

**Imparare la lezione,
prevenire e affrontare
le future pandemie
per garantire
la salute globale**



Redazione e ricerca a cura di Elisa Bernelli, Stefania Burbo, Marco Simonelli.

Le Ong Amref Health Africa, Cospe, Cmsr, Co.P.E., Medici con l'Africa Cuamm, Medicus Mundi Italia e World Friends, componenti del Network Italiano Salute Globale, hanno contribuito al rapporto fornendo le informazioni, di cui sono responsabili, relative alle testimonianze sul campo. In particolare hanno redatto i testi: Daniela Cuomo per Cmsr; Caterina Rizzoni per Cospe; Federica Stornelli, Gianluca Scerri e Manuele Manente per Co.P.E.; Roberta Rughetti per Amref Health Africa; Carlo Cerini e Massimo Chiappa per Medicus Mundi Italia; Andrea Atzori e Giovanna De Meneghi per Medici con l'Africa Cuamm; Alessandro Dadomo, Silvana Merico, Gianfranco Morino e Alexander Startsev per World Friends.

Editing a cura di Barbara Romagnoli. Progetto grafico e impaginazione a cura di Tiziano Zuliani.

Foto di copertina e foto alle pag. 3/5/8/9/11/12 © *Amici del Mondo - World Friends Onlus* - Foto a pag. 7 © *Global Fund - Georgia*
Foto a pag. 10 © *Global Fund - India* - Foto a pag. 13 © *Co.P.E.* - Foto a pag. 14 © *Global Fund/ John Rae* - Foto a pag. 15 © *Co.P.E.*
Foto a pag. 16 © *Co.P.E.* - Foto a pag. 17 © *Global Fund - Thailandia* - Foto a pag. 18 in basso © *Global Fund - Cambogia* e in alto © *Medicus Mundi Italia*
Foto a pag. a 20 © *Global Fund*

Policy Paper pubblicato nell'ambito del progetto "Global Health 4 all" [2020-2023] coordinato da Aidos per il Network italiano Salute Globale. Dati e informazioni contenuti nel presente documento sono validi fino al 10 giugno 2022.

Info e contatti press@networksaluteglobale.it - www.networksaluteglobale.it



Ripartiamo dalla salute

Il Covid-19 ha evidenziato l'incapacità, a livello mondiale, di prevedere, prepararsi e rispondere efficacemente alle pandemie, con conseguenze umane, sociali ed economiche devastanti. Non solo, decenni di indebolimento o di insufficiente sviluppo dei sistemi sanitari pubblici hanno messo in luce il mancato riconoscimento del valore del contributo dei sistemi comunitari e di conseguenza degli investimenti necessari per rafforzarli, sebbene siano fondamentali per garantire l'accesso equo alla salute.

Il Covid -19 ha messo in risalto ancora una volta la necessità di investire in risorse umane per la salute per contare su personale sanitario ben formato e remunerato, perché nonostante gli impegni globali di lunga data, il mondo deve ancora porre fine alle epidemie di Hiv/Aids, tubercolosi e malaria; eradicare le malattie tropicali trascurate; affrontare efficacemente le malattie non trasmissibili e la salute mentale; fornire servizi di qualità per la salute e i diritti riproduttivi e sessuali, la nutrizione, l'acqua, i servizi igienico-sanitari.

Siamo inoltre ora consapevoli che vi è la concreta possibilità del diffondersi di malattie di origine zoonotica, trasmesse dagli animali agli esseri umani con il salto di specie. A guidare la loro crescente comparsa sono il cattivo uso del territorio, le pratiche di produzione alimentare e allevamento insostenibili, il commercio di animali selvatici, stili di vita e sistemi di consumo ad alta intensità di risorse, con la conseguente distruzione degli ecosistemi. Le minacce alla salute umana, animale e ambientale sono inestricabilmente collegate. È quanto mai necessario attuare il cosiddetto approccio "One health", che considera le interrelazioni tra la salute delle persone, degli animali e dell'ambiente.

I sistemi e le organizzazioni esistenti vanno rafforzati e sostenuti per affrontare la preparazione alle pandemie e alle crisi sanitarie globali, piuttosto che minarli o creare sistemi nuovi e/o paralleli. Per questo è importante rafforzare l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) come entità di coordinamento per la salute globale attraverso un finanziamento sostenibile, un impegno solido e trasparente nella sua guida e un coordinamento normativo e tecnico. Inoltre, le politiche e gli investimenti per la ripresa economica dovrebbero essere progettati per "ricostruire meglio", garantendo una vera coerenza delle politiche attraverso soluzioni sostenibili rispetto alle priorità sanitarie, economiche e ambientali per le generazioni future.



DAL NEGAZIONISMO ALLA PRESA DI COSCIENZA.

IL CASO TANZANIA. A CURA DI CO.P.E. E CMSR

I primi casi di Covid-19 in Tanzania sono stati registrati a maggio 2020, e fino a fine giugno/inizio luglio 2020 il governo pubblicava, su base giornaliera, dati circa i nuovi contagi e i decessi nel paese. Poi il Presidente in carica, John Pombe Magufuli, ha dichiarato pubblicamente la fine della pandemia in Tanzania. A causa del forte senso di appartenenza e il grande riconoscimento nei confronti del Presidente, tutta la popolazione ha festeggiato la fine della pandemia partecipando ad eventi pubblici. Le restrizioni imposte inizialmente dal governo, parzialmente in linea con quelle condivise da tutti i paesi del mondo, sono venute a mancare a seguito della nuova posizione negazionista assunta dal governo: nessuna restrizione circa aggregazioni in posti affollati, nessuna imposizione all'uso di dispositivi di protezione personale in ambienti pubblici e sanitari, alla creazione di reparti Covid-19 e l'equipaggiamento degli stessi con macchinari per il supporto terapeutico ai pazienti con difficoltà respiratorie, fine delle restrizioni circa lo spostamento con mezzi pubblici affollati con l'obbligo di utilizzo delle mascherine Ffp2. Questa realtà ha complicato notevolmente l'intervento di due Ong italiane presenti, Co.P.E. e Cmsr.

Il Co.P.E., che sostiene da diversi anni il centro di salute rurale Nyololo localizzato nel villaggio omonimo, nella Regione di Iringa a sud del paese, ha dovuto sospendere temporaneamente le attività di progetto che prevedevano l'intervento sanitario sul territorio a causa delle

posizioni negazioniste del Governo: l'uso delle mascherine veniva considerato un affronto alla politica nazionale, una vera e propria dichiarazione pubblica di opposizione al Governo. Parlare di Covid in pubblico era assolutamente vietato, pena l'arresto per diffusione di false informazioni.

Tutte le Ong operative sul territorio condividevano informazioni di casi Covid-19 accertati e/o sospetti, per sostenere un fronte comune di tutela del personale locale ed espatriato e per garantire l'aggiornamento su base quotidiana circa la situazione pandemica nel paese.

Il Co.P.E, in collaborazione con le altre Ong internazionali che operano nel settore sanitario, ha tentato di impostare un protocollo sanitario di gestione della diffusione del virus, imponendo l'obbligo di utilizzo di mascherine usa e getta al personale sanitario e ai pazienti e parenti dei ricoverati presso il Centro di Salute di Nyololo, la misurazione della temperatura corporea, la somministrazione di un questionario creato sulla base delle linee guida dell'Oms per la valutazione dei casi (sospetto Covid o altre patologie), il lavaggio delle mani con igienizzante prodotto in loco.

È stato anche attrezzato un reparto temporaneo per la gestione e l'isolamento dei casi sospetti grazie ad un progetto finanziato dalla Conferenza Episcopale Italiana (Cei) per la gestione della pandemia in paesi a risorse limitate. L'intera procedura è risultata inutile per l'inosservanza delle misure anticovid sta-

bilite dall'organizzazione da parte dello stesso personale sanitario. La gestione dei casi sospetti prevedeva, secondo la policy nazionale, la condivisione delle informazioni circa i pazienti ricoverati con le autorità sanitarie di riferimento in loco, l'applicazione delle direttive del personale governativo circa le modalità di raccolta dei campioni da inviare all'unico laboratorio autorizzato ad effettuare le analisi per l'identificazione dei casi Covid e l'attesa dell'invio dei risultati al responsabile sanitario della Regione, che trasferiva l'informazione al personale sanitario della struttura presso la quale il paziente era stato ricoverato. La procedura, evidentemente lunga e complessa, non veniva rispettata. Spesso i risultati dei pazienti positivi non venivano inviati al personale sanitario di riferimento, che trattava il paziente con farmaci notoriamente utilizzati per la gestione di casi di polmoniti e/o forme respiratorie gravi. Di frequente i casi sospetti non venivano neanche sottoposti a tampone antigenico per la valutazione di un possibile contagio. Nel corso del 2020/2021 il numero di decessi per polmoniti è aumentato notevolmente. Tutti i pazienti con sospetto Covid venivano ammessi nelle strutture sanitarie con diagnosi d'ingresso e, nei casi più gravi, di decesso per polmonite. Era evidente che la gestione della pandemia da parte del Governo fosse totalmente inesistente e la gravità della stessa addirittura mascherata dalla totale mancanza di supporto ai pazienti da parte del Ministero della Salute nella figura delle autorità sanitarie locali.

L'Ong Cmsr, attiva nella Regione di Dodoma con progetti socio-sanitari che mirano al supporto alle strutture sanitarie locali si è dedicata, grazie al finanziamento della Cei e la collaborazione con l'Arcidiocesi di Dodoma,

a formare i referenti ecclesiastici delle chiese cattoliche presenti sul territorio e il personale sanitario di alcuni ospedali privati gestiti da confraternite cattoliche. Anche qui il problema è stato il cortocircuito tra le informazioni che venivano fornite durante i corsi e la realtà che ogni giorno queste persone si trovavano ad affrontare.

È stata evidente la difficoltà sia del personale locale del Cmsr, che delle persone invitate ai momenti di formazione nell'applicare le norme che venivano indicate. Inoltre, vista l'impossibilità di svolgere attività di progetto di informazione (spot radio, presentazioni in Tv), poiché tutta la comunicazione sul Covid-19 doveva passare dallo Stato, è mancata la sensibilizzazione della popolazione.

Per quanto riguarda il Co.P.E. oltre ai progetti, le difficoltà riscontrate interessavano anche la quotidianità del personale espatriato volontario operativo sul territorio.

Co.P.E. e Cmsr hanno partecipato a numerosi incontri organizzati online con le associazioni non governative italiane operative sul territorio, al fine di creare un protocollo comune per la tutela del personale espatriato volontario e dei servizi civili presenti sul territorio durante la pandemia. Sono state così redatte delle linee guida comuni che si sovrapponevano alle direttive imposte dal Governo italiano al fine di garantire il massimo supporto e la massima tutela possibile del personale presente in Tanzania. L'Ong Cmsr ha sospeso le missioni programmate nell'ambito di alcuni progetti, mentre il personale locale, con qualche difficoltà, ha continuato a svolgere le attività previste e ad affrontare le nuove emergenze causate dalla flessione pesante dell'economia locale.

La morte nel marzo 2021 del Presidente John Pombe Magufuli ha segnato la fine del periodo negazionista e l'inizio del riconoscimento dell'esistenza della pandemia Covid-19 in Tanzania.

Con la presa in carico del ruolo di Presidente da parte della Vicepresidente Samia Suluhu, la situazione nel paese è cambiata notevolmente. Una delle prime politiche applicate da Suluhu è stata l'istituzione di un comitato tecnico utile a definire la portata

della pandemia in Tanzania e designato alla pubblicazione di dati relativi ai nuovi contagi e ai decessi da Covid-19. Dopo circa un anno dall'inizio del mandato della nuova Presidente, è ora possibile discutere in sede ufficiale di questioni legate alla gestione della pandemia, avanzando nuove proposte di inclusione all'interno di nuovi progetti di cooperazione di attività relative alla sensibilizzazione, allo screening e alla diagnosi di Covid -19 nei villaggi rurali della Tanzania.



Che cosa è la Pandemic Prevention Preparedness and Response [PPPR] e cosa è stato fatto finora*

La Strategia internazionale delle Nazioni Unite per la riduzione dei disastri definisce la *preparedness* come “la conoscenza e le capacità sviluppate dai governi, dalle organizzazioni specializzate nella risposta e nella ripresa (*recovery*), dalle comunità e dagli individui per anticipare efficacemente, rispondere e ristabilirsi dall’impatto di eventi o condizioni di pericolo probabili, imminenti o attuali”¹.

Fin dalla pandemia di influenza H1N1 del 2009, almeno 11 commissioni e panel hanno fatto raccomandazioni in 16 diversi Rapporti a proposito della necessità di migliorare la *preparedness* pandemica a livello globale, ma la maggior parte delle raccomandazioni non sono mai state attuate².

Nel settembre del 2019 il Global Preparedness Monitoring Board (GPMB) – organismo indipendente creato nel 2018 da Oms e Banca Mondiale e composto da leader politici, direttori di agenzie ed esperti di livello mondiale con l’obiettivo di rafforzare la sicurezza sanitaria globale a partire dall’esperienza dei continui focolai ed epidemie di Ebola, assicurando la preparazione alle crisi sanitarie globali – pubblicava il suo primo rapporto annuale e ammoniva di “prepararsi al peggio perché una pandemia patogena respiratoria letale che si diffonde rapidamente è altamente probabile”, inoltre affermava che “il mondo non è preparato per una pandemia di un patogeno respiratorio virulento che si muove velocemente”, aggiungendo: “Gli agenti patogeni respiratori ad alto impatto, come un ceppo particolarmente letale di influenza, pongono particolari rischi globali nell’era moderna. Gli agenti patogeni si diffondono attraverso le goccioline respiratorie; possono infettare un gran numero di persone molto rapidamente e, con le infrastrutture di trasporto di oggi,

spostarsi rapidamente attraverso diverse aree geografiche”³.

Il 31 dicembre 2019, l’ufficio Nazionale dell’Oms in Cina riceveva la segnalazione di alcuni casi di polmonite di eziologia sconosciuta rilevati nella città di Wuhan, provincia dell’Hubei⁴. Poco più di un mese dopo, l’11 febbraio 2020, erano già 42.708 i casi confermati in Cina e 1017 i decessi - la maggior parte a Wuhan, ma i casi cominciarono a diffondersi anche fuori dalla Cina (393 casi in 24 paesi, e 1 decesso).

Lo stesso giorno il Direttore Generale dell’Oms annunciava che - in accordo con le linee guida concordate tra l’Oms, l’Organizzazione Mondiale della Sanità Animale e l’Organizzazione delle Nazioni Unite per l’Alimentazione e l’Agricoltura - era stato trovato un nome per la malattia, nome che non facesse riferimento a una località geografica, un animale, un individuo o un gruppo di persone: Covid-19⁵.

L’11 marzo 2020 l’Oms dichiarava che si era già arrivati a più di 118.000 casi in 114 paesi e 4.291 morti e definiva il Covid-19 come una pandemia⁶.

In linea con la risoluzione Oms presentata il 19 marzo 2020⁷, che invitava ad avviare un processo di valutazione indipendente e globale sulla risposta sanitaria internazionale al Covid-19, il Direttore Generale dell’Oms ha istituito l’Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response (IPPPR)⁸, con lo scopo di analizzare l’accurata cronologia degli eventi e delle risposte date da Oms e governi nazionali alla pandemia, e proporre un modello rafforzato e attrezzato per la preparazione e la risposta alle future minacce per la salute. Il Panel, co-presieduto dall’onorevole Helen Clark, ex primo ministro della Nuova Zelanda, e da Sua

* In tutto il documento si userà l’acronimo PPPR per indicare la Pandemic Prevention Preparedness and Response e PPR per Prevention Preparedness and Response.

1 www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/from-disaster-preparedness-and-response/policy/preparedness

2 Vd, Michel Kazatchkine, “Avoiding the next pandemic: what role for Europe?” webinar organizzato da Friends of the Global Fund Europe nel 2022. twitter.com/FriendsEurope/status/1508744348887883777 ; Vd anche Ippr, *Covid-19: Make it the Last Pandemic*, pag. 16 https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVIDCOVID-19COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf

3 Gbmp 2019, p. 15 e 27.

4 www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2020-DON229

5 <https://web.archive.org/web/20200212014928/https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-remarks-at-the-media-briefing-on-2019-ncov-on-11-february-2020>

6 www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-Covid-19---11-march-2020

7 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_R1-en.pdf

8 <https://theindependentpanel.org>

Eccellenza Johnson Sirleaf, ex presidente della Liberia, comprende un gruppo di 13 esperti – fra cui due ex direttori generali del Global Fund, Mark Dybul e Michel Kazatchkine⁹ - ha iniziato i lavori a settembre 2020 e nel maggio 2021, durante la 74a Assemblea Mondiale della Sanità ha presentato il suo rapporto “Covid-19: Make it the Last Pandemic”¹⁰.

Una fra le principali conclusioni dell’IPPPR è che la dichiarazione di una *Emergenza di salute pubblica di interesse internazionale* (Public Health Emergency of International Concern – PHEIC) con il più alto livello di preoccupazione globale specificato nei Regolamenti Sanitari Internazionali (International Health Regulations - IHR 2005)¹¹, legalmente vincolanti, non ha portato a una risposta urgente, coordinata e mondiale. È stato solo quando il numero di casi è aumentato drammaticamente e il Covid-19 si è diffuso a livello internazionale che i governi hanno intrapreso un’azione seria per prevenire la trasmissione. Per questo il mese di febbraio 2020 è stato completamente perso per contenere l’epidemia¹². Pertanto, l’IPPPR suggerisce l’istituzione di un Consiglio per le minacce globali alla salute (Global Health Threats Council) guidato da capi di Stato e di governo, approvato da una risoluzione dell’Assemblea Generale delle Nazioni Unite - composto da attori statali e non statali, garantendo un’equa rappresentanza regionale, di genere e che includa anche la società civile - e l’istituzione di uno strumento di finanziamento internazionale per le pandemie (International Pandemic Financing Facility) per mobilitare risorse aggiuntive affidabili per la preparazione alle pandemie e per il finanziamento rapido della risposta in caso di pandemia¹³.

Ad agosto 2020, l’Ufficio regionale dell’Oms per l’Europa ha istituito la Commissione pan-europea sulla salute e lo sviluppo sostenibile (Pan-European Commission on Health and Sustainable Development)¹⁴,

gruppo indipendente e interdisciplinare composto da ex capi di Stato e di governo, scienziati ed economisti, per ripensare le priorità politiche alla luce delle pandemie, e presieduta dal professor Mario Monti, presidente dell’Università Bocconi ed ex primo ministro italiano. La Commissione lancia la sua Call to Action¹⁵ nel marzo del 2021, indicando proposte per identificare, valutare e rispondere ai rischi derivanti dalle attività umane, compresi i cambiamenti climatici, le infezioni zoonotiche emergenti e la resistenza antimicrobica attraverso un approccio One Health (salute umana, animale e ambientale) e suggerendo l’istituzione di un Global Health Board a livello G20 sul modello del Financial Stability Board istituito, sempre dal G20, all’indomani della crisi finanziaria globale del 2008 per identificare le vulnerabilità che minacciano la salute degli esseri umani, degli animali e dell’ambiente, e promuovere un trattato internazionale sulle pandemie. Il lavoro della Commissione culminerà infine nel rapporto “*Drawing light from the pandemic: A new strategy for health and sustainable development*”¹⁶ pubblicato nel settembre 2021.

15 www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/pan-european-commission-on-health-and-sustainable-development/rethinking-policy-priorities-in-the-light-of-pandemics-a-call-to-action

16 <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/european-programme-of-work/pan-european-commission-on-health-and-sustainable-development/publications/drawing-light-from-the-pandemic-a-new-strategy-for-health-and-sustainable-development-2021>

9 <https://theindependentpanel.org/panel-members/>

10 https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/COVIDCOVID-19COVID-19-Make-it-the-Last-Pandemic_final.pdf

11 I Regolamenti Sanitari Internazionali (Ihr 2005) rappresentano un accordo legale internazionale vincolante che coinvolge 196 paesi in tutto il mondo. Il loro scopo è quello di aiutare la comunità internazionale a prevenire e rispondere ai rischi potenziali per la salute pubblica che possono attraversare i confini e minacciare le persone in tutto il mondo.

12 Ippr, *Covid-19: Make it the Last Pandemic*, pagg. 36-37.

13 Ippr, *Covid-19: Make it the Last Pandemic*, pagg. 47 e 57.

14 www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/459776/Terms-of-Reference-Pan-European-Commission-on-Health-and-Sustainable-Development-Rethinking-Policy-Priorities-in-the-light-of-Pandemics-eng.pdf



MOZAMBICO, DUE ESPERIENZE A CONFRONTO

IL RACCONTO DI MEDICUS MUNDI ITALIA

Il continente africano non è nuovo alla diffusione di malattie infettive e la debolezza dei sistemi sanitari non offre le condizioni ideali per definire le precondizioni che devono essere create per implementare risposte pronte e risolutive nel caso di una epidemia infettiva a rapida ed ampia diffusione. Ciò inevitabilmente si ripercuote ancora di più a livello periferico. D'altra parte, paradossalmente, sistemi sanitari gerarchici e un'abitudine ad agire "per protocolli calati dall'alto" dovrebbe offrire condizioni ideali per l'attuazione rapida di un Piano di PPR.

Ciò che è successo in Mozambico con l'arrivo di Covid-19, ha fornito un'importante esperienza per Medicus Mundi Italia (Mmi), rendendo evidente la necessità di lavorare ancora più in stretta sinergia con il sistema sanitario nazionale. Con l'insorgere dei primi casi di Covid-19, la proclamazione dello stato di emergenza e le limitazioni introdotte dai decreti governativi, si è resa necessaria una riorganizzazione degli interventi programmati, riconvertendo le attività sanitarie principali pur continuando a lavorare nell'ottica degli obiettivi dei progetti. La più che

decennale esperienza maturata da Mmi nella Provincia di Inhambane, ha portato alla consapevolezza che il fragile sistema sanitario locale non sarebbe stato in grado di sostenere il diffondersi massiccio della pandemia. In particolare nelle aree rurali, dove il sistema è caratterizzato per la maggior parte da Centri di Salute con possibilità curative quasi assenti, un'offerta di ossigeno disomogenea e scarsa (se non assente) e un numero di posti in terapia intensiva che, nel 2020, non superava i 40 letti in tutto il paese. Pertanto le misure preventive per il contenimento del contagio apparivano, e appaiono ancora oggi, l'unico mezzo per evitare disastrose ricadute sulla salute della popolazione.

Mmi ha ritenuto che in questo contesto la sorveglianza epidemiologica e la formazione/informazione di operatrici/operatori sanitari e delle comunità costituissero le strategie più efficaci nella lotta contro il virus Sars-CoV-2: per individuare in modo precoce e capillare i casi sospetti, coinvolgendo operatrici/operatori sanitari di tutti i Centri di Salute; per la messa in pratica in tempi rapidi delle misure di indagine e di contenimento del contagio a livello comunitario; perché la presa di coscienza della popolazione e dei suoi referenti sanitari costituissero il presupposto fondamentale per qualsiasi strategia di contenimento del contagio, nonché di tutela dei diritti sanitari.

Con il tentativo di limitare le carenze del sistema sanitario locale, Mmi non solo ha partecipato a gruppi tecnici tematici nazionali di discussione e implementazione delle strategie di contrasto alla pandemia, all'interno del sistema nazionale di coordinamento, ma ha anche elaborato una serie di interventi. A partire dalle indicazioni nazionali si è supportata la creazione e la gestione di un database informatico per tenere



traccia di tutti gli individui da sottoporre a monitoraggio (isolamento domiciliare, quarantena obbligatoria, ecc.). È stata fornita formazione e supporto tecnico per operatrici/operatori sanitari dei Centri di Salute periferici, uniformando così le informazioni relative al Covid-19 e sono stati forniti gli strumenti per il corretto screening dei casi sospetti e per l'installazione di punti di screening e isolamento al fine di offrire assistenza adeguata e garantire la protezione per operatrici/operatori sanitari; nei contesti periferici si è verificato quanto le azioni previste anche dal più perfetto dei Piani fatichino ad arrivare, aumentando ancor di più la distanza dalle zone urbane o maggiormente popolate.

Altro nodo fondamentale sono i Centri di Salute dove Mmi ha dato supporto nella creazione e organizzazione di punti di pre-triage (screening all'entrata) e luoghi specifici per lo screening clinico di casi sospetti, nella fornitura di un'attrezzatura minima necessaria (termometro, saturimetro, dispositivi di protezione individuale, prodotti per la disinfezione degli strumenti e degli ambienti). Sono stati forniti concentratori di ossigeno e formati operatrici/operatori sanitari, al fine di ovviare all'esigua o inesistente offerta di ossigeno dei Centri di Salute e garantire almeno un primo intervento di ossigenoterapia per i casi lievi/moderati di infezione da Covid-19 e per il futuro trattamento di altre forme di insufficienza respiratoria.

Nel distretto di Morrumbene, Mmi ha seguito il progetto di un gruppo di donne nella produzione di mascherine protettive artigianali, riutilizzabili dopo adeguato lavaggio, nel rispetto dei criteri del Centre of Disease Control (Ccd), sensibilizzando all'acquisto e alla distribuzione.



Infine, grazie alla campagna di raccolta fondi “Un Vaccino per tutti” realizzata con Confindustria Brescia e i sindacati bresciani, Mmi sostiene il programma Univax, impegnandosi a garantire le vaccinazioni alla popolazione anche attraverso le equipe mobili (brigadas moveis) attive nelle aree rurali, dove la campagna nazionale ha maggiori difficoltà e dove è più fragile il sistema sanitario. Fondamentale è il sostegno alla catena del freddo e la garanzia che il servizio vaccinale arrivi

realmente ai beneficiari (logistica, legame con altri vaccini, supporto al sistema sanitario a livello locale, ecc.). Per comprendere quanto sia importante l'azione di sensibilizzazione comunitaria e la lotta alle fake news, citiamo il caso del distretto di Funhaloro, nel quale correva voce tra i lideres comunitari che tutti i vaccinati sarebbero morti entro due anni dalla prima dose, il che aveva disincentivato in un primo momento la campagna vaccinale in quel distretto, che ora ha il 100% di copertura.

L'ESPERIENZA DI CUAMM - MEDICI CON L'AFRICA

In contesti con sistemi sanitari già fragili, come per esempio molti paesi dell'Africa Sub-Sahariana, il timore che il Covid-19 potesse avere un impatto devastante non solo a livello di gestione clinica dei pazienti (adeguata disponibilità di posti letto, ventilatori, farmaci, personale formato, ecc.), ma anche nell'assicurare una continuativa erogazione di servizi sanitari di base, si è rivelato fondato.

In Mozambico per esempio, secondo i dati del Ministero della Salute, sino alla prima metà del 2020 erano poco più di 50 i posti letto a livello nazionale, con ventilatori pronti a ricoverare pazienti con gravi crisi respiratorie. In un paese che ha visto picchi di quasi 5.000 casi positivi al giorno¹⁷, ciò si è rilevato un ingente problema che ha danneggiato la capacità di gestire altre necessità che hanno chiaramente continuato a manifestarsi (gravidanze a rischio, chirurgia

d'emergenza, ecc.). Il Ministero della Salute dunque, ha disegnato e realizzato un approccio olistico e sistemico che tenesse in considerazione molteplici aspetti: aumentare disponibilità di farmaci ed attrezzature, prevedere formazioni adeguate per lo staff sanitario, e coinvolgere le comunità al fine di prevenire al massimo il contagio e i possibili ricoveri. Per fare ciò si è investito sul coinvolgimento di attivisti comunitari e di community health workers (CHW), spesso componenti stessi delle comunità con forti e longeve relazioni che si basano sulla fiducia coltivata negli anni, affinché la sensibilizzazione avvenisse in maniera capillare e generalizzata.

Ed è proprio in questo contesto che Medici con l'Africa Cuamm, partner storico del Ministero della Salute mozambicano dal 1978, ha deciso di sviluppare un intervento integrato volto a supportare le attività di sensibilizzazione comunitaria, tramite il coinvolgimento dei CHW e degli attivisti comunitari, per le vac-

cinazioni contro il Covid-19 e per rafforzare il sistema sanitario mozambicano e limitare le urgenze legate ai casi gravi di Covid-19.

L'iniziativa del Cuamm nell'ambito della vaccinazione Covid-19, non solo punta a supportare la componente tecnica, organizzativa, logistica e di distribuzione dei vaccini nelle province di Tete e Sofala, ma anche a sviluppare una campagna di sensibilizzazione capillare volta ad assicurare una più alta adesione alla campagna nazionale di vaccinazione contro il Covid-19. Per portare avanti le attività di sensibilizzazione sull'importanza della vaccinazione si utilizzano capillari campagne radiofoniche con spot, interviste con domande e risposte di professionisti, oltre alla formazione di giornalisti locali.

Al fine di assicurare una reale pertinenza al contesto mozambicano, il Cuamm ha poi deciso di portare avanti una ricerca operativa sulle resistenze di alcuni cittadini e cittadine mozambicane alla vaccinazione, analizzandone le reticenze per meglio individuare il modo più consona di intervenire con campagne di sensibilizzazione adattate al contesto.

Si tratta di un'indagine effettuata fra agosto e settembre 2021, su un campione di 450 persone maggiorenne delle Province di Tete e di Sofala, il 52% donne e il 48% uomini. La ricerca ha messo in luce che il 73% del campione è pronto a farsi vaccinare appena le dosi saranno disponibili, mentre il 25% è resistente al vaccino e il 2% è ancora indeciso. Gli uomini risultano più favorevoli delle donne.

Diverse le motivazioni che hanno portato a questa esitazione: oltre il 50% è molto diffidente e non ritiene necessaria l'immunità di gregge, pensa poi che ci siano interessi economici, geopolitici e cospirazioni globali dietro la campagna vaccinale; il 34% teme gli effetti collaterali

17 <https://covid19.who.int/region/afro/country/mz>



del vaccino; il 14% rivendica la libertà di decidere sul proprio stato di salute; il 10% è ancora indeciso; mentre il 7% basa il suo rifiuto su motivazioni di fede religiosa.

Tale ricerca è risultata chiave per sviluppare un modello d'intervento adeguato al contesto, facendo leva su una base di fiducia forte che il Cuamm, gli attivisti comunitari e CHW hanno maturato negli anni con la popolazione beneficiaria e con le autorità sanitarie. Utilizzando strumenti che si fondano su un approccio scientifico che tiene in considerazione i rapporti umani di fiducia come mezzo di comunicazione delle informazioni, il Ministero della Salute assieme ai suoi partner, fra cui il Cuamm, è riuscito ad arrivare ad un livello di vaccinazione pari a 31.616.078 dosi distribuite¹⁸, fornendo alla popolazione l'unico reale strumento di prevenzione del Covid-19: il vaccino.

18 <https://covid19.who.int/region/afro/country/mz>



PPPR nell'agenda 2021, il G20 italiano e l'Oms

Nel gennaio 2021 il G20 a presidenza italiana istituisce l'High Level Independent Panel - HLIP per il finanziamento di beni comuni globali per la preparazione e la risposta alle crisi pandemiche¹⁹, composto da esperti di economia e finanza con il compito di identificare le lacune nel sistema di finanziamento dei beni comuni globali per la prevenzione, la sorveglianza, la preparazione e la risposta alle pandemie e proporre soluzioni

19 www.mef.gov.it/ufficio-stampa/comunicati/2021/Il-G20-istituisce-un-Panel-Indipendente-di-alto-livello-per-il-finanziamento-di-beni-comuni-globali-per-la-preparazione-e-la-risposta-alle-criasi-pandemiche/

praticabili per colmare queste lacune in modo sistematico e sostenibile. L'HLIP presenta il proprio rapporto finale "A Global Deal for Our Pandemic Age"²⁰ nel luglio 2021, che quantifica i finanziamenti addizionali per la prevenzione e la preparazione alle pandemie in 34 miliardi di dollari, di cui 19 da reperire a livello nazionale (i paesi a basso e medio reddito dovranno incrementare la spesa pubblica per la salute di circa l'1% del Pil nei prossimi cinque anni) e 15 a livello internazionale. L'HLIP tuttavia precisa che il denaro da solo non garantirà un mondo più sicuro: serve una governance più forte, perché l'attuale architettura della salute globale non è adatta a prevenire una grande pandemia, né a rispondere con velocità e forza quando emerge una minaccia pandemica: per questo propone l'istituzione di un Global Health Threats Board, simile al modello del Financial

20 <https://pandemic-financing.org/report/foreword/>

Stability Board del G20²¹ (proposta che sembra ricalcare quella della Pan European Commission) e di un Global Health Threats Fund che mobiliti 10 miliardi all'anno (due terzi del minimo di 15 miliardi di dollari di risorse internazionali aggiuntive richieste), e che sia finanziato dalle nazioni sulla base di contributi prestabiliti.

Il tema della governance e del finanziamento per la PPPR diventa centrale nei lavori e nei negoziati di tutto il 2021 e la proposta di un Global Health Financing Board a livello G20 (proposta sia dalla Pan European Commission che dall'HLIP) diventerà l'iniziativa di punta della presidenza italiana del G20 da presentare alla ministeriale congiunta Finanze e Salute di ottobre 2021.

La proposta italiana, però, non è supportata da tutti i paesi G20, anche per il rischio di ulteriore frammentazione del panorama dell'architettura sanitaria globale e di indebolimento del ruolo dell'Oms.

Anche la società civile nel corso dei lavori del Civil 20 ha espresso preoccupazioni analoghe: "La responsabilità di creare e presiedere un meccanismo di coordinamento della PPR deve essere riservata all'Oms"²². Ed ha evidenziato anche una forte preoccupazione per il ruolo giocato dalle istituzioni finanziarie nel ri-disegnare l'architettura della salute globale, quando invece dovrebbero limitarsi a proporre soluzioni finanziarie innovative".

Il G20 infine, non istituirà più un Board, bensì una Joint Finance and Health Task Force, con l'intento di migliorare il coordinamento tra i Ministeri delle Finanze e della Salute e proporre modalità per stabilire una struttura che assicuri un finanziamento adeguato e sostenuto per la PPR pandemica²³.

Divisioni geopolitiche, mancanza di coinvolgimento di tutti i paesi e specialmente dei paesi emergenti e a medio e basso reddito, delle istituzioni regionali presenti in queste regioni²⁴ e della società civile,

21 Il Rapporto evidenzia che tale Board non sarà in competizione con il Council proposto dall'Ippr, ma complementare.

22 <https://civil-20.org/2021/wp-content/uploads/2021/09/C20-GH-Finance-WGs-Communiqué-on-HLIP-Report-Financing-Global-Public-Commons.pdf>

23 www.mef.gov.it/en/inevidenza/The-G20-established-a-joint-Finance-Health-Task-Force-to-strengthen-pandemic-prevention-preparedness-and-response/

24 Vd intervento di Raji Tajuden, Head Division of Public Health Institutes and Research, Africa CDC al webinar "Avoiding the next pandemic: what role for Europe?" organizzato da Friends of the Global Fund Europe, 2022, twitter.com/FriendsEurope/status/1508744348887883777

negoziati a porte chiuse che non coinvolgono i diretti interessati delle decisioni che vengono prese²⁵, sono state dunque le principali problematiche del processo.

Il successo di una futura governance in tema di PPPR richiederà che i paesi ad alto reddito guardino oltre i propri interessi nazionali (soprattutto in tema di ricerca e sviluppo, approvvigionamento e collaborazioni con l'industria farmaceutica²⁶) e considerino in che modo la PPPR si inserisce in contesti più ampi di salute e sviluppo nei paesi a risorse limitate, specialmente nei paesi con un elevato tasso di Hiv/Aids, tubercolosi e malaria e un basso accesso ai servizi sanitari di base.

Nel dicembre 2021 si è svolta una sessione speciale dell'Assemblea dell'Oms in cui è stata adottata la decisione "The World Together"²⁷, che istituisce un organismo intergovernativo di negoziazione (INB) per redigere e negoziare una convenzione, un accordo o un altro strumento internazionale dell'Oms sulla prevenzione, preparazione e risposta alle pandemie (Pandemic Treaty). Nel febbraio 2022 l'INB, aperto alla partecipazione di tutti gli Stati membri dell'Oms, si è riunito, e ha eletto due co-presidenti e quattro vice presidenti; presenterà un accordo da esaminare alla 77a Assemblea Mondiale della Sanità nel 2024.

25 Gpmb 2021.

26 Su questo tema si veda Surie Moon et al, Lancet 2022; 487-94, [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02344-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02344-8/fulltext)

27 [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2\(5\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2(5)-en.pdf)



L'IMPATTO DEL COVID-19 IN KENYA SULLE ALTRE EPIDEMIE

A CURA DI WORLD FRIENDS

La pandemia di Covid-19 in Kenya ha provocato un affaticamento del sistema sanitario e il reindirizzamento di buona parte dei professionisti sanitari verso il contenimento dell'emergenza. Questo si somma alla stigmatizzazione dei malati di Covid-19, alla paura di rivolgersi a centri sanitari per il rischio di contagio e all'assenza di politiche per garantire l'accesso a servizi sanitari di base. L'insieme di questi fattori provoca l'esclusione della popolazione dai servizi sanitari, rischiando di lasciare indietro pazienti affetti da malattie endemiche neglette. In tale contesto si collocano due progetti di risposta all'epidemia di tubercolosi (Tbc) finanziati dall'Agenzia italiana per la cooperazione allo sviluppo (Aics) attraverso la l'Iniziativa 5% insieme al Global Fund.

Il progetto Hips-Tb ha promosso il rilevamento, la diagnosi e il trattamento dei casi di tubercolosi negli slum di Nairobi attraverso attività di educazione sanitaria rivolte alle comunità con un duplice obiettivo: favorire lo screening clinico attraverso approcci innovativi di digitalizzazione e ridurre miti e stigma relativi alla Tbc. L'azione di sensibilizzazione ha assunto maggiore importanza con l'evolversi della pandemia. Il Covid-19 presenta sintomi simili a quelli della Tbc e questo ha comportato un peggioramento della stigmatizzazione all'interno dei gruppi target. È stato pertanto potenziato il controllo delle malattie infettive mediante screening, test e trattamenti (non più effettuati solo per Tbc, ma anche per il Covid-19), aumentando la propensione alla prevenzione della popolazione locale. Parallelamente è stata svolta un'indagine sulla percezione della pan-

demia che ha evidenziato un aumento di problemi psicologici da parte dei beneficiari, maggiormente predisposti ad ansia e depressione.

Nelle aree difficili da raggiungere abitate dalle comunità Maasai si inserisce il progetto Ati-Tb, tramite il quale vengono realizzate attività di sensibilizzazione per un aumento della domanda di trattamento della Tbc nella Contea di Kajiado. Vista la grande distanza dai servizi sanitari il personale sanitario coinvolto raggiunge i villaggi tramite Mobile Clinic, che attualmente promuovono anche sessioni di sensibilizzazione su tematiche relative al Covid-19 e la successiva somministrazione di vaccini.

Per quanto concerne la campagna vaccinale, le dosi somministrate al mese di marzo 2022 riguardavano solo il 15% della popolazione keniana. Nonostante un sistema caratterizzato prevalentemente da sanità privata, i vaccini sono disponibili e gratuiti. Perché allora numeri così ridotti? Non si può parlare di un vero e proprio movimento no-vax, bensì di una difficoltà in termini di informazione sulla campagna vaccinale accompagnata da credenze e miti diffusi.

Grazie alla rete costruita negli anni con le autorità locali, il Ruaraka Uhai Neema Hospital (ospedale gestito da World Friends nell'area Nord-Est di Nairobi) è stato tra le prime strutture non governative selezionate per la realizzazione della campagna vaccinale.

I vaccini vengono forniti direttamente dal Governo, mentre lo staff dell'ospedale è stato formato nella gestione del processo di vaccinazione (diluizione, somministrazione, conservazione).

Negli anni precedenti World Friends si è focalizzata sulla prevenzione: dal 2020 il R.U. Neema Hospital ha distribuito dispositivi di protezione individuale a staff, pazienti e visitatori; sul territorio invece è stata svolta un'azione di alfabetizzazione sanitaria delle comunità per demistificare i miti legati al Covid-19.

Attualmente World Friends mira alla promozione di un'azione a livello sistemico per aumentare il livello di coinvolgimento di autorità locali e stakeholder nel miglioramento dei servizi sanitari offerti. È prevista un'attività di ricerca per sviluppare chiare linee guida cliniche per il personale sanitario e gli stakeholder applicabili durante la fase di pandemia, post-pandemia o nel caso di altre emergenze sanitarie o eventi che possano rappresentare un ostacolo ai percorsi di cura.



Dove siamo oggi: il G20 indonesiano

Siamo già nel terzo anno della pandemia da Covid-19, oltre 6 milioni di persone sono morte secondo le stime ufficiali – ma diversi studi stimano il numero reale di morti tra i 16 e i 20 milioni, approssimativamente uguale a quello della Prima guerra mondiale²⁸.

Nonostante la dichiarazione della ministeriale congiunta Finanze e Salute e quella dei Leader G20 di ottobre 2021 impegnassero i paesi G20 verso l'obiettivo Oms di vaccinare almeno il 40% della popolazione in tutti i paesi entro la fine del 2021 e il 70% entro la metà del 2022, alla fine del 2021 ben 86 paesi non avevano raggiunto l'obiettivo del 40% e si prevede che saranno almeno 100 quelli che non raggiungeranno l'obiettivo del 70% per la metà del 2022²⁹. Molti paesi a basso reddito potrebbero addirittura non raggiungere mai l'obiettivo del 70%: a maggio 2022, nei paesi a basso reddito (LIC) la percentuale di persone completamente vaccinate era solo del 19% e nei paesi a basso-medio reddito (LMIC) del 53%. Lacune simili le troviamo anche per quanto concerne i test, l'accesso all'ossigeno, ai trattamenti e ai dispositivi di protezione personale (Dpi).

28 Vd, Estimating excess mortality due to the Covid-19 pandemic: a systematic analysis of Covid-19-related mortality, 2020–21, The Lancet, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3).

29 Vd, www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2022/04/04/A-Global-Strategy-to-Manage-the-Long-Term-Risks-of-COVID-19 COVID-19-516079

Ma la scarsità delle forniture di vaccini, nei paesi a basso e medio reddito, e in particolare nell'Africa Sub-sahariana, non è il solo problema, ci sono anche problemi di logistica (immagazzinamento, conservazione, disponibilità di aghi, siringhe, ecc.), distribuzione a livello locale e in generale di inadeguatezza dei sistemi sanitari (mancano medici, infermieri, strutture sanitarie): in un terzo dei paesi dell'Africa sub-Sahariana le dosi effettivamente somministrate sono meno del 50% di quelle arrivate e in 3 paesi si scende addirittura sotto il 30%³⁰. E ci sono anche problematiche ben note in Occidente, la cosiddetta vaccine hesitancy (esitazione da vaccino). Per questo John Nkengasong, direttore del Centre for Disease Control and Prevention dell'Unione Africana (Africa CDC) ha chiesto al mondo di sospendere le donazioni del vaccino Covid-19, altrimenti si rischia che vadano sprecate³¹.

Nel mese di dicembre 2021 la presidenza del G20 è passata all'Indonesia. Nel calendario dei lavori per il 2022 sono previsti diversi incontri della Finance-Health Task Force istituita dal G20 a presidenza italiana.

Nel mese di febbraio, Oms e Banca Mondiale hanno presentato un documento intitolato “*Analysis of Pandemic Preparedness and Response (Ppr) architecture and financing needs and gaps*”³² che offre una mappatura dell'attuale ecosistema di preparazione e risposte alle pandemie, da cui si evince una frammentazione dell'architettura della salute globale.

Il rapporto, inoltre, stima le necessità di finanziamento in linea con la previsione di 34 miliardi del G20 High Level Independent Panel - HLIP. La differenza principale tra le due stime consiste nella ripartizione a livello nazionale, con il rapporto di Oms e Banca Mondiale che destinerebbe la maggior parte dei finanziamenti al livello locale/nazionale e quindi a rafforzamento delle comunità e dei sistemi nazionali. Il documento di Oms e Banca Mondiale identifica tre possibili opzioni operative per il finanziamento della PPR, con una chiara indicazione verso l'opzione b:

- a. Aumentare selettivamente le risorse per le istituzioni esistenti;
- b. Stabilire un nuovo flusso dedicato di finanziamenti internazionali aggiuntivi per la PPR, istituendo un Financial Intermediary Fund - FIF (Fondo Intermediario di Finanziamento);

30 fonte: <https://africacdc.org/covid-19-vaccination/> - nostra elaborazione dati.

31 fonte: <https://www.politico.com/news/2022/02/22/africa-asks-covid-vaccine-donation-pause-00010667>

32 Vd https://g20.org/wp-content/uploads/2022/02/G20-FHTF-Financing-Gaps-for-PPR-WHOWB-Feb-10_Final.pdf



c. Consolidare le funzioni di PPR di agenzie, fondi e programmi esistenti.

La proposta di istituire un Fif è stata introdotta dagli Stati Uniti al primo Global Covid-19 Summit di settembre 2021 e promossa in seguito congiuntamente da Stati Uniti e Norvegia, ed è anche quella recentemente auspicata dal direttore generale dell'Oms durante un seminario tecnico a margine del primo meeting dei Ministri delle Finanze e Governatori delle Banche Centrali del G20 svoltosi nel febbraio 2022 in Indonesia, che raccomanda appunto l'istituzione di un nuovo strumento di finanziamento che possa incanalare i fondi attraverso le istituzioni esistenti e sotto la guida dell'Oms³³.

Sebbene inizialmente la proposta sembrasse non trovare tutti i paesi d'accordo, alla seconda riunione dei Ministri delle Finanze e dei Governatori delle Banche Centrali G20 del 20 aprile sarebbe stato raggiunto un consenso per un Fif ospitato presso la Banca Mondiale. Lo stesso orientamento sembra esserci stato durante la seconda riunione del Gruppo di lavoro G20 sulla Salute del 6-7 giugno. La presidenza indonesiana del G20 si prefigge di finalizzare il nuovo meccanismo fi-

33 Vd, 1st Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting, www.youtube.com/watch?v=yOEdPGfbc14

nanziario prima della Ministeriale Salute di giugno³⁴.

Al secondo Global Covid-19 Summit di maggio, inoltre, numerosi donatori si sono già impegnati a finanziare il nuovo Fif³⁵.

La posizione di larga fetta della società civile internazionale non è a favore della creazione di un nuovo Fif, in quanto incrementerebbe ulteriormente la frammentazione dell'architettura sanitaria. La sua probabile istituzione dovrebbe almeno fondarsi sui seguenti pilastri: piena partecipazione al processo decisionale di tutti i paesi, della società civile e delle comunità, trasparenza e accountability. Il nuovo Fif, dunque, dovrà garantire una governance fondata sulla cooperazione globale e l'inclusività, opposta alle strutture di potere economico e politico top-down³⁶.

34 <https://g20.org/ministers-of-finance-and-governors-of-central-banks-of-g20-countries-work-together-on-solutions-on-the-current-global-economic-challenges/>

35 https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2022/05/12/2nd-global-covid-19-summit-commitments/#_ftn1

36 <https://stopaids.org.uk/2022/05/27/> (ci sarebbe anche lo statement del gruppo salute del C20, che però non è ancora disponibile online)



DALLA PALESTINA BUONE PRATICHE PER IL FUTURO

A CURA DI COSPE

In Palestina, soprattutto durante le fasi acute del Covid-19, sono emersi fattori da considerare per eventuali pandemie future, quali:

- una forte auto-organizzazione dei cittadini nella risposta (soprattutto immediata) al lockdown (per es. beni alimentari distribuiti a famiglie e persone vulnerabili, distribuzione di dispositivi di sicurezza personali) che ha rappresentato una buona prassi sia

per la solidarietà comunitaria sia in assenza di forti istituzioni con capacità di risposta. Tuttavia, questo sistema ha mostrato scarso controllo sul flusso di risorse e di modalità di erogazione dei servizi e mancanza di universalità nella fornitura di aiuto umanitario come nel caso di priorità stabilite in base all'affiliazione politica o all'appartenenza religiosa, scarsa rappresentatività di donne e di determinate categorie di popolazione nei

comitati di quartieri e di risposta all'emergenza, scarsa sostenibilità.

- In un paese senza grandi crisi sanitarie o pandemie 'old', ma con crisi croniche in termini di conflitto e sicurezza, si sono registrati grandi sfiducia e complottismo verso l'esistenza della pandemia di Covid-19 dovuti al fatto che informazioni e vaccini erano veicolati da una amministrazione pubblica verso cui si nutre grande sfiducia. Inoltre Israele ha colto l'occasione per inasprire limitazioni di movimento e controlli, ha ostacolato l'arrivo di vaccini nei territori palestinesi da stati terzi (peraltro negando ai palestinesi l'accesso ai vaccini forniti alla popolazione israeliana, in violazione delle obbligazioni che ha la potenza occupante derivanti dal diritto internazionale) e allo stesso tempo continuando demolizioni, confische, arresti, e altre violazioni dei diritti. Inoltre, il rischio percepito della pandemia era inferiore rispetto alla percezione delle difficoltà economiche relative ai lockdown che hanno impoverito immediatamente gran parte della popolazione e compromesso interi settori produttivi. Questo ha portato a varie dinamiche: per esempio, i dispositivi di sicurezza personali distribuiti da attori umanitari a comunità vulnerabili dove talvolta sono stati rivenduti per generare reddito, oppure le persone non andavano a eseguire i tamponi per non dover assentarsi dal lavoro o rischiare di perdere un permesso per Israele (oltre che per questioni rilevanti di stigma sociale).
- Prima della pandemia, il Cospe, così come altre associazioni, non aveva una strategia 'B' per la realizzazione di azioni e fornitura di servizi da remoto, mentre ora la pianificazione – per esempio di servizi di supporto psico-sociale e a donne esposte a violenza





di genere – tiene conto di queste modalità. Ovviamente, con necessità di formazione del personale in termini di *remote service-provision*, e di prestare particolare attenzione a non lasciare nessuno indietro (per es. donne o famiglie senza telefono, connessione internet, ecc.).

Attenzione specifica merita la questione dell'accessibilità. Le strutture civili adibite all'isolamento, per esempio, sono spesso non accessibili a persone con disabilità; categorie vulnerabili come anziani e persone con disabilità affrontano barriere nella mobilità, nell'accesso e utilizzo di dispositivi di protezione personale (mascherine e guanti, igienizzazione degli ausili, ecc.), o anche solo nell'accesso a messaggi di sensibilizzazione, informazione e prevenzione che non sono pensati ed erogati in modalità accessibile. Nel paese il Cospe ha lavorato su queste tematiche principalmente nella Striscia di Gaza, in un progetto di emergenza finanziato da Aics Gerusalemme (iniziato prima della pandemia e riadattato in corso d'opera), con EducAid e una Ong femminista locale. A Gaza le strutture per l'isolamento erano scuole pubbliche, il partner EducAid ha reso accessibile una di queste a persone con disabilità grazie a lavori di riabilitazione. Inoltre, sono stati realizzati dei messaggi di sensibilizzazione e prevenzione accessibili a persone con disabilità e sono stati forniti servizi anti-violenza e supporto psicologico in remoto in particolare a donne esposte a violenza domestica, sotto enorme pressione psicologica multi-fattore durante i lockdown.

Si sta ora avviando un progetto fase 2 (sempre a Gaza, finanziato da Aics) in cui sarà creato un meccanismo di *emergency and crisis response* a livello comunitario per persone con disabilità, da attivare in caso di pandemia, lockdown ma anche conflitti e bombardamenti.

Il ruolo del Fondo Globale per prevenire future minacce sanitarie

Aldilà della probabile istituzione di un FiF sulla PPPR, è chiaro il legame esistente fra la prevenzione di minacce future alla salute e la lotta alle “vecchie” epidemie e pandemie.

Gli investimenti effettuati nel corso dei decenni passati contro Hiv/Aids, la tubercolosi e la malaria hanno contribuito a gettare le basi per le risposte di molti paesi a basso e medio reddito contro il Covid-19: gli stessi laboratori, catene di approvvigionamento, sistemi di dati, strumenti diagnostici, destinati alla lotta contro le suddette epidemie sono infatti utilizzati per affrontare la nuova pandemia; operatrici/operatori sanitari di comunità, vitali per fornire servizi collegati alla cura di Hiv/Aids, tubercolosi e malaria, costituiscono la prima linea di difesa per prevenire, individuare e rispondere a nuovi focolai di malattie. Gli investimenti per sconfiggere il Covid-19, insieme a quelli in corso per combattere le pandemie precedenti, aiuteranno i paesi a sconfiggere le attuali malattie e rafforzare le loro capacità di prevenire, individuare e rispondere alle minacce future³⁷.

Il miglioramento delle capacità di sorveglianza genomica ed epidemiologica, per esempio, fornirà un'individuazione precoce e un allarme per le minacce pandemiche, ma migliorerà anche gli sforzi per affrontare tubercolosi, Hiv/Aids, malaria; aiuterà a prevenire la diffusione della resistenza antimicrobica; e contribuirà alla gestione delle infezioni importanti a livello regionale (dengue, febbre gialla, infezioni enteriche e altre infezioni respiratorie) e delle malattie non infettive.

Una lezione appresa dalle crisi di Covid-19, Ebola e dalla precedente Sars, è che i sistemi sanitari messi in piedi con il sostegno del Fondo Globale per rispondere e prevenire Hiv/Aids, tubercolosi e malaria, a livello comunitario, sono stati la spina dorsale della risposta alle recenti epidemie infettive. Il Fondo Globale è il più grande fornitore multilaterale di finanziamenti per il rafforzamento dei sistemi sanitari. Vent'anni di esperienza hanno dimostrato che, oltre a contrastare le malattie come l'Hiv, la tubercolosi e la malaria, la costruzione di sistemi sanitari resilienti e sostenibili, inclusi quelli comunitari, rappresenta il modo più rapido e

37 Vd. www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2820%2930317-X e sintesi in italiano del piano di investimento per il Fondo Globale www.theglobalfund.org/media/11826/publication_seventh-replenishment-investment-case_summary_it.pdf

sicuro anche per prevenire, prepararsi e rispondere alle pandemie future. Studi recenti, tra cui uno pubblicato su *The Lancet* nel febbraio 2021 hanno rilevato che oltre un terzo degli investimenti del Fondo Globale per la lotta all'Hiv, alla tubercolosi e alla malaria contribuiscono già alla sicurezza sanitaria e alla preparazione alle pandemie³⁸.

Il Fondo ha iniziato fin da subito ad occuparsi della nuova pandemia, attraverso il Covid-19 Response Mechanism (C19RM) e l'adesione all'Access to Covid-19 Tools Accelerator (ACT-Accelerator) e nella sua nuova Strategia 2023-2028 la Pandemic PPR viene esplicitamente riconosciuta come uno degli obiettivi del Fondo. Nello specifico, è definita come un obiettivo "in continua evoluzione", che tiene conto sia dell'impegno del Fondo nel proseguo della lotta contro Hiv/Aids, tubercolosi, malaria e Covid-19 sia delle più ampie discussioni in seno a vari fora internazionali rispetto all'architettura sanitaria globale, a cui il Fondo Globale partecipa.

A settembre si svolge a New York la 7a conferenza di rifinanziamento del Fondo Globale in cui i donatori, Italia inclusa, saranno chiamati a dichiarare il proprio impegno finanziario per il periodo 2023-2025. Il valore di tale investimento determinerà la capacità del Fondo di aumentare la risposta globale a Hiv/Aids, tubercolosi e malaria, rafforzando al contempo le componenti dei sistemi sanitari più critiche per affrontare le pandemie esistenti, compreso il Covid-19. Secondo le stime del Fondo un investimento di almeno 18 miliardi di dollari per i prossimi tre anni

38 [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30420-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30420-4/fulltext)



infonderà una spinta notevole alla lotta contro Hiv, tubercolosi e malaria, e consentirà di riguadagnare il terreno perduto durante la pandemia di Covid-19 e di riprendere dunque il giusto percorso per debellare queste tre epidemie entro il 2030. Sarà possibile inoltre compiere notevoli passi avanti nella preparazione alle future pandemie, rafforzando la resilienza dei sistemi sanitari, investendo nelle capacità di prevenzione, identificazione e risposta alle minacce sanitarie, in linea con la filosofia della PPPR.

2022, anno cruciale per la salute globale

Non c'è dubbio che è tempo di correre ai ripari se non vogliamo farci trovare impreparati di fronte alla prossima emergenza sanitaria.

Il finanziamento pubblico dovrebbe essere al centro dei servizi sanitari pubblici, compresi i sistemi comunitari. Ed è necessario che lo sia anche durante i periodi in cui non vi è emergenza, per evitare sforzi enormi di mobilitazione delle risorse quando si verificano le crisi. Dobbiamo imparare da quello che è accaduto: le sfide sanitarie non possono essere vinte senza l'accesso equo a un'assistenza sanitaria di qualità, consapevoli che la vita delle persone deve venire prima del profitto.

Per rispondere agli shock sanitari continuando a fornire servizi sanitari e nutrizionali di routine essenziali, un approccio di rafforzamento dei sistemi sanitari e comunitari deve essere al centro di qualsiasi cooperazione multilaterale, multisettoriale e multilivello. Tale cooperazione deve tenere costantemente aperto il dialogo fra i diversi attori in campo: decisori politici, imprenditori, comunità, società civile e media, tutti possono adottare una prospettiva sanitaria su questioni di commercio, sviluppo economico, tecnologia e innovazione, ambiente e giustizia.



AMREF HEALTH AFRICA IN PRIMA LINEA PER I VACCINI IN AFRICA

Il 46% dei medici kenioti si trova a Nairobi o nei dintorni, dove vive meno di un quinto della popolazione nazionale. Lo stesso quadro si ritrova in Angola e Sudafrica. Le carenze rurali sono esacerbate dalla migrazione di operatrici/operatori sanitari. Anche le difficoltà logistiche stanno limitando il lancio delle vaccinazioni Covid-19. Il problema, inoltre, è aggravato dalle consegne da parte dei donatori di partite di vaccini con date di scadenza brevi.

Chiaramente, come priorità, l'Africa ha bisogno di più vaccini e certamente di quelli con una durata di conservazione più lunga. Non meno importante, tuttavia, l'aumento del numero di operatrici/operatori sanitari, soprattutto nelle zone rurali. La commissione Covid-19 per l'Africa, presieduta dal presidente Ramaphosa, sta creando un'Africa Health Workforce Task Team per valutare le esigenze del personale sanitario del continente e stabilire obiettivi su come rafforzare i loro ranghi. È un'iniziativa lodevole. Ma non c'è più tempo.

In questo momento, sono necessari interventi urgenti per garantire una distribuzione più equa dei vaccini Covid-19 o rischiamo che il buon lavoro di vaccinazione fatto non regga a nuovi focolai che hanno origine nelle aree rurali in gran parte non vaccinate.

È incoraggiante che ci siano state alcune soluzioni innovative guidate dai governi e dalle organizzazioni della società civile.

Amref ha trasportato migliaia di vaccini da Nairobi a località remote e insicure del Kenya,

gestisce la sensibilizzazione presso le strutture sanitarie nei fine settimana per la stragrande maggioranza delle persone troppo occupate a guadagnarsi da vivere nel resto della settimana, quando vengono offerte le vaccinazioni di routine, compresa la vaccinazione Covid-19. In un sabato, a Kibera, lo slum di Nairobi, la squadra di Amref ha vaccinato 350 persone in sei ore mentre in un centro sanitario in un giorno feriale sono state vaccinate solo una manciata di persone. L'obiettivo è portare i vaccini alla popolazione e allo stesso tempo prestare attenzione alla loro vita. Ultimo ma non meno importante, le piattaforme di formazione digitale di Amref hanno dato accesso a migliaia di operatrici/operatori sanitari nella risposta contro il Covid-19.³⁹

In definitiva, l'Africa ha bisogno di spendere molto di più pro capite per l'assistenza sanitaria per iniziare ad affrontare realmente il divario tra le forniture mediche urbane e rurali. La speranza è che l'Africa Health Workforce Task Team fornisca dati preziosi sui bisogni di tutto il continente. I paesi possono colmare il divario urbano-rurale impiegando operatori sanitari di comunità che completerebbero i servizi essenziali di assistenza primaria a livello di villaggio. Ci dovrebbe essere un'espansione della "telemedicina" basata sulla telefonia mobile e della diagnostica che collega il personale sanitario e le comunità rurali.

Tutti i programmi di Amref in 10 paesi si sono concentrati su interventi che seguono

39 Maggiori info su: <https://amref.org/enterprises/our-products/leap/> (LEAP)

no il protocollo *Comunicazione del Rischio e Coinvolgimento della Comunità* (Rcce) per aumentare la consapevolezza della prevenzione e delle misure di controllo del Covid-19 per le comunità, oltre a dissipare voci, miti e idee sbagliate. Nei programmi di Amref sono state impiegate molteplici strategie Rcce, compresa la collaborazione con la sua vasta rete di CHW-Community Health Workers, le reti giovanili e gli opinion leader attraverso molteplici canali di comunicazione come radio, Tv e social media. Nel marzo 2021, Amref ha condotto uno studio⁴⁰ con l'obiettivo di esplorare la conoscenza del vaccino Covid-19, attitudine tra i volontari della salute della comunità e stabilire i determinanti dei loro atteggiamenti verso la vaccinazione Covid-19 durante il lancio del vaccino. Il campione era composto da 408 volontari per la salute delle comunità (Chv) scelti a caso e proporzionati alla loro popolazione nelle contee di Nairobi, Mombasa, Kajiado e Trans Nzoia. I risultati principali sono stati che esiste una forte associazione tra l'accettazione del vaccino da parte dei Chv e la loro disponibilità ad impegnarsi con le comunità; e dall'altro lato che l'esitazione verso il vaccino tra i Chv probabilmente avrà un impatto negativo sulla futura campagna di vaccinazione Covid-19. Lo studio raccomanda quindi di sostenere il lavoro dei Chv sul Covid-19 per migliorare la futura campagna di vaccinazione, sostenendo la diffusione di una corretta informazione per aumentare la fiducia anche nei confronti per aumentare la fiducia nei messaggi del Ministero della Salute sul vaccino.

40 <https://amref.org/download/executive-summary-for-determinants-of-attitude-and-intention-on-Covid-19Covid-19-vaccine-hesitancy-a-case-of-community-health-volunteers-in-kenya/>

RACCOMANDAZIONI

- Sostenere un'architettura della salute globale coordinata dall'Oms, che valorizzi le competenze e le capacità dei partner sanitari globali e regionali esistenti in materia di PPPR, per evitare una sua ulteriore frammentazione. Assicurare che l'istituzione di un Financial Intermediary Fund (Fif) preveda la piena partecipazione ai suoi processi decisionali di tutti i paesi, della società civile e delle comunità.
- Costruire e sostenere sistemi sanitari pubblici e comunitari forti e ben radicati sui territori quali strumenti indispensabili per prevenire, prepararsi e rispondere alle future minacce sanitarie garantendo, così, l'accesso equo e universale a un'assistenza sanitaria di qualità.
- Integrare i servizi di salute gestiti dalle comunità nei piani di prevenzione, preparazione e risposta alle minacce sanitarie per la loro capacità di raggiungere tutte le persone. Includere, altresì, nella governance delle organizzazioni e dei meccanismi internazionali preposti alla salute globale le comunità, la società civile, le associazioni delle persone colpite dalle malattie e le associazioni di donne.
- Sostenere il ruolo del Global Fund in qualità di principale donatore multilaterale per il sostegno ai sistemi sanitari e comunitari e quello altrettanto cruciale di lotta contro Aids, tubercolosi e malaria e di contrasto a pandemie future. In vista della Settima Conferenza di Rifinanziamento di settembre, portare ad almeno 200 milioni di euro l'impegno finanziario dell'Italia per il periodo 2023-2025, in linea con la richiesta del Global Fund di un aumento complessivo del 30% delle risorse finanziarie.
- Rafforzare l'Oms in quanto organizzazione di coordinamento dell'architettura sanitaria globale, le altre agenzie e fondi delle Nazioni Unite che si occupano di salute (come ad esempio Unfpa e Unicef) e altre organizzazioni impegnate nella salute globale (quali Unitaid) e prevedere un incremento delle dotazioni finanziarie ad esse destinate.

