

I Report dell'IsAG

May 2020

L'Africa e la sfida del SARS-CoV-2

Author: Silvia Luminati

119



Abstract

The novel coronavirus (SARS-CoV-2) epidemic has spread from China to 215 countries and led to more than 104 000 cases in Africa since the World Health Organization's decision to declare a pandemic. Considering that even health systems in highly developed countries are not fully prepared to deal with a global pandemic, the aim of this report is to evaluate the preparedness and vulnerabilities of African health systems. Most of the African countries' pandemic influenza preparedness plans are outdated and therefore considered inadequate to face the challenges of the ongoing epidemic. The Ebola outbreak in 2014-16 had already demonstrated how fragile and ill-prepared the African health systems were and how much the weakness of the surveillance systems can further exacerbate the human and economic toll. Hence, to measure the ability of countries to prevent, detect and respond to the COVID-19 pandemic, the report examines the resources of the public health systems and the current status of implementation of the Integrated Disease Surveillance and Response strategy, the International Health Regulations and other types of surveillance.

Keywords: Africa, COVID-19, Pandemic, Health

Language: Italian

About the author

SILVIA LUMINATI

Master's degree in International Relations, Sapienza - University of Rome

Master's Level II in International Protection of Human Rights "Maria Rita Saule"



ISSN: 2281-8553

© Istituto di Alti Studi in Geopolitica e Scienze Ausiliarie

Indice

Introduzione	4
1. L'Africa Centres for Disease Control and Prevention	5
2. L' <i>Ebola</i> Virus Disease	6
3. I piani di risposta alla pandemia in Africa	9
4. La risposta dell'Africa al SARS-CoV-2	11
5. Riflessioni conclusive	14
6. Riferimenti bibliografici	15

Il nuovo SARS-CoV-2 ha raggiunto il continente africano il 25 febbraio 2020 quando l'Algeria ha riportato il suo primo caso¹. Nelle settimane successive il virus si è diffuso rapidamente nel continente fino a raggiungere, secondo i dati del 10 maggio 2020, 43 074 casi e 1 404 decessi in 46 su 47 Stati con un incremento delle infezioni del 56% rispetto alla settimana precedente². Sempre secondo il bollettino dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), tra gli Stati più colpiti ci sono il Sudafrica con 10 015 casi, l'Algeria con 5 723, la Nigeria con 4 399, il Ghana con 4 263 e il Cameroon con 2 579. Ora, se si osservano questi dati e li si compara con il numero delle infezioni nelle altre regioni, si può notare che nel continente africano la diffusione del SARS-CoV-2 è più limitata. Eppure, Tedros Ghebreyesus, direttore generale dell'OMS, ha espresso preoccupazione per l'attuale condizione dell'Africa poiché i sistemi sanitari potrebbero non essere in grado di gestire un grande numero di casi e di rispondere efficacemente al virus e questi timori sono stati condivisi anche dal direttore generale dell'OMS per l'Africa, Matshidiso Moeti. Insomma, nonostante il 74% dei Paesi del continente abbia un piano di risposta all'influenza pandemica³, si ipotizza il rischio del collasso della sanità africana. In effetti, se la pandemia ha messo in grave difficoltà i sistemi sanitari dei Paesi più sviluppati, è lecito dubitare della capacità di risposta di quegli Stati africani che hanno un'economia fragile, un sistema sanitario molto debole a causa degli scarsi investimenti nel settore oppure di quelli coinvolti nei conflitti

armati -si veda la regione del Sahel.

Con il presente scritto si vuole dunque capire la resilienza dei sistemi sanitari africani di fronte alla pandemia e cioè "la capacità degli attori, delle istituzioni e delle popolazioni della salute di prepararsi e rispondere efficacemente alle crisi; mantenere le funzioni principali in caso di crisi; e, informato dalle lezioni apprese durante la crisi, riorganizzare se le condizioni lo richiedono"⁴.

Da quando il 21 gennaio 2020 l'epidemiologo Zhong Nanshan ha annunciato alla tv cinese che il nuovo coronavirus scoperto a Wuhan si stava diffondendo tra uomo e uomo, per diverse settimane sono continuati gli spostamenti di cittadini cinesi nel mondo e verso l'Africa, ove risiedono oltre 2 milioni di cinesi⁵. Per questo si ritiene interessante citare un articolo pubblicato a febbraio 2020⁶ che si è occupato di tracciare gli spostamenti dalle quattro città cinesi di Wuhan, Beijing, Shanghai e Guangzhou verso gli aeroporti di ben 168 Paesi per rilevare il tasso di rischio della trasmissione del virus nei vari continenti. Stando alle conclusioni, a febbraio l'Africa aveva un basso rischio di trasmissione del virus visto il limitato numero di voli diretti dalle città sopracitate verso il continente e i controlli predisposti negli aeroporti degli Emirati Arabi Uniti -importante snodo per i viaggi verso i Paesi africani- che hanno permesso di isolare coloro che presentavano dei sintomi e quindi di ridurre il rischio di un'ampia diffusione del SARS-CoV-2 in Africa. È stata poi presa in considerazione anche la risposta rapida di alcuni Stati, come nel caso della Nigeria che nel mese di febbraio ha

¹ L'OMS non include nella regione africana l'Egitto, l'Eritrea, la Libia, il Marocco, la Somalia e il Sudan.

² Dati aggiornati al 10 maggio, disponibili sul sito: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332067/OEW19-0410052020.pdf>

³ Evanson Z. Samabala e altri, *Pandemic influenza preparedness in the WHO African region: are we ready yet?*, in *BMC Infectious Diseases*, 2018, p. 10, disponibile sul sito: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12879-018-3466-1>

⁴ Jennifer B. Nuzzo e altri, *What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural*

hazards? Results from a scoping review, in *BMC Public Health*, 2019, p. 2, disponibile sul sito: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6798426/pdf/12889_2019_Article_7707.pdf.

⁵ Sulla presenza economica cinese in Africa, vedi Alberto Belladonna, *La Cina in Africa. Politica, economia e geopolitica passando per la Via della Seta*, 2017, disponibile sul sito: www.isagitalia.org

⁶ Najmul Haider e altri, *Passengers' destinations from China: low risk of Novel Coronavirus (2019-nCoV) transmission into Africa and South America*, in *Epidemiology and Infection*, n. 148, 2020, disponibile sul sito: www.cambridge.org.

introdotto negli aeroporti gli screening test su richiesta del Nigeria Center for Disease Control and Prevention (Nigeria CDC). In realtà, per ridurre al minimo il rischio di epidemia, già il 7 gennaio il Nigeria CDC aveva istituito il National Coronavirus Preparedness Group e individuato tre laboratori per eseguire i test per il COVID-19. Nonostante ad oggi risulti uno dei Paesi africani più colpiti dal virus e il numero dei test eseguiti si aggiri attorno ai 10 mila⁷ per una popolazione di più di 200 milioni di persone, non si può fare a meno di notare come si sia attivata tre settimane prima che l'OMS dichiarasse l'epidemia "a public health emergency of international concern" (PHEIC). D'altronde, molti Paesi africani non sono nuovi ad epidemie su larga scala.

1. L'Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC)

Un'indagine sulla distribuzione temporale e spaziale delle malattie infettive tra il 2016 e il 2018 ha rivelato che 41 Paesi africani (87% del continente) avevano sviluppato un'epidemia nel biennio, mentre 21 Paesi avevano affrontato almeno un'epidemia l'anno (colera, morbillo, malaria o meningite). Tra questi molti si trovano nella fascia sub-sahariana del continente e, in particolare, nella Repubblica Democratica del Congo (RDC), in Nigeria, in Uganda e nel Sud Sudan si sono registrati 15 "public health events" tra il 2016 e il 2018. Secondo gli autori, il cospicuo numero di epidemie o emergenze sanitarie può attribuirsi a diversi fattori che impediscono una risposta rapida ed efficace, come l'alto tasso di densità della popolazione nelle aree urbane, l'urbanizzazione non controllata e la debolezza

dei sistemi sanitari⁸. Proprio la violenta diffusione dell'Ebola virus disease (EVD) tra il 2014 e il 2016 nella Liberia, nella Guinea e nella Sierra Leone ha fatto emergere tutta l'impreparazione dei sistemi di prevenzione e controllo delle malattie e l'assenza di piani di risposta. Non a caso, infatti, a partire dal 2016 l'OMS ha avviato delle riforme approvando dei Programmi per le emergenze sanitarie mondiali e, a seguire, sono stati istituiti l'Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC) e il Pan-African Network for rapid research and response and preparedness for infectious diseases epidemics (PANDORA-ID-NET), un network dedicato alla ricerca e al tracciamento delle malattie potenzialmente epidemiche. Proprio in virtù di queste riforme, recenti pubblicazioni del PANDORA ID-NET affermano che l'Africa risulta più attrezzata rispetto al passato grazie all'esperienza accumulata con l'EVD e agli investimenti nella sanità. Infatti, si sottolinea la repentina risposta di alcuni Paesi nell'individuare e isolare i casi COVID-19 importati⁹. Tuttavia, la novità più importante introdotta dopo l'EVD è proprio l'Africa CDC in quanto si occupa del tracciamento delle malattie potenzialmente infettive, di monitorare l'implementazione dei sistemi di sorveglianza, come l'Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR)¹⁰ e di rafforzare i Centri di Coordinamento Regionali (RCC) attraverso la promozione dello scambio di dati e di statistiche elaborate a livello nazionale. Per questo, il 5 febbraio 2020, l'Africa CDC ha costituito l'Africa Task Force for Novel Coronavirus (AFCOR) per preparare il continente a rispondere al SARS-CoV-2 coinvolgendo tutti i sistemi sanitari pubblici della regione. E a distanza di un mese

⁷ Dato aggiornato al 28 aprile 2020.

⁸ Ambrose O. Talisuna e altri, *Spatial and temporal distribution of infectious disease epidemics, disasters and other potential public health emergencies in the World Health Organisation Africa region, 2016-2018*, in *Globalization and Health*, 2020, disponibile sul sito: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12992-019-0540-4.pdf>

⁹ Nathan Kapata e altri, *Is Africa prepared for tackling the COVID-19 (SARS-CoV-2) epidemic? - lessons from past*

outbreaks, ongoing pan-African public health efforts, and implications for the future, in *International Journal of Infectious Disease*, 2020, disponibile sul sito: <https://www.pandora-id.net/>

¹⁰ L'Ufficio regionale in Africa dell'OMS ha adottato nel 1998 la strategia dell'Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR) dopo il riemergere di focolai di colera, meningite e febbre gialla nel continente.

dall'istituzione della task force *ad hoc*, il direttore dell'Africa CDC, John Nkengasong, ha dichiarato che 43 laboratori in 43 Stati diversi avevano partecipato al training per l'analisi dei tamponi. Ma oltre all'Africa CDC, si è mossa anche l'Unione africana (UA) con l'adozione dell'"Africa Joint Continental Strategy for COVID-19" da parte dei Ministri della Salute di tutti i Paesi membri dell'Organizzazione, poi approvata dall'Assemblea dei Capi di Stato dell'UA il 26 marzo. Intanto, il virus continuava a diffondersi rapidamente e nel bollettino del 29 marzo l'OMS ha registrato la presenza del SARS-CoV-2 in 39 Paesi con incremento del 185% delle infezioni tra la terza e la quarta settimana di marzo.

Prima di osservare l'attuale capacità di risposta dei meccanismi di sorveglianza e monitoraggio e in generale dei sistemi sanitari, si vuole fare un breve riferimento allo scoppio dell'epidemia di Ebola tra il 2014 e il 2016 che aveva messo a dura prova la sanità africana.

2. L'Ebola Virus Disease

Il virus dell'Ebola, con una letalità che oscilla tra il 25 e il 90%, è considerato come "one of the most challenging public health issue in recent years"¹¹. L'OMS viene ufficialmente informata della presenza di focolai epidemici il 12 marzo 2014 anche se successive ricerche di epidemiologi hanno concluso che l'EVD si era già diffusa a dicembre 2013 in Guinea¹². Dopo l'istituzione del Global Outbreak Alert and Response Network, la dichiarazione della PHEIC è arrivata soltanto l'8 agosto 2014¹³ e verrà poi ritirata il 29 marzo 2016 quando si

contavano 28 652 casi totali (confermati e sospetti) in 10 Paesi, tra cui Guinea, Liberia, Mali, Sierra Leone e Senegal. L'EVD, che prima di allora si era manifestata soltanto nell'Africa centrale, costituiva una novità per i Paesi occidentali del continente e mise in seria difficoltà i loro deboli sistemi sanitari. Infatti, un articolo pubblicato sul *Journal of Public Health in Africa* ha concluso che nessuno degli Stati colpiti dal virus tra il 2014 e il 2016 aveva la capacità di rispondere all'epidemia a causa di diversi fattori: il numero di dottori ogni 1000 abitanti, la quantità di posti letto nelle strutture ospedaliere e la spesa sanitaria. La Guinea, per esempio, aveva 0.1 medici ogni 1000 abitanti, la Liberia 0.014, il Senegal 0.395 e la Sierra Leone 0.22¹⁴. A questi si aggiunge anche l'impreparazione -se non la mancanza- dei sistemi di sorveglianza che sono preposti a monitorare la nascita dei focolai epidemici e la scarsa presenza di laboratori tecnologicamente avanzati in grado di isolare il virus (un'eccezione è costituita dall'Uganda Virus Research Institute ospita il Laboratory Diagnostics on Ebola Viral Infection in Real Time). Infatti, basti pensare che l'Epstein-Barr virus (EBV) è stato confermato dall'Institute Pasteur in Francia soltanto a marzo 2014 nonostante circolasse nelle comunità rurali dell'Africa occidentale da dicembre 2013¹⁵. Quindi, in conclusione, al ritardo nella comunicazione della presenza del virus all'OMS e alla cattiva gestione dell'epidemia hanno contribuito i seguenti fattori: le deboli reti di sorveglianza e preventive warning, l'inefficacia dei sistemi di documentazione e gestione dei dati,

¹¹ Semeeh A. Omoleke e altri, *Ebola viral disease in West Africa: a threat to global health, economy and political stability*, in *Journal of Public Health in Africa*, vol. 7, 2016, disponibile sul sito: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5349256/pdf/jphia-2016-1-534.pdf>.

¹² Viene citato il caso di un bambino di 2 anni della Guinea che morirà a causa dell'EVD il 6 dicembre 2013.

¹³ Steven J. Hoffman e Sara L. Silverberg, *Delays in Global Disease Outbreak Responses: Lessons from H1N1, Ebola, and Zika*, in *AJPH*, n. 3, vol. 108, 2018, p.

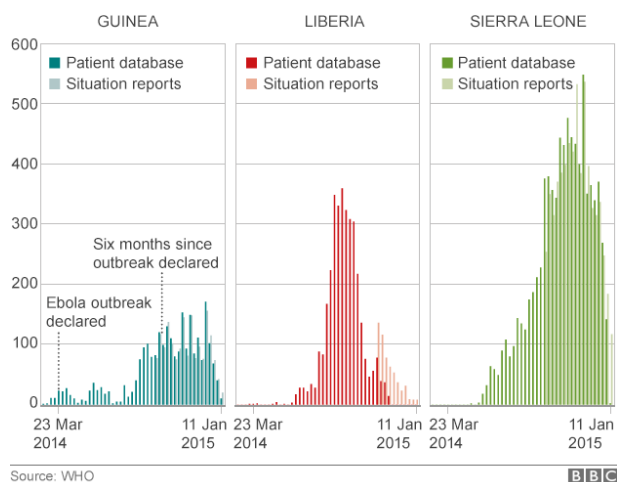
39, disponibile sul sito: https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2017.304245?utm_content=buffer7820b&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer&.

¹⁴ Questi dati sono reperibili sul sito della World Bank, <http://datatopics.worldbank.org/health/>.

¹⁵ Semeeh A. Omoleke e altri, *Ebola viral disease in West Africa: a threat to global health, economy and political stability*, cit., p. 331.

l'inadeguatezza delle scelte politiche e la poca preparazione del personale. A confermare ciò è il fatto che le morti causate dall'EVD tra dicembre 2013 e marzo 2014 sono state ricondotte al colera o alla febbre di Lassa.

Weekly reported Ebola cases



I vari commenti e studi intervenuti sulla gestione dell'emergenza sanitaria tra il 2014 e il 2016 son spesso arrivati a conclusioni differenti. Un articolo pubblicato su *AJPH* imputa i ritardi ad altre cause e per esempio al fatto che il focolaio epidemico sviluppatosi a fine 2013 si era poi propagato, diversamente dal passato, nelle aree urbane e ciò può aver provocato dei problemi e dei ritardi nella mobilitazione delle risorse necessarie a contenere l'epidemia¹⁶. In altre parole, l'articolo conclude che il caso

dell'EVD ha mostrato non tanto l'impreparazione dei sistemi di sorveglianza quanto piuttosto la lenta risposta da parte delle istituzioni. Ma al di là delle diverse conclusioni che si possono trarre dall'esperienza dell'Ebola, il periodo successivo è stato caratterizzato da varie riforme intese a migliorare la capacità di tutti i sistemi e i meccanismi sopracitati, soprattutto quello dell'IDSR¹⁷. Infatti, in una interessante ricerca del *BMJ Global Health* si è confrontato il livello di implementazione dell'IDSR nel 2014 con quello nel 2017¹⁸. I dati raccolti mostrano che nel periodo post-Ebola 33 Paesi stavano attuando il sistema di sorveglianza e tra questi 32 avevano un meccanismo di reporting e di condivisione delle informazioni¹⁹; mentre se si guarda agli Stati che oltre ad implementare l'IDSR avevano formato il 90% degli operatori sanitari, il numero dei Paesi scende a 12 (nel 2014 erano 6). Ma la ricerca osserva anche l'Event-based surveillance (EBS) che è stato pensato proprio per catturare in tempi rapidi più informazioni possibili su un potenziale rischio per la salute²⁰ e poi filtrare i dati raccolti attraverso l'Indicator-based surveillance (IBS). Nel 2017 i Paesi che lo implementavano erano ben 35, ma soltanto 10 "with 100% district coverage". Un altro dato interessante da notare è che nel 2017 solo 13 341 operatori su 121 587 erano stati formati su come lavorare i dati che ricevevano dagli Stati.

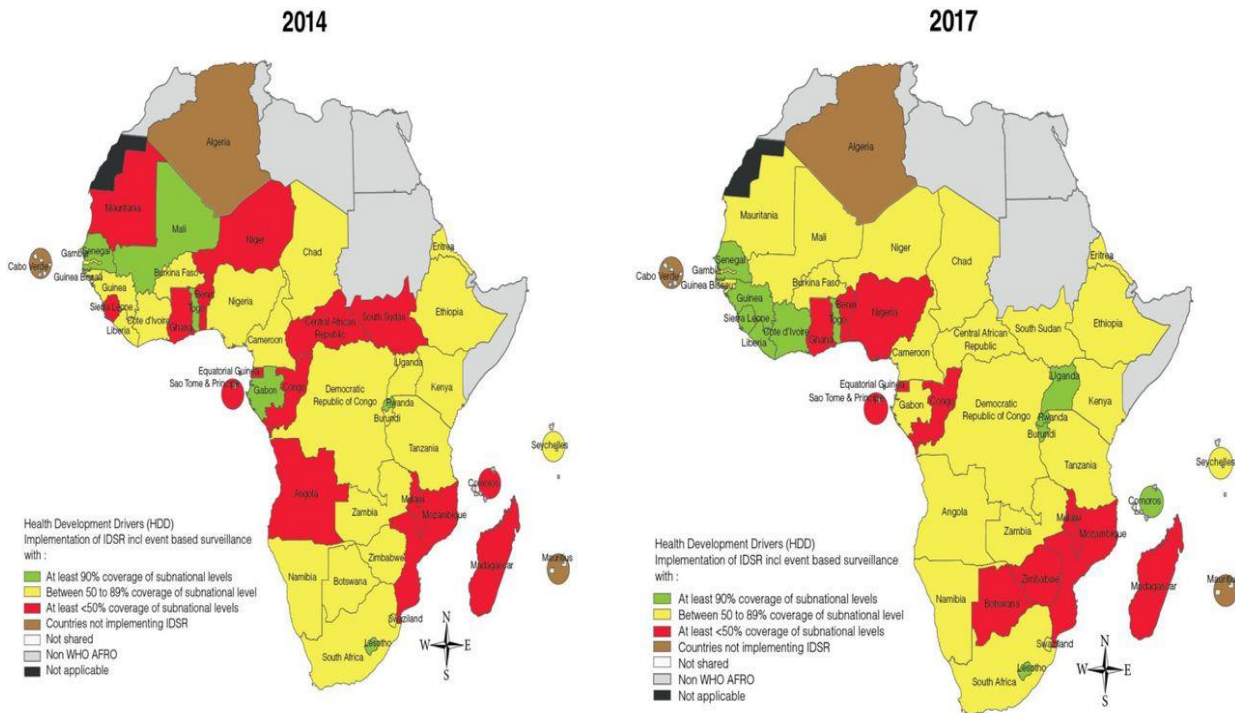
¹⁶ Semech A. Omoleke e altri, *Ebola viral disease in West Africa: a threat to global health, economy and political stability*, cit., p. 331.

¹⁷ *Ibidem*, cit., p. 332.

¹⁸ Ibrahima S. Fall e altri, *Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR) strategy: current status, challenges and perspectives for the future in Africa*, in *BMJ Global Health*, 2019, disponibile sul sito: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/4/e001427.full.pdf>. "The first KPI measures country IDSR performance and the second KPI tracks the number of countries that the WHO secretariat supports to scale up IDSR".

¹⁹ Ibrahima S. Fall e altri, *Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR) strategy: current status, challenges and perspectives for the future in Africa*, cit., pp. 3-4.

²⁰ *Ibidem*, cit., p.3: "All alerts may not necessarily become real events [...] Alerts which may signify potential risks could include: unexplained clustering of cases of a disease or syndromes, unusual disease patterns or unexpected deaths in the community; potential exposure for humans to toxins, diseases and deaths in animals, contaminated food products or water, and environmental hazards including chemical and radionuclear events".



©BMJ Global Health

Pur sottolineando i miglioramenti che ci sono stati dal 2014 al 2017, i risultati non si possono ritenere soddisfacenti e questo per la grande importanza dei meccanismi di sorveglianza in un continente con un grande numero di “public health events”. Infatti, partendo dal presupposto che le malattie infettive possono riemergere, investire nei sistemi di prevenzione e controllo significa evitare effetti catastrofici per la popolazione. La conclusione a cui giunge questa ricerca sembra spiegare meglio i ritardi nella gestione della crisi sanitaria del 2014-16 perché evidenzia l’incapacità o l’assenza dei sistemi di controllo e *preventive warning* in alcuni dei Paesi più colpiti. Un altro studio che riflette sulla capacità di resilienza dei sistemi sanitari africani dopo l’EVD è stato pubblicato da un gruppo di esperti della Johns Hopkins Center for Health Security che ha preso come riferimento degli indicatori differenti a quelli citati nelle ricerche precedenti e cioè la coordinazione e la cooperazione con i partner

interni ed esterni al sistema sanitario nazionale; la presenza di una struttura di comando istituita precedentemente all’emergenza; la flessibilità dell’accesso ai fondi per le emergenze/crisi; l’accesso alle forniture mediche e dispositivi di protezione per il personale medico; la formazione degli operatori sanitari; un piano post-emergenza, etc.²¹ Anche questo conclude che nel caso africano vi è stato un generale miglioramento grazie anche agli investimenti del Fondo Monetario Internazionale e delle Nazioni Unite che hanno sviluppato nella “Global health security agenda” una strategia globale post-Ebola.

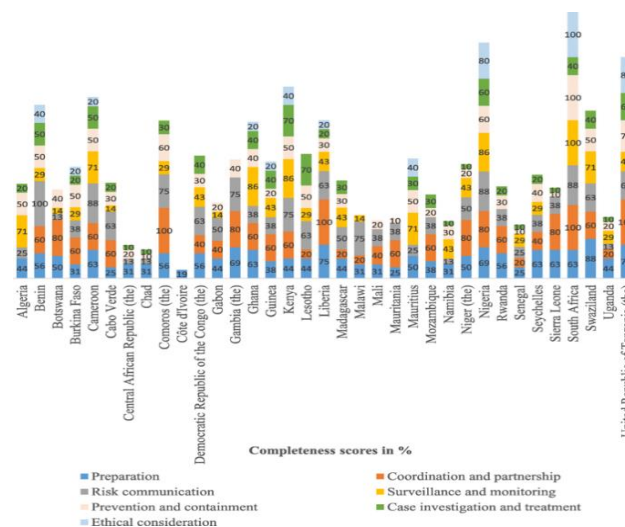
A questo punto, ci si chiede se gli sforzi fatti per potenziare diversi meccanismi siano sufficienti per affrontare una pandemia e, soprattutto, il SARS-CoV-2 che è un virus più facilmente trasmissibile di quello dell’Ebola e che è già stato confermato in 46 Paesi del continente.

²¹ Jennifer B. Nuzzo e altri, *What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review*, cit., p. 4.

3. I piani di risposta alla pandemia in Africa

L'11 marzo, l'OMS ha dichiarato il COVID-19 pandemia²² dopo che si erano verificati più di 118 000 casi in 114 Paesi. Per preparare gli Stati ad affrontare una eventuale pandemia e a mitigarne gli effetti, nel 1999 sono state sviluppate delle linee guida, revisionate nel 2005 e poi nel 2009. Ciascuno Stato è invitato dall'OMS a sviluppare dei piani nazionali e a adattarli alle esigenze e ai bisogni specifici del Paese. Così tra il 2005 e il 2007 diversi Stati africani hanno regolato dei loro protocolli che sono stati poi applicati durante la precedente pandemia dell'influenza A (H1N1). In un articolo pubblicato su *BMC Infectious Diseases* nel 2018 si è studiata la preparazione del continente africano ad una pandemia influenzale sulla base di 21 fattori indicativi sviluppati dall'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDP)²³. Dei 47 Stati che compongono la regione africana, soltanto 35 hanno fornito informazioni a riguardo e tra questi il 60% ha sviluppato il suo piano a partire dal 2006. Tra gli indicatori presi in considerazione ci sono: preparation; risk communication; prevention and containment; ethical consideration; coordination and partnership; surveillance and monitoring; case investigation and treatment. Se si guarda alla categoria dei meccanismi di sorveglianza e monitoraggio, la media dei Paesi africani si aggira attorno al 34% e non può non colpire e la "bassa performace" in questo settore. Tuttavia, 32 Paesi hanno riportato di avere un comitato nazionale che si occupa di monitorare

la preparazione del sistema sanitario nazionale, mentre 25 Stati hanno dichiarato di avere una



© *BMC Infectious Diseases*

struttura di controllo che registra e condivide con le regioni i dati sull'influenza e informazioni epidemiologiche. Ma dalla ricerca emerge anche che solo 6 Paesi possiedono un sistema computerizzato che funziona da "early warning system that can readily give real-time data on influenza outbreak"²⁴. Quindi, nonostante la presenza del sistema IDSR in molti Paesi, i meccanismi di sorveglianza poco sofisticati o l'assenza dei National influenza centres (NIC) e Influenza assessment centres (IAC) incidono comunque negativamente sulla capacità di affrontare una pandemia. Perciò, essere dotati di un piano di risposta non significa necessariamente essere in grado di agire in modo efficiente anche perché i protocolli necessitano di essere aggiornati per non diventare obsoleti. A tal proposito, la ricerca ha

²² Secondo la definizione dell'OMS, "una pandemia è la diffusione in tutto il mondo di una nuova malattia e generalmente indica il coinvolgimento di almeno due continenti, con una sostenuta trasmissione da uomo a uomo. La gravità di una malattia non è il parametro decisivo perché venga dichiarata una pandemia, che riguarda invece l'efficacia con la quale una malattia si diffonde". Definizione tratta da: <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01149143.pdf>

²³ *Guide to revision of national pandemic influenza preparedness plans - Lessons learned from the 2009 A(H1N1) pandemic*, 2017, disponibile sul sito: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Guide-to-pandemic-preparedness-revised.pdf>

²⁴ Evanson Z. Samabala e altri, *Pandemic influenza preparedness in the WHO African region: are we ready yet?*, cit., p. 9.

rilevato che solo 7 Paesi avevano apportato delle modifiche dopo il 2009 e tra questi, il Sudafrica risultava quello che si era più impegnato a modificare il suo piano tra il 2006 e il 2018 e a sviluppare “a strategic plan outlining a comprehensive approach to influenza prevention and control”. Nel rapporto annuale del 2019, anche il Global Preparedness Monitoring Board ha riportato i progressi fatti in Africa sulla preparazione alle emergenze sanitarie riferendosi in particolare al piano strategico quinquennale per indirizzare al meglio i finanziamenti esterni dell’Africa CDC e all’attività di supporto del West Africa Regional Disease Surveillance Systems Enhancement Project in 11 Paesi dell’area occidentale per lo sviluppo della capacità di sorveglianza e risposta alle malattie²⁵.

Altre novità sono state osservate in un articolo pubblicato a febbraio 2020 su *The Lancet* a proposito della preparazione del continente africano alla nuova pandemia da COVID-19. Gli autori si sono concentrati sulla capacità di risposta dei Paesi ai casi importati dalla Cina sulla base di criteri stabiliti dall’OMS e cioè gli International Health Regulations (IHR)²⁶ Monitoring and Evaluation Framework (MEF) che rivelano le vulnerabilità di fronte alle emergenze sanitarie. A questi si aggiunge anche un altro indicatore, l’Infectious Disease Vulnerability Index (IDVI), che è influenzato dalla ricchezza del Paese e dalle risorse investite

per la rilevazione, la prevenzione e il controllo delle epidemie. Complessivamente i Paesi del continente africano mostrano un livello di capacità di risposta e vulnerabilità molto variegato. Per esempio, sono diversi quelli che presentano un IDVI basso (<46), e quindi un’alta vulnerabilità, ad eccezione dell’Algeria con il 49% e il Sudafrica con il 69%²⁷. Pur riconoscendo lo sforzo di diversi Paesi nel migliorare la loro preparazione, si osserva che molti altri rimangono in una condizione grave perché non hanno la capacità di diagnosticare il virus in tempi rapidi in quanto i test devono essere eseguiti all’estero e ciò implica ovviamente un ritardo nell’identificazione dei casi sospetti, nella conferma del virus e nell’isolamento dei soggetti.

Tra i dati più aggiornati sulla capacità di resilienza dei sistemi sanitari, vi sono quelli raccolti dal [Prevent Epidemics ReadyScore](#) sulla base dei Joint External Evaluation (JEE) mission reports dell’OMS²⁸. A ciascun Paese viene assegnato un punteggio e osservando la regione africana si nota immediatamente che nessuno dei Paesi raggiunge la fascia più alta e che la maggioranza di essi è classificata come non pronta. L’unico Stato a risultare più preparato è l’Etiopia ma esclusivamente nell’indicatore relativo alle politiche nazionali e agli investimenti per supportare la preparazione alla prevenzione delle epidemie. Con questi dati concorda anche il [Global Health Security](#)

²⁵ Global Preparedness Monitoring Board, *A world at risk. Annual report on global preparedness for health emergencies*, 2019, p. 19, disponibile sul sito: https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_Annual_Report_English.pdf.

²⁶ Sono stati sviluppati dall’OMS nel 2016 dopo che diversi rapporti mostrarono la necessità e l’urgenza di migliorare la capacità di risposta degli Stati. A tal proposito si veda OMS, *Report of the Ebola Interim Assessment Panel*, 2015; e la ricerca indipendente dell’Harvard-LSHTM Independent Panel on the Global Response to Ebola, *Will Ebola change the game? Ten essential reforms before the next pandemic*, in *The Lancet*, 2015, vol. 386, disponibile sul sito: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2815%2900946-0>.

²⁷ Marius Gilbert e altri, *Preparedness and vulnerability of African countries against importations of COVID-19: a modelling study*, in *The Lancet*, vol. 395, 2020, pp. 874-875.

²⁸ Diversi i fattori che influiscono sull’indice come la qualità dei laboratori di analisi, il sistema di sorveglianza, i piani di preparazione, le politiche nazionali e i finanziamenti per supportare la preparazione alla prevenzione delle epidemie.

[Index](#) sviluppato dal Johns Hopkins Center for Health Security insieme al Nuclear Threat Initiative e all'Economist Intelligence Unit. Le differenze tra i due indici sono minime, ma nel caso del Global Health Security Index è il Kenya a raggiungere il punteggio più alto sia nella categoria relativa all'individuazione delle epidemie che potrebbero causare "a potential international concern" che a quella sull'impegno a migliorare la capacità di risposta.

4. La risposta dell'Africa al SARS-CoV-2

Come già detto, nel 2014-2016 la capacità di preparazione e risposta dei sistemi sanitari dei tre Paesi più colpiti era minima, ma anche i Paesi più sviluppati si sono trovati in difficoltà di fronte ad alcune emergenze sanitarie, come nel caso della Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) in Canada e della Middle East Respiratory Syndrome (MERS) in Corea. Proprio per questo, a fine gennaio 2020, l'OMS ha posto l'attenzione su 13 Paesi africani (Algeria, Angola, Costa d'avorio, Etiopia, Ghana, Kenya, Mauritius, Nigeria, Repubblica Democratica del Congo, Sudafrica, Tanzania, Uganda e Zambia) individuati come quelli più esposti al rischio della diffusione del SARS-CoV-2 sulla base dei flussi di persone provenienti dalla Cina. E, contemporaneamente, l'U.S. Centers for Disease Control and Prevention rafforzava la cooperazione con i Ministeri della salute africani sottolineando l'importanza della regione nel contenimento globale della pandemia²⁹.

L'impatto che il COVID-19 potrebbe avere in Africa è stato analizzato da Shannon Smith dell'Africa Center for Strategic Studies la quale ha affermato che l'Africa potrebbe avere più

vantaggi nella lotta al COVID-19 rispetto ad alcuni Paesi europei grazie alla sua composizione demografica. Infatti, l'età media della regione si aggira attorno ai 20 anni mentre quella europea è di 42 anni³⁰ e questo potrebbe significare avere meno complicazioni per i pazienti affetti dal virus, una minore pressione sui sistemi sanitari e anche una mortalità inferiore. Tuttavia, a questa considerazione se ne aggiunge un'altra sul pericolo della diffusione del virus tra gli operatori sanitari visto che l'Africa è il continente con il più basso numero di dottori pro capite³¹. Ma a preoccupare maggiormente è l'impatto del COVID-19 in quei Paesi che stanno già affrontando la tubercolosi, l'HIV/AIDS e la malaria perché i sistemi sanitari potrebbero di fatto non essere pronti a sostenere più emergenze sanitarie contemporaneamente. Si teme infatti che le risorse finiranno per concentrarsi su una crisi piuttosto che su un'altra, come già accaduto con un focolaio di morbillo nella RDC durante l'EVD o con l'HIV/AIDS in Africa occidentale che causò la morte di 10 mila persone tra il 2014 e il 2016³². In altre parole, si pensa che tutte le risorse che ora si stanno impiegando per combattere la pandemia possano distogliere l'attenzione da altre gravissime crisi sanitarie e umanitarie. Ma per comprendere meglio queste preoccupazioni, si è scelto di prendere in considerazione la qualità dei sistemi sanitari, la densità della popolazione nelle zone urbane e la presenza di conflitti sulla base dei dati raccolti dall'[Africa Center for Strategic Studies](#)³³. Visto che secondo le stime elaborate dalla United Nations Economic Commission for Africa (UNECA), le persone affette dal COVID-19 potrebbero essere circa 123 milioni, le vittime più di 300 000 e le persone che potrebbero

²⁹ Shannon Smith, *What the Coronavirus Means for Africa*, 2020, disponibile sul sito: <https://africacenter.org/spotlight/what-the-coronavirus-means-for-africa/>.

³⁰ Dato aggiornato al 2019.

³¹ Già durante l'emergenza dell'EVD si era presentato questo problema con la morte di molti medici, infermieri e ostetriche (in Liberia l'8% e in Guinea il 7%). A tal proposito si veda *Cost of the Ebola epidemic*, disponibile

sul sito: <https://www.cdc.gov/vhf/ebola/history/2014-2016-outbreak/cost-of-ebola.html>.

³² Shannon Smith, *Managing Health and Economic Priorities as the COVID-19 Pandemic Spreads in Africa*, 2020, disponibile sul sito: <https://africacenter.org/spotlight/managing-health-economic-priorities-covid-19-pandemic-spreads-africa/>.

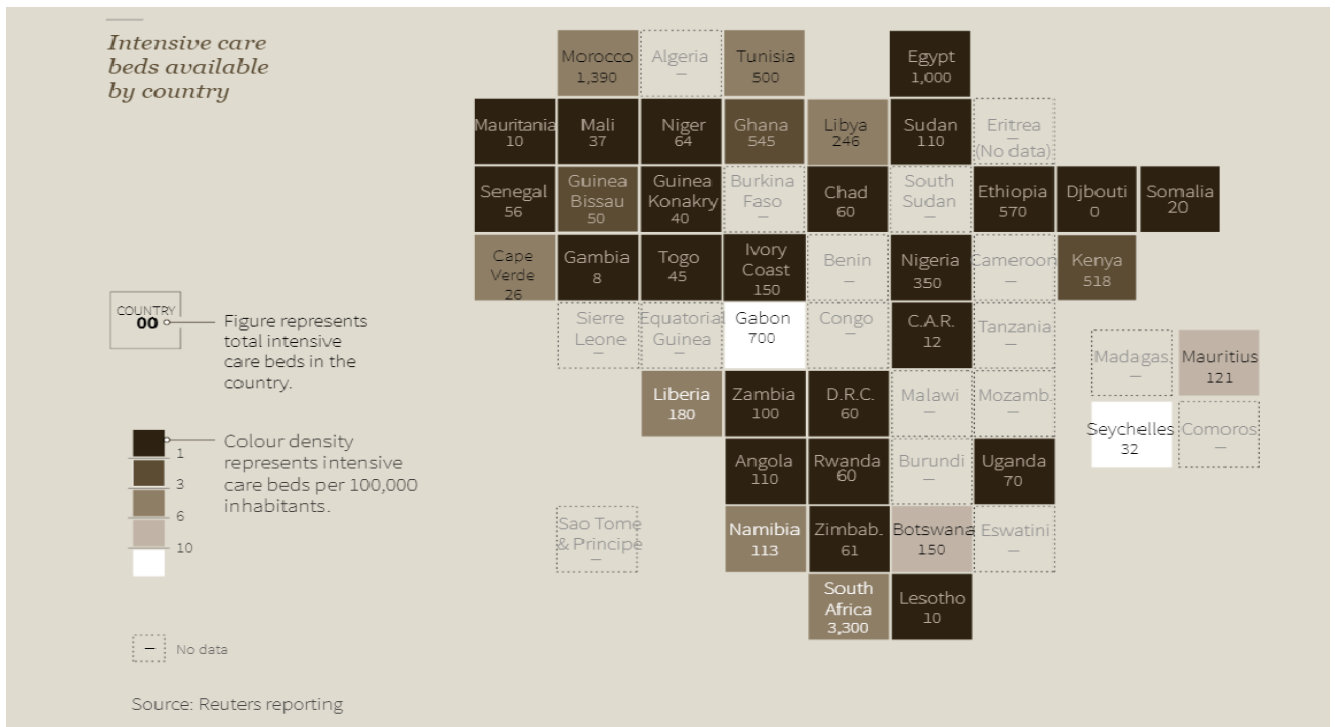
³³ Dati aggiornati ad aprile 2020.

necessitare di un ricovero oltre 4 milioni³⁴, si ritiene utile concentrarsi sulla quantità di Intensive Care Units (ICU) e ventilatori nei Paesi per capire la reale capacità delle strutture sanitarie di accogliere i pazienti più gravi affetti dal nuovo coronavirus. I dati più aggiornati sono quelli di un'indagine di Reuters pubblicata a maggio 2020 che fotografa la condizione generale della salute pubblica in Africa. Secondo il sondaggio, in tutto il continente ci sono 9 800 ICU e la carenza dei posti letto è particolarmente evidente nelle tre nazioni più popolate, l'Etiopia, la Nigeria e l'Egitto³⁵, che contano soltanto 1 920 ICU per oltre 400 milioni di persone. Non va meglio nelle Mauritius che ne possiedono 121 e neppure in Ciad con appena 10 ICU. Mentre, per quanto riguarda i ventilatori disponibili, ve ne sono soltanto 9 300 e sono distribuiti in modo fortemente disomogeneo tra gli Stati. Per esempio, la Mauritania ne ha 1, la Liberia 6, il Mozambico 24, l'Uganda 268 e altri Paesi, come la Guinea Bissau, non ne hanno affatto. Una considerazione a parte va fatta per il Sudafrica che dispone di 1 300 ventilatori -un numero cospicuo se paragonato a quello degli altri Stati- ma più della metà si trovano in strutture ospedaliere private e la maggior parte della sua popolazione non può permettersi le cure della sanità privata; tuttavia il Ministero della Salute contattato da Reuters ha risposto che in caso di emergenza le strutture private metteranno a disposizione le attrezzature

necessarie per il trattamento dei pazienti COVID-19. In alcuni casi, al problema degli ICU e dei ventilatori si aggiunge quello della carenza dell'ossigeno: per esempio, il Kenya dichiara che, pur possedendo 300 ventilatori, ha una "critical shortage" di ossigeno e il 94% di ICU è già occupato da pazienti non COVID-19. Anche relativamente ai laboratori si evidenziano gravi carenze perché, secondo quanto riportato dall'Africa CDC, sono stati eseguiti soltanto 685 test ogni milione di persone. In confronto, in Europa si contano tra i 17 e i 23 milioni di test per milione di abitanti. Questa difficoltà dei laboratori si deve attribuire principalmente alla carenza di personale, come dimostra il caso del Kenya che avrebbe la possibilità di svolgere 37.000 test al giorno e invece ne esegue soltanto 26 000. In generale, l'assenza di personale e di kit di raccolta dei campioni e il basso numero di ICU rispetto alla popolazione può spiegarsi con il fatto che formare il personale, mantenere gli ICU, comprare i macchinari per la ventilazione e sottoporli a manutenzione è costoso e la gestione può risultare difficile per un sistema sanitario con pochi fondi a disposizione. Perciò, visti i dati raccolti e l'incapacità di condurre test a sufficienza per mappare la popolazione e osservare la distribuzione del virus nel territorio, con grande probabilità i contagi riportati dalle autorità nazionali continueranno ad essere sempre nettamente inferiori alle stime e ai numeri reali.

³⁴ Katharine Houreld e altri, *Virus exposes gaping holes in Africa's health systems*, in *Reuters*, 2020, disponibile sul sito: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-africa-response-ex/exclusive-virus-exposes-gaping-holes-in-africas-health-systems-idUSKBN22J1GZ>

³⁵ Nella ricerca di Reuters viene inserito anche l'Egitto, nonostante l'OMS lo includa nell'Eastern Mediterranean Region.



Dai dati ricavati sul contagio in Europa, si osserva come le zone urbane siano state maggiormente colpite dal virus e considerando che alcune città africane sono più densamente popolate di quelle europee e americane³⁶, si ritiene che la tardiva risposta al virus in Africa potrebbe essere influenzata proprio da questo fattore. D'altronde, una forte concentrazione della popolazione nelle città impone alle autorità numerose sfide: l'organizzazione degli spostamenti, la difficile attività di monitoraggio e di isolamento dei pazienti o casi sospetti, etc. Infine, una breve considerazione sui conflitti armati in Africa e la loro correlazione con la pandemia. In un contesto di guerra, lo Stato non ha il pieno controllo del territorio e le strutture sanitarie gravemente danneggiate dagli attacchi e carenti di personale rendono la gestione di un'emergenza sanitaria estremamente difficile: basti pensare al forte impatto che sta avendo il clima di violenza in Sahel sia sulla qualità della salute della

popolazione che non ha un pieno accesso alle cure mediche di routine sia sulla capacità dei sistemi sanitari di intervenire sull'epidemia COVID-19. Ma i conflitti preoccupano anche perché migliaia di persone sono costrette a fuggire e nel contesto di una pandemia questi spostamenti su larga scala, oltre ad essere difficili da controllare, possono esporre la popolazione ad un maggiore rischio di contagio;



³⁶ *Mapping Risk Factors for the Spread of COVID-19 in Africa*, 2020, disponibile sul sito: <https://africacenter.org/spotlight/mapping-risk-factors-spread-covid-19-africa/#density>

inoltre, i rifugiati e gli internally displaced persons (IDPs) finiscono in campi o in insediamenti informali dove le condizioni igienico-sanitarie e l'accesso alle cure mediche sono pressoché inesistenti. E sebbene finora nessun caso COVID-19 sia stato confermato nei campi profughi che ospitano complessivamente circa 25 milioni di persone, occorrerebbe chiedersi se le strutture sanitarie presenti nei campi -quando ci sono- abbiano a disposizione i tamponi e il materiale per individuare i casi COVID-19 e lo spazio necessario per l'isolamento dei pazienti. Nonostante le richieste del Segretario Generale delle Nazioni Unite di un cessate il fuoco globale per permettere ai Paesi di essere meglio preparati ad affrontare il COVID-19, le violenze nel Burkina Faso, in Ciad, in Sudan e in Camerun non si sono fermate.

Riflessioni conclusive

Alla luce di quanto scritto, si ritengono ampiamente condivisibili le preoccupazioni dell'OMS in quanto, nonostante molti Paesi abbiano dei piani di preparazione alla pandemia e dei laboratori per eseguire i test, i primi risultano per lo più obsoleti e inadeguati mentre i secondi soffrono della carenza di personale preparato. A questo si deve aggiungere un limitato accesso all'assistenza sanitaria per una parte consistente della popolazione del continente e una debolezza strutturale del sistema sanitario africano. Per avere un'idea di cosa ne sarà dell'Africa dopo l'emergenza COVID-19 da un punto di vista sanitario ed economico si veda il rapporto "COVID-19 in Africa: protecting lives and economies"³⁷ pubblicato dall'UNECA. Secondo la Commissione, l'economia africana potrebbe subire una contrazione che oscilla tra

l'1.8 e il 2.6% e l'impatto potrebbe farsi sentire per molti anni a venire. Ma gli esperti avvertono anche degli effetti collaterali della pandemia, come un peggioramento dell'insicurezza alimentare acuta nella RDC, in Sud Sudan e nello Zimbabwe³⁸ e un drammatico aumento delle persone che vivono sotto la soglia di povertà. Infatti, in un continente già afflitto da guerre e instabilità, il COVID-19 non rischia soltanto di travolgere il sistema sanitario africano, ma anche di aggravare le preesistenti crisi umanitarie e proprio per questo si ritiene necessario pensare fin da ora ad una strategia per il post-COVID-19 in grado di intervenire efficacemente sulla sanità e sul tessuto socioeconomico africano. Dal canto suo, anche l'Europa dovrebbe interrogarsi sul futuro dell'Africa perché è lecito aspettarsi un importante flusso di persone in età lavorativa dopo la fine della pandemia.

Già l'epidemia di Ebola aveva dimostrato l'importanza di investire nella ricerca e nei sistemi di monitoraggio delle malattie infettive per il benessere della popolazione africana e mondiale ma quasi 5 anni dopo, in un mondo più interconnesso e tecnologicamente avanzato di allora, il SARS-CoV-2 rischia comunque di essere una sfida insostenibile per l'Africa.

³⁷ Rapporto disponibile sul sito: <https://www.uneca.org/publications/covid-19-africa-protecting-lives-and-economies>

³⁸ Global Network Against Food Crisis, *Global reports on food crises*, 2020, disponibile sul sito:

https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000114546/download/?_ga=2.264204170.740240224.1588077562-1717703878.1587919515

Riferimenti bibliografici

Fall I. S. e altri, *Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR) strategy: current status, challenges and perspectives for the future in Africa*, in *BMJ Global Health*, 2019, disponibile sul sito: <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/4/4/e001427.full.pdf>

Gilbert M. e altri, *Preparedness and vulnerability of African countries against importations of COVID-19: a modelling study*, in *The Lancet*, vol. 395, 2020.

Global Preparedness Monitoring Board, *A world at risk. Annual report on global preparedness for health emergencies*, 2019, disponibile sul sito: https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_Annual_Report_English.pdf.

Global Network Against Food Crisis, *Global reports on food crises*, 2020, disponibile sul sito: https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000114546/download/?_ga=2.264204170.740240224.1588077562-1717703878.1587919515.

Guide to revision of national pandemic influenza preparedness plans - Lessons learned from the 2009 A(H1N1) pandemic, 2017, disponibile sul sito: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Guide-to-pandemic-preparedness-revised.pdf>.

Haider N. e altri, *Passengers' destinations from China: low risk of Novel Coronavirus (2019-nCoV) transmission into Africa and South America*, in *Epidemiology and Infection*, n. 148, 2020, disponibile sul sito: www.cambridge.org.

Hoffman S. J. e Silverberg S. L., *Delays in Global Disease Outbreak Responses: Lessons from H1N1, Ebola, and Zika*, in *AJPH*, n. 3, vol. 108, 2018, disponibile sul sito: https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2017.304245?utm_content=buffer7820b&utm_medium=social&utm_source=twitter.com&utm_campaign=buffer&.

Hourelid K. e altri, *Virus exposes gaping holes in Africa's health systems*, in *Reuters*, 2020, disponibile sul sito: <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-africa-response-ex/exclusive-virus-exposes-gaping-holes-in-africas-health-systems-idUSKBN221IGZ>.

Kapata N. e altri, *Is Africa prepared for tackling the COVID-19 (SARS-CoV-2) epidemic? - lessons from past outbreaks, ongoing pan-African public health efforts, and implications for the future*, in *International Journal of*

Infectious Disease, 2020, disponibile sul sito: <https://www.pandora-id.net/>.

Mapping Risk Factors for the Spread of COVID-19 in Africa, 2020, disponibile sul sito: <https://africacenter.org/spotlight/mapping-risk-factors-spread-covid-19-africa/#density>.

Nuzzo B. J. e altri, *What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review*, in *BMC Public Health*, 2019, disponibile sul sito: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6798426/>.

Omoleke S. A. e altri, *Ebola viral disease in West Africa: a threat to global health, economy and political stability*, in *Journal of Public Health in Africa*, vol. 7, 2016, disponibile sul sito: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5349256/pdf/jphia-2016-1-534.pdf>.

Samabala E. Z. e altri, *Pandemic influenza preparedness in the WHO African region: are we ready yet?*, in *BMC Infectious Diseases*, 2018, disponibile sul sito: <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12879-018-3466-1>.

Smith S., *Managing Health and Economic Priorities as the COVID-19 Pandemic Spreads in Africa*, 2020, disponibile sul sito: <https://africacenter.org/spotlight/managing-health-economic-priorities-covid-19-pandemic-spreads-africa/>.

Smith S., *What the Coronavirus Means for Africa*, 2020, disponibile sul sito: <https://africacenter.org/spotlight/what-the-coronavirus-means-for-africa/>.

Talisuna A. O. e altri, *Spatial and temporal distribution of infectious disease epidemics, disasters and other potential public health emergencies in the World Health Organisation Africa region, 2016-2018*, in *Globalization and Health*, 2020, disponibile sul sito: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12992-019-0540-4.pdf>.

United Nations Commission for Africa, *COVID-19 in Africa: protecting lives and economies*, 2020, disponibile sul sito: <https://www.uneca.org/publications/covid-19-africa-protecting-lives-and-economies>.

World Health Organization. Regional Office for Africa, *Situation Reports*, disponibili sul sito: <https://www.afro.who.int/health-topics/coronavirus-covid-19>

