



Medicus mundialmente

Periodico semestrale di **Medicus Mundi Italia**

1/2021



Poste Italiane s.p.a. - Spedizione in abbonamento postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n.46) art. 1, comma 1 LOM/BS/0000 - Anno 30 - n. 1/2021

Dalla parte dell'umanità

**Numero 1/2021**

Periodico semestrale
di Medicus Mundi Italia

**Direttore Responsabile**

Adalberto Migliorati

Redazione

Ufficio Territorio MMI

In questo numero hanno collaborato

Prof. G. Carosi, Prof. N. Latronico, M. Chiappa,
A. Ndereyimana, E. Chiara, B. Seghesio,
O. Chambule, G. Orsolato

Foto copertina

Massimo Chiappa

Numero chiuso in redazione

9 luglio 2021

Prossimo numero

dicembre 2021

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. 030/3752517

Codice fiscale

98011200171

e-mail

redazione@medicusmundi.it

web

www.medicusmundi.it

Logo

Guss van Eck

Tiratura

1.500 copie
Stampato su carta riciclata certificata FSC®

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE

3 L'effetto farfalla nella pandemia da COVID-19

PROGETTI

6 Burkina Faso.
Le mamme di tutti i bambini del villaggio

LETTERA DEL DIRETTORE

8 Nella crisi dobbiamo stare
dalla parte dell'umanità

RUBRICA DEL MEDICO

10 La Vita dopo la Terapia Intensiva

PROGETTI

12 Burundi. Kura Kiremba:
André Ndereyimana racconta.
13 Mozambico. Sempre al fianco delle comunità.
14 Kenya. Lezione di salute sessuale riproduttiva
e i suoi diritti

CAMPAGNE

15 Aggiungi il cuore a tavola. La nuova Campagna
di raccolta fondi di Medicus Mundi Italia
e NO ONE OUT
16 Bilancio Sociale e CMT

L'effetto farfalla

nella pandemia da COVID-19



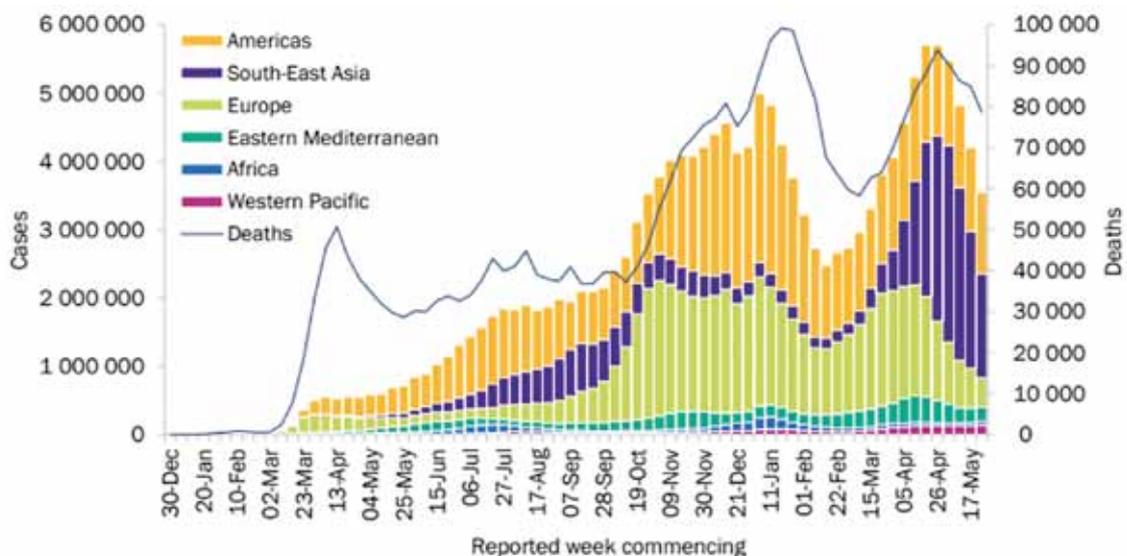
1. L'evoluzione della pandemia nel mondo

In questi 18 mesi dalla sua comparsa, la pandemia ha disegnato una serie di differenti scenari, in cui si sono intrecciati come fattori determinanti i comportamenti umani, le misure sociali e di sanità pubblica di mitigazione messe in atto, l'insorgenza di varianti virali con maggiore trasmissibilità e infine l'avvento di farmaci (anticorpi monoclonali) e soprattutto dei vaccini. E' tuttora dubbia la stessa origine del virus causale, SARS-CoV-2. Attribuita a un salto di specie (spill-over) da coronavirus del pipistrello, ritenuta quindi l'epidemia una zoonosi, è discusso se originata da un mercato del pesce e di animali vivi della città di Wuhan ovvero se da un ceppo virale sfuggito dalla collezione (e dal rimaneggiamento) di coronavirus dall'Istituto di Virologia della città.

Comunque i primi casi sono stati segnalati in Cina, dove l'epidemia è stata rapidamente circoscritta e praticamente eliminata in pochi mesi, con l'attuazione di rigide misure di lockdown, di tracciamento, isolamento e quarantena. Ma nel frattempo, data la globalizzazione degli scambi di uomini e merci, l'epidemia si è diffusa e ha fatto la sua comparsa con la segnalazione di casi nel Medio Oriente (Iran) e, soprattutto in Europa coinvolgendo in primis l'Italia, impreparata a fronteggiarne la crescita esponenziale. Questa "prima ondata", che ha avuto il suo picco in marzo-aprile 2020, è dilagata nelle Americhe, soprattutto negli USA e in Brasile e poi in tutto il continente. Da allora l'epidemia si è diffusa al mondo intero divenendo pandemia.

2. La situazione all'avvento dei vaccini

Come evidenziato nella Figura 1, a ottobre del 2020 si è manifestato nel mondo l'inizio di una nuova impennata nella curva dei casi e dei morti, la cosiddetta "seconda ondata", che ha registrato un picco di casi e di morti nel gennaio 2021. Ma contemporaneamente, nei mesi di novembre e dicembre 2020 sono stati approvati da FDA e da EMA potenti vaccini su piattaforma m-RNA (Pfizer Biontech e Moderna) e a vettore adenovirale ricombinante non replicante (Astra Zeneca e, successivamente, Johnson e Johnson, unico quest'ultimo somministrabile in monodose). Si è trattato di un evento epocale: la messa a punto di vaccini per una nuova malattia, che normalmente richiedeva una decina di anni, nell'arco di meno di un anno, sfruttando acquisizioni mutate dalla ricerca di base, dall'innovazione farmaceutica e dallo snellimento delle procedure amministrative. Campagne di vaccinazione sono state prontamente avviate in Nord America e nel Regno Unito già ai primi di dicembre 2020 e in tutta Europa, simbolicamente e simultaneamente, il 27 dicembre 2020. In alcuni paesi a risorse limitate, specie



In questi 18 mesi
dalla sua comparsa,
la pandemia ha disegnato
una serie di differenti
scenari, in cui si sono
intrecciati i comportamenti
umani e le misure sociali e di
sanità pubblica di mitigazione

dell'Africa e dell'America Latina, sono state attuate limitate campagne di vaccinazione con differenti preparati cinesi e russi e avviato un programma, COVAX, per la donazione dei vaccini approvati da FDA e EMA, acquistati a prezzo di costo da Agenzie internazionali. Ad oggi, di fatto, oltre il 90% dei vaccini è distribuito e disponibile negli USA e in Europa e solo meno del 10% nel resto del mondo (in Africa meno del 3%).

Il quadro epidemiologico globale di COVID-19 ai primi di gennaio 2021, segnalava oltre 88 milioni di casi e 2 milioni di morti cumulativamente. Due delle sei Regioni in cui l'O.M.S. suddivide il mondo: le Americhe e l'Europa assommavano il 77% dei casi e l'80% dei morti. Parliamo di 67.5 milioni di casi e di quasi 1.5 milioni di morti!

Analoga la situazione se consideriamo i “nuovi casi” e i “nuovi morti”, che ammontavano, rispettivamente, a circa 5 milioni di casi e 85.000 morti. Anche di questi la stragrande maggioranza veniva registrata nelle Americhe e in Europa. In queste due regioni l'epidemia era in fase crescente: incremento del 40% per i casi e 24% per i morti. Sia pure con numeri molto più modesti, l'epidemia era in fase espansiva anche nelle altre regioni, salvo il Sud Est Asiatico, dove l'India

appariva quasi risparmiata e il Pacifico Occidentale, dove la Cina risultava praticamente COVID-free.

Considerando la situazione epidemiologica nel maggio 2021, a 5 mesi dall'inizio delle campagne di vaccinazione di massa negli USA, nel Regno Unito e in Europa, il numero cumulativo dei casi, 162 milioni e di morti, 3.36 milioni, è ovviamente molto aumentato, quasi raddoppiato, ma la situazione appare completamente ribaltata se si considerano i dati dei “nuovi casi” e dei “nuovi morti”: questi infatti disegnano una curva in decremento fino alla fine di febbraio 2021 per poi risalire fino a un nuovo picco (“terza ondata”) alla fine di aprile 2021 e successiva-

mente ridiscendere nettamente in maggio.

Nella lista dei paesi che riportano un maggior numero di nuovi casi, alle spalle degli USA e del Brasile si collocano Francia, Italia e India mentre esce dalla classifica dei top five mondiali il Regno Unito che figurava in 3° posizione, dopo USA e Brasile alla fine di gennaio.

Questa situazione riflette evidentemente l'impatto della campagna vaccinale, che è stata condotta in maniera particolarmente vigorosa nel Regno Unito dove il successo in termini di riduzione dei casi e dei morti poteva già manifestarsi dopo un paio di mesi stante la decisione di attuare uno stretto lockdown e di posticipare la 2° dose dei vaccini allo scopo di vaccinare il maggior numero di popolazione.

3. Ruolo delle varianti virali

Oltre alle variabili delle misure di contenimento e delle campagne di vaccinazione, una terza variabile è entrata in gioco nei primi mesi del 2021 nel determinismo della pandemia: l'insorgenza di “varianti” virali. Nella sua replicazione il virus, trascrivendo il proprio genoma ad ogni successiva generazione, commette errori nella “correzione delle bozze” della trascrizione, che si manifestano con la comparsa di mutazioni. Si creano così le “varianti”. Il SARS CoV-2 è un virus con elevatissimo ritmo di replicazione e con debole capacità di limitazione degli “errori”, cioè con elevata capacità mutagena. Fra queste mutazioni dell'assetto genetico, che configurano nuove varianti, l'O.M.S. ha proposto di distinguere

Si è trattato di un evento epocale: la messa a punto di vaccini per una nuova malattia, che normalmente richiedeva una decina di anni, nell'arco di meno di un anno

fra varianti “interessanti” (VOI) e varianti “preoccupanti” (VOC). Le VOC conferiscono un tale vantaggio nella trasmissibilità da diventare prevalenti nell'area geografica dove si sviluppano (sostituendo le precedenti) e, inoltre, sono in grado di sfuggire in qualche misura dall'efficacia delle risposte immunitarie degli anticorpi, sia sviluppati naturalmente dall'infezione sia dal vaccino. Queste varianti sono state indicate nel linguaggio scientifico con complesse sigle a seconda dei diversi sistemi tassonomici adottati ma, nel linguaggio comune dei media, vengono indicate con riferimento al luogo di origine. Così abbiamo fra le VOC la variante “inglese”, “sudafricana”, “brasiliiana” e, recentemente, “indiana”. A fine maggio del 2021 si è deciso di adottare una diversa nomenclatura, più semplice (rispetto alle sigle tassonomiche) e non discriminante (rispetto alle origini geografiche). Semplicemente ora viene proposto di adottare per la definizione lettere dell'alfabeto greco: così si designa “alfa” la variante inglese, “beta” la sudafricana, “delta” la brasiliiana e “gamma” l'indiana. L'avvento di queste varianti ha avuto pesanti ripercussioni sull'evoluzione epidemiologica in diverse situazioni. Ad esempio in India la diffusione della variante delta (“indiana”), molto trasmissibile, favorita dalla assenza di misure di contenimento e dall'assenza di campagne vaccinali, ha determinato una vera esplosione di nuovi casi e nuovi morti tali da riportare l'India alla testa delle classifiche mondiali. Una situazione in qualche modo simile ha fatto sì che nel Regno Unito, dove praticamente il numero di nuovi casi e nuovi morti era disceso e prossimo a zero, l'avvento della stessa variante ha rialzato la curva epidemiologica con migliaia di casi e decine di morti. E, dato che ancor più preoccupa, con la comparsa di decine di casi di “reinfezioni” in soggetti vaccinati. La variante delta infatti è del 60% circa meno sensibile ai vaccini, in particolare dopo la sola prima dose, largamente praticata nel Regno Unito nell'intento di vaccinare il maggior numero di popolazione.

4. L'effetto farfalla

E' davvero difficile valutare l'interazione dei molteplici fattori determinanti di questa terribile pandemia, che crea equilibri estremamente precari. Ad esempio la Cina, ottenuta la situazione di COVID-free, ha ritenuto di potersi limitare a controllare l'epidemia “di ritorno” evitando la re-introduzione dall'estero. Ma chiudere un immenso paese, imponendo rigorose misure di isolamento e quarantena ai viaggiatori, ha ripercussioni economiche e sociali impossibili a mantenersi. E ora la Cina si scopre vulnerabile dato che la popolazione, che riteneva il COVID scomparso, non è vaccinata.

In un mondo globalizzato è illusorio pensare di riuscire a vincere da soli.

Fattori climatici favorevoli ma asincroni, lockdown che devono essere mantenuti in equilibrio con i nefasti effetti economici, campagne vaccinali estremamente difficili da estendere a miliardi di persone, comparsa in attesa di varianti meno suscettibili ai vaccini interagiscono fra loro imprevedibilmente. Tutto ciò fa temere situazioni i cui lo spostamento di un solo fattore, di per sé apparentemente irrilevante (il “battito d'ali di una farfalla” in una regione remota) può ripercuotersi turbando precari equilibri mondiali.

A meno che, improvvisamente come è venuta, la pandemia non sparisca per un altro imprevedibile “effetto farfalla” questa volta favorevole. Come è accaduto, ma in un mondo un secolo fa molto diverso, per l'influenza spagnola.

*Prof. Giampiero Carosi
Presidente Medicus Mundi Italia*



Burkina Faso

Le mamme di tutti i bambini del villaggio

È il 15 marzo 2021 e siamo a Koudougou, il capoluogo della provincia del Centro Ovest del Burkina Faso. Sono le dieci del mattino, ci sono 40 gradi all'ombra, e riuniti sotto la *paillote* del ristorante 'La reunion' a lottare contro gli ultimi soffi dell'Harmattan ci sono il Dott. Pietra, Marina, Matteo, la nostra equipe locale di progetto, formata dalla contabile Blanche, dal nutrizionista Koffi e dalle nostre responsabili di zona. Esse sono: Awa, Aminata, Antoinette, Claudine, Emma, Eveline e Fadilatou, ed ognuna segue una ventina di animatrici dei Centri di salute.

Siamo tutti ben distanziati e, Covid permettendo, ci ritroviamo dopo tanto tempo per fare un bilancio delle attività di MMI degli ultimi anni. Insieme alla LVIA stiamo portando a termine il progetto di lotta alla malnutrizione cronica infantile in cinque distretti sanitari della regione, che prevede l'educazione nutrizionale delle mamme dei bambini 6-23 mesi: in pratica, andiamo nei dispensari e insegniamo alle mamme quali cibi preparare per i loro piccoli, utilizzando alimenti e tecniche accessibili localmente.

Le nostre responsabili di zona sono tutte eleganti, hanno il volto rilassato; ciascuna stringe il suo quaderno fra le mani e guarda orgogliosamente a Marina e al Dott. Pietra

mentre stilano un resoconto in cifre dei risultati del progetto: in ognuno dei 150 dispensari abbiamo formato un'animatrice, che adesso è operativa e lavora a stretto contatto con gli infermieri e gli agenti della maternità. Abbiamo chiesto ai responsabili di scegliere secondo certi criteri: età compresa fra i 25 e 45 anni, residenza in prossimità del CSPA presso il quale lavorano, avere dei figli e distinguersi per la reputazione di "buone mamme". Sono loro che mostrano alle mamme quali sono gli alimenti che bisogna dare al bebè, e quante volte al giorno. Le responsabili di zona hanno come compito, cinque giorni su sette, di elaborare e aggiornare il loro programma mensile, di formarle e seguirle sull'igiene, le pratiche culinarie e la diversificazione alimentare per i bambini. Alla fine del mese, ci consegnano un rapporto di supervisione nel quale ci dicono cosa va e cosa no, e insieme cerchiamo di trovare delle soluzioni.

È il momento di un *tour de table* prima della pausa caffè: per Awa, la nostra veterana a Nanoro, il progetto è stato un successo personale e d'équipe.

"Anche quando tre anni fa mi sono rotta una gamba in moto, MMI non ha esitato a mettermi nelle migliori condizioni per lavorare".

Effettivamente, girando in motocicletta, i piccoli-grandi problemi logistici non sono



mancati, per donne che percorrono in lungo e in largo chilometri di pista rossa in villaggi di cui manco sapevano l'esistenza. Emma, responsabile di zona di Tenado, due anni fa si è rotta i denti. Aminata, preposta alla zona di Léo, un giorno ha dovuto tornare indietro perché un elefante le sbarrava la pista... Claudine, responsabile per Réo, si è impantanata con la moto nel fango di una pista. C'è voluto l'aiuto dei contadini del posto per tirarla fuori. A volte, una di loro ci telefona la mattina: *"Qui non si passa, l'acqua ha allagato tutta la pista... Cosa devo fare?"*. *"Cosa vuoi che ti dica, figlia mia? Se non si passa, non si passa, da quell'animatrice ci andrai un altro giorno"*.

Antoinette va fiera della collaborazione con gli agenti dei dispensari, anche se non sempre presenti: *"A volte dobbiamo persino prendere peso, altezza e perimetro brachiale dei bambini al posto dell'infermiere che è occupato in altre attività. Ma che fare? Non si possono mandare via le mamme che hanno percorso dei chilometri per esserci!"*. Evelyne è d'accordo: *"Il fatto che ci siamo noi al dispensario, spinge le mamme a venirci, prima non succedeva"*.

Per le animatrici dei centri di salute, collaborare con MMI ha costituito non solo una buona opportunità remunerativa (molte di loro prima erano contadine senza alcun reddito monetario), ma anche e soprattutto un'occasione per scoprire che il loro lavoro è di un'immensa utilità sociale. *"È una gioia inesprimibile quando una mamma ti sorride e ti ringrazia perché vede i primi miglioramenti nella salute del suo bambino"*.

Per Aminata, il fatto di riprendere a scrivere

dopo tanto tempo e saper parlare in pubblico è un aspetto molto significativo per le animatrici, poiché ha conferito loro un'inedita autostima e riconoscimento, riscattandole da storie personali e familiari non sempre felici.

Aminata si sofferma anche sulle competenze delle animatrici: *"La cosa che mi fa capire quanto sia utile il nostro lavoro è che anche le persone più anziane della famiglia, che sono abituate a pratiche di cura tradizionali, capiscono che non sempre queste vanno bene per la salute dei bimbi"*.

Ora è il momento di identificare le animatrici da premiare: ognuna delle responsabili di zona ci dà il nome di 5 animatrici che si sono distinte per competenza, rispetto dell'igiene e capacità di comunicare con le donne. Daremo loro del materiale di cucina come ricompensa.

Siamo giunti alla fine dell'incontro. Siamo tutti d'accordo che, anche se con alti e bassi e necessità di miglioramenti, il bilancio di questi anni di attività è positivo, e va ben oltre le nostre aspettative. Ci lasciamo con un interrogativo: che succederà quando, fra qualche mese, le attività di MMI/LVIA finiranno? I centri di salute in cui abbiamo lavorato e i comuni in cui si trovano, saranno pronti a riconoscere in qualche modo il lavoro delle animatrici, per far sì che gli sforzi fatti non siano vani, e si continui in questa direzione? Sarebbe bello se i Comitati di Gestione dei centri di salute garantissero una continuità nel lavoro fin qui svolto. Ma ahimè, non possiamo prevederlo.

Elisa Chiara



Nella crisi dobbiamo stare dalla parte dell'umanità

“Nella crisi dobbiamo stare dalla parte dell'umanità” ha dichiarato di recente Mary Robinson, ex presidente dell'Irlanda e Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani.

Negli ultimi anni abbiamo compreso come le crisi sanitarie, sociali ed economiche abbiano assunto sempre più una dimensione globale: la pandemia da COVID-19 ne è l'ultimo e più eclatante esempio! E abbiamo verificato che le conseguenze sono ricadute e ricadranno soprattutto sulle fasce di popolazione più fragili e vulnerabili. E' già evidente come la pandemia abbia causato e stia causando centinaia di milioni di nuovi poveri, senza accesso a assistenza sanitaria, acqua pulita, servizi igienici, specialmente nei Paesi a risorse limitate. Altrettanto evidente è l'impatto negativo sul trattamento dell'infezione da HIV, tubercolosi e malaria, sui programmi di vaccinazione, sulle cure di base materno-infantili, sui ricoveri ospedalieri.

Condividere gli insegnamenti appresi durante la pandemia di Covid-19 e confrontarsi sulle modalità per migliorare la sicurezza sanitaria, rafforzare i sistemi sanitari e potenziare la capacità di affrontare crisi sanitarie future, in Europa e nel mondo: sono gli obiettivi del Global Health Summit tenutosi a Roma il 21 maggio scorso su iniziativa della Presidenza italiana del G20 e della Commissione Europea. Obiettivi e sfide che interessano la vita di ogni persona, in ogni angolo del pianeta.

Pur se realisti e consapevoli che, sia nel contesto nazionale che a livello internazionale, la voce e le rivendicazioni della società civile rimangono spesso inascoltate, da anni abbiamo la convinzione che fare rete e massa critica sia l'unico modo per aumentare l'efficacia e l'impatto degli interventi delle nostre organizzazioni nei Paesi a risorse limitate e in Italia, ma anche per incidere sui processi politici di cambiamento e di sviluppo.

In preparazione del “Global Health Summit”, un importante lavoro di rete è stato fatto dal gruppo del CIVIL 20 (C20), costituito da più di 500 rappresentanti della società civile di tutto il mondo, non solo dei paesi del G20 ma anche di paesi poveri, con orizzonte di riferimento l'Agenda 2030 e i suoi Obiettivi di sviluppo sostenibile. Medici Mundi è stata rappresentata dal Network Italiano Salute Globale e da FOCSIV, di cui fa parte.

Il CIVIL20 ha messo in evidenza quanto, con la pandemia da Covid-19, la salute, l'ambiente, lo sviluppo e le comunità siano strettamente collegate. Si è rafforzata la cognizione della interdipendenza globale fra esseri umani, animali, merci. Parlare oggi di “One health”, approccio antico e attuale al tempo stesso, riconosciuto dall'OMS e dalla Commissione Europea, risulta più comprensibile: un modello sanitario basato sul riconoscimento del legame fra la salute dell'uomo, degli animali e dell'ecosistema.



Il C20 ha ribadito fortemente che si uscirà da questa emergenza e si potranno affrontare emergenze sanitarie future solo tramite l'accesso libero, globale e collettivo ai vaccini e a efficaci presidi di trattamento e cura, a partire dalla sospensione temporanea dei diritti di proprietà intellettuale su prodotti e tecnologie utilizzati nella lotta contro il Covid-19.

Infine, il C20 ha ribadito fortemente ciò che da sempre è un mantra per Medicus Mundi: *la salute è un bene pubblico e un diritto umano*. E allora come ONG di cooperazione sanitaria la nostra attenzione non può che essere rivolta alle persone colpite in maniera sproporzionata dalla pandemia, che ha acuito condizioni di discriminazione e vulnerabilità preesistenti, specie per donne e ragazze, persone HIV+, bambini malnutriti, bambini con disabilità, famiglie emarginate...

Perché COVID-19 è solo una delle emergenze sanitarie del pianeta: l'urgenza di porre fine alla pandemia non deve far dimenticare la lotta ad altre malattie endemiche che colpiscono soprattutto i paesi più poveri. E questo è purtroppo quanto è successo e sta succedendo nei contesti in cui noi operiamo, specialmente nell'Africa sub-sahariana.

Nel corso di quest'anno e mezzo di emergenza sanitaria, abbiamo incontrato molti ostacoli nel riuscire ad assistere i più vulnerabili, specie donne, adolescenti e bambini, nelle cure essenziali e nell'assistenza sanitaria nei villaggi rurali del Mozambico, del Burkina Faso, nelle periferie urbane di Nairobi e di São Luis In Brasile.

Ma mai ci siamo fermati nella prevenzione e nel contrasto alla pandemia insieme con i partner locali: formando gli agenti sanitari, sensibilizzando le comunità sulla prevenzione del contagio e sull'igiene sanitaria in genere, fornendo dispositivi di protezione individuale e di sterilizzazione ai nostri operatori, realizzando azioni di vigilanza epidemiologica e identificazione di casi sospetti nei centri di salute, fornendo in taluni casi un supporto farmacologico per pazienti infetti.

La fragilità dei sistemi sanitari di paesi come quelli in cui è presente Medicus Mundi, la capacità limitata di testare, proteggere, trattare e curare pazienti Covid, specie nelle aree rurali,

ha impattato in maniera ancor più negativa sulla salute di milioni di persone.

Il CIVIL 20 ha messo in evidenza come i servizi per la salute sono e saranno efficaci solo se sviluppati sul territorio e con il coinvolgimento costante delle comunità locali. Come abbiamo purtroppo potuto verificare noi direttamente a Cidade Olimpica in Brasile, paese fortemente colpito dal Covid, le sole misure di distanziamento, se non vengono affiancate da azioni sanitarie preventive nelle comunità, test di massa e misure sociali ed economiche per sostenere le famiglie, portano alla creazione di nuove sacche di povertà.

Anche il mondo della società civile e quindi anche Medicus Mundi, dovrà muoversi sempre di più all'interno di contesti interconnessi e sviluppare iniziative atte a favorire un accesso equo e conveniente a servizi sanitari di qualità per tutte le persone (promozione, prevenzione, cura e riabilitazione), contribuendo al miglioramento della salute, alla lotta alle malattie e alla riduzione della povertà delle comunità in cui noi operiamo, nella direzione della Universal Health Coverage tanto evocata ed auspicata dall'Agenda 2030 (SDG target 3.8) e dall'OMS.



Sarà sempre più importante agire sui diversi determinanti della salute, poiché condizioni di vita malsane, unitamente alle disuguaglianze socio-economiche e di genere, violenza, ingiustizie, ecc. sono le principali cause di malattia e morte.

Pensieri di auspicio e di speranza ci vengono traendo spunto ancora una volta da Papa Francesco ("Fratelli tutti"): *"una tragedia globale come la pandemia del Covid-19 ha suscitato per un certo tempo la consapevolezza di essere una comunità mondiale che naviga sulla stessa barca, dove il male di uno va a danno di tutti... Investire a favore delle persone fragili può non essere redditizio, può comportare minore efficienza. Esige uno Stato presente e attivo, e istituzioni della società civile che vadano oltre la libertà dei meccanismi efficientisti di certi sistemi economici, politici o ideologici, perché veramente si orientano prima di tutto alle persone e al bene comune"*.

Massimo Chiappa
Direttore di Medicus Mundi Italia

La Vita dopo la Terapia Intensiva

10

Il progetto **“Soluzioni low tech per l’assistenza respiratoria in Mozambico”**, co-finanziato dalla Fondazione CARIPLO, si colloca nello scenario dell’insufficienza respiratoria acuta associata all’infezione da SARS-CoV-2 e intende realizzare apparecchi stand-alone in grado di mantenere una pressione positiva continua nelle vie aeree (CPAP) con la tecnologia di stampa 3D a partire da un prototipo già realizzato e testato dall’Università locale SAVE, in collaborazione con l’Università di Barcellona. Attualmente esistono solo 34 dispositivi per la ventilazione polmonare in tutto il Mozambico che ha una popolazione di circa 30 milioni di persone. La Provincia di Inhambane, in cui il progetto sarà realizzato, ha una popolazione di 1,5 milioni di abitanti e 1 solo ventilatore per adulti. Nei Paesi ad alto reddito la disponibilità di personale sanitario, strutture e attrezzature per la terapia intensiva e la ventilazione artificiale sono diffusamente disponibili, anche se con differenze importanti tra un paese e l’altro (https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_countries_by_hospital_beds).

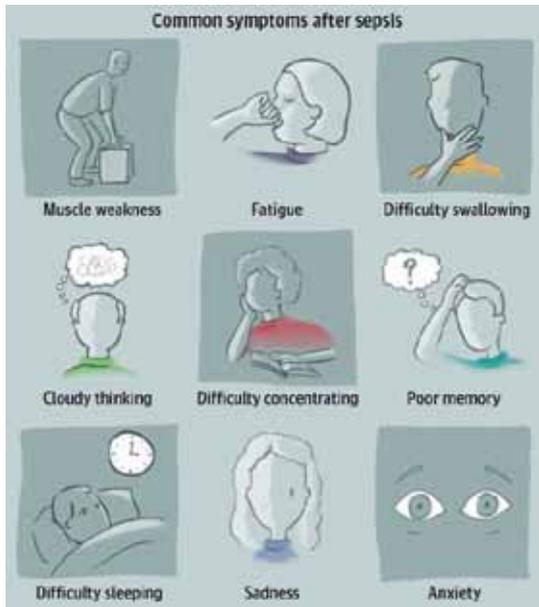
Grazie a ciò, la mortalità in TI è andata progressivamente riducendosi e molti dei pazienti ricoverati riesce oggi a sopravvivere all’evento acuto. Il trend è generalizzato in tutti i Paesi ad alto reddito; per esempio negli Stati Uniti la mortalità nel periodo 1988-2012 si è ridotta mediamente del 35% nonostante un aumento dell’età e della gravità dei pazienti ricoverati. La riduzione varia molto a seconda della patologia considerata

ed è stata, per esempio, di oltre il 50% per la sepsi. Di pari passo con tale trend in diminuzione della mortalità, si è osservato un aumento importante del numero dei pazienti trasferiti in Riabilitazione e una riduzione dei pazienti dimessi a casa, come conseguenza del fatto che molti pazienti sopravvissuti alla TI non hanno un recupero immediato della propria autonomia. Oggi si descrive una nuova popolazione di pazienti, quella dei sopravvissuti alla malattia critica (critical illness), affetti da una disabilità a lungo-termine o permanente che è multi-dimensionale, perché riguarda la dimensione fisica, cognitiva e mentale di un individuo, e complessa, perché è spesso dovuta al coesistere di deficits in due o più dimensioni. Il termine di **“sindrome post-terapia intensiva”** (Post-Intensiva Care Syndrome, PICS) è stato di recente coniato per identificare il complesso delle alterazioni fisiche, cognitive e mentali (o psichiatriche) nei pazienti che sopravvivono alla fase acuta di malattia e il loro impatto sulla qualità di vita, l’autonomia nella vita quotidiana e la capacità lavorativa. Oggi si stima che il 50% dei pazienti dimessi dalle TI sviluppi un nuovo disturbo fisico, cognitivo mentale e che solo la metà di essi riprenda il lavoro ad 1 dalla dimissione

L’impatto economico, oltre che sanitario e sociale, derivante dalla ridotta capacità lavorativa e di guadagno insieme con l’aumentata necessità di interventi sanitari è enorme, nell’ordine di miliardi di dollari, considerando che ogni anno milioni di persone sono assistiti nelle TI in tutto il mondo e che molte oggi sopravvivono con disabilità.

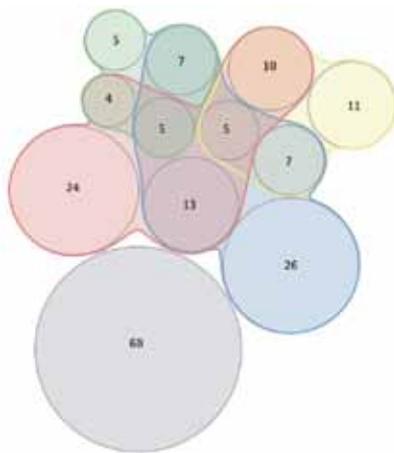
La sepsi è un esempio paradigmatico di critical illness. Ogni anno circa 19 milioni di persone sviluppano sepsi nei paesi ad alto reddito e di questi 14 milioni sopravvivono. La prognosi dei sopravvissuti nell’anno successivo alla dimissione è variabile: una metà guarisce, un terzo muore e un sesto sviluppa disabilità grave e persistente a causa di nuove limitazioni funzionali (per es. vestirsi e curare la propria persona in modo autonomo), un aumento di 3 volte nella prevalenza di alterazioni cognitive moderate o gravi (dal 6% prima dell’episodio settico al 17% dopo) e un’elevata prevalenza di problemi di salute mentale come ansia (32% dei pazienti che sopravvivono), depressione (29%) o





La pandemia da Covid-19, che ha visto in Brescia uno degli epiprimi fase (marzo-maggio 2020), ha determinato profondi cambiamenti nelle modalità assistenziali e organizzative ospedaliere. In particolare ha determinato la necessità di una gestione integrata del paziente e di collaborazione multispecialistica. Accogliamo quindi volentieri questa testimonianza di lavoro da parte del Dircentri mondiali soprattutto nella etteore dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione di Brescia, che ringraziamo vivamente anche per la preziosa collaborazione che operativamente offre a progetti di Medicus Mundi in Africa.

Prof. Giampiero Carosi Presidente di MMI



it/?page_id=13642) e con il Centro di Ricerca Universitario "Teresa Camplani" sulla Funzione Neuromuscolare e l'Attività Motoria Adattata (https://ricerca2.unibs.it/?page_id=6099) per la valutazione della disabilità fisica.

La PICS in era COVID

La pandemia da Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus-2 (SARS-CoV-2) ha determinato un numero di ricoveri in TI di malati gravi con insufficienza respiratoria acuta e necessità di ventilazione meccanica senza precedenti. La prima ondata ha poi avuto come epicentro la Regione Lombardia, prima area del mondo occidentale ad essere colpita dalla pandemia. La mortalità ospedaliera nei primi 3988 pazienti ricoverati in TI è stata molto alta, mediamente intorno al 50% ma ancora più alta nelle persone anziane di sesso maschile e con quadro polmonare di Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) grave. Il quadro iperinfiammatorio e il trattamento dell'ARDS hanno determinato la necessità di somministrazione prolungata di steroidi, sedativi e farmaci bloccanti neuromuscolari fattori di rischio noti per lo sviluppo di debolezza muscolare grave e di delirium in fase acuta e, a cascata, di alterazioni funzionali e disturbi cognitivi a lungo termine.

I dati di follow-up dei pazienti COVID ricoverati in TI, ancora scarsi, suggeriscono che l'incidenza di fatica e debolezza muscolare sia elevata, intorno al 30% nello studio COMEBAC a Parigi e addirittura superiore

al 60% nella serie di Wuhan. Entrambi gli studi documentano un'importante riduzione della capacità di esercizio con il test del cammino dei 6 minuti e un'incidenza elevata di disturbi mentali. Lo studio francese riporta una prevalenza di disturbi cognitivi a 4 mesi superiore al 40% e, nell'intera popolazione studiata (pazienti intensivi e non), disturbi cognitivi e psichiatrici associati a disturbi respiratori persistenti e lesioni fibrotiche alla TC torace.

L'ambulatorio di follow-up di Brescia è rimasto attivo anche durante la pandemia COVID-19 potendo valutare finora 114 pazienti fino ad 1 anno dalla dimissione dalla TI. I dati confermano in parte quelli pubblicati in Cina e Francia a 4 e 6 mesi, con un'incidenza minore di disturbi cognitivi e mentali.

Al momento, non sono disponibili serie di confronto con pazienti di TI non-COVID, per cui non è possibile stabilire se le sequele fisiche, cognitive e mentali a lungo termine descritte nei pazienti COVID-19 ricoverati in di TI siano più o meno frequenti.

Nicola Latronico

Professore Ordinario di Anestesia e Rianimazione, Università di Brescia Direttore, UO Anestesia e Rianimazione 2, ASST Spedali Civili di Brescia nicola.latronico@unibs.it

bibliografia disponibile su richiesta alla redazione

stress post-traumatico (44%). È importante ricordare che i dati di incidenza della sepsi provenienti dai Paesi ad alto reddito sottostimano di molto il problema. Dati recenti del Global Burden of Disease Study stimano un'incidenza annua di 48,9 milioni con i valori più alti proprio nelle aree più povere del pianeta come nell'Africa sub-Sahariana .

Le cliniche per il follow-up sono nate per rispondere all'esigenza di cura dei pazienti sopravvissuti alla critical illness ricoverati nelle TI. A Brescia, presso gli Spedali Civili, dal 2014 è attivo l'ambulatorio di follow-up che valuta longitudinalmente a 3, 6, 12 e 24 mesi i pazienti dimessi dalle TI utilizzando il framework della PICS. L'ambulatorio fornisce un supporto clinico ai pazienti e coordina le richieste di valutazione specialistica. Collabora inoltre con il Centro di Ricerca universitario "Alessandra Bono" per lo studio della storia naturale della PICS e la ricerca di trattamenti efficaci (<https://ricerca2.unibs.it>).

Burundi

Kura Kiremba: André Ndereyimana racconta

PROGETTI

12

Mi chiamo André Ndereyimana. Sono nato in Burundi nel 1979. È proprio a Kiremba Nord che ho imparato - per la prima volta - a vivere fuori dal mio nucleo familiare (esclusi momenti di fuga in guerra) a partire dal settembre 1993. A fine del 2003 ho raggiunto l'Italia per studiare e lavorare. Il resto della storia è lungo. A fine del 2020 si è aperta l'opportunità offerta da Medicus Mundi Italia di lavorare in Burundi come coordinatore del progetto "KURA KIREMBA - Miglioramento dei servizi di salute primaria nel Distretto Sanitario di Kiremba, Provincia (Diocesi) di Ngozi. Ho sperato tantissimo che la mia candidatura fosse accettata per lavorare nel mio Paese

interpretato - per tirare su il morale. Era ora! Gli interventi di sviluppo della località di Kiremba si svolgono in un sistema complesso che da oltre 60 anni interviene con varie attività con priorità ai servizi medico-sanitarie. Mi ha fatto riflettere il fatto che dopo ben 27 anni (quasi una generazione), il principale evidente cambiamento nell'immagine panoramica del luogo è la vetustà delle strutture: l'HRMK, il liceo, la parrocchia, etc. seppure qualche altra realtà istituzionale sia nata. Non mi meraviglia il fatto che, dal lontano 1994, la povertà è aumentata, di certo non perché ora posso leggerla meglio ma è proprio a causa delle stagnanti condizioni socio-economiche mentre la popolazione nazionale è passata dai soli 6 milioni circa di abitanti di allora agli oltre 11 milioni attuali con tutte le conseguenze di richiesta di cibo (e acqua), medicinali, istruzione per figli, etc. I 9 Km di strada dissestata senza asfalto e con molte buche (e fango quando piove) sono rimasti gelosamente conservati come tali dal 1993 al 2021. Quanti anni devono aspettare ancora le ambulanze e i malati che vengono trasportati (maggiormente mamme e bambini) per arrivare da Gatobo a HRMK?

Nel mese di maggio ho avuto occasione di fare un giro completo in tutti i reparti dell'ospedale con particolare interesse al Centro Nutrizionale e al Bureau Social (un servizio di aiuto agli indigenti). Suor Stefania Rossi, che conosce a memoria tutto l'Ospedale, mi ha illustrato ogni dettaglio tutte le volte che chiedevo. I bambini del centro nutrizionale a cui viene curata la malnutrizione acuta - diventata patologica con edema e kwashiorkor severa - ritornano solo dopo alcune settimane. Vi è anche ovviamente la malnutrizione infantile cronica molto severa che compromette lo sviluppo fisico e cognitivo e quindi il futuro. Una situazione parallela la si vede nel Bureau social. Gli adulti che vengono aiutati ritornano più volte. Un circolo vizioso che sembra non avere vie di uscite. Ma è proprio per questo che sono contento di essere tornato a Kiremba e supportato per affrontare i suddetti sfidanti problemi e contribuire a migliorare la vita delle persone bisognose e meritevoli nel mio Paese. Ritengo che se molte ONG facessero come sta facendo con me Medicus Mundi Italia, ingaggiando professionisti immigrati a lavorare nei loro Paesi poveri di origine, potrebbe essere un importante contributo nelle vie da percorrere per raggiungere i 17 obiettivi dello sviluppo sostenibile facendolo anche nel bel mezzo della Pandemia Covid 19.

André Ndereyimana

per contribuire nella risoluzione dei vari problemi di accesso ai servizi sanitari, della malnutrizione e della povertà assoluta. Quest'ultima colpisce più del 74 % della popolazione. Agli inizi di gennaio dell'anno in corso mi venne comunicato che ero stato scelto come coordinatore del progetto. Il 30 gennaio mollai tutto (recuperando tutta la famiglia 3 mesi dopo) ed arrivai a Kiremba l'8 febbraio. Il progetto avviato a febbraio è ancora attualmente nei suoi inizi. La zona di intervento è il distretto sanitario di Kiremba che ha l'Ospedale Renato Monolo di Kiremba (HRMK) come l'Ospedale di riferimento per tutto il distretto. Arrivato a Kiremba ottengo una calorosa accoglienza da tutti i responsabili e dal personale. Riconosco tutti gli ambienti. Osservo il cielo nuvoloso e il verde che copre tutte le colline. Una gradevole sorpresa: i medici burundesi responsabili di alcuni reparti sono i miei colleghi del servizio militare del 2000-2001. Anche alcuni sacerdoti sono ex-colleghi del piccolo seminario di Mureke (Diocesi di Ngozi). Insomma, mi sento davvero a casa. Finalmente posso esprimermi di nuovo in lingua madre a lavoro e farmi capire in tutte le sfumature socioculturali, posso fare un discorso ed inserire un qualche umorismo - senza essere



Mozambico

Sempre al fianco delle comunità

Eccoci qui, un anno dopo l'inizio di questa pandemia mondiale che ha toccato tutti noi. Qui in Mozambico non ci siamo mai fermati, abbiamo riadattato le nostre attività secondo le nuove "regole" del covid19 e abbiamo continuato a sostenere le comunità dei 4 distretti in cui lavoriamo. Con il nuovo anno, abbracciamo nuove sfide, dopo mesi di adattamento a questo virus, siamo riusciti a espandere il servizio di *TARV MOVEL* negli altri due distretti in cui da due anni abbiamo iniziato a lavorare, Funhalouro e Massinga. Questo servizio è essenziale per le comunità perché ha come obiettivo quello di fornire il trattamento e follow-up ai pazienti con infezione da HIV residenti nelle zone rurali, che spesso a causa della distanza sono impossibilitati a recarsi nei Centri di salute periferici e ha anche lo scopo di appoggiare il sistema sanitario distrettuale nella realizzazione del programma nazionale di controllo dell' HIV e tubercolosi e nel migliorare l'aderenza dei pazienti al trattamento.

Con il progetto "TILL THE END Assistenza comunitaria integrata per contrastare la tubercolosi e l'HIV nella provincia di Inhambane" a gennaio 2021 sono stati costruiti da parte di Medicus Mundi Italia tre centri in tre comunità, Tchave, Zivine e Pululo B del distretto di Funhalouro e a marzo altri 2 centri in due comunità Mangumo e Mavume del distretto di Massinga. Gli abitanti di queste comunità hanno ricevuto questo servizio con grande entusiasmo, i leader locali e governativi sono stati molto attivi nell'intero processo preparatorio ed è stato uno strumento importante per l'adesione delle persone che vivono con l'HIV e la tubercolosi in queste comunità. Nei primi cinque mesi di quest'anno, più di 150 persone che vivono con l'HIV in queste comunità hanno beneficiato dei servizi che la *TARV MOVEL* offre, nello specifico consultazioni cliniche, supporto psicosociale, test di laboratorio tra cui lo screening della tubercolosi attraverso un dispositivo mobile (GENEXPERT) che rileva il bacillo della tubercolosi e distribuzione dei farmaci antiretrovirali. Il servizio della *TARV MOVEL*, però non lavora da solo, ma è affiancato dalla *Brigada Movel*, una clinica mobile che offre servizi di vaccinazione e di supporto nutrizionale ai bambini da 0 ai 5 anni, visite prenatali per le donne gravide, visite post natali per le donne allattanti e i loro neonati, consulte mediche per bambini e adulti e screening con test rapidi per l'HIV e tubercolosi. La comunità di Zivine, nel distretto di Funhalouro, dove abbiamo ampliato i servizi nel gennaio 2021, accoglie più di 10 persone sieropositive e affette da tubercolosi. I pazienti di queste comunità, prima,

dovevano percorrere più di 100 km per accedere alle cure e ai trattamenti presso il Centro sanitario periferico di Tome o il Centro Sanitario di Funhalouro. Raggiungere i centri sanitari è una vera difficoltà a causa delle lunghe distanze che bisogna percorrere a piedi, a causa, anche, delle cattive condizioni delle strade e della mancanza di trasporti pubblici. Il problema più grande si incontra quando inizia la stagione delle piogge, perché le strade si riempiono di acqua e sono impraticabili, i Centri di salute sono irraggiungibili sia a piedi che con i mezzi pubblici locali e queste persone non possono ricevere il loro trattamento mensilmente perché ne graverebbe sulla loro condizione di salute. Ora con il centro costruito da MMI in quella comunità le



persone che vivono con l'HIV possono beneficiare delle cure cliniche e della terapia antiretrovirale, ogni mese, indipendentemente dalle condizioni meteo. La realtà di Massinga non è molto diversa da quella di Funhalouro, la comunità di Mangumo ha iniziato a ricevere i servizi della *TARV MOVEL* nel marzo 2021, dista più di 150 km dal Centro di Salute periferico più vicino, Chicomo, e, a causa della mancanza di trasporto associata all'alto costo quando disponibile, molti membri di questa comunità hanno accesso alle cure sanitarie solo nei giorni delle *Brigadas movel* mensili, dove vengono assistite più di 200 persone tra adulti e bambini. Il servizio *TARV MOVEL* è composto anche da un *post tarv*, dove, i Punti focali di Medicus Mundi seguono il paziente durante tutto il trattamento per la tubercolosi, fanno una ricerca dei pazienti che hanno abbandonato la cura, o che non si sono presentati durante il giorno della *TARV MOVEL* e li mettono in collegamento con i centri di salute periferici più vicini a loro. I prossimi mesi, saranno mesi di evoluzione, poiché costruiremo altre *TARV MOVEL* nei 4 distretti, con la speranza che si ritorni alla normalità al più presto.

Beatrice Seghesio e Olivia Chambule

Kenya

Lezioni di salute sessuale riproduttiva e i suoi diritti

PROGETTI

14

Le lezioni di salute sessuale riproduttiva che il progetto *Be Free! Integration among community and health system for a youth population free from HIV and stigma* prevede nelle scuole elementari, medie, superiori e negli istituti professionali, sono un'esperienza tutta da provare per tanti e diversi motivi.

Le strutture sono decadenti, ma l'effetto delle uniformi colorate che gli studenti indossano fa cambiare le prospettive. Ogni scuola ha un colore. Se i pantaloni o le gonne degli studenti

comprensione e l'importanza dei cambiamenti fisici, emozionali e sociali che avvengono nella fase della pubertà, la comprensione e spiegazione del sistema riproduttivo maschile e femminile.

Nelle altre scuole, vista la maggiore età, si sono trattati gli stessi temi ma approfondendo, attraverso una discussione condivisa e reattiva, tematiche quali cause ed effetti delle malattie sessualmente trasmissibili (MST), cosa sono HIV e AIDS, le modalità di trasmissione, cause e misure preventive. È stato anche importante spiegare il perché eseguire il test HIV è un diritto per tutti dando enfasi a coloro che hanno avuto situazioni a rischio, alle coppie sposate, alla popolazione più a rischio, a tutti i neonati nati da madri affette da HIV, a tutte le donne incinta, a quelle che allattano e anche a quelle che subiscono violenze. Da tutti questi temi i giovani e le giovani hanno avuto la possibilità di fare domande e di confrontarsi anche su situazioni personali o familiari non sempre così facili e scontate. Attraverso le loro domande e/o condivisioni hanno potuto aprirsi e trovare risposte e/o soluzioni per le loro esperienze di vita legate al contesto familiare e a quello scolastico in cui vivono ogni giorno. Le famiglie spesso non affrontano queste tematiche perché sono tabù, non sono prioritarie, o sono anche causa del malessere di un giovane o di una giovane, ma la scuola e le amicizie espongono a tante e diverse situazioni. Ecco perché per MMI la presenza del personale sanitario di riferimento del Ministero di Salute è importante ed essenziale per aiutare le giovani generazioni ad essere più consapevoli della loro salute e dei loro diritti nel momento in cui vanno incontro a spiacevoli esperienze. Durante le sensibilizzazioni sono stati distribuiti materiali informativi sulle varie tematiche. Tutte le attività si sono svolte in collaborazione con il nostro partner locale GCN, *Girl Child Network*. I presidi delle scuole e le maestre che ci hanno aiutato a preparare le attività sono stati molto contenti di questa collaborazione e ci hanno chiesto di tornare che c'è sempre necessità di sensibilizzare i ragazzi e le ragazze.

Grazia Orsolato

sono grigi o neri, le camice, magliette, maglioni e calze sono invece colorate, di tutti i colori! È un bell'effetto, nulla da dire, sembra di essere in qualche quadro animato che richiama un periodo artistico in cui i colori prendevano forma, ma si ritorna presto alla realtà non appena si inizia l'attività di sensibilizzazione e si parla di Salute sessuale riproduttiva e dei suoi diritti. Le attività sono state fatte in 23 scuole e sono stati raggiunti 2.523 studenti dai 13 ai 30 anni e sono state possibili grazie all'ormai stabile relazione che MMI ha con il Ministero della Salute e in questo contesto, grazie ai Coordinatori sanitari per la salute nelle scuole. Alle elementari si sono trattate tematiche quali la



Aggiungi il cuore a tavola

La nuova Campagna di raccolta fondi di *Medicus Mundi Italia* e *NO ONE OUT*

Regalati un'esperienza gastronomica unica con la ricetta dello Chef Beppe Maffioli del Carlo Magno! Una campagna che abbina 3 ingredienti fondamentali e irrinunciabili per chi vuole portare "Il cuore a tavola": la valorizzazione dei piccoli produttori con la

qualità degli ingredienti, il piacere del gusto e l'emozione della solidarietà.

Entrando in possesso di una delle nostre box sostieni in modo concreto le attività dei nostri progetti di cooperazione internazionale nei paesi più vulnerabili.



NO ONE OUT!

LA CAMPAGNA GOURMET DELLE ONG BRESCIANE

Regalati un'esperienza gastronomica unica, sostieni in modo concreto le attività dei progetti di cooperazione internazionale nei paesi più vulnerabili.



Nella box trovi:

1 kg di Riso Carnaroli + 100 gr di miele di Acacia e 80gr di Funghi porcini secchi + il grembiule della campagna + ricettario con sorpresa dello Chef Beppe Maffioli del Ristorante Carlo Magno di Brescia



Come **sostenere** le attività di **MMI**

- **Donazione online** con Carta di Credito o PayPal
- **Bonifico Bancario a Medicus Mundi Italia** - IBAN IT54M0538711204000042687048
- **Bonifico Postale** - IBAN IT 11 P 07601 11200 000010699254
- **DONAZIONI ONLINE** sul sito di MMI
- **Lasciti testamentari**
- **5 x 1000** (CF: 98011200171)
- **Diventando soci** di MMI
- **Diventando volontari** per MMI



IL TUO 5^x mille
Health for All!
L'accesso alle cure sanitarie sia
un diritto di ogni persona

C.F.98011200171



Visita il nostro sito completamente rinnovato
www.medicusmundi.it

Trovi anche il Bilancio Sociale 2020 di MMI
e le info sul nuovo Corso CMT

2020
BILANCIO SOCIALE



www.medicusmundi.it | via collebeato 26 25127 brescia | t. 0303752517



Corso di Malattie Tropicali e Medicina Internazionale
XXXIII Edizione
Brescia, 8 novembre - 26 novembre 2021

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
Fondazione Scientifica per la Medicina Generale - SIMG

Medicus Mundi Italia
Via Collebeato 26 - 25127 Brescia - Tel. 0303752517 - C.F.98011200171
www.medicusmundi.it - corsomalattietropicali@medicusmundi.it

