

Alessandra Canneti e Giovanni Torelli

Al momento non si è osservato un aumento significativo dei ricoveri per problematiche respiratorie se non a Dar es Salaam, dove segnali in questa direzione cominciano ad arrivare.

È del 16 marzo il primo caso ufficiale confermato nel paese, una donna che dal Belgio è atterrata all'aeroporto internazionale di Kilimangiaro tramite Rwanda Airways. Due giorni dopo altri 2 casi, uno a Dar es Salaam e l'altro a Zanzibar. Da allora si è assistito ad un incremento quasi quotidiano di pochi casi confermati fino a metà aprile, momento in cui la curva di incremento è diventata più ripida. **Il 20 Aprile siamo arrivati a 257 casi, di cui 148 a Dar es Salaam, 74 a Zanzibar, gli altri 35 sparsi in 17 delle 31 regioni del paese. Finora sono stati registrati 10 decessi.**

Queste informazioni sono estrapolate dai dati ufficiali che il ministero della salute fornisce quotidianamente, ma la loro reale attendibilità è posta in discussione essenzialmente da tre fattori:

- **La diagnostica è eseguita in due soli laboratori certificati**, entrambi a Dar es Salaam, la cui capacità di far fronte a tutte le necessità del paese è ovviamente dubbia, in aggiunta a tutte le problematiche logistiche legate al trasporto dei campioni, incluse le grandi distanze, la stagione delle piogge, lo stato delle strade e l'organizzazione del sistema.
- **Non sono disponibili registri pubblici e consultabili sui casi confermati**, ma le informazioni si basano sui bollettini emessi dal ministero. Persiste il dubbio di una volontà di controllo sui dati e che le informazioni rese disponibili siano frutto di un ragionamento politico. Nel prossimo autunno si celebreranno le elezioni politiche e questo potrebbe influenzare le scelte di comunicazione del governo.
- Al momento le linee guida nazionali che indicano l'eleggibilità all'esecuzione del test diagnostico prevedono ancora la presenza sia del criterio clinico che di quello epidemiologico (provenienza da un'area a rischio), riducendo così il numero dei casi che ricevono l'autorizzazione dal team ministeriale ad essere sottoposti all'esame. **Solo negli ultimi giorni si è cominciato a parlare pubblicamente di trasmissione comunitaria.**

Le misure non sanitarie

Dall'identificazione dell'index case si è assistito ad un escalation di provvedimenti, tra cui l'obbligo di isolamento per tutti i visitatori provenienti da paesi a rischio fino alla chiusura degli aeroporti stessi; la chiusura di tutte le scuole ed università, inizialmente per un periodo di 30 giorni e poi fino a data da definirsi; l'allestimento di stanze di isolamento per eventuali pazienti sintomatici e l'introduzione di misure parziali di *public health social distancing*; l'inizio di attività di contact tracing e l'attivazione di un numero telefonico attivo h24 per entrare in contatto con gli epidemiologi del ministero a cui sottoporre domande relative a Covid-19; il divieto di tutti gli assembramenti, anche se sono continuati i messaggi di esortazione alla preghiera e al duro lavoro in vista delle possibili conseguenze economiche negative indotte dall'epidemia.

Il ministero della salute ha codificato tali provvedimenti nel ***Covid-19 Contingency plan***, ha invitato le ONG attive nel settore della salute ad esplorare possibili aree di complementarietà per la risposta all'epidemia ed ha istituito il ***National Committee*** in risposta all'emergenza. In linea generale si può dire che la risposta del governo è stata finora caratterizzata da segnali contraddittori **ma in larga parte guidati da un atteggiamento moderato e, come anche suggerito da OMS, senza segnali di chiusura totale.**

La realtà locale indica infatti che più della metà della popolazione non avrebbe risorse a sufficienza per più di una settimana per far fronte ad un eventuale blocco delle attività o a politiche di isolamento più decise. Inoltre, circa il 70% della popolazione nella propria casa non ha una stanza in più per isolare i malati.

Le misure di *public health social distancing* sono quindi difficili da mettere in pratica, ed il risultato è che nella maggior parte dei casi i mercati, trasporti pubblici e luoghi di culto continuano ad essere aperti e funzionare.

Colpisce rilevare come gli argomenti principali di discussione (*preparedness, early surveillance, social distancing...*) siano comuni a quelli italiani ed a tutto il resto del mondo; il contesto in cui si sviluppano determinano però risposte del governo e dinamiche sociali completamente diversi. Da segnalare anche come il livello di allarme all'interno della popolazione sia estremamente variabile a seconda del livello sociale e del contesto urbano o rurale. Il personale sanitario e le autorità governative locali delle regioni periferiche dove operiamo è per esempio meno sensibile alla necessità di mettere in atto le misure preventive rispetto a quello operante negli ospedali centrali, e questo ostacola l'implementazione delle attività di risposta.

Circa l'uso delle mascherine in comunità il governo nazionale non ha ancora

fornito indicazioni precise, mentre localmente sono già in vigore misure differenziate. Per esempio a Dar es Salaam sussiste l'obbligo di indossare la mascherina nei luoghi pubblici, mentre nelle regioni periferiche indossare la mascherina in comunità è tuttora un comportamento isolato.

Le misure sanitarie

Il problema sanitario principale consiste nella carenza dei dispositivi di protezione individuale (maschere, guanti, camici, occhiali, saponi) e nella scarsa conoscenza del loro corretto utilizzo. In aggiunta, come si può immaginare, spesso manca l'acqua sia a livello delle strutture sanitarie che a livello comunitario.

A fronte di una serie di documenti, linee guida ed action plan formulati dal governo o mutuati da OMS o paesi stranieri, il sistema in particolare a livello locale non è preparato a fronteggiare l'emergenza. Gli ospedali di ogni livello presentano una carenza sistematica delle conoscenze circa le procedure ed i percorsi di prevenzione e controllo delle infezioni. Completamente nuovo è il concetto di triage, la cui corretta realizzazione è limitata anche dalla carenza di spazi e di personale sanitario dedicato. **Ancora più limitate sono le conoscenze circa la gestione del malato critico, soprattutto con problematiche respiratorie.** I posti letto attrezzati disponibili di terapia intensiva (ICU) sono pochi e concentrati a Dar es Salaam: il paese presenta infatti meno di 15 ICU pubbliche distribuite in 7 delle 31 regioni, ed i posti letto attrezzati non sono più di qualche centinaio per un paese che presenta circa 60 milioni di abitanti. Il personale medico specializzato in anestesia e rianimazione è molto limitato così come la disponibilità di ventilatori ed ossigeno, che rappresenta una delle problematiche più rilevanti considerato l'impegno respiratorio dei malati Covid-19.

Il ministero ha istituito dei **technical working group** di "emergency, preparedness and response", preparato un *training package* distribuito a livello regionale per formare dei *rapid response team* composti da diverse figure professionali (medici, infermieri, farmacisti, tecnici di laboratorio, assistenti sanitari, responsabili delle camere mortuarie, autisti...) in grado di prendere servizio nelle varie strutture regionali nell'eventualità di casi sospetti o confermati ed ha identificato percorsi differenziati per i pazienti a partire dal triage.

L'implementazione di questi percorsi richiede risorse, organizzazione e competenza, elementi di cui il paese necessita immensamente.

Un altro elemento essenziale da tenere in considerazione è la necessità di mantenere attivi i servizi sanitari essenziali, in particolare quelli materno-infantili, nutrizionali, e di malattie infettive, che in questi contesti rischiano di essere penalizzati,

soprattutto per quei gruppi di popolazione più fragili, ed alcuni segnali in questo senso sono già pervenuti.

Interventi di Medici con l’Africa CUAMM

CUAMM ha sviluppato un piano di risposta all’emergenza Covid-19 con l’obiettivo di fornire linee guida per una risposta efficace e responsabile. La maggior parte delle attività è stata riprogrammata in base al nuovo contesto ed è stato sviluppato un piano di risposta su diversi livelli.

Facciamo parte dei gruppi di lavoro del ministero in qualità di consulenti tecnici a supporto dell’attuazione del piano nazionale di emergenza. In questo ruolo supportiamo lo sviluppo di linee guida per la preparazione dei centri sanitari all’emergenza e forniamo materiali educativi contestualizzati per gli operatori sanitari e per la comunità.

Stiamo contribuendo alla formazione per *infection, prevention and control* standard e potenziata utilizzando pacchetti ufficiali ministeriali di formazione a beneficio del personale sanitario operante a livello regionale e distrettuale; in particolare utilizziamo le piattaforme di un progetto dell’Università del Maryland che permette la distribuzione di un pacchetto di videoconferenze destinate al personale sanitario afferente alle *health facilities* regionali.

A livello dei centri di salute garantiamo la formazione sul pacchetto di sorveglianza Covid-19 (prevenzione, controllo della diffusione, diagnosi e terapia); abbiamo fornito dispositivi di protezione personale e strumenti curativi presso tutti i centri sanitari dove siamo presenti in base alle necessità; i servizi ospedalieri sono stati riorganizzati secondo i nuovi criteri di sicurezza, con particolare attenzione alla continuità delle cure, alla qualità e all’accessibilità ai servizi MNH, nutrition, HIV e NCD. Il supporto finanziario e tecnico ai centri ospedalieri/sanitari è stato riformulato in accordo con i management team secondo le nuove necessità. **Da segnalare come al momento non si sia ancora osservato un aumento significativo dei ricoveri per problematiche respiratorie se non a Dar es Salaam, dove segnali in questa direzione cominciano ad arrivare.**

A livello comunitario infine abbiamo riorganizzato il piano di intervento promuovendo incontri e attività all’aperto ed evitando di raggruppare più di 5/10 persone per volta. Particolare spinta è stata data alle attività di **WASH (water sanitation and hygiene) e di sensibilizzazione sul lavaggio delle mani.** Abbiamo svolto attività di awareness comunitarie attraverso la distribuzione di materiale informativo e la disseminazione di messaggi attraverso l’uso di megafoni e la collaborazione con radio locali. Attività di training sono state rivolte agli operatori comunitari per l’identificazione dei

gruppi di popolazione più fragili.

Alessandra Canneti e Giovanni Torelli. Medici con l'Africa CUAMM, Tanzania.