



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 INDIRECTO 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*;

- o *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.