



FORUM

## RISPONDERE ALLE EMERGENZE SANITARIE

Come affrontare emergenze di salute pubblica in Paesi a limitate risorse?

Come rispondere alle epidemie e alle crisi?

Dall'Uganda le esperienze di un Paese che ha dovuto affrontare Ebola, malaria, tubercolosi e, più di recente, Covid19, e che raccontano una prospettiva legata alle comunità.

TESTO DI / JERRY ICTHO, GODFREY ESIRU, PETER LOCHORO / MEDICI CON L'AFRICA CUAMM  
ALEXIA PASTORI / JUNIOR PROJECT OFFICER IN SALUTE PUBBLICA

In Uganda, molti indicatori sanitari chiave sono ancora lontani dal raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDG): fino a 1 bambino su 28 muore prima del primo compleanno e 1 su 19 prima dei cinque anni<sup>1</sup>. Le **frequenti epidemie di malattie infettive** come Ebola, febbre gialla, Mpox, malaria, tubercolosi, HIV, COVID-19, morbillo e colera<sup>2-3</sup> contribuiscono a questi dati e la politica di accoglienza dei rifugiati dai Paesi confinanti aumenta la mobilità della popolazione e il rischio di diffusione di malattie<sup>4-5</sup>.

Per far fronte a queste sfide, nel 2019 è stato adottato il *National Multi-hazard Emergency Preparedness and Response Plan* (NMEPRP)<sup>6</sup>. Da allora, grazie a una leadership efficace e all'attuazione rapida di azioni chiave (comunicazione del rischio, assistenza clinica, logistica, diagnostica, sorveglianza e coinvolgimento comunitario), il Paese ha risposto efficacemente a numerose crisi mantenendo attivi i servizi sanitari essenziali.

### L'ESPERIENZA DELLA PANDEMIA COVID-19

Tra il 2019 e il 2022, la pandemia di Covid-19 ha messo in luce la necessità di un **approccio multidisciplinare e decentralizzato** alle emergenze sanitarie<sup>7</sup>. In risposta, il Ministero della Salute ha istituito un *Public Health Emergency Operations Center* nazionale e 17 centri regionali per supportare le task force distrettuali. Questi centri, basati sul modello OMS, hanno coordinato le risposte ai focolai e la pianificazione d'emergenza<sup>8</sup>.

Medici con l'Africa Cuamm ha contribuito in modo significativo all'implementazione di questo modello, in particolare nelle regioni di Karamoja, Lango e West Nile, rafforzando la preparazione e la continuità dei servizi essenziali. Grazie al sostegno di partner come Elma Foundation, Unicef, Global Fund, Aics, Usaid e Oms, Cuamm ha migliorato la pianificazione e il coordinamento a livello distrettuale, sub-contea, sanitario e comunitario, intensificando la comunicazione del rischio, la mobilitazione sociale e l'uso dei dati per pianificare e indirizzare le azioni di risposta.

### CUAMM E LA RISPOSTA A COVID-19

Medici con l'Africa Cuamm ha fornito supporto tecnico alle task

force d'emergenza distrettuali, facilitato la valutazione dei rischi e la mappatura dei focolai nei nove distretti del Karamoja, rafforzando il coinvolgimento comunitario per promuovere la prevenzione e la vaccinazione contro il COVID-19. Sono state distribuite forniture e attrezzature a 456 operatori sanitari in 76 strutture, mentre 323 operatori di prima linea sono stati formati su prevenzione e gestione dei casi, e altri 330 sulla vaccinazione COVID-19. Cuamm ha inoltre potenziato la produzione e distribuzione di ossigeno medico in sei ospedali e quattro centri di salute, colmando gravi carenze durante la pandemia.

Fino a marzo 2022, nella Karamoja sono stati registrati 3.332 casi di COVID-19, con 3.278 guarigioni (98,4%) e 54 decessi (1,6%).

### IL RUOLO DELLE COMUNITÀ

Nella Karamoja, 1.125 *Village Health Teams* (VHT) sono stati formati sulle linee guida per il coinvolgimento comunitario e l'assistenza domiciliare COVID-19. Il ruolo svolto è stato essenziale per **mobilitare le comunità** e gestire l'esitazione vaccinale, per fornire feedback ai fornitori sanitari e nel collegamento ai servizi. Cuamm ha identificato 45 aree hotspot e ha mobilitato 25 VHT attivi per area, formando task force locali per la gestione dell'emergenza.

Durante le campagne vaccinali, i VHT hanno usato altoparlanti e megafoni per sensibilizzare la popolazione sulle misure preventive. Queste azioni, insieme alla sensibilizzazione dei *District Health Educators*, hanno portato ad un aumento della copertura vaccinale negli adulti, dal 3,7% di luglio 2021 al 74,1% di marzo 2022, con l'aumento degli hub vaccinali da 45 a 76. Cuamm ha inoltre fornito cinque motociclette per supportare la comunicazione nelle aree di Karenga, Napak, Amudat, Nakapiripirit e Kaabong, integrando gli sforzi di Unicef e del Ministero della Salute. Tuttavia, sono rimaste alcune resistenze legate a convinzioni culturali radicate.

### LEZIONI PER IL FUTURO

L'esperienza ha evidenziato alcune **buone pratiche** fondamentali. Nella Karamoja, le task force distrettuali, guidate dai *Resi-*

**TABELLA 1 /** ADOZIONE DEL VACCINO COVID-19 TRA MARZO 2021 E MARZO 2022 TRA GLI ADULTI (FONTE DATI: RAPPORTI HMIS)

DISTRETTO	PRIMA DOSE (ALTRO ANTIGENE)	SECONDA DOSE (VACCINAZIONE)	ADOZIONE DEL VACCINO NELLA POPOLAZIONE DA MARZO 2021 A MARZO 2022
ABIM	20.271	22.721	66,7%
AMUDAT	16.956	5.492	47,9%
KAABONG	21.954	10.809	86,9%
KARENGA	11.933	6.212	85,8%
KOTIDO	25.311	17.800	61,4%
MOROTO	22.221	13.410	82,6%
NABILATUK	18.719	10.185	80,2%
NAKAPIRIPIT	16.311	19.662	86,7%
NAPAK	25.897	25.395	82,8%
KARAMOJA	178.636	131.686	74,1%

dent District Commissioners, hanno supervisionato le attività e promosso le iniziative Cuamm, favorendo anche l'advocacy per risorse aggiuntive. I governi locali hanno coordinato la pianificazione e il budget con i partner, ottimizzando l'uso di personale, mezzi e attrezzature in base alle priorità condivise.

Cuamm ha supportato la mappatura degli hotspot utilizzando dati spaziali e temporali, inclusi GPS e dati sull'utilizzo dei servizi, per indirizzare le risposte nelle aree più vulnerabili. La formazione continua degli operatori sanitari e dei VHT ha migliorato competenze e motivazione, anche in condizioni difficili.

Lo **scambio di informazioni** via Zoom e WhatsApp ha garantito aggiornamenti tempestivi sulle linee guida e sulle buone pratiche. Cuamm ha garantito un coinvolgimento regolare con i VHT nelle riunioni delle aree, per rafforzare comunicazione del rischio, sorveglianza e partecipazione comunitaria. Infatti, proprio i VHT hanno mobilitato le comunità ad adottare misure preventive, promuovere la vaccinazione e diffondere informazioni su salute e nutrizione.

## NOTE

- <sup>1</sup> UBOS, Uganda Demographic and Health Survey 2022, Uganda Bureau of Statistics Kampala, Uganda.
- <sup>2</sup> Ashraf, S., et al., Emerging viruses are an underestimated cause of undiagnosed febrile illness in Uganda. *International Journal of Infectious Diseases*, 2023. 130: p. S17.
- <sup>3</sup> Mbonye, A.K. and M. Sekamatte, Disease outbreaks and reporting in Uganda. *The Lancet*, 2018. 392(10162): p. 2347-2348.
- <sup>4</sup> Bohnet, H. and C. Schmitz-Pranghe, Uganda: A role model for refugee integration? 2019.

- <sup>5</sup> Mylan, S., Key Considerations: Balancing Epidemic Preparedness and Response with Humanitarian Protection in Ugandan Refugee Settlements. 2024.
- <sup>6</sup> Ario, A.R., et al., The logic model for Uganda's health sector preparedness for public health threats and emergencies. *Global health action*, 2019. 12(1): p. 1664103.
- <sup>7</sup> Muhwezi, W.W., et al., The Performance of the COVID-19 District Task Forces in Uganda: Understanding the Dynamics and Functionality. 2020: ACODE.
- <sup>8</sup> Kayiwa, J., et al., Establishing a public health emergency operations center in an outbreak-prone country: lessons learned in Uganda, January 2014 to December 2021. *Health security*, 2022. 20(5): p. 394.