



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



SALUTE E SVILUPPO

rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
luglio 2020 — n° **80**

*Vulnerabili
e globali*





LA NOTIZIA

Chi si ammala e muore di più di Covid-19

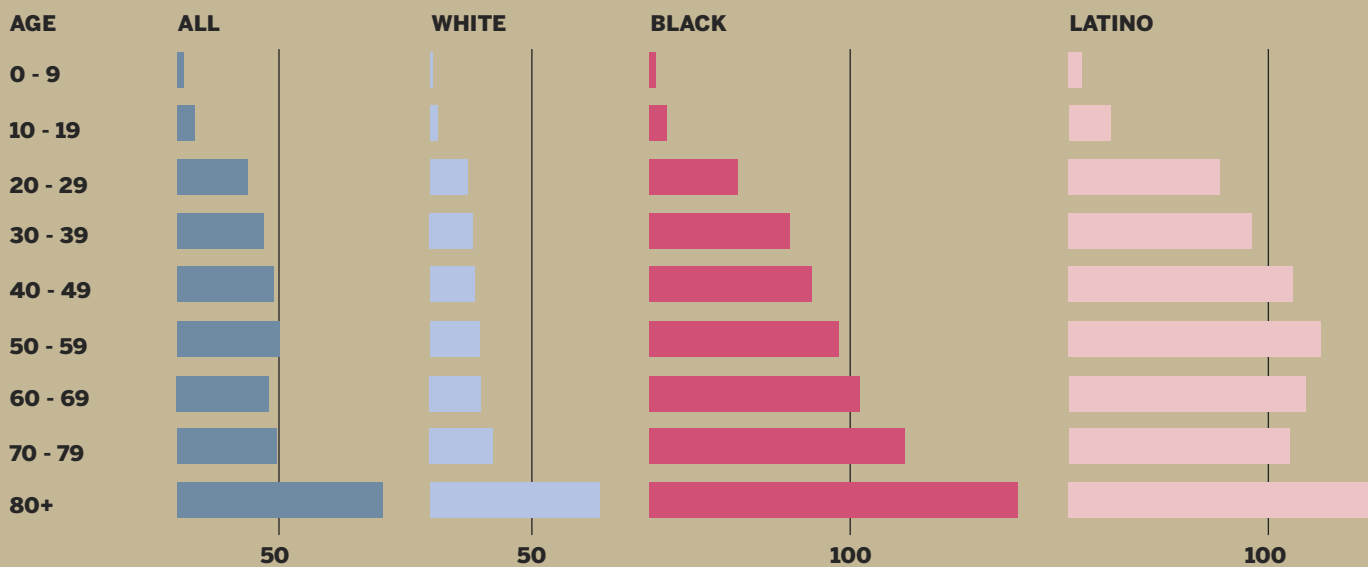
Negli USA gli Afro-Americani e i Latini hanno probabilità tre volte superiori di infettarsi rispetto ai bianchi e quasi due volte di più di morire.

Fonte: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/07/05/us/coronavirus-latinos-african-americans-cdc-data.html>

Covid-19 ha dimostrato quanto la questione sociale, le disuguaglianze e il razzismo sistematico della società rimangono il più importante determinante di salute, quasi l'unico potremmo dire provocatoriamente.

Fonte: <https://www.saluteinternazionale.info/2020/07/etnia-reddito-e-covid-19/>

FIGURA 1 / CORONAVIRUS CASES PER 10,000 PEOPLE, BY AGE AND RACE



Fonte: Centers for Disease Control and Prevention.

Nota: Data is through May 28.

INDEX

DIRETTORE

Gavino Maciocco

COMITATO DI REDAZIONE

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

DIRETTORE RESPONSABILE

Anna Talami

PROPRIETÀ

Medici con l'Africa Cuamm

AMMINISTRAZIONE

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

COORDINAMENTO DI REDAZIONE

Chiara Di Benedetto

ILLUSTRAZIONE DI COPERTINA

Lorenzo Gritti

IMPAGINAZIONE E STAMPA

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

COPYRIGHT

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

REGISTRAZIONE E AUTORIZZAZIONE

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

SPEDIZIONE

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

Con il sostegno di

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

Illustrazione di copertina

Vulnerabili e globali

Un pianeta Terra che si trova a vivere una pandemia mettendo davanti agli occhi di tutti il senso più profondo di salute globale.



DIALOGO

PAG. 2

VULNERABILI DI FRONTE AL VIRUS "GLOBALE"

Testo di / don Dante Carraro

PAG. 3

PER NON RIPRENDERE **COME PRIMA**

Testo di / Gavino Maciocco

FORUM

PAG. 6

ONE PLANET, **ONE HEALTH**

Andrea Atzori e Chiara Di Benedetto dialogano con David Quammen

PAG. 8

PERCHÉ NESSUNO RIMANGA INDIETRO

Andrea Atzori intervista Jeffrey D. Sachs

ESPERIENZE DAL CAMPO

PAG. 9

COVID-19 **A SUD DEL SAHARA**

Testo di / Rino Scuccato

PAG. 14

LA RESILIENZA DEI SISTEMI SANITARI

Testo di / Giovanni Putoto

PAG. 15

IN MOZAMBICO

Testo di / Giovanna De Meneghi ed Edoardo Occa

PAG. 16

IN SUD SUDAN

Testo di / Chiara Scanagatta

PAG. 17

COVID-19 **ALL'OSPEDALE DI WOLISSO, ETIOPIA**

Testo di / Fabio Manenti

RASSEGNA

PAG. 18

COSA RESTA DELLA **FORMAZIONE SUL CAMPO**

Testo di / Chiara Di Benedetto

PAG. 19

IL RUOLO DELLA SUPPLY CHAIN NELLE EMERGENZE

Testo di / Giuseppa Saba



DIALOGO

VULNERABILI DI FRONTE AL VIRUS “GLOBALE”

Covid ha reso noto il significato più profondo di salute globale, non solo mostrando una propagazione che segue le rotte degli scambi umani, ma anche evidenziando il legame che la salute ha con le altre dimensioni del nostro vivere, come economia, lavoro, ambiente. E di fronte a questo scenario, ci ha resi tutti vulnerabili. Fragili davanti alla possibilità di malattia.

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

479.133 i morti e 9.296.202 i casi confermati di Covid-19 nel mondo ad oggi, 25 giugno 2020. I picchi del contagio si registrano nelle Americhe e in Europa. Stati Uniti in testa (2.329.463 casi), Brasile a seguire (1.145.906)¹. E anche l'Italia non rimane indietro, soprattutto considerandone le dimensioni: 239.410 casi confermati, con una percentuale di incidenza sulla popolazione molto varia tra regioni, che tocca il suo picco in Lombardia². Anche in Africa Covid è arrivato, toccando tutti i 54 paesi del continente sebbene con numeri totali più contenuti e picchi importanti solo in Sudafrica e nei paesi della costa del Maghreb³. Questo però non significa che l'Africa sia salva: resta aperto il problema della affidabilità dei dati e dei casi conteggiati e il fatto che, nonostante i numeri, gli effetti di un *lockdown* in un paese così fragile sono devastanti per l'economia e la sopravvivenza delle persone, come Rino Scuccato e Giovanni Putoto illustrano in questo numero della rivista. Ci troviamo davanti a uno scenario che pare aver capovolto le abituali mappe della “salute globale”⁴, proiettando anche chi stava nella parte “sicura” del mondo in una condizione di fragilità e facendo percepire quanto i confini siano labili e sottili. Credo che improvvisamente sia risultata chiara a tutti la dimensione di circolarità e globalità in cui viviamo, che ha fatto sì che un virus viaggiasse da una parte all'altra del pianeta, seguendo le rotte principalmente delle nostre economie, dei viaggi, delle persone. Ed esponendoci tutti, nessuno escluso, alla malattia. D'altra parte risulta evidente quanto la nostra possibilità di cura dipenda dagli strumenti a disposizione: forse per la prima volta in tempi recenti, anche in Italia si è toccata con mano la paura di non poter essere curati per mancanza di posti letto negli ospedali, di personale, di strumenti a disposizione. Stare male e non poter avere accesso alle cure è ciò che vediamo da settant'anni ogni giorno nella nostra Africa, dove interveniamo per abbattere tutte le barriere – culturali, fisiche, economiche – che separano la popolazione da centri di salute e ospedali. E ora questa percezione di impotenza la si è vissuta anche in molte altre parti di mondo. Infine, risulta evidente quanto la salute sia fortemente connessa ad altre dimensioni del nostro vivere, tra queste ovviamente l'economia. Le conseguenze della malattia o di un *lockdown* si rivelano decisamente più negative per chi ha meno mezzi, senza reti di sicurezza a sostenerlo, confermando quanto siano sempre i più fragili a portare il peso maggiore, a qualunque latitudine. Covid ci ha ribadito ancora una volta che l'impatto peggiore delle malattie in termini di mortalità e morbilità è a carico delle persone che vivono in condizioni precarie di salute e di reddito, ai margini delle nostre società⁵. O che gli effetti negativi, di mancato sviluppo, ricadranno a lungo termine soprattutto sulle società più povere come quelle africane⁶. La malattia, quindi, come amplificatore senza confini delle disuguaglianze sociali. Ecco, è proprio da questa lettura di fatti e di relazioni che dovremmo ripartire, da questa cornice concettuale che va sotto il nome di “salute globale” e che ci riguarda tutti quanti, in Africa, in Italia, nel mondo, perché significa intendere la salute non solo come pratica clinica – che ovviamente è necessaria – ma anche come dimensione culturale ed etica, e che pertanto va coltivata e praticata in termini concreti ora e nel prossimo futuro. Significa leggere il presente e una globalità in cui siamo immersi con sensibilità, spirito di solidarietà e anche senso del limite nella piena coscienza di ciò che Covid sta portando ora agli occhi di tutti e mi auguro anche al cuore: la consapevolezza che siamo tutti legati a un unico filo.

Mi piace chiudere l'editoriale di questo numero che ospita importanti contributi di autori italiani e internazionali, con un pensiero grato nei confronti di tutti coloro che in questi mesi sono stati in prima linea: medici e infermieri che nelle nostre regioni d'Italia si sono spesi in turni estenuanti e cooperanti che in questi mesi hanno scelto di rimanere lì, in Africa, e continuare a prestare servizio dove erano, consapevoli che l'arrivo di Covid poteva essere un rischio anche per loro stessi. Per garantire ovunque il diritto alla salute.

NOTE E RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

¹ Dati WHO Covid Report, aggiornamento del 25 giugno 2020 <https://covid19.who.int/>

² La percentuale di contagio/popolazione in Italia si attesta sullo 0,398%, in Lombardia raggiunge lo 0,933%. Dati: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino> e Elaborazione Sole 24 Ore https://lab24.ilsole24ore.com/coronavirus/#box_4

³ Dati WHO - Africa Dashboard <https://www.afro.who.int/health-topics/>

[coronavirus-covid-19](#)

⁴ Cash R., Patel V., *Has COVID-19 subverted global health?*, in *The Lancet*, 5 maggio 2020, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31089-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31089-8)

⁵ <https://24plus.ilsole24ore.com/art/cosi-coronavirus-fa-esplodere-disuguaglianze-sociali-italia-ADsrL2l>

⁶ <https://blogs.worldbank.org/opendata/impact-covid-19-coronavirus-global-poverty-why-sub-saharan-africa-might-be-region-hardest>



DIALOGO

PER NON RIPRENDERE COME PRIMA

Il valore delle cure primarie e la necessità di un servizio territoriale di assistenza sul territorio che sappia rispondere in modo efficiente alla popolazione: questo è ciò che l'attuale pandemia ha confermato e che purtroppo spesso è mancato, con conseguenze drammatiche sugli ammalati e sui medici delle zone più colpite.

TESTO DI / GAVINO MACIOCCO / DIPARTIMENTO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA, UNIVERSITÀ DI FIRENZE

La pandemia ha messo a nudo gli elementi di maggiore fragilità e inefficienza del nostro sistema sanitario e assistenziale, tra questi in particolare il complesso dei servizi territoriali, dall'igiene pubblica alle cure primarie, alla medicina di famiglia. L'assenza di un filtro territoriale che identificasse i casi, i conviventi e i contatti (l'abc della sanità pubblica), intervenendo e curando a domicilio e inviando solo quando necessario in ospedale, ha disorientato la popolazione, ha messo nel panico i pazienti e ha prodotto alla fine il collasso degli ospedali, provocando in alcune realtà – come le province di Bergamo e Brescia – i livelli di mortalità da Covid-19 più alti al mondo.

Infatti le maggiori falle nell'assistenza territoriale si sono verificate in Lombardia, ben descritte sul Corriere della Sera dalla penna di Milena Gabanelli e Milena Ravizza (15 aprile): «La rete dei medici di base e dei distretti, cruciale nell'intercettare un paziente all'esordio dei sintomi ed evitare che degenerino, è stata smontata nel corso degli anni. L'arrivo in ospedale di casi già troppo gravi scandisce i racconti delle cronache lombarde degli ultimi 50 giorni. I medici di base sono lasciati andare allo sbaraglio per settimane intere: chi segue scrupolosamente i pazienti lo fa rischiando la vita (e spesso rimettendocela), gli altri lasciano i malati a loro stessi, con il consiglio dei virologi di prendere la tachipirina e restare a casa». «Se non avessimo tagliato tanto la spesa sanitaria – si leggeva ancora sul Corriere della Sera dello scorso 4 maggio – non saremmo stati costretti a misure che rischiano gravi effetti, economici, politici e sociali, che ancora ci sfuggono. Con dotazioni simili, ad esempio, alla Germania, non avremmo dovuto fermare tutto così a lungo, per non far morire la gente per mancanza di spazi, persone, attrezzature».

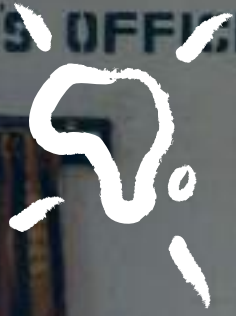
«I primi a proporre il tema del "territorio abbandonato" sono stati i colleghi di Codogno, che si sono trovati per 2 settimane soli nel pieno della tempesta virale, pagandone il prezzo in termini di vite perdute». Con questa frase inizia una drammatica lettera di denuncia delle politiche regionali firmata da 60 medici di famiglia lombardi: «Il tentativo di riproporre le logiche concorrenziali sul territorio, ad esempio mettendo in antagonismo cure primarie ed ospedaliere per la presa in carico della cronicità, ha mostrato i limiti del quasi mercato e di una gestione centrata sulle cure ospedaliere. La "filosofia" del quasi mercato ha ispirato le politiche regionali, come dimostrano alcune scelte sintomatiche del disinteresse per le cure primarie, ad esempio la mancata attivazione delle forme associative della Medicina Generale e l'abbandono del territorio con la chiusura dei presidi distrettuali».

Non è facile trovare nella storia della medicina scelte di politica sanitaria che abbiano avuto effetti così catastrofici sulla salute della popolazione. Ci voleva un evento eccezionale, una pandemia appunto, per rivelarne in tempi brevissimi tutta la sua magnitudo.

È la drammatica conferma che nessun paese può fare a meno di solidi sistemi di cure primarie. Lo ricorda un documento OCSE pubblicato in questi giorni (*"Realising the Potential of Primary Health Care"*) dove si sostiene che anche prima della pandemia Covid-19 i sistemi sanitari dell'OCSE erano alle prese con forti sfide determinate dall'invecchiamento della popolazione, dal dilagare delle malattie croniche e dalle elevate aspettative della popolazione rispetto ai servizi erogati. «La rapida diffusione della pandemia – si legge nel documento – aggiunge complessità a questa sfida dato che la domanda di cure per pazienti acuti si è aggiunta alla necessità di continuare a fornire gli interventi di prevenzione e di garantire l'assistenza ai pazienti cronici. *«In this context, primary health care plays a key role for health systems to deliver more and better services».*

«Ricordare significa riflettere, seriamente, con rigorosa precisione, su ciò che non ha funzionato, sulle carenze di sistema, sugli errori da evitare di ripetere». Sono queste le parole pronunciate dal Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, domenica 28 giugno, davanti al cimitero monumentale di Bergamo. «Fare memoria», ha aggiunto Mattarella, «significa anzitutto ricordare i nostri morti e significa anche assumere piena consapevolezza di quel che è accaduto. Senza cedere alla tentazione illusoria di mettere tra parentesi questi mesi drammatici per riprendere come prima».

CTORS OFFICE



SIERRA LEONE

In Sierra Leone gli effetti di Covid sono stati diretti (un caso di morte materna) e indiretti. Questi ultimi in particolare hanno causato la riduzione del 60% degli accessi alle visite prenatali e la riduzione del 40% dei parti assistiti oltre che una chiusura temporanea dell'ospedale *Princess Christian Maternity Hospital* della capitale Freetown.







FORUM

ONE PLANET, ONE HEALTH

Covid come Ebola, Marburg e molte altre epidemie mostra la relazione profonda tra ambiente, animali, esseri umani per tutelare la salute di tutti: un paradigma culturale conosciuto come *one health*.

David Quammen, autore di *Spillover*, dialoga con Cuamm su ciò che sta accadendo e sul ruolo che anche le organizzazioni internazionali possono avere.

ANDREA ATZORI E CHIARA DI BENEDETTO DIALOGANO CON DAVID QUAMMEN

Tra le parole, e dunque i concetti, che hanno fatto il loro ingresso ai tempi di Covid c'è sicuramente *spillover*: termine settoriale fino a poco tempo fa, ora noto come il "salto di specie", quel fenomeno che permette a un virus di passare da un ospite a un altro, per esempio da un pipistrello all'uomo, come presumibilmente avvenuto nel caso dell'attuale coronavirus. In realtà *Spillover* è anche il titolo di un libro di divulgazione di successo edito in Italia nel 2014 da Adelphi, il cui autore è il divulgatore scientifico americano David Quammen. Un libro che descrive in modo approfondito e avvincente le relazioni tra mondo animale e uomo, ambiente e virus, dando al lettore una visione ampia degli equilibri necessari per una salute collettiva e individuale. Celebre è diventato il passaggio del libro in cui Quammen ipotizzava una prossima pandemia che avrebbe probabilmente avuto origine «nella foresta pluviale o da un mercato cittadino della Cina meridionale», argomentando in modo articolato che tali virus sono l'inevitabile risposta della natura all'assalto dell'uomo agli ecosistemi e all'ambiente. Era il 2012.

Oggi, con la pandemia in corso, abbiamo deciso di intervistare David Quammen guardando con lui alla salute globale e all'Africa e al ruolo che organizzazioni internazionali come Cuamm possono e devono avere.

o Il paradigma che dovrebbe guidare le scelte politiche e operative ora più che mai è quello della cosiddetta "One Health", un approccio collaborativo e interdisciplinare tra ambiente, ecosistema umano e ecosistema animale. Ma non è sempre così. Cosa non funziona e perché si prevede per il prossimo futuro di dover affrontare sempre più spesso epidemie di origine zoonotica?

Viviamo in un mondo popolato da virus, virus sconosciuti, dei quali non abbiamo informazioni. Ogni animale, ogni specie di pianta, o varietà di fungo o batterio, ciascuno di loro ha propri virus ma le persone non lo sanno. Si pensa ai virus come qualcosa di intrinsecamente pericoloso, quando invece la maggioranza di loro non crea alcun danno alla salute dell'uomo. Da sempre siamo entrati in contatto con virus presenti nell'ambiente naturale, così come da sempre l'uomo cacciatore è venuto a contatto con animali selvatici, niente di nuovo da questo punto di vista. Quel che è cambiato radicalmente però è che ora

noi uomini siamo molti di più: 7,8 miliardi di persone sullo stesso pianeta, intelligenti, affamate, potenti anche grazie alle tecnologie e soprattutto capaci di distruggere l'ambiente naturale intorno a noi, estraendone le risorse, uccidendo gli animali, distruggendo le foreste e i minerali. Quindi continuiamo a fare ciò che in qualche misura gli uomini hanno sempre fatto, ma ora lo facciamo su scala immensamente più vasta con le conseguenze che ne derivano. Primo tra tutti è il rapporto con gli animali selvatici con cui entriamo in contatto: li catturiamo, uccidiamo, a volte li trasportiamo vivi nei mercati, persino in altri paesi, e così facendo esponiamo noi stessi a virus per noi nuovi. Né gli animali né i virus cercano l'uomo: siamo noi che andiamo a cercarli entrando nei loro ambienti naturali e fornendo così loro la possibilità di diventare virus anche dell'uomo. È così che avviene quello che chiamiamo *spillover*, il salto di specie: un virus che prima stava nel suo habitat coglie l'opportunità di replicarsi anche in una nuova specie, per esempio nell'uomo, come avvenuto ora. È un virus "vincitore" perché è riuscito a conquistare l'uomo.

o Sono molti più di quanti si creda i virus che hanno un'origine animale, non solo influenza suina o aviaria, ma anche febbre del Nilo, HIV, Marburg e Ebola. Il Cuamm si è trovato nel 2005 a fronteggiare un'epidemia di Marburg in Angola, dove ha perso la vita anche una pediatra dell'organizzazione. E nel 2014 a fronteggiare Ebola in Sierra Leone. Cuamm non ha abbandonato il campo lavorando da un lato sull'identificazione, tracciamento e cura di casi sospetti e dall'altro mantenendo aperti i servizi sanitari di base, per evitare il collasso. Cosa può fare un'organizzazione come Cuamm che lavora per il rafforzamento dei sistemi sanitari?

Quello che Cuamm sta facendo nelle aree a sud del Sahara è di grande valore e risponde alla necessità di assistenza sia in termini di risorse economiche che di competenza, per poter rafforzare i sistemi sanitari dei paesi più fragili. Nella situazione attuale il vostro impegno si è rivolto a contenere l'emergenza informando le popolazioni locali sui rischi di Covid e preparando ospedali e centri sanitari per contenere l'epidemia. È esattamente ciò che andrebbe fatto per rispondere e controllare le epidemie con un sistema sanitario locale e nazionale preparato. Prendiamo il caso di Ebola nel 2014: l'epidemia si sarebbe potuta contenere,

così come avvenuto altrove con altri focolai di malattia, eppure nell'Africa Occidentale non è andata così. Il virus non era certamente diverso e nemmeno la trasmissione: ma quei tre paesi – Sierra Leone, Liberia, Guinea – venivano da vent'anni di guerra civile che aveva devastato i sistemi sanitari e non avevano alcuna risorsa per poter rispondere a un'emergenza. Questo mette in luce un fattore su cui sarà determinante riflettere una volta usciti dall'attuale pandemia ed è la necessità di un sistema di sorveglianza internazionale coordinato con una risposta rapida di fronte a focolai ed emergenze, in modo da contenerli prima che si trasformino in vere e proprie epidemie, soprattutto nei paesi più critici. Questo significa necessariamente un'azione coordinata tra organizzazioni di cooperazione sanitaria internazionale, come Cuamm ad esempio, agenzie nazionali e internazionali, Organizzazione Mondiale della Sanità e anche altre organizzazioni non profit indipendenti trovando un modo di collaborare più efficace di quanto fatto finora. Solo così se si troverà che 20 persone in un villaggio sperduto del Sud Sudan hanno una febbre misteriosa che non è malaria ma che sembra "qualcosa di mai visto", si individuerà subito che è un virus nuovo e si prenderanno le misure corrette per contenerlo. Serve una sorveglianza attiva e rapida perché il virus venga subito isolato, lo si possa sequenziare e riconoscere, condividendo la conoscenza a livello globale. E con un meccanismo del genere si potrà subito iniziare a sviluppare un vaccino, evitando che un focolaio diventi pandemia.

- o **Cuamm si spende in Africa ma anche a livello internazionale per promuovere la salute globale come cornice culturale. In questo senso collabora anche con università italiane ed europee proponendo a studenti di medicina e giovani medici corsi di formazione sul tema della salute globale. Che ruolo avrà la salute globale ora che tutti hanno visto come un piccolo virus da Wuhan può infettare tutto il mondo? Cosa deve cambiare ora?**

Il concetto di *one health* non è un programma né un pacchetto di azioni specifiche, potremmo considerarlo una filosofia, un modo di pensare. Non esiste la salute dell'uomo separata dalla salute degli animali, ma esiste solo la *one health*, un equilibrio tra le due. Nel nostro mondo globalizzato siamo tutti vicini: se in Cina si muore per un nuovo virus, nel resto del mondo le persone non possono semplicemente pensare di proteggersi chiudendo gli aeroporti, perché comunque il virus arriverà. Non è pensabile risolvere il problema in modo individuale, ciascun paese secondo i propri tempi e modi: possiamo solo farlo tutti insieme. È la salute globale.

- o **Nel pieno della crisi causata dall'attuale virus Sars-Cov-2 si discute di approcci da attuare di fronte alle minacce virali possibili: l'approccio reattivo che interviene ai primi segnali per arginare la possibile epidemia oppure un approccio di sorveglianza, quasi un atlante dei virus, come descrive il *Global Virome Project* per conoscere il nemico**

“prima che emerga”. Quale delle due strade si rivelerà più efficace e soprattutto percorribile? Le differenze tra paesi del nord e del sud sembrano infatti non consentire la stessa opportunità.

Circa un mese fa Dennis Carroll, che guida il *Global Virome Project*, mi ha parlato dell'importanza della ricerca e individuazione di virus, ottenuta tracciando e analizzando campioni di animali in ecosistemi diversi per individuare quali virus esistano e quali caratteristiche abbiano, per poi capire quali di questi possano essere più pericolosi per l'uomo, per esempio perché hanno la capacità di adattarsi ed “entrare” nelle cellule umane, come fatto dall'attuale coronavirus.

Dall'altro lato esiste una scuola di pensiero totalmente diversa, rappresentata da un virologo dell'evoluzione di altissimo livello, Edward C. Holme (University of Sidney, Australia). Holme e i suoi colleghi non credono che la mappatura dei virus esistenti nel mondo sia la strada più efficace. Piuttosto Holme crede nel meccanismo della sorveglianza attiva, che significa osservare ciò che accade e reagire non appena si verifica uno *spillover*. Di fronte a un salto di specie, “suona l'allarme” globale e le risorse vengono convogliate nella stessa direzione per contenere l'epidemia nel villaggio o nell'area in cui si è verificata.

Si tratta di due idee e approcci completamente diversi, proposti da professionisti che stimo molto, le cui idee si fondano su studi e argomentazioni solide, entrambe pubblicate in riviste scientifiche prestigiose. Non posso dire che uno abbia ragione e uno torto e sarà interessante seguire questa discussione e scambio.

- o **Medici con l'Africa Cuamm lavora sul campo in Africa anche con popolazioni nomadi o semi-nomadi, come in Etiopia o Sud Sudan. Si tratta di popolazioni che vivono a stretto contatto con gli animali ma finora in quei contesti l'approccio “one health” non sembra aver goduto di particolari risorse.**

Anche in questo caso non possiamo prescindere da “one health” perché la salute di quelle popolazioni è fortemente connessa a quella degli animali a loro vicini, che potrebbero essere “ospiti” di un virus prima di un successivo passaggio all'uomo. Ho trascorso un periodo di ricerca in Costa d'Avorio, con un team che stava investigando l'ipotesi che Ebola venisse da una specie di piccoli pipistrelli. Abbiamo raccolto un'enorme quantità di campioni di sangue di quei pipistrelli, senza però trovare traccia di Ebola. Resta però una storia ed è la storia di un ragazzino in un piccolo villaggio, che sembra essere il caso zero. È stato male ed è morto e dopo lui la madre, la zia, la nonna e anche la persona che se ne prendeva cura. Morti tutti. È stato l'inizio e sicuramente da qualche parte c'è stato lo *spillover*, che da un animale è passato a quel ragazzino in quel piccolo paese. E a cui di casi simili ne sono seguiti 27.000 portandone alla morte 11.000, tutti da una sola unica interazione iniziale. Era Ebola. E ci spiega ancora una volta perché la relazione con gli animali e con l'ambiente naturale intorno a noi è così importante.



PERCHÉ NESSUNO RIMANGA INDIETRO

Economista di fama mondiale, docente alla Columbia University, direttore del *Center for Sustainable Development* della stessa università e *advisor* delle Nazioni Unite, Sachs da sempre si occupa di economia e sviluppo sostenibile, con una attenzione privilegiata al tema della salute globale. Il suo punto di vista su ciò che la pandemia attuale sta comportando, anche guardando ai paesi dell'Africa sub-sahariana.

ANDREA ATZORI INTERVISTA JEFFREY D. SACHS / COLUMBIA UNIVERSITY

Un economista che guarda al delicato rapporto tra sviluppo economico e sostenibilità per le società, tenendo conto delle profonde differenze tra nord e sud del mondo: lo sguardo di Jeffrey Sachs, professore ordinario della Columbia University e *advisor* di Nazioni Unite, guarda al mondo nella sua fitta rete di relazioni, tra società, persone, discipline. E prova a "leggere" la realtà attuale superando la dicotomia che troppo spesso si viene a creare tra salute ed economia. Risponde qui ad alcune domande per la nostra rivista.

- o **All'inizio dell'epidemia si è delineata spesso una contrapposizione tra salute ed economia: chi spingeva perché le scelte di salute pubblica fossero quelle prevalenti anche a discapito dei circuiti economici e chi al contrario vedeva nelle conseguenze di un lockdown dei danni per la popolazione ancor più gravi di quelli sanitari. Esiste un punto di equilibrio tra economia e salute?**

In questo preciso momento, con la pandemia in corso, compromessi non ne esistono: per salvaguardare l'economia è necessario fermare l'epidemia. Un *lockdown* di poche settimane si è visto essere utile per ridurre il numero di casi, ma il vero modo di fermare a lungo termine un'epidemia di questa portata è innanzitutto adottare misure di salute pubblica quali l'obbligo di indossare mascherine, mantenere la distanza fisica tra le persone, evitare gli assembramenti. A ciò si aggiunge la necessità di tutelare le persone che vivono in collettività (per esempio, in residenze per anziani, case e centri di cura, carceri, ostelli ecc.); di promuovere condizioni di lavoro sicure; e di testare, isolare e tracciare i casi positivi. L'obiettivo di quest'ultimo approccio è di isolare tutti gli individui positivi al virus per evitare che infettino altri individui. Lo si fa osservando sintomi, identificando chi è stato a stretto contatto con un caso confermato, isolando tutti quelli che risultano positivi al virus oppure che si crede potrebbero essere stati infetti. Se adottiamo questo insieme di misure di salute pubblica, possiamo riavviare l'economia in maniera si-

gnificativa senza rischiare di riaccendere l'epidemia in maniera massiccia.

- o **Il quadro dell'epidemia di Covid in Africa finora ha dei numeri abbastanza contenuti in termini di contagi. Le misure adottate però sembrano tenere poco in considerazione le differenti società a cui vengono applicate: in paesi dell'Africa a sud del Sahara, dove Cuamm lavora, l'economia è questione di sussistenza giornaliera e il lockdown impraticabile. Quale dovrebbe essere il ruolo di organismi internazionali e di organizzazioni come la nostra in questo contesto?**

Il ruolo fondamentale delle organizzazioni internazionali e delle ONG dovrebbe essere quello di dare supporto alla rapida estensione delle misure di salute pubblica appena menzionate. Dobbiamo aiutare ogni paese africano e ogni comunità a contenere questo virus attraverso il lavoro degli operatori sanitari delle comunità, le pratiche di *testing* e *tracing*, la distribuzione gratuita di maschere e disinfettanti, le *app* online che possono facilitare il tracciamento, le pratiche di lavoro sicure e altri interventi. Inoltre, le ONG possono offrire supporto sociale alle famiglie e alle comunità più colpite dalla perdita di reddito dovuta, per esempio, alla perdita di posti di lavoro oppure al calo dei flussi di rimesse.

- o **Quale modello di sviluppo sostenibile si può immaginare per assicurare dei benefici per i paesi in via di sviluppo?**

Il principio trainante degli Obiettivi di sviluppo nonché della lotta contro quest'epidemia deve essere "perché nessuno rimanga indietro". Troppo facilmente ci si dimentica – oppure si mettono addirittura in pericolo – i poveri, gli anziani, gli indigeni, le minoranze e altri gruppi vulnerabili. Dobbiamo prenderci cura di tutti nella lotta contro questo virus, è il solo modo per raggiungere uno sviluppo più sostenibile.



ESPERIENZE DAL CAMPO

COVID-19 A SUD DEL SAHARA

Un panorama sfaccettato quello africano di fronte a Covid: se in generale i paesi sub-sahariani sembrano “resistere” all’onda epidemica, in Sudafrica la situazione è ben diversa, con il 50% dei casi e decessi del continente. Scarsa attendibilità dei dati, mancate diagnosi, carenza di personale sanitario, ma si intravede anche uno spiraglio di ottimismo, fondato su una volontà resistente.

TESTO DI / RINO SCUCCATO / MEDICO NEUROLOGO CON LUNGA ESPERIENZA IN AFRICA

UN PANORAMA COMPLESSO E DISOMOGENEO

Il primo caso di Covid-19 è stato notificato in Africa sub-sahariana (SSA) il 28 febbraio (in Nigeria) e il primo decesso il 13 marzo (in Sudan). L'esordio epidemico ha quindi un ritardo di circa 2 mesi rispetto alla Cina e di cinque settimane rispetto ai casi fuori dal territorio cinese. Dopo una fase di rapida ascesa connessa ai casi importati, è partita una fase più lenta di crescita esponenziale attorno al 5% per giorno, legata alla trasmissione comunitaria, che ha attualmente ridotto la sua intensità (3% diario, rilevamento del 30 giugno). Il **grafico 1** (casi) mostra la posizione della SSA rispetto ad alcuni paesi particolarmente colpiti alla fine di giugno: è palese il ritardo con cui decolla l'epidemia e come la curva africana si situi nettamente sotto quella delle altre aree. Il **grafico 2** mostra la stessa posizione in relazione ai decessi. Va notata la congruità tra loro dei due grafici e l'ancora più bassa posizione della curva africana di mortalità. La presentazione di dati aggregati è tuttavia problematica. Infatti, la distribuzione e la crescita dell'epidemia in SSA è molto

GRAFICO 1 / EVOLUZIONE DEI CASI IN SSA E IN ALCUNI PAESI

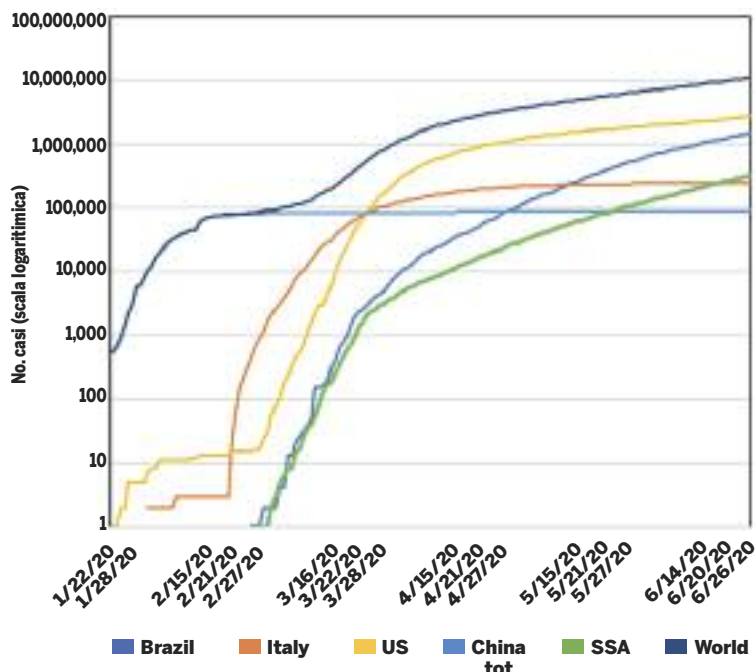


GRAFICO 2 / EVOLUZIONE DEI DECESSI IN SSA E IN ALCUNI PAESI

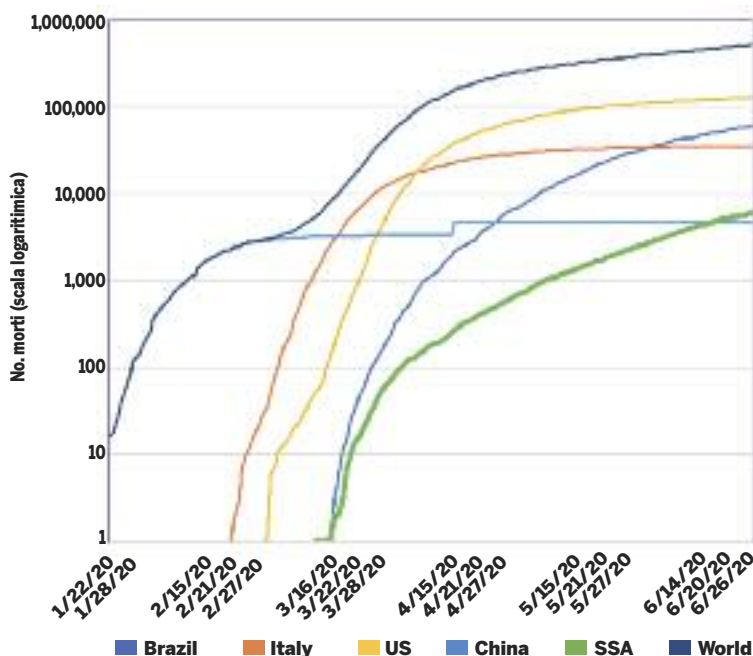
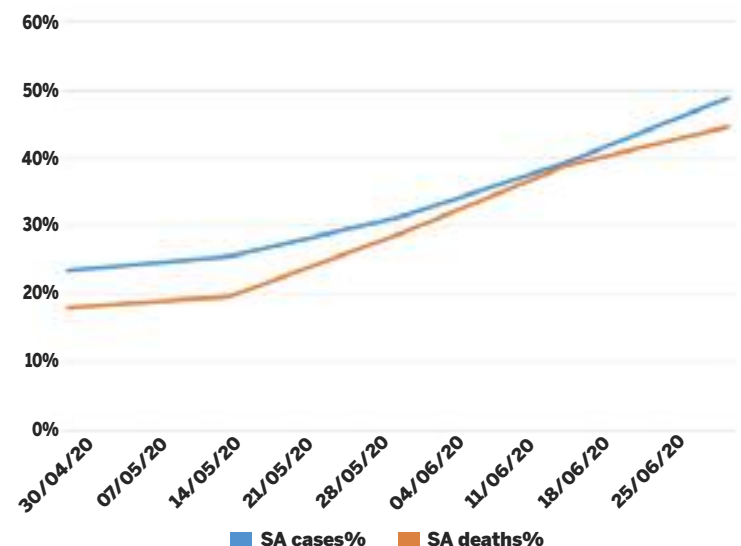


GRAFICO 3 / EVOLUZIONE PERCENTUALE DI CASI E DECESSI IN SUD-AFRICA SUL TOTALE DI CASI E DECESSI IN SSA



disuguale, mostrando una netta polarizzazione in Sudafrica e in alcuni paesi come Nigeria, Ghana, Camerun e Costa d'Avorio. Il solo Sudafrica ad esempio, con il 5% della popolazione sub-continentale (60 milioni su 1.140), notifica ormai quasi il 50% dei casi e dei decessi, e il suo peso percentuale sui totali subcontinentali è in crescendo (vedi **grafico 3**). Infatti, mentre il Sudafrica incrementa i suoi casi a un tasso del 5% al giorno, i restanti paesi della SSA presentano un tasso di crescita dei casi notificati attorno al 2%. Tale disomogeneità è il riflesso di diverse politiche e disponibilità di test diagnostici, di diversa performance dei sistemi sanitari, ma anche di altri fattori come diversi stadi dell'epidemia, forse effetto delle diverse misure prese, e possibile diversa (cioè più alta o più bassa) trasmissione. In alcuni paesi la bassa incidenza ha una chiara correlazione con una *testing policy* negligente, o con manipolazioni dell'informazione dettate da considerazioni politiche. È inoltre degno di nota che la letalità per Covid in SSA (qui espressa come *infection fatality ratio*, IFR) è bassa rispetto alla media globale (1.9% vs 4.9%), fatto ragionevolmente spiegato dalla demografia. Più difficile invece l'interpretazione dei forti differenziali di letalità tra paesi.

UNA PROPAGAZIONE "SOTTERRANEA"

Tutto questo impone il problema dell'affidabilità dei dati in SSA riferiti a casi e decessi. Cosa dicono? La **tabella** mostra che al 30 di giugno 2020 la SSA è ancora marginalmente colpita dalla pandemia, quando confrontata con i dati globali. In particolare è rilevante che con quasi il 15% della popolazione mondiale essa denunci circa il 3% dei casi e poco più dell'1% dei decessi. Questa sotto-rappresentazione non dovrebbe essere presa in modo del tutto rassicurante. La stessa tabella mostra infatti che rispetto ad un precedente rilevamento (15 maggio, 45 giorni prima) i dati del sub-continente africano si sono sestuplicati rispetto ai casi e quadruplicati rispetto ai decessi, e che c'è stata una lenta erosione percentuale sui totali nonché su alcuni tassi globali. In altre parole i numeri africani sono in crescita e il ritardo sta venendo recuperato. Però si mantengono (ancora) relativamente bassi, specie per quanto riguarda la mortalità e la letalità. Ciò può essere riflesso di fattori protettivi: tra i più accreditati, profilo demografico, dispersione territoriale di larghi segmenti di popolazione, possibile ruolo immuno-stimolante della vaccinazione con BCG. Può però anche essere effetto delle misure

prese, o ancora può rispecchiare il ritardo dell'epidemia, l'insufficiente numero di test eseguiti, la ridotta capacità diagnostica dei sistemi sanitari locali. La curva di casi e decessi delle settimane e dei mesi futuri – e indispensabili studi epidemiologici di terreno, ormai non procrastinabili – ci diranno come stanno realmente le cose: un recente studio di sieroconversione a Nampula-Mozambico, città di oltre 700.000 abitanti, ha mostrato una positività del 5%, cioè circa 35.000 persone entrate in contatto con il virus, di fronte a poche centinaia di casi ufficialmente notificati. Siamo in presenza di una realtà con una dinamica di movimento in buona parte sotterraneo.

I LIMITI: LA CAPACITÀ DIAGNOSTICA E IL PERSONALE MEDICO E SANITARIO

Viene imposto anche un altro ordine di problemi. È sempre meno adeguato trattare la situazione del Covid-19 in Africa in modo unitario. Le informazioni ormai disponibili mostrano che siamo in presenza nel sub-continente di un mosaico di epidemie diverse: a diverso stadio di sviluppo e probabilmente con dinamiche diverse, perché diversi in senso lato i contesti ambientali in cui si sono impiantate. Persino all'interno di singoli paesi abbiamo realtà epidemiche diverse. D'altra parte in Europa l'epidemia del Belgio è ben differente da quella della Slovacchia, e nella stessa Italia è ragionevole dire che al Nord e al Sud – Lombardia vs Molise – abbiamo due profili epidemici contrastanti. Il "caso sud-africano", che con le sue enormi dimensioni sta determinando la magnitudine dei numeri della SSA, non andrebbe visto solo come il risultato di un sistema "superperformante" e capace di una politica di test molto aggressiva; ma anche come riflesso di una realtà africana atipica: altissima urbanizzazione, maggiori interazioni sociali dovute ad un'economia dinamica, maggior peso di patologie degenerative etc. Comunque, due fattori "tecnici" sembrano cruciali per il controllo dell'epidemia. Il primo è una maggiore capacità diagnostica, cioè più laboratori in grado di eseguire PCR su tamponi e aspirati delle vie respiratorie, e più reagenti. Rispetto al periodo pre-epidemia, quando solo il Senegal e il Sud Africa disponevano di capacità diagnostica per Covid-19, sono stati compiuti passi giganteschi. Purtroppo in vari paesi, anche estesi e popolosi, la capacità di eseguire il test è limitata alla capitale, con tutte le implicazioni che ciò comporta, dalla logistica alla distorsione dei dati epidemiologici. L'acquisizione di test è altro punto dolente, sia per le

TABELLA / EVOLUZIONE DI ALCUNI INDICATORI COVID-19 IN SSA E MONDO TRA 15 MAGGIO E 30 GIUGNO 2020.

	SSA		MONDO		RAPPORTO SSA/MONDO	
	15 MAGGIO	30 GIUGNO	15 MAGGIO	30 GIUGNO	15 MAGGIO	30 GIUGNO
NO. CASI	52,666	310,057	4,542,347	10,476,823	1:86.2	1:33.8
NO. MORTI	1,258	5,964	307,666	511,268	1:244.6	1:85.7
POPOLAZIONE	1,137,040,685	1,140,825,000	7,785,000,000	7,790,000,000	1:6.8	1:6.8
TASSO DI INCIDENZA X10,000 PERSONE-MESI	0.217	0.741	1.522	2.522	1:7.0	1:3.4
TASSO DI MORTALITÀ X10,000 PERSONE-MESI	0.005	0.014	0.103	0.123	1:19.9	1:8.5
RAPPORTO LETALITÀ DEI CASI CONTAGIATI (IFR)	2.4%	1.9%	6.8%	4.9%	1:2.83	1:2.58

ridotte capacità finanziarie dei paesi africani, che per forte concorrenza dei paesi ricchi sul mercato mondiale. D'altra parte l'alto numero di test PCR di per sé non è significativo se non c'è risposta in tempi rapidi (vedi il problema del back-log in Sud Africa), e se il test non è orientato da precisi criteri clinici e di sanità pubblica. È bene sottolineare che in contesto epidemico e con minima strumentazione clinica la diagnosi di Covid-19 è ragionevole anche senza test PCR. Il secondo fattore sono le perdite tra il personale (per morte e malattia, ma anche per assenteismo). Fino a metà maggio del 2020 meno di 2.000 lavoratori di sanità africani risultavano infettati, circa il 4% del totale dei casi. Ma va tenuto conto della fase precoce dell'epidemia, e della scarsità di tale risorsa. Perdite elevate – determinate anzitutto da inadeguata protezione – potrebbero determinare effetti catastrofici sulla funzionalità di sistemi sanitari già precari.

L'IMPATTO ECONOMICO E SOCIALE SU SISTEMI GIÀ FRAGILI

Fino a questo momento il SARS-CoV2 potrebbe aver prodotto danni principalmente indiretti e assai più economico-sociali che sanitari. L'emergenza COVID ha determinato anzitutto un potente sfonaggio di attenzione a danno di programmi di sicuro impatto sulla mortalità, come TB-HIV-AIDS, malaria, vaccinazioni, sanità materno-infantile. Tale situazione non potrà che aggravarsi se le perdite e l'assenteismo tra il personale aumenteranno e se la popolazione utilizzerà meno i servizi basici per paura di contagio o loro minore disponibilità. Questo danno indiretto è di difficile misurazione in SSA per l'inaffidabilità delle statistiche anagrafiche, che – ad esempio – permettono in UE la stima della mortalità in eccesso; ma, sulla base dell'esperienza della recente crisi-Ebola in West Africa, tutto porta a credere che le cose andranno in una direzione spiacevole.

In secondo luogo le misure restrittive ispirate al modello cinese ed europeo per ridurre la trasmissione, e introdotte precocemente in SSA (in alcuni paesi persino prima della comparsa di un index case), possono sì aver rallentato la curva epidemica, ma con effetti collaterali societari assai pesanti. Ciò è particolarmente vero nei paesi che hanno applicato le misure più strette, come il Sud Africa. Specialmente nelle aree urbane, larghe percentuali di popolazioni rie-

scono a sopravvivere solo se è permessa loro una relativa mobilità (lavoro saltuario, commercio informale, ricerca di cibo e acqua, etc.). Rigide misure anti COVID senza assistenza alimentare e di altro tipo possono significare per queste popolazioni ulteriore degrado, fame e aumento drammatico di mortalità. Oppure insubordinazione e rivolta contro governi percepiti come incapaci e illegittimi.

In terzo luogo l'Africa Sub-Sahariana non può scappare, anzi è destinata a sprofondare più gravemente di altri continenti nella recessione che si annuncia per il 2020, con un *output* globale ridotto del 3%. Export di materie prime e manufatti africani (petrolio e tessili) nonché altre cruciali fonti di reddito (turismo e rimesse degli emigrati) sono destinati a crollare. In questo scenario di risorse contratte quali reti di sicurezza potranno essere date a popolazioni colpite dalle misure restrittive di controllo della pandemia? E quale aiuto potrà essere dato da paesi ricchi a loro volta destabilizzati nell'economia?

UNA CRISI GLOBALE CHE RICHIEDE UN'AZIONE TRANSNAZIONALE

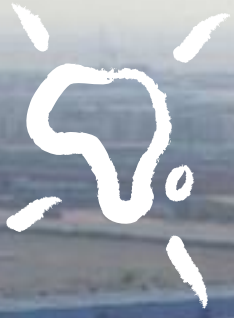
Mai come in questo momento c'è stato bisogno di un "pensiero politico" transnazionale, che vedesse la crisi Covid in termini di pandemia come "faccenda di tutti" e non come sommatoria di crisi epidemiche nazionali da affrontare separatamente. L'Africa sub-sahariana rischia di essere vittima di questa prospettiva. D'altra parte crisi sanitarie precedenti, anzitutto AIDS e Ebola, non hanno portato al previsto collasso. La più parte dei paesi africani ha saputo riassorbirle, e in alcuni casi (vedi il Rwanda) emergere come società dinamiche e in crescita. I paesi africani, grazie al ritardo con cui sono stati colpiti, hanno anche potuto far tesoro degli errori altrui, a partire da un triste primato italiano, l'inaudita catastrofe della Lombardia. E dispongono – non solo tra i quadri sanitari, ma anche tra la popolazione – di una "cultura dell'epidemia" che non è presente in altre aree del mondo. AIDS ed Ebola, con terribili costi umani, hanno fatto validamente scuola e consolidato un'ammirevole resilienza. Lo scenario attuale va quindi guardato con apprensione, ma ci può essere un po' di spazio anche per l'ottimismo. Per gli africani, sicuramente è già in opera quello della volontà.

BIBLIOGRAFIA

- 1 <https://www.acaps.org/projects/covid-19-0>
- 2 <https://www.coronavirus.jhu.edu/map.html>
- 3 Joseph, A. *The next frontier in coronavirus testing: Identifying the full scope of the pandemic, not just individual infections*. Stat., 27 March 2020. Available from: <https://www.statnews.com/2020/03/27/serological-tests-reveal-immune-coronavirus>
- 4 Pisani, E. *The Wisdom of Whores. Bureaucrats, Brothels and the Business of AIDS*, 2006. New York, Northon and Company.
- 5 WHO. *Ebola Situation Report*, 30 March 2016. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204714/ebolasitrep_30mar2016_eng.pdf;jsessionid=437C62C90EFE53DF320A48DF851891169?sequence=1
- 6 WHO *Weekly Bulletin on outbreaks and other emergencies* – Week 20:11-17 May 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332112/OEW20-1117052020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 7 Africa Centers for Disease Control and Prevention. Africa CDC leads continental response to COVID-19 outbreak in Africa: statement by the Director of Africa

- Ringrazio Sandro Colombo e Antonello Fadda per le elaborazioni grafiche alla base delle considerazioni di questo articolo.

- CDC. 2020. Available from: <https://africacdc.org/news-item/africa-cdc-leads-continental-response-to-covid-19-outbreak-in-africa-statement-by-the-director-of-africa-cdc/>
- 8 Elston JWT, Cartwright C, Ndumbi P, Wright J. *The health impact of the 2014-15 Ebola outbreak*. Public Health 2017; 143: 60-70.
 - 9 IMF Group of Twenty (2020) "COVID-19-impact and policy considerations". G-20 Surveillance Note. Available from: <https://www.imf.org/external/np/g20/pdf/2020/041520.pdf>
 - 10 United Nations Economic Commission for Africa. *Covid-19 in Africa. Protecting lives and economies*. Addis Ababa, April 2020. Available from: <https://www.uneca.org/sites/default/files/PublicationFiles/ecacovidreporten24aprweb1.pdf>
 - 11 Caduff, C. *What Went Wrong. Corona and the World after the Full Stop*. Medical Anthropology Quarterly, 34,1: 21-58.
 - 12 De Waal, A. *AIDS and Power: Why There is No Political Crisis*. Yet, 2006, Zed Books.
 - 13 República de Moçambique, Ministério da Saúde: *Inquérito sero-epidemiológico de SARS-CoV-2 na Cidade de Nampula, resultados preliminares*, 2020.



IL RUOLO DELLA SUPPLY CHAIN

Di fronte alle emergenze complesse, il tema della catena di approvvigionamento di materiali e dispositivi risulta fondamentale e spesso critico, come Covid ha mostrato. Partenariati con *hub* internazionali che si occupano di logistica possono dunque diventare fondamentali anche per chi come Cuamm lavora sul campo. Nella foto: l'*hub* di International Humanitarian City di Dubai.







ESPERIENZE DAL CAMPO

LA RESILIENZA DEI SISTEMI SANITARI

Ci troviamo di fronte a un'emergenza che presenta tratti diversi in Africa rispetto all'Europa ma che porta con sé effetti secondari altrettanto gravi. Maturare un approccio all'emergenza che si inserisca in una cornice di sviluppo a lungo termine dei sistemi sanitari è fondamentale per poter far fronte a questa e ad altre epidemie o crisi, non certo nuove per l'Africa.

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

L'IMPATTO DIRETTO E INDIRETTO DI COVID

Non è un'epidemia come le altre quella del Covid-19 in Africa. Troppe le diversità con quanto avviene in occidente: innanzitutto temporali, perché è arrivata dopo aver investito la Cina e l'Europa; epidemiologiche in quanto non evidenzia – per ora e nonostante la sottostima dei casi – quei caratteri di diffusione e gravità con cui si impone negli altri continenti; politiche, infine, perché ha spinto i 54 paesi del continente ad adottare misure di contenimento molto differenziate e con effetti imprevedibili anche sul piano dell'ordine pubblico, delle rivolte, della tenuta complessiva delle società e delle istituzioni governative.

Quello che appare certo, in ogni caso, è la preoccupazione destata dagli effetti secondari: primo fra tutti il mancato accesso e utilizzo dei servizi sanitari di base da parte della popolazione. Nelle emergenze, specie in quelle epidemiche, uno dei rischi più frequenti è trascurare, sospendere, rinviare o addirittura chiudere i servizi sanitari essenziali di prevenzione e cura. Alla fine, il carico della morbidità e mortalità (evitabili) di patologie comuni lascia sul campo più danni e più vittime della stessa epidemia. Per Covid-19 si prefigura che siano 1,5 milioni le morti dei bambini sotto i 5 anni attribuibili a mancate vaccinazioni, trattamenti sospesi di patologie comuni come la malaria, la polmonite e la diarrea e 60.000 le morti materne da complicanze non trattate. Affiorano le prime evidenze di un deterioramento delle condizioni di salute di pazienti affetti da malattie croniche infettive come la TB e l'HIV e dei diabetici, sia per difficoltà legate all'accesso (*patient-led*) che per il mancato funzionamento dei servizi dovuto ad esempio all'interruzione del sistema di approvvigionamento dei farmaci (*system-led*). Sullo sfondo, a causa della recessione e dell'inflazione, incombono la fame (250 i milioni di persone stimate a rischio fame) e la povertà estrema (120 milioni di nuovi poveri). Il rischio di un allargamento delle disuguaglianze sociali e di un vero e proprio arretramento dei risultati di salute acquisiti nel periodo degli obiettivi del millennio è reale e drammatico.

QUEL CHE EBOLA CI HA INSEGNATO

Ma come affrontare le emergenze come quella che ci troviamo davanti? Vale la pena ricordare quanto accaduto nel 2014 durante

Ebola, in Sierra Leone. Il distretto di Pujehun, dove stava operando il CUAMM (360.000 abitanti, 1 ospedale e 75 centri sanitari) fu il primo a essere dichiarato *Ebola free* dalle autorità. 49 i casi positivi di Ebola che furono identificati e isolati. Tutta la rete sanitaria rimase aperta e continuò a erogare i servizi materno-infantili di routine e di emergenza (ricoveri, cesarei, ecc.). Nel distretto le visite pre-parto, i parti e le emergenze ostetriche risultarono costanti con alcuni servizi addirittura accresciuti in termini assoluti e di copertura rispetto alla situazione pre-Ebola, a fronte di una riduzione nazionale media del 23%. Perché il sistema sanitario distrettuale resse, o detto con la terminologia in voga oggi, si mostrò "resiliente", capace cioè di assorbire, adattarsi e trasformarsi in seguito allo shock provocato dall'epidemia di Ebola? Tra i fattori indagati legati ai servizi sanitari si evidenziano:

- *la good governance* delle autorità sanitarie che seppero fronteggiare rapidamente l'epidemia e coordinare efficacemente le attività;
- *la gestione del personale locale*, perché si agì ad ampio raggio. Dalla protezione alla formazione, dalla supervisione agli incentivi ai turni di riposo, fattori che nell'insieme contribuirono a stemperare la paura del contagio, a sminuire la rabbia per la morte di 3 colleghi, e a contenere gli scioperi e le proteste;
- *l'applicazione delle misure di sanificazione e di protezione del personale a livello ospedaliero e di rete sanitaria periferica*, misure "tecnologicamente povere" come lavarsi le mani con ipoclorito di sodio, la gestione differenziata dei rifiuti ospedalieri, l'applicazione dei pochissimi dispositivi di protezione individuale e altre ancora furono applicate con sistematicità e aiutarono tutti a vedere i benefici oltre l'epidemia di Ebola;
- *il coinvolgimento della comunità* che da impaurita e diffidente, grazie a una efficace campagna di coinvolgimento dei leader e capi locali, dei gruppi associativi indigeni e dei media, comprese il pericolo, si conformò ai nuovi comportamenti (il distanziamento "*don't touch me*", il lavaggio delle mani, la sospensione dei riti funebri tradizionali, la collaborazione nel tracciamento dei contatti, ecc.) e quindi alla fine mantenne la fiducia nelle strutture sanitarie e negli operatori;
- *la gestione dei dati e la ricerca operativa*: fondamentale fu mantenere sotto controllo l'andamento dei dati di utilizzazione dei servizi sanitari di routine: Materno-Infantile, TB, HIV, etc. Con l'aiuto della Fondazione Bruno Kessler di Trento riuscimmo a ricostruire la catena del contagio a par-



IN MOZAMBICO

Lavoro accanto a istituzioni e *decision maker*, presenza nelle comunità locali per garantire assistenza, attività di informazione ed *awareness*: ecco i tre livelli di intervento anti-Covid.

TESTO DI / GIOVANNA DE MENEGHI ED EDOARDO OCCA / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Il primo caso di Covid-19 in Mozambico è stato rilevato il 22 marzo. Da allora il CUAMM ha lavorato su più livelli, per contribuire, insieme alla popolazione, a una risposta efficace all'epidemia. Sul piano istituzionale, Cuamm lavora in rete con le organizzazioni sanitarie ed è parte dei gruppi tecnici del Ministero della Salute per la Sorveglianza Epidemiologica e la Gestione dei casi e di quello sulla Salute Comunitaria e *Advocacy*. Ha potuto così contribuire alla definizione di strategie, flussogrammi operativi, linee guida e strumenti che sono diffusi sul territorio nazionale.

Sul versante comunitario, Cuamm ha riadattato i propri interventi sanitari al fine da mettere in sicurezza tanto il proprio staff quanto la popolazione, e assicurare al contempo una continuità dei servizi.

Fondamentale è stata l'attività di informazione e *awareness* tra la gente, sia nelle comunità urbane che in quelle rurali, resa possibile da una rete capillare di circa 500 attivisti. Con il loro supporto è stato possibile fare prevenzione nelle unità sanitarie ma anche nei mercati o nei centri di aggregazione per i giovani: sono stati realizzati spot radio, video e canzoni nei vari dialetti, sono stati diffusi messaggi con altoparlanti montati sulle auto per raggiungere le aree più remote. E si è lavorato con i comitati di salute dei villaggi per l'identificazione e riferimento dei casi sospetti, stabilendo così collaborazioni efficaci come quella con le autorità religiose musulmane che ci hanno permesso di diffondere messaggi di prevenzione tramite gli altoparlanti dei minareti.

Dal punto di vista sanitario, oltre alla formazione sulla prevenzione del COVID19 agli attivisti comunitari, è stato sviluppato un piano di procurement per acquistare materiale di protezione personale per lo staff CUAMM e per gli ospedali/centri di salute con cui collaboriamo. Inoltre, sono state acquistate 10 tende-ospedali da 8 posti letto ciascuna che verranno posizionate fuori da alcuni centri di salute chiave, selezionati assieme alle autorità sanitarie, e verranno utilizzate per implementare attività di *pre-triage*.

Il Mozambico, ad oggi (22 giugno 2020), si trova in un momento in cui la città di Nampula e di Pemba sono state dichiarate a trasmissione comunitaria. Per questa ragione il CUAMM sta contribuendo a supportare la sorveglianza epidemiologica delle autorità sanitarie nelle Province in cui è presente e si sta attivando per organizzare attività di sorveglianza epidemiologica su base comunitaria, al fine da contenere l'epidemia.

tire dal caso indice, a misurare i tempi di trasmissione, l'indice di riproduzione R0 e a valutare l'efficacia delle misure di contenimento dell'epidemia (isolamento e tracciamento). La ricerca operativa (5 lavori pubblicati), realizzata con partner locali e internazionali, ci permise di testare idee, verificare intuizioni, rispondere a interrogativi da prospettive diverse: epidemiologica, di organizzazione dei servizi sanitari e di *policy*;

- *l'innovazione organizzativa*: divenne progressivamente chiaro che, dopo l'epidemia, era necessario rivedere la strategia di intervento e puntare a favorire l'accesso dell'ospedale alle donne gravide affette da complicanze materne e ai bambini con casi complicati attraverso un sistema innovativo di chiamata e di utilizzo delle ambulanze e delle moto. Questo "modello organizzativo", passata la fase emergenziale, ispirò l'istituzione di un sistema nazionale di emergenza-urgenza che oggi, grazie a una flotta di 81 ambulanze, offre un servizio attivo h24 in tutti i 14 distretti del paese.

Fu una prova molto travagliata, ma ricca di spunti e di lezioni, umane e professionali. Una prova che come ci indicano le esperienze del CUAMM riportate nei diversi paesi africani, fornisce un quadro di riferimento in tema di rafforzamento dei sistemi sanitari. Dire questo però, per quanto importante possa sembrare, comunque non basta.

UN APPROCCIO INTEGRATO TRA EMERGENZA E SVILUPPO

La lezione di Covid deve spingerci oltre. Il continente africano è continuamente solcato da emergenze: nel 2019 ci sono stati 21.600 episodi di conflitto armato, 96 epidemie da malattie infettive, 89 catastrofi naturali. Molte di esse interessano i cosiddetti paesi fragili, dove i livelli di povertà e di salute sono estremi. Un esempio emblematico di questa fragilità è oggi la provincia di Capo Delgado, nel nord del Mozambico, interessata simultaneamente da attentati terroristici, insicurezza generalizzata, fuga della popolazione, epidemie di Covid-19, morbillo e colera. Mantenere un atteggiamento divisivo (solo l'emergenza, solo lo sviluppo) o solamente reattivo (intervengo solo a seguito dell'emergenza) è miope e controproducente, sia per gli attori locali che per quelli internazionali. I vecchi parametri concettuali che dividevano o mettevano in fila lineare l'emergenza, la riabilitazione e lo sviluppo sono datati e improponibili. Bisogna cambiare ed evolvere.

Il rafforzamento e la resilienza di un sistema sanitario, se questa si può considerare una possibile lezione dell'epidemia di Covid-19, devono assumere e far proprie tutte le dimensioni dell'emergenza e degli shock: dalla preparazione ex-ante del sistema, oggi gravemente assente, attraverso la gestione dell'evento nella fase iniziale e dell'impatto generalizzato in quella successiva, fino alla fase del recupero e dell'apprendimento.

È all'interno di questo quadro di riferimento che si devono "leggere" gli interventi di Medici con l'Africa CUAMM in relazione alla



epidemia di Covid-19: sono stati sottoscritti nuovi accordi con l'agenzia UNHRD (*United Nation Humanitarian Response Depo*). Grazie al partenariato con UNHRD, Medici con l'Africa Cuamm potrà non solo avere accesso ai magazzini di Brindisi, Dubai e Accra per stoccare il proprio materiale e spedirlo sul campo con una logistica facilitata, ma anche di reperire beni di prima necessità (tende, dispositivi di protezione individuale ecc.) con procedure di *procurement* più efficienti e riconosciute dalla Direzione generale per la protezione civile e le operazioni di aiuto umanitario europee (ECHO). Altro passo importante è l'accordo con il World Food Program che grazie alla sua rete di voli umanitari permette al personale del CUAMM di trasferirsi nei paesi africani, nonostante il blocco dei voli commerciali. Questi accordi rimarranno attivi anche dopo l'emergenza Covid-19. Sul campo, gli obiettivi sono stati quelli di mettere in sicurezza i 23 ospedali dove operiamo, di formare il personale specie in tema di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC), di sostenere le attività di sensibilizzazione delle comunità, di mantenere per quanto possibile la continuità dei servizi di salute primaria e infine di assicurare ai ministeri l'assistenza tecnica per la elaborazione delle linee guida, protocolli e flussogrammi. Sono state inoltre avviate anche linee di ricerca.

Un passo importante nel segno della trasparenza e dell'efficienza, in vista delle sfide che il coronavirus e altre possibili emergenze ci pongono davanti in Africa.

Ci vorrà molta umiltà e sano realismo, dal momento che mai come in questo frangente non tutto è chiaro e non tutto è possibile. Ma questo è il sale della nostra professione. Come Cuamm non possiamo sottrarci a questo compito. Il nostro primo dovere è esserci per non lasciare l'Africa ad affrontare da sola questa ennesima sfida.

IN SUD SUDAN

Nel 187° paese su 189 per indice di sviluppo umano, l'epidemia di Covid 19 è "a crises on top of a crises". Il numero di casi registrati mostra con buona probabilità una fotografia ancora parziale.

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

I casi confermati sono 1892 (dati al 21 giugno 2020), fotografia probabilmente parziale, visto il limitato numero di test completati (10.038). Il sistema sanitario manca di equipaggiamento specifico e di dispositivi di protezione personale, di *staff* qualificato, di condizioni infrastrutturali adeguate a garantire standard igienici e quindi non può offrire le cure dovute, né evitare che le strutture diventino nuovi focolai. L'alternativa della gestione domiciliare dei casi asintomatici/lievi è ostacolata dal rifiuto dei comportamenti preventivi da parte della popolazione e dalla crescente stigmatizzazione. A rischio anche domanda e offerta dei servizi sanitari di routine; diffidenza per la nuova malattia e ridotte mobilità e disponibilità finanziarie compromettono accesso e utilizzo di altre prestazioni. L'Ospedale Statale di Rumbek è il principale centro per la risposta locale all'epidemia. Sono state rafforzate le misure di prevenzione e controllo delle infezioni (come gestione dei rifiuti, lavaggio delle mani, uso dei servizi igienici). Tutto il personale ospedaliero è stato formato su come prevenire e identificare casi di Covid 19 e rifornito di materiale di protezione di base. È stata allestita un'area di isolamento da 15/20 letti, dotata di concentratori di ossigeno, pulsossimetri, CPAP. Per garantire tempestiva separazione dei casi sospetti dal resto dei pazienti è stato istituito un sistema di *triage*, controllando all'entrata tutte le persone dirette ai servizi ambulatoriali. Nei primi 40 giorni, 10.723 persone sono state esaminate; di queste, 886 sottoposte a un controllo più approfondito, conclusosi con la visita di un medico per 663 di loro. Per 4 di essi si è ritenuto necessario il tampone, inviato poi a Juba. In attesa del risultato, mancando ancora il sistema di isolamento e controllo comunitario, i pazienti sono rimasti isolati in ospedale. In un mese, i casi ammessi sono stati 9 (5 confermati e 4 sospetti). Il prossimo passo sarà accreditare il laboratorio dell'Ospedale per testare i pazienti, con l'uso del macchinario GeneXpert, recentemente abilitato per questo esame e già in uso presso il dipartimento HIV/TB. Cuamm sostiene la strategia di risposta a Covid anche attraverso attività non strettamente cliniche: di sensibilizzazione, come trasmissioni radiofoniche, formazione dello staff delle strutture sanitarie primarie, pubbliche e private, e degli operatori sanitari di villaggio. La regolamentazione degli accessi, la riorganizzazione degli spazi e il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie sperimentati a Rumbek fungono da modello per i centri sanitari periferici che si stanno attrezzando per gestire casi lievi. I dati raccolti durante le operazioni di *screening* e presso l'Unità di Isolamento costituiscono informazioni utili alle autorità per capire il quadro locale dell'epidemia e orientare gli interventi.



COVID 19 ALL'OSPEDALE DI WOLISSO, ETIOPIA

La riduzione degli accessi ambulatoriali e di ricovero in ospedale si sono dimostrati ancora una volta uno degli effetti secondari più importanti di un'emergenza sanitaria come quella attuale, senza però compromettere l'utilizzo di servizi d'urgenza e l'accesso al parto assistito. Presentiamo qui la situazione a Wolisso, Etiopia.

TESTO DI / FABIO MANENTI / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

Il primo caso confermato di Covid-19 in Etiopia è stato registrato il 14 marzo 2020. Fino a fine di maggio la crescita è stata molto lenta, con 1.063 casi totali. Da giugno il numero di casi è andato rapidamente aumentando fino ai 5.575 casi al 25 giugno. Da subito l'Etiopia ha messo in atto misure di contenimento, come chiusura delle scuole e restrizioni dei movimenti tra regioni.

Nell'area di Wolisso a tutt'oggi non si è ancora confermato un caso, anche se il 13 marzo è stata ricoverata una donna di 27 anni, con sintomi suggestivi, poi guarita e risultata negativa al tampone per Covid-19. Da quella data sono in atto *screening* di tutti i pazienti all'ingresso, per temperatura e possibili contatti, così come separazione dei possibili sospetti e ricovero in struttura dedicata al di fuori dell'ospedale.

Gli effetti del timore del diffondersi dell'epidemia anche nell'area di Wolisso hanno comportato una drastica riduzione degli accessi sia ambulatoriali che di ricovero. La media di accessi ambulatoriali nei primi 13 giorni di marzo è stata di 315/giorno per scen-

dere a 205/giorno fino al 31 marzo, e ulteriormente a 119/giorno tra il 1° e il 22 aprile, con quindi una riduzione del 62% tra il primo e l'ultimo periodo. Dal grafico tuttavia si nota come proprio dai primi di aprile il *trend* abbia cominciato ad invertirsi, con una lenta ripresa.

Per quanto riguarda i ricoveri, dall'1 al 13 marzo e dall'1 al 22 aprile si è invece registrata una riduzione del 44%, mentre una riduzione molto meno rilevante per quello che riguarda i parti che nei due stessi periodi è passata da una media di 12,8/giorno a 11,9.

Complessivamente confrontando i primi 5 mesi del 2019 con i primi 5 mesi del 2020 si è registrata una riduzione del 13% degli accessi ambulatoriali e del 7% dei ricoveri.

Soprattutto paura e restrizioni dei movimenti delle persone nel paese hanno grandemente ridotto, almeno nel primo mese, gli accessi ma senza però compromettere i servizi essenziali e di urgenza come il parto.

GRAFICO 1 / TREND VISITE AMBULATORIALI DALL'1 MARZO AL 22 APRILE

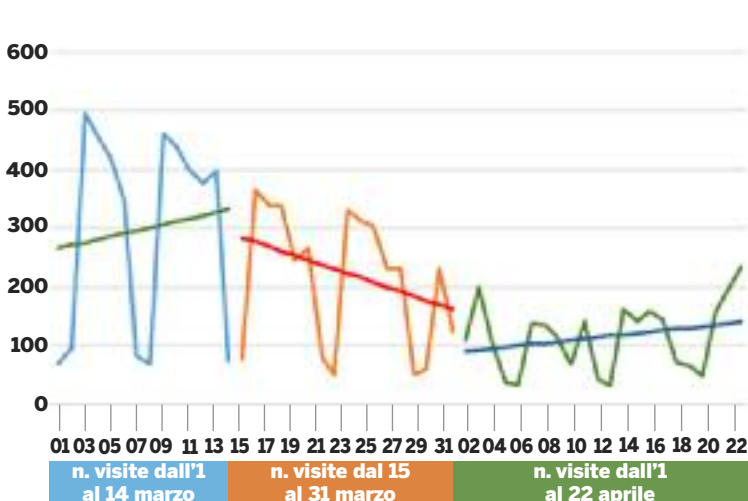
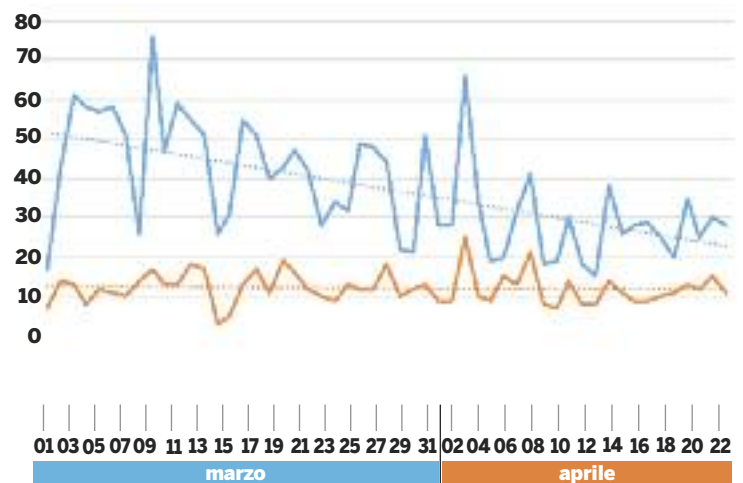


GRAFICO 2 / TREND RICOVERI E PARTI TOTALI 1 MARZO-22 APRILE



— Totale ricoveri
— Parti totali
- - - Lineare (Totale ricoveri)
- - - Lineare (Parti totali)



RASSEGNA

COSA RESTA DELLA FORMAZIONE SUL CAMPO

Uno studio retrospettivo svolto insieme all'Università di Padova per valutare cosa resta – in termini di impatto professionale e umano – delle esperienze formative di Cuamm in Africa rivolte a studenti e specializzandi in Medicina. Un quadro di piena soddisfazione e forte crescita, in cui matura l'empatia per le disuguaglianze sociali.

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

Era il 2005 quando il SISM – Segretariato Italiano Studenti di Medicina – metteva le basi assieme a Cuamm del progetto Wolisso: un mese di tirocinio in Africa rivolto a studenti per vedere da vicino la cooperazione sanitaria internazionale. Ed era il 2002 quando nasceva ufficialmente il progetto JPO – Junior Project Officer – il periodo di formazione rivolto a specializzandi in Medicina e ufficialmente riconosciuto dagli atenei di provenienza come parte integrante della scuola di specializzazione. Due proposte “da campo”, in linea con il lavoro quotidiano di Cuamm nei paesi africani, ma al tempo stesso un esempio di formazione accademica fuori dall'aula, costruita in modo sinergico con le università, per riuscire a preparare e formare i medici del futuro più prossimo.

Di queste due proposte Cuamm è sempre stato orgoglioso, le ha coltivate e adattate nel tempo, vedendone crescere la partecipazione (nel 2006 partivano con Cuamm 3 studenti/anno per la sola destinazione di Wolisso; nel 2018 ne sono partiti 30 per le destinazioni di Wolisso e Tosamaganga). A fronte di questo interesse crescente da parte di studenti e specializzandi, a distanza di più di 15 anni abbiamo voluto fare un'analisi approfondita retrospettiva per valutare quale impatto questi due percorsi abbiamo lasciato su chi li ha intrapresi: un tirocinio in Africa modifica anche a medio o lungo termine l'approccio alla professione medica. Possiamo considerare che esistano degli elementi comuni a chi ha nel proprio trascorso questa esperienza?

Due differenti questionari, uno per chi ha fruito del progetto Wolisso e un altro per chi invece è partito come JPO, sono stati elaborati insieme al Dipartimento di Statistica dell'Università di Padova e somministrati a tutti coloro che sono partiti in tutti questi anni: nel primo caso a 257 persone (con percentuale di risposta del 55%, 141 studenti di 30 atenei italiani), nel secondo a 183 (con percentuale di risposta del 79%, cioè 144 rispondenti da 32 atenei, distribuiti in tutte le Regioni italiane, che oggi hanno un'età compresa tra i 29 e 50 anni).

Ne è emerso un quadro con tratti comuni alle due esperienze, sebbene vissute in anni di vita (e di formazione) differenti e per durate diverse (1 mese da studente o neolaureato con il Wolisso Project; dai 6 ai 12 mesi come specializzando con il progetto JPO). La soddisfazione generale è ciò che permane: il 95% di coloro che hanno partecipato al Wolisso Project e il 94% dei JPO ripeterebbe l'esperienza. Viene confermato da entrambi i campioni il valore sia di crescita professionale che personale: la quasi totalità dei rispondenti (90%) dichiara di averci guadagnato in termini di uma-

nità – intesa come la capacità di vedere la persona prima dei suoi problemi di salute – e in termini di resilienza. Elevata la quota di quanti dichiarano di sentirsi più coraggiosi e più empatici. E non sono trascurabili neanche le quote di coloro che dichiarano una maggiore capacità di collaborazione, un maggior rispetto per gli altri, più pazienza e fiducia in sé stessi.

TABELLA / L'ESPERIENZA JPO HA CAMBIATO IL SUO MODO DI ESERCITARE LA PRATICA MEDICA?

	Diminuito	Invariato	Aumentato	N.
Autonomia nell'organizzazione e nell'esecuzione del lavoro	0%	22%	78%	144
Sicurezza/fiducia in se stessi	2%	19%	78%	144
Empatia (capacità di capire il paziente)	0%	34%	66%	144
Pazienza	5%	38%	57%	144
Coraggio (capacità di prendere decisioni e assumersi le responsabilità delle conseguenze)	0%	25%	75%	144
Resilienza (capacità di trarre positività dagli eventi peggiori)	0%	24%	76%	144
Rispetto per gli altri	0%	51%	49%	144
Collaborazione (capacità di lavorare con gli altri)	0%	47%	53%	144

A ciò si aggiunge, come era ragionevole attendersi, un aumentato interesse per le disuguaglianze di salute, che dopo il periodo africano, su una scala da 1 a 10, è superiore a 8 sia per studenti che per specializzandi. Cambiamenti questi sui quali non sembrano avere influenza né la destinazione né l'anno della partenza.

Pochi mesi di formazione africana che però sembrano lasciare il segno a lungo termine, come gli stessi partecipanti rilevano, e fanno intravedere quelle doti che in questi ultimi mesi di emergenza sanitaria tanto abbiamo apprezzato dei medici impegnati nei reparti Covid. Una conferma che “essere” medico richiede una sinergia forte tra competenza professionale, visione sociale, empatia personale.

GRAFICO / GRADO DI INTERESSE PER LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE



IL RUOLO DELLA *SUPPLY CHAIN* NELLE EMERGENZE

Negli scenari futuri globali sarà sempre più importante il ruolo della logistica internazionale per rispondere a emergenze complesse. Abbiamo chiesto a Giuseppe Saba, esperto in logistica e CEO di International Humanitarian City, un approfondimento su questo tema che Covid ha portato all'attenzione di tutti.

TESTO DI / GIUSEPPE SABA / INTERNATIONAL HUMANITARIAN CITY

UN HUB UMANITARIO PER LE EMERGENZE

Ha sede a Dubai, in quello che è un vero crocevia tra Asia ed Europa, a portata di aereo di buona parte della popolazione mondiale: è la Città Umanitaria Internazionale (IHC - International Humanitarian City), un'organizzazione che dagli Emirati Arabi si occupa della risposta alle emergenze. Preparazione e pre-posizionamento di tutto ciò che potrebbe servire in caso di calamità, ma anche una vocazione alla formazione dei più giovani che si preparano a entrare nel mondo umanitario, e innovazione, spesso con aziende che portano visioni nuove di ciò che aiuto può significare oggi. Forse ancor più che "organizzazione" sarebbe giusto considerarla un *hub* umanitario, che lavora in stretta connessione con le altre basi della rete UNHRD - *United Nations Humanitarian Response Depots Network* (Brindisi in Italia, Accra in Ghana, Kuala Lumpur in Malesia, Las Palmas de Gran Canaria in Spagna e Panama City a Panama) ed è "popolata" da circa 460 persone che vi lavorano, provenienti da organizzazioni delle Nazioni Unite (come OMS, UNFPA, OCHA), organizzazioni internazionali e organizzazioni governative. Ma anche società che producono beni umanitari o di logistica. Una coabitazione di detentori delle tecnologie, produttori delle attrezzature e beni in utilizzo da parte del mondo umanitario che ha permesso a IHC di diventare punto di riferimento per la gestione e la risposta alle emergenze sempre più frequenti soprattutto nel sud del mondo.

IL COLLASSO DELLA *SUPPLY CHAIN* MONDIALE DAVANTI A COVID

Quando a gennaio Covid-19 si è affacciato al mondo, la richiesta di materiali di protezione, di diagnostica e di attrezzature per il trattamento dei pazienti è stata enorme e sebbene gli stock di OMS e UNHRD fossero sufficienti a rispondere a una prima ondata epidemica, non lo erano per far fronte a una pandemia. Nessuna produzione è stata in grado di far fronte alla richiesta. A ciò si aggiunge il fatto che una larghissima parte degli aiuti umanitari sono prodotti nei paesi del Sud-Est asiatico (Cina, India, Malesia, Pakistan), dove la produzione è già sofferente dalla richiesta interna. Si è dunque venuta a creare una competizione all'acquisto tra i paesi più colpiti a livello europeo e successiva-

mente oltre atlantico e tutti gli altri, una competizione tra paesi notoriamente ricchi e paesi con minori disponibilità finanziarie. Simultaneamente, il costo dei materiali di protezione è lievitato in maniera esponenziale insieme alla domanda.

A collassare di fatto non è stata la sola produzione ma l'intera catena di approvvigionamento (*supply chain*): il trasporto dei beni prodotti, il loro stoccaggio, la spedizione verso i paesi beneficiari secondo programmi predefiniti e infine la distribuzione all'utente finale. La disponibilità di trasporto merci nella stiva degli aerei è venuta meno, perché i voli passeggeri sono diminuiti drasticamente e ciò ha comportato il dirottamento di tutte le merci sugli aerei cargo e una riconfigurazione di alcuni velivoli in aerei combinati per il trasporto delle merci. È con questa situazione che la comunità umanitaria ha dovuto confrontarsi e ancora si confronta in questo periodo. E anche il costo dei trasporti, come quello della produzione, è cresciuto a dismisura. Ancora una volta si è evidenziato un gap tra paesi sviluppati e paesi con poche risorse, dove i primi, grazie all'uso di vettori di bandiera o aerei militari, hanno potuto accelerare le operazioni di trasporto, che in tempo di Covid significa arrivare prima alle cure.

RISPOSTA E INNOVAZIONE DI IHC

Se è vero che la pandemia Covid-19 ci ha trovato con stock insufficienti e non perfettamente preparati è altrettanto vero che la comunità IHC stava pianificando una serie di azioni per il triennio 2020-2022 che si sono rivelate in linea con la domanda del Covid-19. Un piano mirato all'ottimizzazione degli spazi esistenti per incrementare la capacità di stoccaggio nei nostri magazzini (stoccaggio aumentato di ulteriori 22.000 pallets), all'assemblaggio interno a IHC di kit personalizzati comunemente utilizzati nei progetti sanitari o in interventi d'emergenza, l'aumento di spazi nel nostro centro per la catena del freddo, per lo stoccaggio di farmaci e vaccini. Un piano che era previsto e la cui accelerazione è stata imposta dal Covid-19, come spesso accade è nei tempi di emergenza che l'innovazione corre veloce.

IHC in questo senso ha saputo mettere in campo le proprie competenze di risposta a uno scenario imprevisto e si configura come un partner chiave anche per ong come Cuamm, che dal campo africano sono chiamate sempre più spesso a fronteggiare anche l'emergenza.



MEDICI CON L'AFRICA CUAMM

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

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

STORIA

In **quasi 70** anni di storia:

- o **170** i programmi realizzati;
- o **oltre 2.000** le persone coinvolte nei progetti;
- o **43** i paesi d'intervento;
- o **232** gli ospedali serviti;
- o **1.053** gli studenti ospitati nel collegio: di questi 773 italiani e 280 provenienti da 34 paesi diversi;
- o **4.973** gli anni di servizio effettuati, con una media di 2,5 anni per ciascuna persona inviata.

ISTANTANEA

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

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

IN EUROPA

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

AVVISO AI LETTORI

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

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

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

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

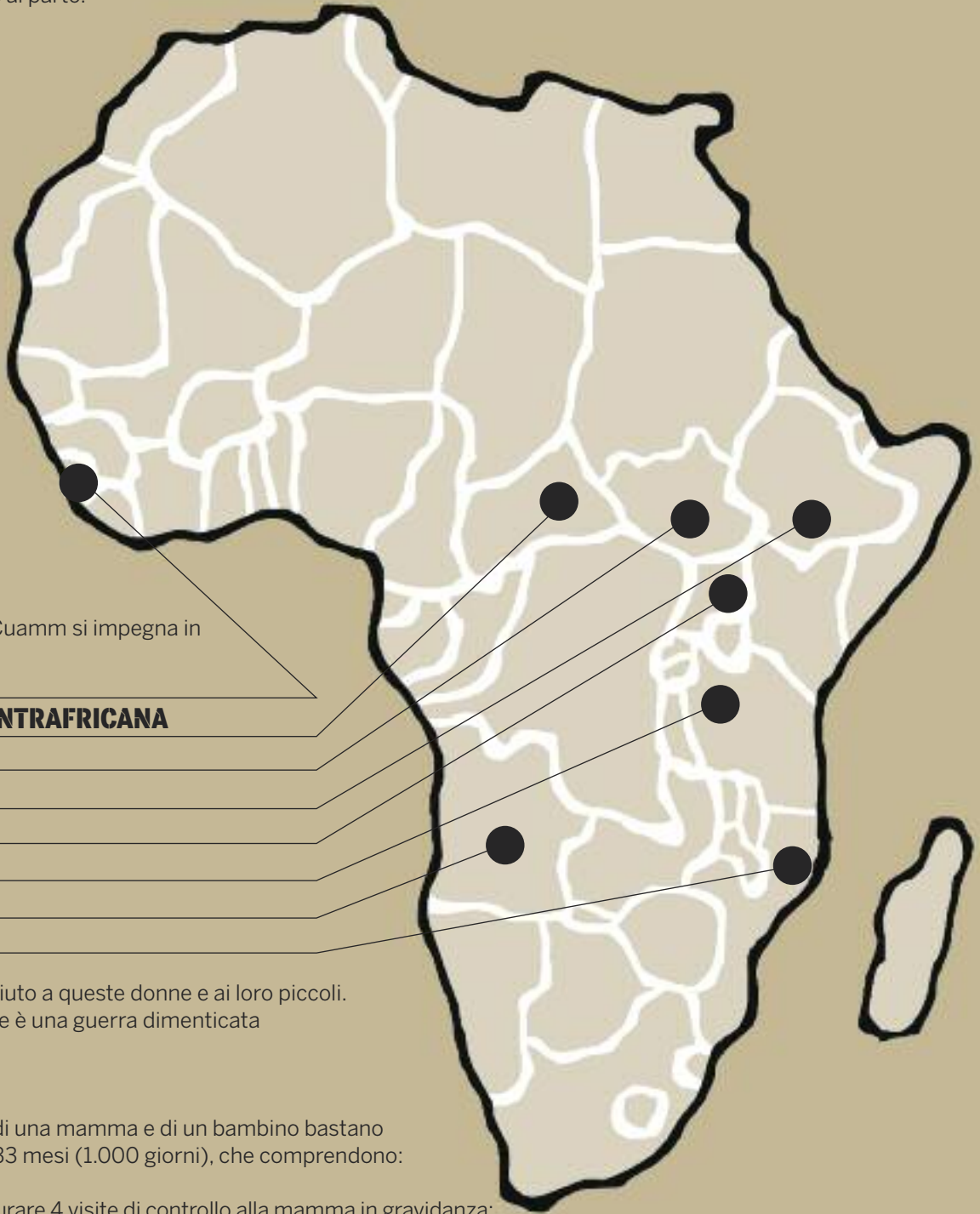
La nostra pubblicazione ha bisogno dell'appoggio di tutti i lettori e amici di Medici con l'Africa Cuamm.



L'AFRICA DEI BISOGNI

OGNI ANNO NELL'AFRICA A SUD DEL SAHARA:

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



Medici con l'Africa Cuamm si impegna in

SIERRA LEONE

REPUBBLICA CENTRAFRICANA

SUD SUDAN

ETIOPIA

UGANDA

TANZANIA

ANGOLA

MOZAMBICO

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

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

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



rivista quadrimestrale
di cooperazione e politica
sanitaria internazionale
luglio 2020 — n° **80**
www.mediciconlafrica.org

**«Nel nostro mondo globalizzato siamo tutti vicini.
Non è pensabile risolvere il problema in modo individuale,
ciascun paese secondo i propri tempi e modi: possiamo
solo farlo tutti insieme. È la salute globale»**