, molte meno. Il Centro di Salute di Manhiça, il più vicino a Tchave, dista 40 chilometri. Sfortunatamente non esistono mezzi diretti per raggiungerlo, se non chiedere, il che significa pagare, un passaggio ad uno dei pochi che possiede un’automobile. Sebastião a Manhiça è riuscito ad arrivarci almeno una volta, investendo qualche risparmio. Gli era stato detto di portare alla visita anche sua moglie ed i suoi due figli, perché la tubercolosi molto spesso si trasmette in persone che condividono per molto tempo piccoli spazi chiusi, ma l’investimento sarebbe stato per lui eccessivo.

Ieri, nonostante le restrizioni imposte dalle strategie di prevenzione di COVID-19, il nostro infermiere Cardoso ha raggiunto la casa di Sebastião, dopo che per sei giorni non si era presentato alla visita programmata. È stata un’occasione per riprendere la terapia e per fare lo screening dei familiari. Nessuno dei suoi tre bimbi al momento presenta segni di malattia ma dovranno essere monitorati per due anni, perché la tubercolosi spesso si manifesta dopo molto tempo. Uno di loro, che ha solo 4 anni, dovrà anche assumere per 6 mesi una terapia profilattica per l’infezione tubercolare latente, lo stadio che precede la malattia vera e propria. I segni della malattia, dimagrimento e tosse cronica, erano purtroppo già evidenti sul corpo di Anastacia, la moglie di Sebastião, che ha iniziato immediatamente il trattamento.

Per tutto questo insieme di cose, e non solo, la tubercolosi, una malattia curabile, ancora oggi in Mozambico provoca oltre 20.000 decessi ogni anno. Ora che abbiamo qualche nemico in più, il nostro impegno non può far altro che aumentare.



## Kenya. La vita negli slum ai tempi del Covid-19

*Grazia Orsolato*

Difficile trovare qualcosa da raccontarvi su come il Kenya e in particolare Nairobi e le sue realtà stanno affrontando il COVID-19, quando voi in Italia avete avuto e state ancora avendo una dura prova da affrontare.

Qui a Nairobi lavoriamo principalmente con varie realtà e figure comunitarie nelle baraccopoli di Korogocho, Mathare, Dandora, Babadogo e Kariobangi, ad est della città dove la gente vive è praticamente impossibile rispettare le distanze sociali, le baracche sono una attaccata all'altra, le fogne sono a cielo aperto e l'acqua per lavarsi, cucinare e pulire non esce da un rubinetto, ma è in taniche da 20 litri che costa 5 scellini se riescono a comprarsela. Nonostante queste circostanze, le comunità sono costantemente sensibilizzate su sintomi e prevenzione COVID-19 attraverso il lavoro degli assistenti socio sanitari legati ai centri di salute pubblica, al lavoro *delle mentor mothers*, mamme modello e anche al lavoro di tutti le varie ONG presenti sul territorio e che si occupano di *empowerment* comunitario, le quali stanno contribuendo dall'inizio della pandemia alla distribuzione di

taniche d'acqua con sapone in vari posti pubblici delle comunità, maschere chirurgiche e gel igienizzanti, cibo per le famiglie più bisognose, sempre tutto in collaborazione con il Ministero di Salute Keniano.

Dal primo caso la vita nelle baraccopoli non si è mai fermata, la maggior parte della gente vive del piccolo business che ha davanti a casa ( vendita di frittelle, di mais arrostito, di carbone etc.) e se non vendono, non possono comprare nulla da mettere in tavola alla sera per la famiglia e già il coprifuoco dalle 7 di sera alle 5 di mattina ha diminuito il business serale perché le baraccopoli generalmente alla sera non si spengono prima delle 10!



## Burundi. Alcuni aggiornamenti

*Gigi Aziani*

Da una decina di giorni in Burundi non si parla più di COVID-19. L'ultimo aggiornamento parlava di 19 persone positive al virus, senza casi particolarmente gravi, mentre i decessi rimarrebbero fermi a quota uno.

Solo un quotidiano indipendente ha parlato due giorni fa di 8 nuovi casi, mentre qualcuno insinua che i morti per Coronavirus sarebbero molti di più dell'unico caso dichiarato. Ma se così fosse, negli ospedali dovrebbero vedersi questi morti per malattie respiratorie, che invece non risultano.

I dispositivi di ventilazione polmonare funzionanti in tutto il Paese pare siano 24, i test disponibili un centinaio. Un solo ospedale (Bumarec) è finora abilitato a effettuare i test.

I voli rimangono sospesi fino a data da destinarsi, a parte di tanto in tanto un volo "umanitario" e raramente qualche cargo. Anche le frontiere via terra sono chiuse salvo che con alcuni paesi per trasporto merci, che comunque avviene col contagocce.

## Servizio civile e coronavirus

L'avvio del Servizio Civile Universale, causa COVID-19, è slittato al 24 giugno 2020. La formazione generale, finora sempre fatta in presenza nel polo formativo di Brescia, è stata totalmente rimodulata per poter essere svolta online per un periodo di 5 settimane, per un totale di 50 ore di "aula". Il contenuto della formazione non cambia, ci saranno, perciò, moduli che riguardano la storia dell'Obiezione di coscienza e del Servizio Civile, e altri più specifici sull'Approccio Interculturale, la Gestione dei Conflitti e l'Educazione



alla Cittadinanza Globale. Ad oggi non è possibile sapere se e quando i nostri volontari potranno partire per Kenya e Mozambico, il Dipartimento per le politiche giovanili e il servizio civile universale ha dato a tutti gli enti una deadline, per poter comunicare le effettive partenze, al 30 settembre 2020. MMI, insieme a SVI e SCAIP, conta con un contingente di 20 volontari in Servizio Civile, 19 destinati ai progetti nei Sud del Mondo e una per la sede in Italia (che è stata avviata al Servizio con il contingente Italia il 25 maggio).

Lia Guerrini

## I progetti in corso di MMI

AFRICA	Progetto	Co-finanziatore
Burkina Faso	LOTTA ALLA MALNUTRIZIONE cronica infantile nella Regione del Centro Ovest del Burkina Faso. <i>In collaborazione con LVIA e Direzione Regionale Salute Centro-Ovest.</i>	AICS-Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo
	Fortificazione domiciliare dell'alimentazione infantile contro la malnutrizione acuta moderata nel centro ovest del Burkina Faso. <i>In collaborazione con Direzione Regionale Salute Centro-Ovest.</i>	8xmille Stato 2016
Burundi	TERIMBERE KIREMBA - Sostegno alla riqualificazione dell'Ospedale di Kiremba - <i>In collaborazione con ATS Kiremba e Ospedale Renato Monolo Kiremba -Diocesi di Ngozi.</i>	Fondi privati
Mozambico	CAREVOLUTION: innovazione dei servizi di salute comunitaria nella Provincia di Inhambane. <i>In collaborazione con Università di Brescia, Fondazione Museke, MLFM, Comune di Brescia, Direzione Provinciale Salute, Direzione Provinciale Opere Pubbliche e Associazione Kuvuneka.</i>	AICS-Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo
	TILL THE END. Strategie comunitarie di contrasto alla tubercolosi e all'HIV nella Provincia di Inhambane. <i>In collaborazione con Università di Brescia e Dir. Provinciale Salute - Centro de Investigaçao em Saude de Manhiça (CISM).</i>	AICS - Global Fund (Iniziativa " 5 per cento"), Fondazione Museke
Kenia	NO ONE OUT! Empowerment per l'inclusione giovanile negli slum di Nairobi. <i>In collaborazione con SVI-Servizio Volontario Internazionale, SCAIP, MLFM, CBM e con Women Fighting AIDS in Kenya (WOFAK) e Integrated Education for Community Empowerment (IECE).</i>	AICS - Banca di Credito Cooperativo di Brescia
	YOU'LL NEVER WALK ALONE - Programma di riabilitazione su base comunitaria per bambini con disabilità negli slum di Nairobi. <i>In collaborazione con L'Africa Chiama, MLFM, Centro Salute Internazionale e Interculturale, Centro Monari e con Action Network for the Disabled (ANDY), Deaf Empowerment Kenya (DEK), Comp. of Works Organization (CoWA).</i>	AICS (bando 2018)
	BE FREE! Integrazione tra comunità e sistema sanitario per una popolazione giovanile libera da HIV e stigma. <i>In collaborazione con SVI-Servizio Volontario Internazionale, CNSG-ISS (Centro Nazionale per la Salute Globale - Istituto Superiore di Sanità) e con Women Fighting AIDS in Kenya (WOFAK), Girl Child Network (GCN).</i>	AICS - Global Fund (Iniziativa " 5 per cento")
<b>ITALIA</b>		
	GREEN SCHOOL: rete lombarda per lo sviluppo sostenibile. <i>In collaborazione con SVI-Servizio Volontario Internazionale, SCAIP, ONG di CoLomba, altre associazioni e Comuni Lombardi.</i>	AICS- ECG (Educazione alla cittadinanza globale)
	XCHANGE- Exchange of good practices and Cooperation in Humanitarian Action to Generate Engagement. <i>In collaborazione con ASPEM, SVI-Servizio Volontario Internazionale, SCAIP e con Vari partner EU/Africa/America Latina.</i>	EU AID Volunteers

## Corso di Malattie Tropicali e Medicina Internazionale: un corso a compendio della formazione in salute globale 2-20 novembre 2020, XXXIII edizione

Oggi la globalizzazione del mondo, i viaggi e le comunicazioni sempre più intense e rapide fra Nord e Sud evidenziano problemi sanitari che necessitano di attenzioni nuove per cui si rende necessaria una riorganizzazione della formazione degli operatori sanitari. L'epidemiologia delle Malattie Infettive mette in evidenza i fattori di rischio a contrarre patologie ora più diffuse, in parte legate ai flussi migratori, ma anche a rapporti di lavoro e ad un turismo di massa verso Paesi sicuramente carenti di servizi sanitari di base. Inoltre, le aree di povertà, cui le malattie infettive sono inestricabilmente collegate, sono ben presenti anche al di fuori del contesto tropicale interessando sempre più il mondo sviluppato. Ecco perché oggi il Corso non esplora solo Malattie Infettive e Tropicali ma estende il suo interesse alla Medicina Internazionale ponendosi lo scopo di soddisfare tali molteplici necessità e aprendosi a tutti coloro che intendano operare in ambito sociosanitario. La formazione non deve pertanto essere rivolta solo al personale medico-infermieristico già operante nel settore che vuole fare cooperazione sanitaria ma deve aprirsi anche al medico di medicina generale, al biologo di laboratorio e al farmacista che nel quotidiano si trovano di fronte a problematiche sanitarie nuove ed emergenti. Il Corso come nelle precedenti edizioni si propone i seguenti obiettivi: 1° fornire gli elementi tecnici di base necessari alla gestione globale di un'area sanitaria nei Paesi a risorse limitate; 2° fornire gli elementi tecnici di base necessari alla gestione delle patologie tropicali trattate; 3° fornire il completamento culturale per l'approccio diagnostico e la gestione clinica delle patologie di importazione e della migrazione.

Per rendere fruibile la facoltà di accesso, il Corso manterrà la suddivisione in 3 moduli formativi disgiunti della durata di una settimana ciascuno, per un totale di 35 ore cadauno raggiungendo un totale complessivo di 105 ore. Le lezioni inizieranno lunedì 2 novembre e termineranno venerdì 20 novembre 2020.

### *ECM Crediti formativi*

È in corso la richiesta di accreditamento di crediti formativi.

È in corso la richiesta di patrocinio a: Università di Brescia - Clinica Malattie Infettive e Tropicali - Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri - Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Brescia - Ordine dei Farmacisti della Provincia di Brescia - Fondazione Scientifica per la Medicina Generale-SIMG.

*Silvio Caligaris*  
(Responsabile CMT-MI)

*Cinzia Ferrante*  
(Referente Segreteria)

Nel 1988, in armonia con il dettato del proprio Statuto, MMI ha creato il Corso di aggiornamento in Malattie Tropicali per la formazione di personale medico e paramedico con prospettiva di impiego nei programmi di cooperazione sanitaria nei Paesi a risorse limitate. Responsabile del Corso sino all'edizione del 2013 è stata la dott.ssa Myriam Brunelli.

Il primo modulo (2-6 novembre), dedicato alla Salute Globale, prevede un inquadramento dei Paesi a risorse limitate organizzati secondo le indicazioni dell'OMS, la trattazione di patologie pandemiche quali HIV, Epatiti e Tubercolosi e inoltre il tema della Salute Materno Infantile, passando dalle problematiche ostetrico-neonatali a quelle dell'infanzia quali in particolare la malnutrizione.

Il secondo modulo (9-13 novembre) tratterà delle Grandi Endemie Tropicali, dalla malaria alle parassitosi più diffuse, e verrà integrato da una concisa preparazione teorico/pratica delle più comuni tecniche di laboratorio di base.

Nel terzo (16-20 novembre), dedicato sia alla Medicina delle Migrazioni che alla Progettazione in cooperazione sanitaria internazionale, verranno affrontate le problematiche sociosanitarie del migrante al fine di fornire quelle acquisizioni indispensabili per ridurre le barriere conoscitive, relazionali, organizzative e favorire un reale esercizio del diritto alla salute per i cittadini non italiani presenti, a qualsiasi titolo, nel nostro Paese. Nella parte dedicata alla progettazione verranno affrontati i principali temi del ciclo di progetto in ambito di cooperazione sanitaria internazionale. Per ulteriori informazioni visitare il sito [www.medicusmundi.it](http://www.medicusmundi.it)

L'argomento relativo al virus Covid-19 verrà trattato nelle tipologie tematiche di riferimento dei 3 moduli.

## Rubrica del medico

# Epidemia da Covid-19: una pandemia sovrapposta all'epidemia influenzale. Uno tsunami per l'Occidente. Un incubo per l'Africa.

*Giampiero Carosi* Con l'acronimo I.L.I. (*Influenza Like Illness*) vengono indicate tutte le condizioni di malattia che rientrano nel complesso di affezioni respiratorie proprie della stagione invernale e che presentano un quadro sintomatologico, più o meno accentuato e completo, di tipo influenzale.

Il rilievo dei casi e la notifica dei casi di I.L.I. all'Istituto Superiore di Sanità è demandato a un certo numero selezionato di Medici di Medicina Generale (circa 1200 medici di famiglia) e costituisce il Sistema di Sorveglianza Nazionale dell'andamento della stagione influenzale. Ai Medici di Medicina Generale si chiede il rilievo di un complesso di sintomi (cioè della "sindrome") che definiscono il "caso" I.L.I. Si tratta di sintomi di facile rilievo: febbre, almeno un sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, respiro difficoltoso) e almeno un sintomo sistemico (dolori muscolari, cefalea, spossatezza). Certo nell'ambito di questa sindrome l'influenza rappresenta la causa di gran lunga prevalente ma fra le cause di I.L.I. rientrano altresì tutta una serie di altre malattie, sostenute principalmente da altri virus respiratori: adenovirus, echovirus, rinovirus etc. e anche coronavirus.

I coronavirus sono conosciuti da tempo e considerati di trascurabile interesse perché "benigni": basti dire che rappresentano il 30% delle cause del comune raffreddore. Ma nell'arco degli ultimi 18 anni fra essi sono emerse e si sono imposte all'attenzione specie temibili: il virus della SARS nel 2002-2003, il virus della MERS nel 2012 e ora, nel 2019, del COVID-19. Quello che caratterizza queste specie è una elevata virulenza e una spiccata diffusibilità, legate soprattutto al fatto che si tratta di virus propri degli animali che hanno fatto un "salto di specie" e attaccato l'uomo (zoonosi).

Così come in realtà era avvenuto nel passato anche per ceppi di virus dell'influenza propri di animali che, con un "salto di specie" si sono resi responsabili ad esempio dell'influenza "suina" H1, N1 nel 2009. Questi peraltro, fortunatamente, hanno rappresentato una sorta di fuoco di paglia determinando epidemie che si sono esaurite in breve tempo (tanto che ad es. le abbondanti scorte del vaccino per l'influenza suina sono rimaste in gran parte invendute e mandate al macero). Ma anche il virus influenzale proprio dell'uomo può subire, a vari intervalli di decenni, mutazioni genetiche "maggiori" (*shift*) che causano pandemie (estese a tutti i continenti) e provocano migliaia o milioni di morti. Perché il sistema immunitario non "riconosce" questi virus "nuovi" e quindi la popolazione si trova sfornita di difese. Lontana nel tempo è la "spagnola" che nel 1918, al tempo della Prima Guerra mondiale, ha causato 50 milioni di decessi; in tempi più recenti abbiamo avuto l'asiatica nel 1957 e la Hong-Kong nel 1968, che pure hanno causato molte migliaia di decessi.

Al di fuori di questi eventi pandemici, il virus influenzale subisce spon-

taneamente mutazioni “minori” (*drift*) pressoché ogni anno (di qui la necessità di preparare nuovi vaccini “mirati” su quello specifico ceppo) e causa epidemie “stagionali” con caratteristiche diverse per virulenza e contagiosità.

Ad esempio nella stagione influenzale 2018-2019, l’epidemia è stata di gravità medio-alta. Il numero di casi I.L.I. (documentati dal sistema di sorveglianza Influnet-Epicentro) è stato di oltre 8 milioni (10 casi per mille assistiti).

I casi “gravi”, in larga misura ospedalizzati, sono stati 809, di cui 198 sono deceduti.

Nell’84% dei casi gravi e nell’89% dei decessi era presente una condizione di rischio, che ha causato inoltre una “extra-mortalità” di circa 8000 casi.

Queste condizioni di rischio sono rappresentate dall’età avanzata (che comporta decadimento delle difese immunitarie – immunosenescenza) e dalla presenza di malattie croniche debilitanti (diabete, ipertensione, cardio-pneumo-nefropatie croniche, tumori etc.). Il tasso di mortalità è stato di oltre l’1 per mille in soggetti di età >65 anni. Questo dato preoccupa: basti pensare che in Italia il 23% della popolazione è over 65, cioè vivono 169 anziani ogni 100 giovani con meno di 20 anni, situazione che fa dell’Italia il 2° paese più vecchio del mondo, dopo il Giappone, e primo in Europa.

Teniamo presenti queste cifre perché ci serviranno per mettere a fuoco correttamente l’entità e la gravità dell’odierna epidemia da coronavirus (COVID-19). Il suo agente causale, denominato Sars Cov2, è da considerarsi un virus “nuovo”, agente di un’epidemia “nuova”, sulla quale, per alcuni aspetti, la scienza non ha tuttora risposte certe. Ad esempio non sappiamo quanto sia protettiva e persistente l’immunità conferita (importante per stabilire la possibilità di recidive e di reinfezioni).

Ma è anche difficile stabilire la effettiva gravità clinica di COVID-19. Sappiamo che una quota importante, oltre il 60% dei soggetti affetti, resta asintomatico o pauci-sintomatico (ma tutti, in varia misura possono trasmettere l’infezione), che la restante quota sviluppa una sintomatologia polmonare (che in circa il 30% dei casi richiede il ricovero ospedaliero) e di questi il 5-10% si aggrava (alcuni verso il 4°-6° giorno altri verso il 10°-15° giorno di malattia) tanto da richiedere assistenza respiratoria in terapia intensiva.

Infine integro le conclusioni su questa epidemia che ho espresso nell’editoriale di presentazione per quanto concerne i nostri teatri di intervento nell’Africa subsahariana.

Le autorità politiche e amministrative di questi paesi devono essere sensibilizzate al problema COVID-19 e, riconoscendone la priorità, avviare programmi di restrizione sociale analoghi a quelli positivamente applicati in Cina e in Europa (chiusura delle scuole, disciplina dei mercati e dei commerci, protocolli comportamentali della popolazione). E parallelamente è necessario definire la realtà epidemiologica per monitorare l’efficacia di tali interventi.

Medicus Mundi sta facendo la sua parte: offrendo consulenza qualificata ai governi e alle amministrazioni locali trasferendo le esperienze maturate in Italia, offrendo alle strutture sanitarie e agli ospedali attrezzature e linee-guida assistenziali, mantenendo e implementando i programmi sanitari in atto con il contributo di nostri esperti e volontari.

Conosciamo bene quanti siano i rischi incombenti. Un plauso riconoscente va a tutto il nostro personale, che ha confermato unanimemente di volere restare nei teatri operativi. MMI ha fatto tutto quanto necessario per proteggerli.

## La mia storia con il Covid

*Silvio Caligaris*

Mi è stato chiesto di parlare del Coronavirus, questa volta non di epidemiologia, di diagnosi e di clinica, ma solo ed esclusivamente per raccontare la mia esperienza durante la pandemia vissuta sia come medico impegnato in prima linea nella cura, sia come paziente duramente colpito, direi in modo molto grave, dal Coronavirus.

Infatti posso dire di avere vissuto tre fasi della drammatica pandemia – mentre scrivo sto fortunatamente vivendo la terza fase, quella della convalescenza – perché prima di ammalarmi ho trascorso ben tre settimane da medico in trincea; in questa prima fase ritengo di essere stato uno dei primi medici della ASST Spedali Civili di Brescia a ricoverare i malati di Covid-19, precisamente nella Struttura Semplice di Malattie Infettive ad Indirizzo Tropicale, da me diretta, dotata di dieci stanze a pressione negativa, ciascuna con anticamera munita di filtro, e pertanto estremamente sicura ad ospitare pazienti altamente contagiosi. Tre settimane durante le quali con i colleghi medici, infermieri e personale di supporto ho lavorato in maniera estenuante senza sosta, tre settimane devastanti sia dal punto di vista fisico che psicologico.

All'inizio i pazienti mi sembravano tutti simili, presentavano dispnea e rantoli, ma con l'andare dei giorni tutti noi infettivologi abbiamo compreso che Covid-19 era una malattia ben diversa dalla semplice infezione polmonare. Guardando meglio, i malati non erano tutti uguali: ci siamo resi conto di altre complicanze, abbiamo moltiplicato i trattamenti, impiegando sia gli antivirali ma anche, ad esempio, l'eparina a basso peso molecolare con dosaggi diversi rispetto alla profilassi tradizionale. In questo senso la pandemia, nella sua drammaticità, ha rappresentato un forte stimolo professionale.

Nella mia storia di medico specialista in Malattie Tropicali mi son trovato a sperimentare scenari estremi, soprattutto in Africa, situazioni in cui ad esempio l'ossigeno era disponibile per pochissimi malati e si doveva decidere quale paziente attaccarvi.

E proprio l'ossigeno ha rappresentato soprattutto in questo primo periodo un problema drammatico; l'ossigeno, elemento indispensabile nella maggior parte dei pazienti ricoverati; la decisione su chi ventilare, l'interrogativo etico circa le scelte da compiere in carenza di ventilatori e posti in Rianimazione; il dilemma dell'ultimo letto, la decisione su chi intubare. E' stato un dramma dover decidere chi si e chi no anche per uno di 64 anni, come me che, con una lunga esperienza di corsia, credeva di essere pronto a certe scelte.

Questa emergenza improvvisa mi ha reso qualcosa di più di un ordinario medico curante: mi sono dovuto inventare psicologo, confidente, motivatore, stratega nella gestione dei letti per assicurare posti quasi impossibili ai malati che giungevano da ogni parte; mi sono trovato a dare l'estrema unzione, ho fatto vedere pazienti terminali ai parenti contravvenendo alle regole imposte; ricordo il contatto coi malati che avveniva rigorosamente sotto ad una specie di scafandro ed erano più gli occhi che non le parole a trasmettere loro sicurezza o, spesso, un senso di paura.

Poi, il 7 marzo, sono entrato in quella che ho voluto definire la seconda fase. Mi sono ammalato anch'io: il virus



Foto scattata nel 2019 in Mozambico

forse non l'ho acquisito dai malati, ma da una leggerezza, perché abbiamo sottovalutato la sua facilità di trasmissione, e ci siamo infettati molto probabilmente tra di noi medici, fra una riunione "strategica" e l'altra. Dopo il tampone e il ricovero è arrivata la diagnosi: polmonite bilaterale da Covid-19.

Nell'arco di due giorni mi sono aggravato e sono finito nel reparto della seconda Rianimazione, evitando di essere intubato ma provando tutti i tipi di maschere per l'ossigeno, proseguendo la terapia antivirale ed espletando un trattamento del tutto sperimentale con Tocilizumab, un anticorpo monoclonale che inibisce l'interleukina 6, una citochina coinvolta nel processo infiammatorio associato all'artrite reumatoide. Nel vedere un parziale miglioramento clinico dopo sette giorni sono ritornato nel mio reparto con l'intento di proseguire cure e monitoraggio.

Ma, ahimè, la situazione è nuovamente precipitata dal punto di vista respiratorio: in 48 ore sono passato a 45 atti respiratori al minuto. Non mi entrava più aria nei polmoni e non mi rendevo conto di quanto mi stava succedendo. Ho incrociato gli occhi di mia moglie Lucia, capo sala della pneumologia, e dei miei colleghi infettivologi preoccupati e disperati che mi seguivano lungo il tragitto sulla barella che dal mio reparto mi ha condotto, questa volta, nella terapia intensiva del Risveglio Cardio-Chirurgico. Qui, per la seconda volta, ho evitato la ventilazione meccanica invasiva soppressa da quella con BIPAP, CIPAP e NIV quest'ultima di difficile tollerabilità ma indispensabile a garantirmi una PO<sub>2</sub> accettabile.

Sono stati giorni terribili. Oltre agli antibiotici ed agli anti virali di routine, boli di cortisone, eparina a basso peso molecolare, insulina, antiipertensivi, per sopprimere ad una insufficienza multi organo che avrebbe potuto essermi fatale.

In un momento di grande sconforto e disperazione ho persino pensato all'amico Carlo Urbani, ammalatosi di polmonite da SARS nel 2003 e deceduto a causa di un infarto miocardico subentrato come complicanza. È stato dimostrato che anche il coronavirus Covid-19 ha causato numerose complicanze di tipo tromboembolico ed ischemico, spesso fatali.

E finalmente ho intravisto un barlume di speranza quando sono stato trasferito nella Unità di Monitoraggio Respiratorio della Pneumologia per passare ad una ventilazione ad alti flussi di ossigeno ed effettuare un altro trattamento "sperimentale" con un farmaco ad uso compassionevole di nome Remdesivir, sicuramente dimostratosi efficace ma non scevro di effetti collaterali tra i quali, ad esempio, la pancitopenia che immancabilmente mi ha accompagnato fin quasi alla dimissione.

Posso dire che la terza fase sia iniziata nella seconda parte del ricovero in Pneumologia dal giorno in cui sono arrivate le fisioterapiste che mi hanno solleva-

to in piedi, al bordo del letto, dopo ben 32 giorni di allettamento e mi hanno insegnato letteralmente a camminare. Questo periodo è coinciso con la negativizzazione del tampone per Covid-19, con il termine di alcune terapie, con lo scalare di altre, con il rendermi un po' più autosufficiente e prepararmi al faticoso giorno della dimissione, che vedevo sempre più come un miraggio, ma che finalmente si è avverato il giorno 15 aprile.

Ora sono a casa in convalescenza ed avverto ogni giorno i miglioramenti tanto attesi, quanto lenti.

Se sono qui lo devo ai miei colleghi medici, alle infermiere e operatori di supporto, eroi non retorici, che mi hanno curato e seguito con grande professionalità, ma soprattutto con quell'amore e dedizione che insieme portano a fare i miracoli.

Lo devo a mia moglie Lucia, coordinatrice infermieristica che, dalle vetrate delle rianimazioni, riusciva ad incoraggiarmi con i suoi sguardi che talvolta, però, non erano in grado di nascondere la disperazione e la paura di perdermi. Sempre presente nei momenti cruciali per spronare i colleghi e condividere con loro le più importanti decisioni da intraprendere nei miei confronti.

Sono stati momenti di grande sofferenza sia fisica che psicologica. Mi sembra di avere combattuto una guerra invisibile, iniziata quella sera del 7 marzo 2020; un vero e proprio calvario fisico e mentale conclusosi con la dimissione del 15 aprile con un bilancio di ben 39 giorni di degenza di cui 32 di allettamento. Ora sto meglio e sono ancora a casa a fare il convalescente cercando di recuperare al meglio sia il respiro che il tono muscolare.

Questa esperienza, vivendola sia da operatore sanitario che direttamente sulla mia pelle, mi ha insegnato che in una situazione di pura emergenza si è passati ai lavori in versione pre-print, prima che fossero revisionati. Non sappiamo se abbiamo fatto bene o no, davanti a quella che abbiamo scoperto non essere una semplice patologia infettiva, ma una condizione più complessa, inizialmente sottovalutata. Ne sono un esempio il "cocktail" di farmaci sperimentali che mi è stato somministrato e che verosimilmente mi ha salvato la vita, pur non sapendo ancora quale di questi sia stato il più efficace.

Come condividere le informazioni resta uno degli interrogativi che dovremo approfondire, insieme a quello su chi deve "guidare" in situazioni come questa, segnate da una inusuale rapidità di evoluzione. È indubbio che ci vuole qualcuno che governi il sistema, che sia l'Università con l'Ospedale, l'Ordine dei Medici e i rappresentanti delle categorie professionali: è molto importante, quindi, metter insieme tutte le informazioni ed esperienze, per filtrarle e condividerle... ed è questa la giusta strada da intraprendere.

## CoViD19: Considerazioni sul possibile impatto della pandemia sui bambini in Africa

*Fabian Schumacher*

Con meno di 100.000 degli oltre 5.800.000 casi confermati di SARS-CoV-2, l’Africa è la regione OMS meno affetta dalla pandemia e dalla mortalità ad essa collegata (meno di 2.500 degli oltre 360.000 decessi mondiali).

Infatti, lo conferma anche il paragone tra l’andamento dei dati in Burkina Faso, dove tra il 30 marzo e il 30 maggio i casi sono aumentati da 207 a 852 con un totale di 53 morti, e in Italia dove sempre durante 2 mesi l’aumento è stato da 233 a oltre 200.000, con quasi 30.000 decessi. Certamente il numero di test effettuati non è paragonabile, tuttavia contribuiscono a spiegare la differenza fattori come la densità della popolazione, il fatto che buona parte della vita si svolga all’aperto (o comunque a finestre aperte), la scarsità di mezzi di trasporto pubblici e di eventi che attirano grande quantità di persone provenienti da lontano e la minore prevalenza di obesità. Inoltre, non è ancora chiaro quanto il clima influenzi la diffusione del virus e cioè se con il caldo e la siccità le famose goccioline (“*droplets*”) che contengono il virus si seccano prima e volano meno. (D’altro canto, se la situazione dell’emisfero nord migliorerà con l’estate, forse peggiorerà l’altra metà del globo.) Un fattore importante è sicuramente dato dalla piramide demografica, che mostra come oltre il 25% dei 1,3 Miliardi di persone del Continente sono bambini o adolescenti. Sappiamo infatti che i bambini sono meno colpiti da questo virus, sia in termini numerici (sono circa il 2% dei casi confermati) ma anche in termini di gravità, in quanto la stragrande maggioranza delle infezioni pediatriche sono asintomatiche o con pochi sintomi, il che comporta fortunatamente che i decessi da CoViD in bambini sono estremamente rari (in Italia per ora “solo” 4 bambini sono deceduti). Comunque, anche i bambini si infettano, sebbene con meno sintomi, cioè starnutiscono e tossiscono meno (e pertanto emettono meno virus), ma dall’altro canto la mancanza di sintomi fa anche sì che il bambino non venga riconosciuto come infettante e può continuare ad infettare più a lungo rispetto ad un adulto con sintomi. Inoltre, nei bambini i sintomi classici dell’infezione da SARS-CoV-2 sono poco specifici e spesso presenti per altre cause: febbre (malaria, dengue!), tosse (polmoniti virali e batteriche, TBC!), rinite sono tra le manifestazioni più comuni anche di tante altre patologie frequenti e proprio nei bambini il nuovo virus si manifesta spesso anche con dolori addominali, diarrea e nausea, rassomigliando ad una gastroenterite! Ed è proprio la gastroenterite a preoccupare, visto che il tasso dei malnutriti nel Continente rimane importante ed ogni ulteriore episodio di diarrea rischia di innescare un circolo vizioso che poi diventa la (con-)causa di morte più importante nei bambini anche senza CoViD. E purtroppo l’impatto della pandemia sulla

malnutrizione sarà forte, non solo perché le famiglie non avranno le risorse, ma anche perché i trasporti sia interni che internazionali di viveri saranno ridotti/sospesi e perché la lotta alla pandemia riassorbirà risorse e personale di tutto il settore sanitario a scapito dei servizi di base, compreso lo screening e la cura della malnutrizione.

Se la malnutrizione, a tutti gli effetti una immunodeficienza come l’HIV, possa attenuare invece la risposta infiammatoria deleteria (Sindrome di Kawasaki) che si è vista in pochissimi bambini durante questa pandemia, è una questione aperta. Bisogna poi pensare che in molte comunità – in particolare urbane - il distanziamento fisico soprattutto dei bambini non è neanche immaginabile e la cronica mancanza di acqua rende il lavaggio delle mani difficile anche lì dove *Medicus Mundi* negli anni passati ha cercato di introdurre questa pratica almeno prima dei pasti. Un ulteriore problema può costituire la paura dei *care-giver* di trovarsi, dopo una consultazione percepita come “inutile” (in quanto non è disponibile ancora una terapia comprovata per il CoViD), non solo con un conto salato da pagare, ma nella peggiore ipotesi anche con un’infezione acquisita nella struttura sanitaria. A questo va aggiunto il rischio di una prescrizione non solo inefficace – come la cloroquina – ma addirittura pericolosa, sia per gli effetti collaterali, sia per una mancanza di questi farmaci per le persone che ne hanno veramente bisogno per altre indicazioni e - non ultimo nel caso di cloroquina, lopinavir/ritonavir e dell’azitromicina – il rischio di un aumento delle resistenze nei germi contro i quali questi farmaci normalmente sono attivi.

Non abbiamo dati sui bambini extracomunitari/migranti in Europa, ma le loro condizioni di vita e alimentazione non fanno presagire nulla di buono. Dati provenienti dalle società multietniche in America e Inghilterra mostrano invece, che il rischio più elevato delle popolazioni non caucasiche sembra più legato a fattori sociodemografici che etnici. Purtroppo, l’esperienza con l’Ebola ha mostrato come la lotta a tutto campo contro un’epidemia rischia di aumentare una serie di altri problemi, dalla sicurezza alimentare alle cure prenatali e le vaccinazioni, dalla cura delle patologie acute (diarrea, polmonite, malaria) a quelle croniche (HIV, TBC, malnutrizione), moltiplicando in questo modo le vittime che l’epidemia miete direttamente. (Infatti, anche in Italia sono già morti più bambini per non essere stati portati in Ospedale per la paura del SARS-CoV-2, che dal CoViD stesso!) A questo si aggiunge inevitabilmente un incremento dei problemi di sfruttamento, violenza, abuso, e non ultimo di educazione e formazione sia formale che informale.

Per questo il lavoro di *Medicus Mundi*, che da sempre punta sul rafforzamento e sulla resilienza dei sistemi sanitari di base, continua ad avere un ruolo fondamentale per la salute dei bambini anche in tempi di pandemia!

## Abbiamo riso per una cosa seria

La Campagna annuale “Abbiamo riso per una cosa seria”, normalmente proposta a maggio, per quest’anno si terrà in autunno, in data ancora da definire, tra fine settembre e inizio ottobre. Vi daremo aggiornamenti sui nostri social.



## “3D for the future”

MMI, SCAIP e SVI, insieme a Isinnova, l’azienda che ha stampato in 3d le valvole per i respiratori e trasformato le maschere subacquee per adattarle alle esigenze delle terapie intensive, vogliono contribuire concretamente a realizzare un progetto per diffondere la tecnologia nei Paesi a risorse limitate, fornendo materiale di stampa e supporto tecnico, per affrontare l’emergenza COVID-19. Distribuire l’attrezzatura e la conoscenza della stampa 3d apporterà vantaggi non solo per l’emergenza, ma costituirà un’opportunità per il futuro, come strumento tecnologico all’avanguardia, a disposizione degli ospedali e centri medici che la riceveranno gratuitamente. La Campagna è realizzata in collaborazione con Caritas Diocesana di Brescia Ufficio per le Missioni Diocesi di Brescia. IBAN: IT21J0869211202017000174977 - BIC (per i bonifici dall’estero): CCRTIT2TH00 Per tutte le informazioni sul progetto vai su: <https://youtu.be/BkTLWcEAX6c>



## Incontri aperti alla società civile

Ogni giovedì di maggio, alle ore 20, abbiamo incontrato la società civile in 4 incontri on line gratuiti, per l’iniziativa “Io l’8 da qui”: un dialogo in diretta per condividere ciò che stiamo facendo per affrontare l’emergenza COVID-19 in Italia e nel mondo. È stata l’occasione per incontrare alcuni dei protagonisti impegnati nei nostri progetti: #Kenya #Mozambico e #Burkina, e parlare della Campagna di raccolta fondi “Le Ong ci sono” realizzata in collaborazione con altri importanti partner, quali #Isinnova, #Caritas Bresciana e la #Diocesi di Brescia, per affrontare l’emergenza.



Le ONG ci sono... in Italia e nel Mondo

## “Solo insieme”

Brescia è una delle città più colpite, ma nonostante le ferite subite, le ONG bresciane vanno avanti, non chiudono, perché la solidarietà non si ferma e perché è qui, presenti ed attivi, che ora dobbiamo essere. Con una donazione a questo IBAN: IT34H0869211202017000174793 Bonifico bancario, intestato a ONG BRESCIANE

- con la causale “NOI PER BRESCIA” sosterrai gli Spedali Civili di Brescia (i fondi raccolti verranno devoluti alla Campagna Aiutiamo Brescia di Fondazione Comunità Bresciana e Giornale di Brescia.)
- con la causale “NOI PER LORO” ci aiuterai a sostenere l’emergenza COVID-19 nei Paesi dove operiamo, attraverso la formazione e la sensibilizzazione del personale locale e dei beneficiari dei progetti.



## Come sostenere le attività di MMI

- ♥ Donazione online con Carta di Credito o PayPal
- ♥ Bonifico bancario IBAN IT 64 P 03111 11202 000000013162 - BIC: BLOPIT22
- ♥ Bonifici continuativi  
IBAN IT 64 P 03111 11202 000000013162 - BIC: BLOPIT22
- ♥ Bonifico Postale - IBAN IT 11 P 07601 11200 000010699254
- ♥ Assegno in Segreteria
- ♥ Lasciti testamentari
- ♥ 5 x 1000 (CF: 98011200171)
- ♥ Diventando soci di MMI
- ♥ Diventando volontari per MMI



## Quote annuali

Si ricorda a tutti i Soci di rinnovare la quota annuale, fissata per il 2020 in due fasce di età:

1. €20 dai 18 fino ai 29 anni compresi e adulti dopo i 65 anni.
2. €50 dai 30 ai 64 anni compresi.

Tutti i Soci hanno eguali diritti di eleggibilità attiva e passiva nel pieno rispetto della democraticità, prevista dalla Legge 266/91.

## Assemblea Bilancio Consuntivo

A norma dello Statuto Sociale è convocata, l'Assemblea Generale straordinaria e ordinaria, in prima convocazione venerdì 12-6-2020 ore 22; in seconda convocazione **mercoledì 17 giugno 2020, ore 17.00**, con due modalità: **presso la sede sociale di Via Collebeato 26 - 25127 Brescia o in videoconferenza (Come previsto dall'Art. 13 dello Statuto dell'Associazione e ai sensi del Decreto Legge n.18 del 17 marzo 2020 ("Cura Italia", art.73, c.4) i soci potranno partecipare all'Assemblea collegandosi attraverso una modalità che verrà preventivamente comunicata a tutti i soci)**, con il seguente ordine del giorno:

- Rinnovo Statuto sociale (art.18) con la presenza del notaio Calini

a seguire:

- Relazione del Presidente
- Relazione delle attività 2019
- Presentazione del Bilancio Consuntivo 2019
- Relazione dei Revisori dei Conti sul Bilancio Consuntivo 2019
- Discussione ed approvazione del Bilancio Consuntivo 2019
- Rinnovo del Consiglio Direttivo quadriennio 2020-2024
- Rinnovo del Collegio dei Revisori quadriennio 2020-2024
- Rinnovo del Collegio dei Probiviri quadriennio 2020-2024
- Varie ed eventuali

È possibile scaricare la lettera di convocazione con delega dal sito [www.medicusmundi.it](http://www.medicusmundi.it)



Medicus Mundi Italia ONLUS (MMI) è una ONG per la cooperazione socio sanitaria internazionale

MMI è Socio  socio 

Ogni donazione è fiscalmente deducibile. (Norme deducibilità fiscale: D.L. n. 49/87 con DM n. 1988/128/004187/2D del 14/09/1988 e D.L. 4 dicembre 1997 n. 460, con modifiche apportate dal D.L. n. 35 del 14/03/2005, convertito in Legge n. 80 del 14/05/2005).

Informativa sulla Privacy ex Art. 13 DL. 196/2003. I suoi dati verranno utilizzati esclusivamente per uso interno di MMI.

Per saperne di più, visiti il sito [www.medicusmundi.it](http://www.medicusmundi.it).

Editrice: Medicus Mundi Italia ONLUS  
Via Collebeato, 26  
25127 Brescia  
Tel. 030/3752517  
Codice fiscale: 98011200171  
e-mail: [redazione@medicusmundi.it](mailto:redazione@medicusmundi.it)  
<http://www.medicusmundi.it>

Logo: Guss van Eck

Direttore Responsabile: Adalberto Migliorati  
Redazione: Monica Franchi

Videospagnazione: GAM - Rudiano (BS)  
Stampa: GAM - Rudiano (BS)  
Reg. Trib. Brescia N. 7/1989  
del 18 febbraio 1989

Numero iscrizione ROC: 31622

Tiratura: 1.500 copie  
Stampato su carta riciclata certificata FSC®

### In questo numero hanno collaborato

G. Aziani, S. Caligaris, G. Carosi,  
C. Cerini, M. Chiappa,  
M. Franchi, L. Guerrini,  
M. Martinetto, G. Pietra,  
G. Orsolato, R.F. Schumacher.

Edito con il contributo della  
Fondazione Banca San Paolo di Brescia



FONDAZIONE  
BANCA SAN PAOLO  
DI BRESCIA