



## ESPERIENZE DAL CAMPO

# GLI OSPEDALI AFRICANI DI FRONTE ALL'EMERGENZA

Di fronte alla pandemia da Covid-19, i 23 ospedali africani in cui Cuamm opera hanno risposto applicando dei processi volti a garantire da un lato la pronta risposta ai casi di emergenza, dall'altro a mantenere continuità di cure "ordinarie" ed evitando che l'urgenza pandemica andasse ad arrestare i servizi sanitari. Un modello imparato da Ebola e che potrà essere utile anche in scenari futuri.

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

Medici con l'Africa Cuamm supporta 23 ospedali in 8 Paesi africani. Come è noto, la pandemia da Covid-19 ha colpito, ed è stata affrontata, in modo diverso dai Paesi, in termini di misure di contenimento, così come di capacità diagnostiche.

I dati del numero di casi sospetti, testati e morti attribuiti al Covid sono perciò largamente non rappresentativi della realtà, dipendendo dalla disponibilità di risorse, più che dai bisogni diagnostici.

La risposta negli ospedali, nella fase iniziale, è stata quella dell'attivazione di *triage* specifico all'ingresso, con lavaggio delle mani e rilievo della temperatura, formazione specifica del personale e rapido approvvigionamento di Dpi al fine della protezione del personale. Utilizzando le conoscenze del momento e le linee guida internazionali, si sono sviluppati modelli di *triage* e isolamento dei sospetti, in spazi appositi, pur sapendo delle difficoltà enormi a ottenere dei test diagnostici. In generale possiamo affermare che le capacità e la preparazione di rispondere a tale evento hanno messo in evidenza l'estrema fragilità organizzativa e di risorse disponibili di tali strutture, per rispondere in modo rapido ed efficace. Da subito è stata anche evidente la difficoltà, in mancanza di appropriato *testing*, di differenziazione, tra i moltissimi casi di malaria soprattutto negli adulti, dove la sintomatologia può essere molto simile.

Va comunque detto che, dopo i primi mesi di grande attenzione al *triage* e alle misure di protezione, queste, per il basso numero di casi e soprattutto di quelli complicati, sono andate progressivamente diminuendo. Le misure di protezione del personale hanno garantito la continuità dei servizi, anche se l'accesso, complessivamente, si è ridotto per paure della popolazione e misure di contenimento messe in atto dai governi.

Un vero aumento dei casi registrati e complicati, con anche un

certo numero di morti, almeno nei nostri ospedali, si è avuto solo nel 2021.

Nella **tabella 1** ci sono i dati a confronto tra 2020 e 2021 in 5 ospedali. L'andamento appare molto diverso da contesto a contesto, sicuramente condizionato dalla capacità diagnostiche e/o di attenzione al problema stesso. I dati più significativi, in termini di gravità, sono 5 morti a Wolisso in aprile 2021, e 82 morti adulti con insufficienza respiratoria grave a Tosamaganga, anche se solo 18 accertati con test\*\*, tra giugno e agosto 2021.

Va infatti anche ricordato che le capacità curative dell'insufficienza respiratoria grave da Covid-19, sono molto limitate e fondamentalmente legate a concentratori di ossigeno che al massimo garantiscono una erogazione di 5l/min. Così pure è la capacità di organizzare degli spazi di isolamento, oltre ai normali disponibili (2-3 letti), per questi pazienti per assisterli in condizioni di sicurezza per gli altri.

In conclusione si può affermare che, nonostante le difficoltà, gli ospedali hanno garantito una certa risposta al contenimento dell'epidemia almeno all'interno degli ospedali, anche se aiutati dalla relativa minor gravità registrata rispetto ai "nostri" contesti. La strutturazione di un sistema di *triage* e di filtro sugli ingressi è ormai presente in tutte le strutture, per cui questa sarà immediatamente disponibile nel caso di epidemie future. Invece la capacità di avere stock di materiali protettivi resta ancora poco realistica, per la mancanza di risorse per accumularli e mantenerli. Quindi possiamo dire che la pandemia ha insegnato come rispondere a una potenziale minaccia, cercando di mantenere la continuità dei servizi. Tuttavia ha dimostrato i limiti dei sistemi sanitari, dove l'accesso, anche ai servizi di base, è largamente condizionato dalle scelte degli utenti: questo si è ridotto per paure e limitazione ai movimenti delle comunità.

**TABELLA 1 / DATI A CONFRONTO TRA 2020 E 2021 IN 5 OSPEDALI**

PAESE	OSPEDALE	2020			2021		
		CASI SOSPETTI	CASI CONFERMATI	%+	CASI SOSPETTI	CASI CONFERMATI	%+
ETIOPIA	WOLISSO	30	1	3%	130	56	43%
SIERRA LEONE	PUJEHUN	306	28	9%	223	24	11%
SUD SUDAN	RUMBEK	61	29	48%	287	82	28%
TANZANIA	TOSAMAGANGA	41*	5	12%	286	18**	6%
TANZANIA	SONGAMBELE	1*	0	0%	5	1	20%

\*Casi sospetti e testati fino a maggio 2020, poi sospesi per decreto Presidenziale di negazione dell'esistenza del Covid-19

\*\* I testati sono stati solo 20 per mancanza di test legata alla recente riorganizzazione dei servizi dopo la morte del Presidente negazionista