

## La pandemia nel continente africano

A colloquio con **Chiara Montaldo**

*Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, Roma e Medici senza Frontiere*

**Come medico infettivologo e collaboratrice di Medici senza Frontiere, lei ha conosciuto da vicino l'epidemia di Ebola prima in Guinea e poi nella Repubblica Democratica del Congo. Vuole descriverci la sua esperienza in queste due realtà e fornirci qualche numero sul contagio?**

La 'mia' prima epidemia di Ebola è stata in Guinea nel 2014. All'epoca era già la più grande epidemia di Ebola della storia, con più di 1000 infetti e 300 morti in 3 Paesi (Guinea, Liberia e Sierra Leone). Sarebbe durata ancora due anni, gli infetti sarebbero diventati più di 28.000 e i morti più di 11.000. Numeri veramente impressionanti considerando che fino a quel momento la più grande epidemia aveva infettato circa 400 persone. In quell'estate del 2014 io lavoravo come medico nel centro di trattamento Ebola di Conakry, la capitale della Guinea. Ogni giorno entravo nella zona ad alto rischio quattro volte. Ricordo la tristezza di entrare e trovare i letti vuoti, con la sagoma dell'ultimo paziente ancora disegnata sul materasso. Ripensavo al volto di quel paziente. Ma non c'era molto tempo per pensarci, perché altri pazienti aspettavano al triage. Erano tanti e, sulla base di un sommario esame clinico, dovevamo decidere se ricoverare un pazien-

te, con il rischio di esporlo all'infezione nel caso fosse stato negativo, o rimandarlo a casa, con il rischio di esporre la sua famiglia e la comunità al rischio di contagio, nel caso fosse stato positivo. Quello era forse il momento più difficile.

La mia 'seconda' epidemia di Ebola è stata in Repubblica Democratica del Congo, in Nord Kivu, a cavallo tra il 2018 e il 2019. Un'altra epidemia dai numeri enormi: quasi 3500 casi e più di 2000 morti. Il contesto di questa epidemia era però molto diverso dalla precedente. In Nord Kivu la popolazione vive in costante contatto con la morte, non solo quella causata dalle malattie, ma quella causata da una guerra atroce, che da anni settimanalmente uccide civili a colpi di machete. Agli occhi della popolazione del Nord Kivu, Ebola è solo un assassino in più, né più cattivo né più pericoloso dei guerriglieri che spargono il terrore, né dei ricchi governanti che li finanziano e li armano, né dei Paesi occidentali che purtroppo si girano dall'altra parte fingendo di non vedere. Non ho mai dimenticato la frase di un giovane congolese: "I bianchi non sono qui perché siamo malati, ma perché siamo contagiosi. Perché vogliono difenderci da un virus e contemporaneamente sfruttare le nostre ricchezze, alimentando una guerra che uccide molto più del virus stesso?"

Chiara Montaldo con una paziente guarita da Ebola qualche giorno dopo la sua dimissione dal centro di cura di Donka a Conakry, in Guinea, luglio 2014.



**Come sta affrontando il continente africano l'attuale pandemia? Cosa sta realmente accadendo?**

I numeri dell'epidemia di covid-19 nel continente africano sono molto incerti: si passa da circa un milione di casi riportati ufficialmente all'Organizzazione Mondiale della Salute a stime di 10 milioni di casi. È difficile dire cosa stia realmente accadendo. È possibile che ci sia una sottostima delle infezioni dovuta ad una scarsa capacità diagnostica. Quel che è certo però è che l'impatto della covid-19 sul continente africano in termini di morbilità e mortalità è nettamente inferiore rispetto ad altre regioni del mondo e, ad oggi, non si è verificata la tragedia attesa da esperti e analisti all'inizio della pandemia, considerando i deboli sistemi sanitari di molti Paesi africani, la malnutrizione diffusa, la povertà e la prevalenza di malattie infettive e malattie croniche.

Disinfezione di un membro dello staff di MSF all'uscita dalla zona ad alto rischio del centro di trattamento Ebola a Bolomba, Repubblica Democratica del Congo, settembre 2020.



@MSF/Frank Ngonga

*“Credo che diversi Paesi a risorse limitate abbiano molto da insegnare in questo contesto pandemico, dimostrando che le epidemie si combattono sul territorio e nella comunità prima che negli ospedali e nei laboratori”*

Giocano probabilmente un ruolo l'età media della popolazione, possibili fattori genetici e immunitari, minor mobilità. Ma oltre a questi fattori, io credo si debba riconoscere una buona gestione dell'epidemia da parte di diversi Paesi africani in termini di salute pubblica, costruita sulla base dell'esperienza, in particolare dopo le recenti epidemie di Ebola. Io sono atterrata a Lusaka, in Zambia il 12 marzo 2020, quando l'Italia, con più di 12.000 casi covid-19 confermati, era il Paese più colpito. In Italia il lockdown era stato disposto da pochi giorni, ma non era stata ancora implementata alcuna altra attività preventiva a livello comunitario. In Zambia a quella data non c'era ancora neanche un caso confermato di covid-19, nonostante l'attività di sorveglianza. Eppure prima di farmi entrare nel taxi l'autista mi ha disinfettato le mani con soluzione idroalcolica, così come l'addetto alla reception dell'albergo. Diverse strutture ospedaliere erano già state identificate e destinate al ricovero di eventuali pazienti covid-19. Il personale degli ospedali aveva già partecipato a percorsi di formazione specifici e la città era tappezzata di cartelli e volantini sulla sintomatologia e la prevenzione della trasmissione di covid-19. Il campionato di calcio era stato interrotto (da noi si giocava ancora!).

**Ritiene che i Paesi a maggiori risorse abbiano qualcosa da imparare dai Paesi più poveri nella gestione delle epidemie?**

Un recente editoriale del *New England Journal of Medicine* intitolato “Morire nel vuoto di leadership” delinea, secondo me molto bene, gli

errori effettuati dagli Stati Uniti e da molti Paesi occidentali nella gestione dell'epidemia di covid-19<sup>1</sup>. Sottolinea come ci si sia concentrati in modo sproporzionato sulla tecnologia, la ricerca e lo sviluppo di farmaci e vaccini, mentre interventi apparentemente più semplici si sarebbero rivelati più efficaci.

Io credo che diversi Paesi a risorse limitate abbiano molto da insegnare in questo contesto pandemico, dimostrando che le epidemie si combattono sul territorio e nella comunità, prima che negli ospedali e nei laboratori. Diverse esperienze africane ci insegnano che agire sulla comunità è più efficiente che agire sul singolo individuo, in termini di salute ma anche in termini di ottimizzazione delle risorse umane ed economiche. La comunità non è solo un ‘recettore’ di servizi, ma una parte attiva, il cui contributo è fondamentale nella gestione delle epidemie.

La miglior gestione di diversi Paesi africani dimostra che gli interventi preventivi sono più efficaci di quelli curativi nel contenimento delle epidemie, e che l'insieme di competenze e risorse necessario per la gestione di un'epidemia è proprio quello della salute pubblica e della medicina di comunità, non quello della salute individuale e dell'ultraspecializzazione delle cure.

Per una volta una malattia infettiva sembra aver colpito più duramente il nord del mondo e, per una volta, forse, il nord del mondo potrebbe imparare molto dal sud.

**Uno studio del London Imperial College ha stimato che il potenziale impatto della covid-19**



*“Questa pandemia ci richiede di risvegliare e rafforzare meccanismi di resilienza. Credo però che ancor più importante sia il concetto di risposta globale. Il virus ci sta insegnando che non conosce frontiere. E senza frontiere dovrebbe essere anche la risposta al virus”*

**sulla mortalità in Paesi a basso e medio reddito potrebbe essere causato non tanto da un’azione diretta della covid-19 quanto da un’azione indiretta di indebolimento dei servizi di prevenzione e cura di altre malattie come Hiv, tubercolosi e malaria. È un rischio concreto?**

Sicuramente il danno indiretto della covid-19 è un rischio reale, più evidente in sistemi già fragili dal punto di vista sanitario ed economico, dovuto alla deviazione di attenzione e di risorse verso la covid-19. Anche in questo le epidemie di Ebola ci hanno mostrato l’enormità dei danni ‘indiretti’. Secondo lo studio del London Imperial College, in Paesi endemici, le morti per Hiv, tubercolosi e malaria nell’arco di 5 anni potrebbero aumentare fino al 10%, 20% e 36%, rispettivamente, rispetto a quanto accadrebbe senza l’epidemia di covid-19, a causa della potenziale interruzione della terapia antiretrovirale per Hiv, della riduzione della diagnosi e del trattamento tempestivo dei nuovi casi di tubercolosi e alla riduzione delle attività di prevenzione per la malaria<sup>2</sup>. Un altro effetto indiretto della covid-19 sulla salute della popolazione sembra essere la riduzione delle vaccinazioni in età infantile già riscontrata in diversi Paesi africani. UNICEF sostiene che se questa tendenza continuerà, c’è un elevato rischio di recrudescenza di malattie infantili mortali come la polio, la varicella, il morbillo, la febbre gialla, l’epatite B, la difterite, il tetano, la pertosse e la meningite. Credo che di questo si debba tener conto anche nei Paesi ad alte risorse dove enormi danni indiretti si potrebbero verificare per l’interruzione dei servizi per patologie ‘non-covid-19’.

È necessario essere consapevoli di questo rischio

e valutare costantemente rischi e benefici di ogni intervento per la covid-19, mantenendo attivi i servizi di diagnosi e cura per le altre patologie.

**Resilienza è una delle parole chiave di questi tempi tanto che sono state pubblicate le linee guida per la definizione di un Piano nazionale di ripresa e resilienza. Cosa ne pensa?**

La prima volta che ho familiarizzato con il termine ‘resilienza’ stavo lavorando con Medici senza Frontiere in Sicilia, in un progetto per la salute fisica e mentale dei migranti. La psicologa, che lavorava con me, mi spiegava che il suo lavoro era proprio quello di aiutare i pazienti a sviluppare e rafforzare meccanismi di resilienza. Ragazzi sopravvissuti a torture, stupri, naufragi, lutti, riuscivano a reagire proprio grazie a quella incredibile capacità di resilienza.

Lavorando in tanti Paesi africani e asiatici, ho visto spesso quella forza, quella capacità di reagire a pesi indescrivibili.

Oggi questa pandemia richiede a noi di risvegliare e rafforzare i meccanismi di resilienza. A noi che forse non eravamo più abituati a non tenere tutto sotto controllo, a non conoscere una malattia, a non avere armi per combatterla, a vedere morire pazienti senza poterli aiutare, ad aver paura di morire, di contagiare, a non avere risposte.

Credo che la resilienza sia un aspetto importante da rafforzare per rispondere a questa pandemia. Credo però che ancora più importante sia il concetto di risposta globale. Il virus ci sta insegnando che non conosce frontiere. E senza frontiere dovrebbe essere anche la risposta al virus.

Le risorse devono essere allocate secondo una logica di priorità dei bisogni, non dalla legge del più ricco, come è avvenuto per esempio all’inizio della pandemia con i dispositivi di protezione individuale, per i quali molti Paesi hanno applicato misure protezionistiche come il blocco delle esportazioni, causando ingenti aumenti dei prezzi e diffuse carenze. Lo stesso sta avvenendo per il vaccino prima ancora che ne esista uno dimostratosi efficace. Ma questo approccio non può essere vincente nella lotta ad una pandemia. Perché una pandemia, finché non è finita per tutti, non è finita per nessuno. ■ ML

Un operatore sanitario di MSF assiste un paziente nell’Unità di trattamento covid-19 dell’Ospedale Saint-Joseph, Kinshasa, Repubblica Democratica del Congo, giugno 2020.

@MSF/Frank Ngonga



## BIBLIOGRAFIA

1. The Editors. Dying in a leadership vacuum. *N Engl J Med* 2020; 383:1479-1480. doi: 10.1056/NEJMe2029812
2. Hogan AB, Jewell B, Sherrard-Smith E et al. The potential impact of the covid-19 epidemic on Hiv, TB and malaria in low- and middle-income countries. *Imperial College London* (01-05-2020). doi: <https://doi.org/10.25561/78670>.