



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

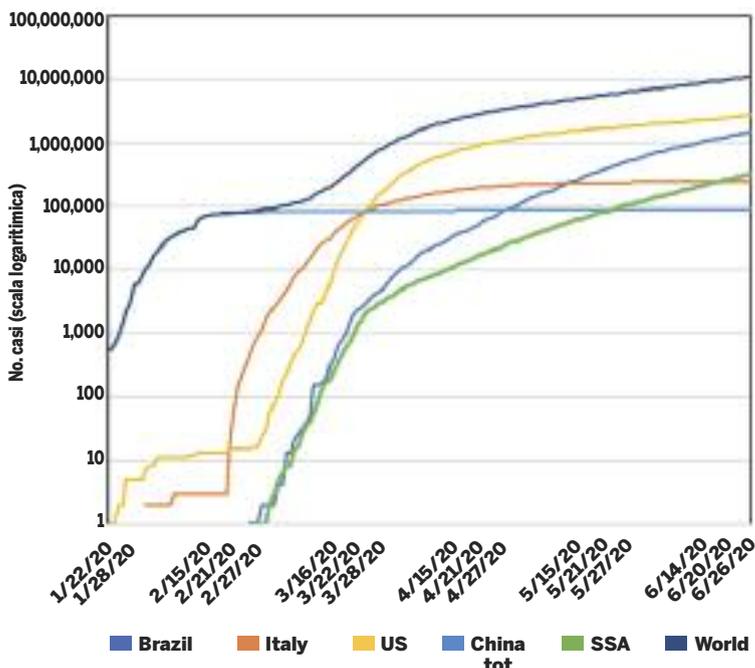


GRAFICO 2 / EVOLUZIONE DEI DECESSI IN SSA E IN ALCUNI PAESI

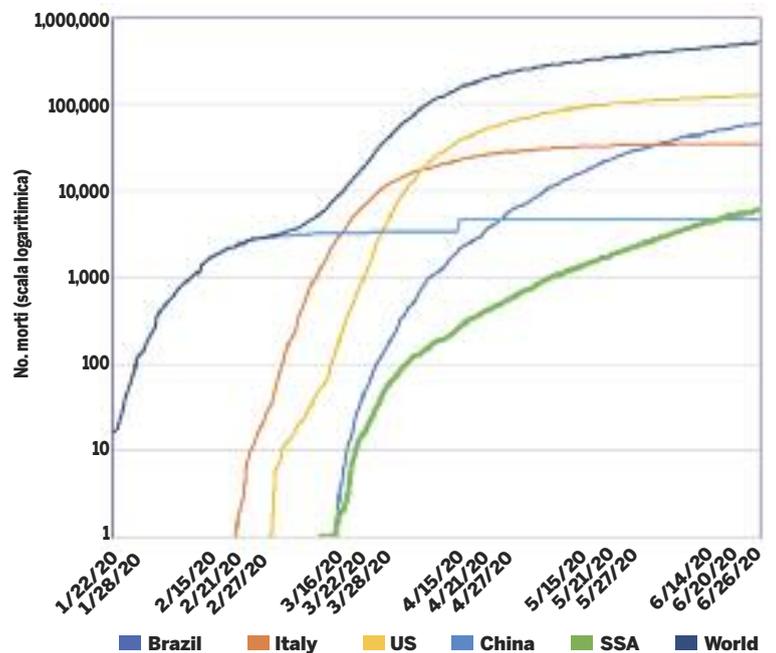
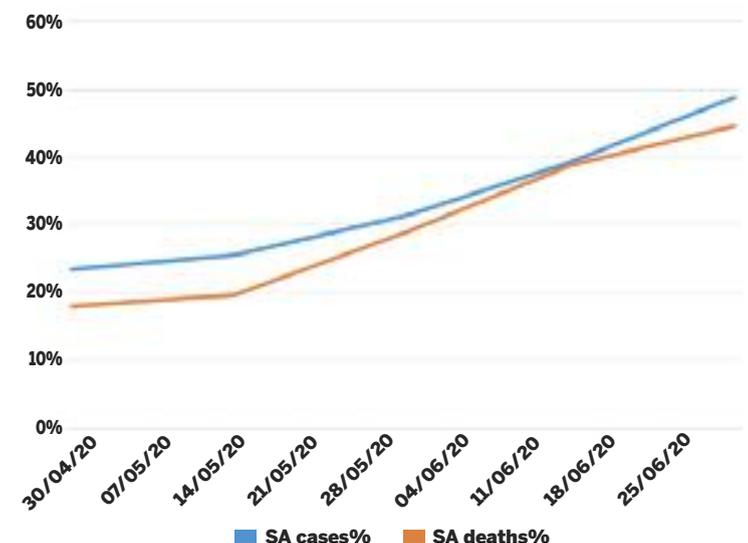


GRAFICO 3 / EVOLUZIONE PERCENTUALE DI CASI E DECESSI IN SUD-AFRICA SUL TOTALE DI CASI E DECESSI IN SSA



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 sierconversione 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 riev-

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.