



# Medicus mundialmente

Periodico semestrale di **Medicus Mundi Italia**

**1/2022**



Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 355/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, L. 01/05/2000 n. 140/02

**It's a big challenge**



### Numero 1/2022

Periodico semestrale  
di Medicus Mundi Italia



### Direttore Responsabile

Adalberto Migliorati

### Redazione

Ufficio comunicazione MMI

### In questo numero hanno collaborato

Prof. G. Carosi, M. Chiappa, R. Zini, L. Tomasoni,  
F. Castelli, B. Formenti, R. Lombardi, L. Pietra,  
F. Arieti, A. Ndereyimana, C. Ferrari, G. Orsolato,  
S. Caligaris, A. Della Moretta, M. Preaux

### Foto copertina

Renita Ghirardo

### Numero chiuso in redazione

12 aprile 2022

### Prossimo numero

dicembre 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

### Codice fiscale

98011200171

### e-mail

promozione@medicusmundi.it

### web

www.medicusmundi.it

### Logo

Guss van Eck

### Tiratura

1.800 copie  
Stampato su carta ecologica certificata FSC®

### Seguiteci su



## EDITORIALE

3 AIDS e COVID-19. Riflessioni a confronto sulle due pandemie della transizione fra XX e XXI secolo

## LETTERA DEL DIRETTORE

6 It is a big challenge

## CAMPAGNA

8 Un vaccino per tutti è... arrivato lontano!

9 Un vaccino per tutti: il successo della solidarietà

## PROGETTI

10 Mozambico, "Uno studente per la sua comunità"

11 Burkina Faso, "In Burkina Faso i militari tornano al potere"

12 Kenya, Contea di Machakos, "By youth side!"

13 Burundi, "Il progetto Kura Kiremba ha fatto il primo compleanno"

14 Italia, "Progetto XCHANGE: obiettivi raggiunti e nuovi traguardi"

15 Servizio Civile Kenya, "MMI e i civilisti dopo il Covid-19"

## RUBRICA DEL MEDICO

16 Le Malattie Tropicali Neglette (MTN), "Un problema di salute pubblica"

## EVENTI ITALIA

16 "Umanità e professionalità al servizio del bisogno in tempo di pandemia"



DONA IL TUO

**5X** MILLE  
Health for All!



La tua FIRMA per garantire  
il DIRITTO ALLA SALUTE per TUTTI.

**C.F. 98011200171**

AVVISO

Dal 2022 MMI cambia conto corrente.  
Continua a sostenere i nostri progetti:  
Conto corrente intestato a MMI  
Banca BCC- IBAN:IT8200869211202017000175403

# AIDS e COVID-19

## Riflessioni a confronto sulle due pandemie della transizione fra XX e XXI secolo



**L**e due ultime decadi del XX secolo sono state teatro di una pandemia da HIV/AIDS, che tuttora è attiva. La seconda decade del XXI secolo è funestata da una nuova pandemia, da COVID-19, che si è sovrapposta alla precedente con effetti ancor più devastanti.

Si tratta di due eventi epocali profondamente radicati nell'attualità: dei comportamenti sociali, della mobilità internazionale, della tecnologia sanitaria, in una parola della globalità.

È certamente interessante esplorare quali riflessioni suscitino questi due fenomeni, in realtà profondamente diversi ma convergenti nella realtà dell'evento pandemico.

### Quale il reciproco impatto di queste due patologie?

I primi studi depongono per una sostanziale "indifferenza": la presenza di HIV non appariva fattore aggravante l'outcome dell'infezione da SARS-CoV-2 e viceversa questa non sembrava aggravare il decorso dell'infezione da HIV. I successivi studi hanno evidenziato come la realtà sia un poco diversa: la presenza di infezione cronica da HIV può in effetti aggravare l'outcome del COVID-19, sia per ragioni intrinseche legate a una persistente disregolazione immunitaria sia per ragioni epidemiologiche legate alla maggiore presenza di fattori prognostici negativi per COVID-19 nei soggetti HIV (ipertensione, diabete, dismetabolismi etc.).

Così come l'infezione da SARS-CoV-2 certamente impatta in senso negativo sulla gestione dell'epidemia da HIV comportando riduzione degli screening e della routine assistenziale. Ma impatta negativamente anche sull'evoluzione dell'infezione da HIV con rischio di scompenso ed emergenza di infezioni opportuniste quando non siano perfettamente controllati parametri viro-immunologici ottimali (CD4 >350 cell/ml, HIV RNA n.d.).

Due eventi epocali  
profondamente  
radicati nell'attualità:  
dei comportamenti sociali,  
della mobilità internazionale,  
della tecnologia sanitaria,  
in una parola della globalità.

### Analogie e differenze fra le due pandemie

- Le analogie sono fondamentalmente limitate alla comune origine animale: passaggio di specie (spill-over) all'uomo, dallo scimpanzé per l'HIV, dal pipistrello per il COVID-19. Questa origine zoonotica è comune a molte pandemie, esempio classico è l'influenza "spagnola" e dovrebbe ricordarci la nostra contiguità col mondo animale, di cui non siamo dominatori ma parte.
- Altra analogia "costitutiva", propria delle pandemie, è la progressiva ineluttabile propagazione che si realizza quando un agente infettivo trasmissibile "nuovo" impatta in un ambiente di tutti individui suscettibili, cioè non immuni. Ma occorre per questo che un tale agente infettivo abbia caratteristiche ottimali di idoneità pandemica. Deve cioè essere sufficientemente patogeno per provocare malattia ma in una percentuale ridotta degli affetti e avere una letalità evidente ma modesta. Non deve cioè bruciare il campo in cui pascola.

Fra le due pandemie vi sono peraltro in questo campo profonde difformità. HIV provoca infezioni insidiose, croniche mentre SARS-CoV-2 acute e esplosive. L'incubazione (cioè il periodo che intercorre prima che si manifesti la malattia) è di anni, in media 10, per l'AIDS e di 1 settimana per la COVID-19. La casistica annovera una platea di 80 milioni di casi e di 37 milioni di morti cumulativi in 40 anni nel caso dell'HIV e di 410 milioni di casi e di 5.8 milioni di morti in 2 anni per il SARS-CoV-2. Ovvero il tasso di letalità per HIV/AIDS è del 46% ma

Per l'infezione da HIV/AIDS non abbiamo tuttora vaccini ma abbiamo terapie efficaci che presto avremo compiutamente anche per la COVID-19 dove già abbiamo vaccini efficaci e suscettibili di ulteriori progressi.

nel lungo periodo (in realtà sarebbe del 100% in assenza di cura) mentre è del 14% nel breve periodo per la COVID-19.

Queste caratteristiche, ampia trasmissibilità e debole letalità, espresse con modalità difformi ma entrambe efficaci, ci rendono conto della inidoneità pandemica di altri virus, ad esempio del virus Ebola, che provoca infezioni zoonotiche ma con tale elevato tasso di letalità da esaurire nel breve periodo i possibili trasmettitori affetti.

- L'aspetto che più differenzia le caratteristiche epidemiologiche è nella *modalità di trasmissione*: sessuale ed ematica per l'HIV, respiratoria per il SARS-CoV-2. Per cui mentre per l'infezione

da HIV si individuano categorie di popolazione (*sex workers*, MSM, IDU etc.) in base a comportamenti che le espongono al rischio, per il SARS-CoV-2 tutti siamo a rischio poiché tutti respiriamo. La prevenzione, che è "mirata" sulla riduzione del rischio (condom, siringhe monouso etc.) per HIV, è "universale" per SARS-CoV-2 (distanziamento sociale, mascherine facciali). E questo comporta maggiori difficoltà nell'attuare strategie di prevenzione poiché a queste si deve assoggettare (convintamente) l'intera popolazione generale.

- Seconda caratteristica differenziale "costitutiva", oltre la trasmissibilità, si riferisce alla patogenesi dell'infezione: questa nel caso dell'HIV, che è un retrovirus, consiste nell'integrazione nel genoma delle cellule bersaglio, con conseguente impossibilità di eradicazione. Di qui discende la necessità di sviluppo di terapie antiretrovirali (ART) soppressive, oggi progressivamente perfezionate fino a formulazioni *long-acting* e con prospettive di "terapie funzionali" e altresì al loro impiego efficace in profilassi post-esposizione (PEP) e anche pre-esposizione (PrEP). Tutte queste strategie terapeutiche, ma con in più gratificate dall'obiettivo eradicante, sono alla portata per il trattamento di COVID-19 in cui disponiamo di antivirali e di anticorpi monoclonali, di impiego già attuale anche in PEP e, per rare indicazioni, in PrEP. Si riproduce in questo campo lo scenario etiopatogenetico e terapeutico delle virusepatiti B e C.

- Terza fondamentale caratteristica differenziale "costitutiva" risiede nella *risposta immunitaria*. Questa in realtà è estremamente variabile fra le diverse infezioni: per alcune (ad es. morbillo, rosolia, parotite e varicella) è stabile e si estrinseca con una protezione *life-long* (l'infezione-malattia si contrae una sola volta nella vita), per altre (ad es. malaria) è debole, si esprime come semi-immunità e la protezione è mantenuta da molteplici reinfezioni paucisintomatiche, per altre ancora (ad es. influenza e COVID-19) è decisamente instabile e correlata a fenomeni di *immune-escape* condizionati dall'emergenza di varianti. Nel caso di HIV/AIDS la situazione è ancora diversa e più sfavorevole: a un profondo deficit di immunità acquisita corrisponde una assenza di risposta immunitaria protettiva. Questo rende ragione della difficoltà di ottenere un vaccino, uno strumento cioè che possa darci un'immunità protettiva che la stessa infezione naturale non conferisce. Nel caso di COVID-19 all'opposto abbiamo ottenuto una serie di preparati vaccinali, la cui persistenza di protezione è temporanea. Tuttavia si lavora per avere vaccini che conferiscano immunità persistente se costruiti su elementi strutturali (es. proteina N) non suscettibili di mutazioni. In conclusione, per l'infezione da HIV/AIDS non abbiamo tuttora vaccini ma abbiamo terapie efficaci che presto avremo compiutamente anche per la COVID-19 dove già abbiamo vaccini efficaci e suscettibili di ulteriori progressi.

**Infodemia: epidemia dell'informazione**

Di fronte a questo panorama variegato di analogie e discordanze, data la rilevanza epocale delle due pandemie, una sfida importante da affrontare è il controllo della *reazione della società globale*. In entrambi i casi, al primo apparire sulla scena, le pandemie sono state accolte con un “sentimento antiscientifico”: la reazione è stata di rimozione di non volere arrendersi all'evidenza scientifica e piuttosto prestare orecchio ad allucinate teorie complottiste o a conclamate teorie negazioniste.

Anche nel caso dell'AIDS vi erano premi Nobel *testimonial* che negavano la malattia e soprattutto le cure opponendo stravaganti cure omeopatiche o a

base di integratori ai farmaci antiretrovirali, anzi accusati di essere proposti per arricchire Big Pharma e addirittura di essere loro stessi causa dell'AIDS. Vicende puntualmente riproposte per il COVID-19 anche da capi di stato e premi Nobel che hanno cavalcato l'impiego della cloroquina e di anti-elmintici, fondamentalmente perché farmaci già noti e a basso costo.

Nel prosieguo il clima movimentista degli anni '90 ha prodotto per l'HIV/AIDS associazioni di *advocacy* e sostegno, in alleanza con il mondo scientifico, correttamente indirizzate a combattere lo stigma e ad assicurare le cure idonee a tutti i sieropositivi.

Invece nella situazione attuale, propagandata dai *social media*, continua per la COVID-19 a dilagare la disinformazione, lo scetticismo anti-scientifico, il negazionismo *no-vax*.

Il dibattito, quando circoscritto a *meeting* fra pari o a convegni scientifici, si può fondare sulla razionalità: portando dati che confutino erronee affermazioni, il dibattito finisce.

Ma con i *social media* è diverso: gli interventi sono puntiformi e disparati, i dati sono raccolti a caso, si crede non a chi è competente ma a chi è genericamente contro l'*establishment*. Quando si confuta con un dato un'affermazione, un'altra viene rilanciata fuori contesto e, mal che vada, “si butta palla in tribuna” e si insulta, possibilmente accompagnando gli insulti con le minacce.

In un clima di crescente *Infodemia* si costruiscono verità di fede e come tali non verificabili.

La conclusione è che, mentre per l'HIV/AIDS tutti i sieropositivi in tutto il mondo dispongono di farmaci gratuiti, per il COVID-19 in Africa solo l'8% della popolazione è vaccinata.

Prof. Giampiero Carosi  
Presidente Medicus Mundi Italia

In entrambi i casi,  
al primo apparire sulla  
scena, le pandemie  
sono state accolte con un  
“sentimento antiscientifico”:  
la reazione è stata di  
rimozione di non volere  
arrendersi all'evidenza  
scientifica e piuttosto  
prestare orecchio ad  
allucinate teorie complottiste  
o a conclamate teorie  
negazioniste.



## It is a big challenge

**B**abadogo, Nairobi, Kenya. “It is a big challenge” ci dice Hellen durante l’incontro a Babadogo con le Community Health Volunteers del progetto “You will never walk alone”<sup>\*</sup> che Medicus Mundi realizza per sostenere 10 centri di salute degli slums di Nairobi nella prevenzione e nella diagnosi precoce di disabilità nei bambini, nel sistema di riferimento e nel rendere accessibili le strutture alle persone con disabilità. “Quando mi occupavo di prevenzione dell’HIV, di combattere lo stigma che colpisce adolescenti e ragazze sieropositive negli slums, avevamo di fronte una grossa sfida (impegno che per Medicus Mundi continua con il progetto “Be Free”<sup>\*\*</sup>); ora, affrontare i problemi legati alle disabilità a Nairobi, lo è forse ancor di più. Le famiglie ci vedono come angeli o salvatori, ma noi facciamo solo il nostro lavoro per aiutare i più vulnerabili nel loro percorso quotidiano pieno di ostacoli e barriere”.

Di fronte a un sistema sociale ed economico iniquo e corrotto come quello del Kenya, che crea ingiustizia, disuguaglianza e discriminazione, ci interroghiamo sulla reale efficacia e impatto dei progetti di cooperazione delle ONG. È facile cadere nella frustrazione del pensiero che la società civile sia impotente di fronte ai fenomeni globali che interessano e influenzano sempre più ogni contesto nel quale le ONG lavorano, ma anche l’Europa e l’Italia come evidenziano l’emergenza sanitaria legata al Covid e conseguenze naturali causate dai cambiamenti climatici.

E la frustrazione è ancor più forte di fronte alla follia della guerra, come ci dimostra la drammatica attualità di una guerra a noi così vicina come quella in Ucraina, che pare aver riportato indietro la storia di decenni e averci fatto dimenticare che quello che stiamo vivendo è il più lungo periodo di pace che abbiamo vissuto nella storia. E sappiamo che nel mondo sono molti i paesi in guerra, oppressi da dittature, dal terrorismo, dalla corruzione dilagante, dallo sfruttamento economico, da catastrofi naturali che rallentano ancor più i fragili processi di sviluppo. Ed è soprattutto in Africa che povertà, corruzione politica, sfruttamento senza regole dei terreni e delle risorse naturali, distribuzione iniqua delle risorse, sfociano spesso in conflitti o situazioni di crisi ed instabilità, peggiorando ancor più le condizioni di vita delle popolazioni locali. Per noi è immediato pensare al dilagare del terrorismo nel nord del Mozambico e ai cicloni che periodicamente lo colpiscono, alla repressione politica che si prolunga da anni in Burundi, al Burkina Faso nel quale si uniscono crisi alimentari conseguenza di lunghi periodi di siccità, il dilagare del jihadismo, la crisi economica, la corruzione, tanto da arrivare al colpo di Stato del 25 gennaio scorso. Sono ormai più di 1,7 milioni gli sfollati burkinabè, di cui due terzi minori, e si stimano più di tre milioni di persone in condizioni di insicurezza alimentare. Un certo senso di frustrazione ha a che vedere anche con la scarsa attenzione e superficialità con cui i media e buo-

<sup>\*</sup> Progetto co-finanziato da AICS-Agenzia Italiana per la cooperazione allo Sviluppo (AID 11888) e Fondazione Museke Onlus, realizzato in collaborazione con l’Africa Chiama (capofila) e MLFM – Movimento di Lotta alla Fame nel Mondo.

<sup>\*\*</sup> Be Free! Integrazione tra comunità e sistema sanitario per una popolazione giovanile libera da HIV e stigma (AID 11817). Progetto co-finanziato da AICS – Agenzia Italiana per la Cooperazione allo Sviluppo (Global Fund - Iniziativa 5%) - realizzato in collaborazione con No One Out (Capofila), ISS (Istituto Superiore di Sanità) e CSI (Centro Salute Internazionale).

na parte dell'opinione pubblica si interessano a ciò che riguarda l'Africa, che non sia riferito alla preoccupazione degli sbarchi sulle nostre coste. La copertura mediatica non è proporzionata alle dimensioni delle crisi umanitarie in atto in molti paesi africani, ancor più con la pandemia da COVID-19 e ora con la guerra in Ucraina. L'esplosione del COVID ha frenato in parte l'esodo dei migranti verso le nostre coste, ma la crescita del fenomeno migratorio è ormai strutturale, così come il propagarsi dei conflitti ("la terza guerra mondiale a pezzi" per usare le parole di Papa Francesco), delle calamità naturali, delle crisi sanitarie, dell'insicurezza alimentare. Eppure il sensazionalismo dei media utilizza sempre più il termine "emergenza" in funzione dell'attualità contingente: "emergenza sbarchi", "emergenza sanitaria", "emergenza umanitaria". Alla fine del 2020 si è raggiunta la quota record di persone che vivono al di fuori del proprio paese: 280 milioni di cui, secondo UNHCR, 82,4 milioni sono sfollate a seguito di persecuzioni, conflitti, violenze, violazioni dei diritti umani o eventi catastrofici. Diversamente da quanto viene percepito, gran parte di essi (più di 70 milioni) rimangono nel proprio paese come sfollati interni (1,3 milioni solo in Burkina Faso!) o si spostano in paesi vicini. Il cambiamento in Africa è continuo, rapido, irreversibile, nel bene e nel male. Ha a che vedere con un mondo che anni fa chiamavamo "terzo" e poi "del sud" e "in via di sviluppo" ora "a risorse limitate" ma che ha enorme disponibilità di risorse naturali e di capitale umano più giovane e in crescita al mondo. Di fronte alla complessità e alla diversità delle varie situazioni di crisi del continente africano, di crescita demografica, di rapida trasformazione sociale, economica e tecnologica, condizionata dall'influenza di interessi esterni, soprattutto della Cina, è necessario innanzitutto comprendere e acquisire consape-

volezza della natura e delle reali dimensioni dei fenomeni in continua evoluzione. Anche per noi società civile è necessario "ristudiare l'Africa" nei paesi e nei contesti nei quali operiamo.

La frustrazione del rischio di impotenza di fronte a sfide ben più grandi di noi, non ci deve far smettere di credere che il sistema della cooperazione internazionale, governativo, privato e della società civile, possa e debba contribuire a ridurre la cause di fondo delle crisi, inducendo il sistema delle relazioni internazionali a migliorare le politiche di sviluppo, a creare relazioni economiche e commerciali più eque, a riconoscere il rispetto dei diritti umani e della dignità della persona, con più partecipazione democratica.

E non ci deve far perdere il significato e la motivazione che ci spingono a continuare e se possibile rafforzare il nostro lavoro, nella dimensione che ci appartiene, quella comunitaria, in contesti urbani o rurali. "When Medicus Mundi is

## "When Medicus Mundi is around I know the community is served"

around I know the community is served" mi dice Zafarani Njoroge Community Strategy Coordinator della Sub Contea di Ruaraka (Nairobi), rivolgendosi alla nostra Rappresentante in Kenya, Grazia Orsolato. "It's a big challenge", ma se il nostro impegno viene percepito e valutato dai nostri partner africani, dai beneficiari dei nostri progetti, dai nostri donatori e sostenitori, come realmente al servizio delle comunità più vulnerabili, vale la pena continuare su questa strada!

*Massimo Chiappa  
Direttore Medicus Mundi Italia*



# Un vaccino per tutti è... arrivato lontano!

CAMPAGNA

8

La Campagna “Un vaccino per tutti” sta continuando e sta raggiungendo i suoi obiettivi!

Ha sensibilizzato migliaia di lavoratori, ha coinvolto centinaia di aziende, comuni, enti religiosi, università, associazioni e cittadini bresciani... ed è arrivata nei villaggi più poveri e remoti della provincia di Inhambane, nel Sud del Mozambico!

Iniziata il 1° settembre 2021, la campagna promossa da Confindustria Brescia con Cgil, Cisl e Uil provinciali, per contrastare la diffusione della pandemia da COVID-19 in Mozambico, prosegue anche nel 2022, date le numerose adesioni arrivate anche dopo il 31 dicembre 2021.

In Africa la pandemia da COVID-19 si è aggiunta ad altre epidemie ed emergenze sanitarie e la popolazione più vulnerabile, in particolare mamme e bambini, ha grosse difficoltà di accesso ai servizi sanitari di base. Dal 2007 Medicus Mundi è a fianco delle autorità sanitarie mozambicane per contribuire a garantire prevenzione, assistenza e cure sanitarie a più di 100.000 persone all'anno, nei Distretti sanitari di Morrumbene, Massinga, Homoine, Funhaloro e Panda.

Vaccinare in Mozambico è **molto difficile...** la gente dei villaggi vive spesso a decine di chilometri da un centro di salute e centinaia da un ospedale vero e proprio da dove partono i vaccini, manca personale qualificato, è **arduo garantire la catena del freddo**, è **carente la** mobilitazione pubblica e la corretta informazione.



Grazie a “Un vaccino per tutti” sono già stati acquistati e si stanno distribuendo decine di migliaia di vaccini, siringhe, aghi, piccoli inecneritori; si sono formati infermieri e tecnici vaccinatori; si fornisce materiale medico, tamponi rapidi, materiale di protezione; si acquistano o riparano congelatori; si allestiscono tende per triage e isolamento pazienti; si copre il costo del carburante per vaccinare nei villaggi.

“Un vaccino per tutti” non è solo solidarietà e cooperazione, ma anche un’azione di sensibilizzazione sull’importanza delle vaccinazioni e della salute pubblica, perché in un mondo sempre più globalizzato, è un’illusione pensare che basti vaccinare i paesi più ricchi 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 L. Preaux*  
Comunicazione & Raccolta Fondi



# Un vaccino per tutti: il successo della solidarietà

“Un’importante intuizione che si è rivelata vincente”. Con queste parole Roberto Zini, Vice presidente di Confindustria Brescia con delega a Welfare e Relazioni Industriali, sintetizza il bilancio consuntivo del progetto “Un vaccino per tutti”. L’iniziativa – promossa da Confindustria Brescia con CGIL, CISL e UIL provinciali – aveva l’obiettivo di concorrere, attraverso un meccanismo di raccolta fondi solidale, alla diffusione degli interventi vaccinali anti-Covid19 nei Paesi economicamente più fragili del mondo. Missione compiuta: la cifra raccolta e devoluta a Medicus Mundi Italia si attesta a 500.000 euro, con 222 realtà complessivamente aderenti.

## **Vice Presidente Zini, il bilancio del progetto non può che dirsi positivo.**

“Siamo molto soddisfatti di come sono andate le cose: abbiamo lanciato l’iniziativa a inizio agosto, quando ancora si parlava poco di Africa, in relazione al Covid, e non era ancora giunta la variante Omicron. Siamo riusciti a portare avanti un discorso di carattere globale, contestualizzandolo a livello locale per quanto riguarda la solidarietà.”

## **Obiettivo raggiunto, quindi?**

“Sì, come testimonia in primo luogo l’importante cifra raccolta e trasformata in vaccini per il Mozambico. Voglio però sottolineare che l’azione è stata in primo luogo solidale, ma anche strategica: in un momento di aspro confronto tra le posizioni pro e contro il vaccino, abbiamo realizzato un progetto comune con i sindacati, coinvolgendo l’opinione pubblica e superando una sterile polemica per ampliare il nostro orizzonte.”

## **La nostra provincia si è confermata un laboratorio di successo?**

“Dopo il protocollo per il rientro in sicurezza al lavoro dell’aprile 2020, Brescia si è dimostrata ancora una volta un territorio in cui il dialogo tra associazioni datoriali e sindacati è in grado di portare a risultati importanti. Il meccanismo studiato in modo congiunto ha consentito, da un lato, di proseguire nella campagna di diffusione del piano vaccinale e, dall’altro, di portare avanti un programma di attenzione alle nazioni a risorse economiche limitate. Nel mondo attuale le interconnessioni tra i vari Paesi sono molto intense: da qui abbiamo capito, come poi è successo, che una malattia fortemente infettiva come il COVID-19 potesse



continuare a diffondersi da un Paese all’altro, e su tale aspetto abbiamo lavorato.”

## **Per raggiungere il traguardo, è stato fondamentale anche il coinvolgimento di numerose realtà bresciane.**

“Esatto. In particolare, abbiamo immediatamente coinvolto nel progetto i partner di ALL-IN Brescia, progetto lanciato nel 2019 da Confindustria Brescia sul tema della convivenza multiculturale quale condizione per favorire la crescita sostenibile del territorio. Tengo a citarli tutti: Associazione Comuni Bresciani, Camera Di Commercio di Brescia, Comune di Brescia, Diocesi di Brescia, Federmanager, Forum del 3° Settore, Giornale di Brescia, Provincia di Brescia, Ufficio Scolastico Territoriale di Brescia, Università degli studi di Brescia e Università Cattolica di Brescia. Senza di loro, il successo di “Un vaccino per tutti” non sarebbe stato possibile. Voglio inoltre ricordare la generosità delle tante aziende e dei tanti privati che hanno voluto aderire all’iniziativa. Grazie a tutti!”



# Mozambico

## “Uno studente per la sua comunità”

*Un modello di incontro tra il sistema di salute e la popolazione*

**È** ormai ampiamente riconosciuto come i determinanti sociali (accanto al patrimonio genetico) giocano un ruolo fondamentale nell'influenzare lo stato di salute. Per determinanti sociali di salute si intende l'insieme delle condizioni socio-economiche ed ambientali in cui le persone nascono, crescono, lavorano ed invecchiano, quali il livello di istruzione, il reddito e l'occupazione, insieme all'ambiente politico, economico e sociale. Evidenze scientifiche confermano che l'azione su questi fattori può migliorare l'esito di salute di un individuo o comunità, riducendo le disuguaglianze che caratterizzano soprattutto le popolazioni più svantaggiate.

Nonostante i progressi negli ultimi decenni, il profilo di salute del Mozambico rimane lontano dal raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite. Il Mozambico rimane uno dei paesi più poveri al mondo, dove l'aspettativa di vita resta condizionata da un profilo epidemiologico dominato da HIV, malaria e tubercolosi. Lo stato di salute non è uniforme all'interno del Paese, dove le persone che vivono nelle aree rurali e periurbane sono generalmente più vulnerabili dal punto di vista socio-economico, hanno limitato accesso ai servizi sanitari ed esiti di salute peggiori. Gli alti livelli di povertà, malnutrizione, la bassa scolarizzazione, l'accesso limitato all'acqua potabile, insieme ad una limitata disponibilità di servizi sanitari di qualità sono i principali determinanti per la salute nelle aree rurali e per le fasce di popolazione più vulnerabile, quali donne e bambini.

Al fine di valorizzare l'equità in salute, è necessario che gli operatori sanitari comprendano il contesto della comunità in cui si opera. L'acquisizione di dati demografici ed ambientali, insieme ad uno screening precoce dei fattori e

comportamenti a rischio, sono elementi fondamentali per l'analisi dello stato di salute della comunità e dei suoi individui al fine di indirizzare strategie sanitarie efficaci e adeguate al contesto cui sono rivolte.

La Cattedra UNESCO dell'Università di Brescia, l'Università SAVE - Mozambico, Fondazione MUSEKE Onlus e Medicus Mundi Italia intendono promuovere un progetto di formazione per gli studenti mozambicani iscritti alle facoltà di indirizzo sanitario dell'Università SAVE. Obiettivo del progetto è favorire lo sviluppo di un approccio integrato, che miri alla comprensione dei principi di salute pubblica e dei determinanti sociali di salute delle comunità rurali della provincia di Inhambane. Durante i periodi di tirocinio, agli studenti verranno assegnate diverse famiglie residenti nelle comunità rurali. Gli studenti avranno il compito di monitorare e raccogliere i dati riguardanti gli indicatori sanitari, comportamentali e socio-economici dei determinanti di salute delle famiglie di cui sono responsabili. Gli specializzandi di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università di Brescia si occuperanno di tutorare lo studente locale in tutte le fasi del progetto interagendo personalmente con la comunità ed i servizi di salute del territorio. Grazie all'immersione nel contesto rurale, gli studenti di entrambe le università saranno progressivamente sensibilizzati in materia di Salute Comunitaria, Salute Pubblica e One Health. Questa esperienza non può che essere un complemento essenziale agli aspetti della formazione professionale biomedica. Inoltre, il progetto offre un accompagnamento alle comunità rurali prolungato nel tempo, rilevandone i bisogni e la loro evoluzione.

*Francesco Castelli,  
Past President MMI, Prorettore Vicario e  
Direttore della Clinica di Malattie Infettive e Tropicali  
dell'Università di Brescia*

*Lina Rachele Tomasoni  
Consigliere MMI, Unità semplice Dipartimentale  
di Malattie Infettive ad indirizzo Tropicale ASST  
Spedali Civili di Brescia*

*Beatrice Formenti  
Università degli Studi di Brescia*

*Don Roberto Lombardi  
Fondazione Museke Onlus*





# Burkina Faso

*“In Burkina Faso i militari tornano al potere”*

**A** fine gennaio, un gruppo di ufficiali dell'esercito ha arrestato il presidente Kabore - in carica dal 2015 e rieletto nel 2019 - e ha sciolto governo e parlamento. La giunta ha motivato il golpe con l'incapacità delle istituzioni civili nel combattere l'insurrezione jihadista che colpisce, come altri paesi saheliani, anche il Burkina: un terzo del territorio è fuori controllo, con migliaia di morti, soprattutto civili, e quasi 2 milioni di sfollati, pari a circa il 10% della popolazione. Per il Burkina, l'arrivo al potere di una giunta militare non è una novità né è stata una sorpresa. Dall'indipendenza dalla Francia, ottenuta nel 1960, questo è l'ottavo golpe, per cui su undici presidenti solo tre sono stati dei civili. Inoltre, da mesi era noto il malumore dell'esercito e le sue critiche alla gestione della guerra, critiche supportate anche da manifestazioni di protesta di civili. Senza contare che, nel vicino Mali, gli insuccessi contro l'insurrezione jihadista hanno motivato due golpe, nel 2012 e nel 2020. Il governo del presidente Kabore era quindi ben cosciente del rischio e aveva impedito o represso manifestazioni di contestatori ed oscurato parzialmente internet.

Il bilancio in vite umane è contenuto - una decina di vittime tra civili e militari - in quanto il presidente Kabore ha rassegnato le dimissioni senza tentare una resistenza. Dopo pochi giorni di coprifuoco notturno e - su indicazione delle ambasciate - di confinamento domiciliare della comunità espatriata, la vita è tornata a svolgersi come sempre.

Il nuovo presidente, il tenente colonnello Damiba, ha nominato un primo ministro civile a ca-

po di un governo in cui i militari controllano Difesa, Interno e Lavori Pubblici, ha dichiarato che la fase di transizione verso nuove elezioni si farà in tre anni e ha confermato che rispetterà tutti gli impegni internazionali assunti in precedenza dal Burkina.

La popolazione e le organizzazioni della società civile non hanno in genere preso posizione contro il golpe, non tanto per timore quanto per la speranza in un effettivo miglioramento della situazione.

La comunità internazionale ha reagito fino ad ora in modo molto blando, accreditando formalmente o informalmente il nuovo regime: nessuna sanzione economica, quasi nessuna sospensione dell'aiuto internazionale e rari gesti di condanna.

In questo contesto - a parte qualche giorno di tensione e di sospensione delle attività di terreno - l'equipe di MMI in Burkina ha potuto continuare la realizzazione dei programmi di salute e nutrizione in corso e la preparazione degli interventi futuri.

Resta però il problema di fondo, cioè un conflitto che flagella una popolazione tra le più povere al mondo e che, se anche dovesse risolversi rapidamente, continuerà ad avere ripercussioni negative nei prossimi anni, in primo luogo sulla mortalità e sullo stato nutrizionale di madri e bambini.

Un conflitto che non sembra possibile far cessare con le armi, o almeno non con le sole armi.

Gigi Pietra

medico ed ex rappresentante paese MMI Burkina Faso

# Kenya, Contea di Machakos

## “By youth side!”

Servizi di salute inclusivi per i giovani nella lotta all'HIV

**M**MI è ancora una volta al servizio delle comunità, dalla parte dei giovani, al loro fianco per ridurre le nuove infezioni da HIV e combattere insieme stigma e discriminazione. Questa volta si sposta 63 km a sud-est di Nairobi, nella contea di Machakos grazie ai fondi AICS\*.

Il progetto BY YOUTH SIDE! avrà una durata di 2 anni e verrà implementato grazie alla collaborazione di MMI con due partner italiani (No One Out e il Dipartimento di diagnostica e sanità pubblica -Sezione di Malattie infettive dell'Università di Verona) e tre locali (il Ministero della Salute della contea di Machakos, Deaf Empowerment Kenya-DEK, e la rete keniana di insegnanti positivi all'HIV-KENPOTE).

Un amalgamarsi di diverse esperienze e competenze, tutte rivolte verso lo stesso obiettivo: **rafforzare l'integrazione tra i servizi di salute offerti dal sistema sanitario con quelli di salute comunitaria e renderli più attrattivi per i giovani.** Tre i pilastri su cui BY YOUTH SIDE! si erge: 1) prevenzione delle nuove infezioni, 2) aderenza al trattamento antiretrovirale, 3) lotta a stigma e discriminazione. Tre componenti che verranno rafforzate appoggiandosi ai servizi di 6 strutture ospedaliere pubbliche di III, IV e V livello delle Sub-Contee di Machakos, Kangundo, Kathiani, Mwala e delle rispettive comunità.

Per la componente “Prevenzione”, il progetto mira a rafforzare il riferimento comunitario in collaborazione con il personale sanitario e gli operatori socio-sanitari del territorio. Per avvicinare ai temi della prevenzione la fascia d'età 10-24 si punterà da un lato al potenziamento di strutture chiamate “Youth Friendly Centres”\*\* e dall'altro il raggiungimento di adolescenti e giovani attraverso visite domiciliari e incontri dedicati. È prevista inoltre una specifica attività rivolta a adolescenti e giovani donne incentrata sulla salute riproduttiva e sessuale, e ampliata con il test di screening per il Papilloma virus (HPV). La seconda componente “Aderenza al trattamento”, che vede unite MMI e NO ONE OUT, mira al miglioramento dell'offerta dei servizi sanitari che fanno seguito alla conoscenza

del proprio stato di sieropositività. Oltre alla formazione continua del personale sanitario, il progetto prevede il coinvolgimento di *counsellor* esperti in aderenza alla terapia antiretrovirale e di educatori alla pari\*\*\*. Per contribuire alla formazione dei giovani più vulnerabili, sarà inoltre reso disponibile un fondo “condizionato” all'aderenza al trattamento che prevede un supporto economico a spese correlate all'istruzione. Per la terza componente “Lotta a stigma e discriminazione” il progetto prevede una ricerca operativa sull'importanza e l'impatto della *disclosure* sull'aderenza al trattamento e un'attività di *capacity-building* per lo svolgimento di sessioni di educazione sessuale e *life skills* per ragazzi e adolescenti negli ambienti scolastici, nonché una campagna *ad hoc* di informazione sui temi del progetto.

Il filo conduttore di BY YOUTH SIDE! sarà l'approfondimento e la sponsorizzazione del concetto *U equals U (U=U)*\*\*\*\*, per cui una persona adeguatamente in trattamento al punto da divenire “Undetectable” e quindi “Untransmittable” può veramente condurre una vita più libera e serena, perché non più un rischio per sé stessa e per la comunità!

Fabiana Arieti  
Consigliere MMI  
Ricercatrice presso ID-CARE  
dell'Università di Verona



\* Agenzia Italiana per la Cooperazione e lo Sviluppo.

\*\* Youth Friendly centers: strutture collegate ai servizi sanitari dedicate alla sensibilizzazione dei giovani su salute sessuale e riproduttiva, prevenzione dell'HIV e delle malattie sessualmente trasmissibili.

\*\*\* Educatori alla pari o peer educators: giovani aderenti al trattamento, stabili clinicamente e con alta disclosure.

\*\*\*\* U=U Undetectable=Untransmittable cioè non rilevabile (riferito alla carica virale di un paziente in trattamento) e non trasmissibile.

Progetto co-finanziato da AICS - Agenzia Italiana per la Cooperazione e lo Sviluppo (Global Fund - Iniziativa 5%) - realizzato in collaborazione con NO ONE OUT (Capofila) e Università di Verona.



## Burundi

### “Il progetto Kura Kiremba ha fatto il primo compleanno”

Il progetto Kura Kiremba ha finito la sua prima annualità il 31 gennaio essendo iniziato infatti a febbraio 2021 per servire 130.000 pazienti che ricorrono ai 23 Centri di salute e all'Ospedale Renato Monolo di Kiremba (HRMK) dell'omonimo Distretto sanitario nella provincia di Ngozi a Nord del Burundi. Gli interventi sono eseguiti in maniera altamente capillare e riguardano principalmente la formazione, la fornitura di attrezzature sia all'ospedale sia ai Centri di Salute, nonché il miglioramento delle strutture per i servizi sanitari di base.

Sono stati formati 90 componenti del personale del Distretto e dei Centri di salute di cui 33 donne e 57 uomini che ricoprono varie posizioni ed incarichi su vari temi di miglioramento dei servizi sanitari di base con particolare riferimento alla salute materna-infantile. Il reparto di neonatologia dell'HRMK – che ha una media di 300 neonati al mese – è stato ristrutturato e dotato di strumentazione complementare.

Sono stati effettuati miglioramenti delle strutture di rifornimento d'acqua e servizi igienici in 7 Centri di salute: installazione di serbatoi d'acqua, riabilitazione e completamento di alcune reti idriche, varie installazioni e riparazioni di servizi igienici quali docce, bagni, lavandini, costruzione ex-novo di inceneritori, etc.

È stata fornita strumentazione atta a migliorare i servizi erogati dai 23 Centri di salute in cui oltre il 40% del budget per 124 articoli donati, copre i kit di assistenza al parto, confermando le priorità identificate durante l'analisi di bisogni del 2018.

Alla fine del 2021 i Centri di salute di Kiremba sono stati classificati i più ordinati nella tenuta degli archivi e dei registri di tutta la provincia sanitaria di Ngozi, grazie al progetto.

Durante la seconda annualità, continueranno i suddetti interventi – soprattutto quelli riferiti alla formazione – e l'HRMK verrà dotato anche di un'ambulanza per agevolare i trasferimenti dai Centri di salute all'ospedale.

*André Ndereyimana (PhD)*  
Coordinatore progetto





## Italia

### *“Progetto XCHANGE: obiettivi raggiunti e nuovi traguardi”*

**S**i avvia alla conclusione, prevista per il prossimo giugno, il progetto europeo “XCHANGE”, che ha l’obiettivo di fornire alle organizzazioni impegnate nella gestione del volontariato internazionale, tutti gli strumenti per la corretta accoglienza dei volontari, nel quadro del programma EU AID VOLUNTEERS. Gli enti coinvolti, 12 di accoglienza e 5 d’invio, hanno da tempo ottenuto la certificazione necessaria a coinvolgere i volontari europei e alcune di loro, attraverso i rispettivi responsabili del volontariato internazionale, hanno partecipato alla condivisione di buone pratiche realizzata lo scorso ottobre in Mozambico. L’attività realizzata in Mozambico ha coinvolto, in un interessante e proficuo scambio, sia le organizzazioni di accoglienza mozambicane che kenyane, collegate a NO ONE OUT, che hanno avuto modo di confrontarsi su numerosi aspetti di gestione dei volontari internazionali. Per un’intensa settimana gli enti, sia d’invio che di accoglienza, hanno partecipato ad incontri formativi e laboratori su importanti tematiche quali: la sicurezza dei volontari; l’importanza di un piano strategico per l’invio di operatori nei progetti di cooperazione allo sviluppo; le strategie comunicative per attirare nuovi volontari e l’importanza della formazione preliminare per affrontare, in maniera corretta, le sfidanti esperienze interculturali del futuro. L’attività in Mozambico è stata una

delle poche a poter essere realizzata in presenza, mentre dall’inizio del progetto (gennaio 2020) a settembre 2021 tutte le attività di formazione, certificazione e scambio di buone pratiche si sono svolte online, per evidenti motivi legati alla pandemia che ha sconvolto l’intero pianeta. Il prossimo passo da affrontare sarà l’ambizioso percorso formativo che si terrà questa primavera in Kenya. Il percorso coinvolge i referenti delle diverse sedi di NO ONE OUT (Kenya, Mozambico e Italia), Medicus Mundi Italia, Girl Child Network Kenya, ASPEM Italia, Caritas Etiopia, oltre a numerose organizzazioni attive a Nairobi, nel settore dell’accoglienza e gestione dei volontari internazionali. In questa attesa ed importante occasione di confronto si parlerà di come applicare l’approccio RBM (Results-Based Management), cioè un approccio logico fortemente basato sulla capacità delle azioni messe in campo di “fare la differenza”, alle esperienze di volontariato internazionale, sia dal punto di vista delle organizzazioni coinvolte, siano esse di invio o di accoglienza, sia dal punto di vista dei protagonisti di queste esperienze, particolarmente arricchenti dal punto di vista interculturale. Non sarà un confronto facile, ma una sfida da cogliere per costruire il futuro del volontariato internazionale.

*Claudia Ferrari  
Ufficio Territorio*

# Servizio Civile Kenya

## “MMI e i civilisti dopo il Covid-19”

Il Covid-19 non ci ha permesso di partire in tempo e quando siamo arrivati a Nairobi a fine ottobre 2021, il nostro percorso è iniziato visitando i partner locali: *DEK*, del progetto “You Will Never Walk Alone”, *WOFAK*, del progetto “Be Free!”, abbiamo incontrato *TUINUKE*, una Community Based Organization di donne sieropositive che nelle comunità e nelle scuole di Korogocho, Kariobangi e Dandora svolgono diverse attività di sensibilizzazione su salute sessuale riproduttiva, promuovono l’empowerment di giovani madri attraverso classi di taglio e cucito e con la vendita di prodotti tipicamente africani. Infine abbiamo visitato L’Africa Chiama, l’organizzazione italiana capofila del progetto You Will Never Walk Alone. Gli incontri sono stati una opportunità per dare forma al percorso che abbiamo intrapreso e che stiamo continuando a fare, dentro il quale ogni giorno, ognuno di noi, a fianco dei vari collaboratori dei partner locali, ha iniziato a svolgere diversi tipi di attività.

Abbiamo partecipato e contribuito alla programmazione e realizzazione di due giornate internazionali. Il 1° di dicembre: “Giornata mondiale dell’AIDS” organizzata insieme a *TUINUKE* e ai vari partners delle comunità di Korogocho, Kariobangi e Dandora; e il 3 Dicembre: “Giornata internazionale delle persone con disabilità” durante la quale *MMI* ha realizzato visite mediche a bambini e persone con disabilità, e promosso l’iscrizione al Consiglio Nazionale per le persone con disabilità. Sono state due giornate molto intense sia da un punto di vista di contenuti che di incontri e condivisioni.

Con *TUINUKE* abbiamo partecipato ad una giornata di capacity building dei giovani all’interno dei loro programmi di HIV+ Living Club; una giornata per acquisire consapevolezza di sé, di condivisione di paure e sfide giornaliere. *TUINUKE* ha anche dato la possibilità di incontrare il preside Joseph della Glory Primary e Secondary School di Korogocho dove Rosemary, la fondatrice di *TUINUKE*, svolge sessioni di salute sessuale riproduttiva agli studenti. Successivamente abbiamo realizzato sessioni di Life Skills, per maturare un atteggiamento positivo per affrontare le numerose sfide che gli ambienti circostanti sottopongono ai bambini della scuola. Una bella esperienza, ricca di spunti di riflessione!

La stretta collaborazione con *NO ONE OUT* ha anche reso possibile seguire il lavoro di va-



lutazione di una consulente esterna di microfinanza nell’ambito del progetto Be Free! In questo progetto, insieme ai Field Officers, abbiamo partecipato ad una giornata di informazione e test HIV porta a porta (Door to Door). I giovani degli insediamenti informali non sempre si prendono cura della loro salute e spesso sono anche vettori di infezione per ignoranza o carenza di informazioni. Con l’attività di “Door to Door” i ragazzi effettuano i test dell’HIV e vengono resi consapevoli del proprio stato di salute, di come e dove ci si può curare.

Per il progetto You Will Never Walk Alone abbiamo partecipato a una rappresentazione teatrale recitata dalle mentor mothers (madri che sensibilizzano altre donne) sul tema dell’accettazione della condizione di disabilità da parte delle comunità e della famiglia, in cui riproducono una situazione regolarmente da loro vissuta: la donna accetta il figlio/a con disabilità mentre il compagno, che non accoglie questa condizione, cerca una spiegazione irrazionale attraverso la stregoneria o addirittura abbandona la compagna.

Il nostro servizio civile fino ad ora ci ha dato la possibilità di vivere e sperimentare diverse realtà e incontrare tanta gente. Tutte le aspettative che avevamo prima della partenza non sono altro che proiezioni delle nostre fantasie nel futuro. La realtà, le realtà in cui siamo ora immersi sono diverse, ti possono disorientare o anche prendere in contropiede, ma forse è proprio questo il fascino del servizio civile.

Christie Siani e Nicola Valente  
Civilisti MMI in Kenya

# Le Malattie Tropicali Neglette (MTN)

“Un problema di salute pubblica”

16

RUBRICA DEL MEDICO

Le Malattie Tropicali “neglette” (MTN) sono un gruppo di malattie infettive principalmente croniche che, sebbene differenti dal punto di vista nosologico, formano un gruppo unico in quanto tutte fortemente associate alla povertà e che diffondendosi in ambienti con scarse risorse, specialmente in aree tropicali, tendono a coesistere. Questo è quanto dice la rivista PLoS (Public Library of Science) sostenendo inoltre che la maggior parte di esse sono malattie antiche che affliggono l'umanità da più secoli e che potrebbero essere controllate, prevenute e probabilmente eliminate solo se venissero utilizzate strategie efficaci, fattibili e con costi contenuti.

Queste malattie sono state per lungo tempo trascurate nell'agenda politica mondiale; tali malattie sono in grado di promuovere la povertà a causa del loro impatto sulla salute e lo sviluppo infantile, sulla gravidanza, sulla produttività degli adulti in età lavorativa anche a causa del loro carattere stigmatizzante.

In base alla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si tratta di un gruppo eterogeneo di attualmente 20 malattie (fino a poco tempo fa se ne annoveravano 17, secondo la classificazione di Anderson e May), molte delle quali a carattere infettivo, causate da virus, batteri, parassiti, funghi e tossine:

- ulcera del Buruli
- malattia di Chagas (tripanosomiasi americana)
- dengue
- dracunculosi (malattia del verme di Guinea)
- echinococcosi o idatidiosi cistica ed alveolare
- trematodiasi alimentari
- tripanosomiasi africana umana (malattia del sonno)
- leishmaniosi
- lebbra (malattia di Hansen)
- filariosi linfatica
- micetoma, cromoblastomicosi e altre micosi profonde
- oncocercosi (cecità fluviale)
- rabbia
- scabbia ed altre ectoparassitosi
- schistosomiasi o bilharziosi
- elmintiasi trasmesse dal suolo
- teniasi e cisticercosi
- tracoma
- framboesia (treponematosi endemiche)
- avvelenamento da morso di serpente

Sono state inoltre aggiunte dall'OMS altre condizioni considerate neglette come la Noddig syndrome correlata con ogni probabilità alla oncocercosi, la podoconiosi per chi ha contatto prolungato ai piedi nudi con il suolo e l'otite cronica suppurativa

frequente nell'infanzia, ma secondo PLoS Neglected Tropical Diseases, la lista delle MTN sarebbe ancora più estesa.

L'origine del termine Malattie Tropicali Neglette risale ai primi anni del 2000 ad indicare alcune malattie infettive e tropicali scarsamente o per nulla considerate dalla ricerca farmacologica a causa della mancanza di interessi da parte dell'industria farmaceutica.

Grazie all'impegno di Medici Senza Frontiere (MSF) ebbe inizio una forte sensibilizzazione al fine di creare delle partnership in ambito pubblico-privato per lo sviluppo e la distribuzione di nuovi farmaci e test diagnostici per queste patologie. Nascevano la “Drugs for Neglected Diseases initiative” e la Foundation for Innovative New Diagnostic a seguito soprattutto di un rilevante impulso economico da parte della Bill & Melinda Gates Foundation.

Secondo gli esperti la strada da percorrere doveva essere quella di implementare i programmi di controllo per le MTN basati principalmente sulla distribuzione su larga scala di farmaci e di come integrare questo tipo di intervento parallelamente ai programmi di controllo delle tre maggiori endemie (Malaria, Tubercolosi e HIV/AIDS) le uniche ad essere prese in considerazione dal 2000 nel Millennium Development Goal e nel 2002 dal Global Found.

Le MTN sono endemiche in 149 Paesi, dei quali almeno 100 sono endemici per 2 malattie e 30, addirittura, per sei o più patologie.

Se queste malattie vengono considerate nel loro insieme, il loro impatto in termini di attesa di vita corretta per disabilità ovvero il “disability-adjusted life year” o DALY (pari a 56,6 milioni di DALY) può addirittura superare quello di malaria (46,5 milioni di DALY) e tubercolosi (34,7 milioni di DALY) ed avvicinarsi a quello dell'HIV/AIDS (84,5 milioni di DALY).

Questo indicatore della gravità globale di una patologia, espressa come il numero di anni persi a causa della malattia per disabilità o morte prematura, rappresenta una misura sempre più comune nel settore della sanità pubblica e nella valutazione dell'impatto sulla salute delle malattie.

L'Africa Sub-Sahariana rappresenta la regione con la maggiore diffusione di MTN concentrate soprattutto in Nigeria, Repubblica Democratica del Congo, e Paesi del Sahel. Nelle Americhe vi è una vasta area, in cui sono presenti alcune di queste patologie, che comprende il Brasile con la parte in comune di Argentina, Bolivia e Paraguay. In Asia e Oceania le aree ampiamente colpite dalle MTN, sono Papua Nuova Guinea e Indonesia, quindi

India, Sud-est asiatico e Cina.

Da qualche anno vengono messe in atto ed ampliate strategie di intervento da parte di agenzie governative, fondazioni private, multinazionali farmaceutiche con il controllo dell'OMS.

La prima di queste azioni consiste nella **chemioterapia preventiva** che viene intrapresa per prevenire i danni a lungo termine che le malattie possono provocare se non fossero trattate e per evitarne la trasmissione: viene pertanto prevista la distribuzione di farmaci, generalmente ben tollerati e di basso costo, su larga scala a favore di popolazioni ad alto rischio.

La seconda azione è la **diagnosi precoce** nei singoli individui malati con lo scopo di prevenire e trattare eventuali complicanze. Pertanto tripanosomiasi africana, leishmaniosi, lebbra e treponematosi non veneree che non possono avere una terapia preventiva, verrebbero più facilmente diagnosticate e conseguentemente trattate.

Una terza strategia è rivolta al **controllo vettoriale**. Diverse malattie come dengue, malattia di Chagas, tripanosomiasi africane, filariasi linfatica ed oncocercosi vengono trasmesse da insetti vettori mentre elmintiasi come schistosomiasi e dracunculosi necessitano di molluschi o crostacei che funzionano da serbatoi per garantire loro il ciclo vitale. In questo caso oltre ad un intervento sanitario sono richieste competenze di tipo agricolo ed ingegneristico.

Molto importante è la quarta strategia di intervento costituita dal **miglioramento delle condizioni igienico sanitarie**. È sicuramente una delle più significative perché in assenza di un corretto approvvigionamento idrico e di un efficace smaltimento dei liquami anche la prevenzione farmacologica, estremamente efficace nei confronti di vettori e geo-elminti, rischierebbe di diventare inutile in quanto le persone tenderebbero a reinfeccarsi essendo esposte ad un ambiente contaminato. Infine non dobbiamo dimenticare la quinta ed ultima strategia che considera di massima importanza l'**intervento di salute pubblica in ambito veterinario** perché alcune MTN come echinococcosi, tripanosomiasi africana, rabbia, leishmaniosi possono essere trasmesse all'uomo tramite animali vertebrati direttamente o indirettamente attraverso un vettore.

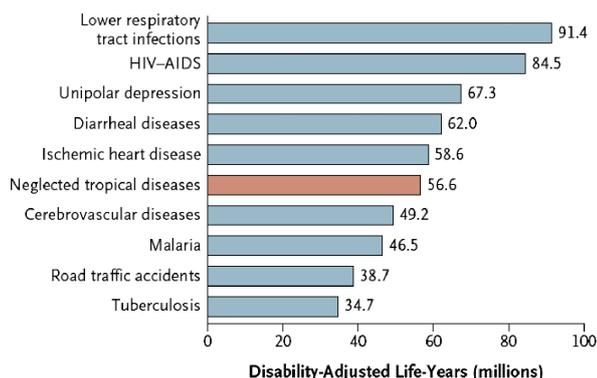
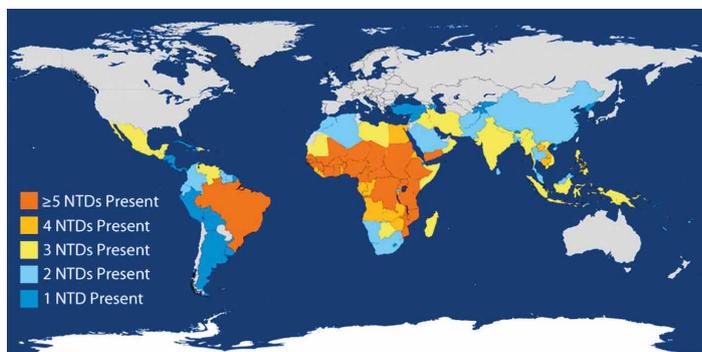


Figure 1. The 10 Leading Causes of Life-Years Lost to Disability and Premature Death.



Le MTN sono endemiche in 149 paesi:  
100 sono endemiche per due malattie e 30 per sei o più patologie

Salute Globale ed MTN vanno dunque a braccetto e pertanto la lotta alle MTN contribuisce in parte a ridurre la disparità in salute tra le popolazioni che ne sono colpite e quelle che non lo sono con il tentativo di alleviare la povertà di quelle aree in cui esse sono particolarmente diffuse. Sebbene le MTN siano generalmente circoscritte in aree definite e abbiano quindi la tendenza a non diffondersi geograficamente, in realtà a causa dei fenomeni migratori e dei viaggi internazionali, stanno assumendo un ruolo sempre più di primo piano anche nei paesi cosiddetti non endemici rappresentando una questione di "salute transnazionale".

È necessario che queste patologie siano conosciute da tutti gli operatori sanitari, anche dei Paesi non endemici, affinché le sappiano diagnosticare e curare perché in alcuni casi si possono avere limitati, ma ugualmente preoccupanti, casi di trasmissione autoctona come ad esempio è successo per malattia di Chagas, schistosomiasi, dengue e cisticercosi.

Dal 2010 sono stati compiuti progressi significativi. Oggi, circa 500 milioni di persone non necessitano più di interventi contro diverse MTN e 40 paesi hanno eliminato almeno una di queste malattie. La dracunculosi ad esempio è al limite dell'eradicazione, la filariosi linfatica e il tracoma sono stati eliminati come problema di salute rispettivamente in 16 e 9 paesi; l'oncocercosi è stata eliminata in 4 paesi delle regioni delle Americhe; il numero annuale di casi di tripanosomiasi africana è sceso da oltre 7.000 nel 2012 a meno di 1000 nel 2020 ed il numero di nuovi casi di lebbra segnalati a livello globale ha continuato a diminuire dal 2010 ad una media del 1% all'anno dopo che la maggior parte dei paesi endemici ha raggiunto l'eliminazione come problema di salute pubblica (meno di un caso in cura per 10.000 abitanti)

L'OMS ribadisce pertanto la necessità di un'azione programmatica continua, in particolare nelle aree più povere, insistendo sullo stretto coordinamento e l'azione multisettoriale all'interno ed al di fuori del settore sanitario, che comprende non solo il controllo dei vettori, come l'acqua e i servizi igienico-alimentari, ma anche ad esempio l'istruzione e la consapevolezza della salute pubblica.

Silvio Caligaris  
Vice presidente Medicus Mundi Italia (MMI)  
Vice presidente Società Italiana di  
Malattie Tropicali e Salute Globale (SIMET)



## Eventi Italia

### *“Umanità e professionalità al servizio del bisogno in tempo di pandemia”*

***L'insegnamento della Dott.ssa Maria Rosa Inzoli a 5 anni dalla sua scomparsa***

Cinque anni senza la dottoressa Mariarosa Inzoli. Un lustro, durante il quale abbiamo vissuto e viviamo accadimenti che stanno cambiando il corso della Storia e delle nostre vite personali. Mariarosa Inzoli, Signora della Medicina e Maestra del donare e per donarsi per rendere più umana la vita di tutti, è morta l'8 maggio 2017, venti giorni dopo aver festeggiato i novant'anni nella sua casa di via Solferino a Brescia. Medicus Mundi Italia, l'organizzazione non governativa da lei fondata e amata, le dedica un incontro di riflessione il 13 maggio alle ore 18.00 c/o la Sala del Camino di Palazzo Martinengo delle Palle (Via San Martino della Battaglia n.18 – Brescia) partendo dal presente per delineare una possibile strada da percorrere in un futuro più che mai incerto sia in Europa sia in quei continenti abitati da popoli in cammino cui Inzoli ha dedicato il suo sapere e la sua generosità. Un futuro, e la pandemia lo ha evidenziato, che è necessario progettare insieme perché il destino di ciascuno di noi è strettamente collegato a quello di chi vive in Africa o in Estremo Oriente. Impegno civico e professionale si uniscono indissolubilmente nella sua vita intensa. Nasce a Mandello Lario, nel Comasco, nell'aprile 1927, ma la sua famiglia è originaria di Calvisano. Si laurea in Medicina a Parma e viene presto chiamata all'Ospedale Civile di Brescia, prima come assistente e quindi come aiuto nel reparto di Prima Medicina generale, primario il prof. Beltrametti. Nel 1975 è la prima donna a Brescia a vincere un concorso da primario e subito dopo si trasferisce all'Ospedale Sant'Orsola Fatebenefratelli, dove diviene responsabile della Medicina riabilitativa. Sotto la sua direzione nasce una vera e propria scuola

geriatrica. Sostiene, tra le prime in Italia, che le persone anziane richiedono una specificità di attenzione e di cura. Grande viaggiatrice, nel 1970, durante una prima visita in Burundi, in lei scocca la passione missionaria. L'attenzione ai problemi assistenziali e sanitari si unisce alla sensibilità verso i problemi del Sud del mondo ed è su queste direttrici che fonda Medicus Mundi, organizzazione non governativa specializzata nella cooperazione socio-sanitaria internazionale, che Inzoli presiede per oltre vent'anni. Questa apertura la spinge a seguire numerose attività sul fronte del volontariato sociale, che manterrà fino agli ultimi suoi giorni: dall'Associazione volontari ospedalieri all'Alleanza per la salute mentale. In particolare, il suo impegno si profonde nell'Associazione Federico Balestrieri-Anziani in linea, nata accanto alla Parrocchia di San Lorenzo, nel cuore della città, e alle Case famiglia riservate agli anziani, sorte in via Morretto, in via della Rocca e in piazzetta Sant'Alessandro, inaugurata il mese dopo la sua morte e a lei dedicata. Non si sottrae neppure all'azione diretta nell'amministrazione della cosa pubblica. Nel 1980 viene eletta come indipendente nelle liste della Democrazia cristiana in quella Giunta presieduta dal compianto sindaco Cesare Trebeschi. Da consigliera comunale, fece parte della Commissione per le pari opportunità. Resta consigliere comunale fino al 1990. Muore poco dopo aver compiuto novant'anni, traguardo di una vita ricca di impegni e di incontri, di generosa dedizione agli altri, di grande curiosità ed interesse per la vita e per il mondo

*Anna Della Moretta  
Giornalista, Giornale di Brescia*

## Corso di Malattie Tropicali e Medicina Internazionale

XXXIV Edizione

Brescia, 7 novembre – 25 novembre 2022

In collaborazione e con il patrocinio di



Clinica Malattie Infettive e Tropicali

con il patrocinio di:

Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri  
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Brescia  
Ordine dei Farmacisti della Provincia di Brescia  
Società Italiana di Medicina Tropicale - SIMET  
Fondazione Scientifica per la Medicina Generale - SIMG

- 1° modulo: 7-11 novembre  
SALUTE GLOBALE

- 2° modulo: 14-18 novembre  
LE GRANDI ENDEMIE TROPICALI E  
IL LABORATORIO DI BASE

- 3° modulo: 21 - 25 novembre  
MEDICINA DELLE MIGRAZIONI E  
PROGETTAZIONE IN COOPERAZIONE SANITARIA

#### ECM Crediti Formativi

con la partecipazione ai 3 moduli e il superamento del questionario di valutazione.

[www.medicusmundi.it](http://www.medicusmundi.it)

[corsomalattietropicali@medicusmundi.it](mailto:corsomalattietropicali@medicusmundi.it)

SCOPRI DI PIÙ



Abbiamo riso  
per una cosa seria

Inizio della campagna

14 - 15 e 21 - 22 Maggio 2022



Insieme ai contadini per il diritto al cibo  
e in difesa di chi lavora la terra.

20<sup>02</sup>  
anni di  
sostenibilità  
22

FOCSIV, da 20 anni, promuove l'agricoltura familiare in ITALIA e nel MONDO in un'ottica di ecologia integrale e sviluppo sostenibile.

Con un pacco di riso da 1 Kg, su offerta minima di 6€, sostieni il nostro progetto "PRoTeggiMi" in Mozambico, per la PREvenzione della Trasmissione Materno-Infantile e trattamento di HIV e TB per le comunità remote.

Info e prenotazioni:

Tel 030.6950381 - [promozione@medicusmundi.it](mailto:promozione@medicusmundi.it)



MMI RIPUDIA LA GUERRA

# STOP WAR

Con il cuore straziato per quanto accade in Ucraina - e non dimentichiamo le guerre in altre parti del mondo, come lo Yemen in Siria, in Etiopia... -, ripeto: **tacciamo le armi!**

Papa Francesco, 27 febb. 2022

*La tua donazione per garantire il Diritto alla Salute per Tutti!*

## BONIFICO

C/C INTESTATO A MEDICUS MUNDI ITALIA

## BANCARIO

BANCA BCC

IBAN: IT8200869211202017000175403

## POSTALE

IT11P0760111200000010699254

## DONAZIONI ONLINE



## DONA IL TUO

**5X** MILLE  
Health for All!

**C.F.98011200171**

DONA ORA