



Strategia per affrontare emergenza COVID-19 nei Paesi di Intervento

Versione 1.1 del 18 Marzo 2020

Nota.

Questo documento verrà integrato ed aggiornato periodicamente.

E' un vademecum che può essere utile immediatamente o potrà esserlo più avanti in funzione dell'evolversi della situazione in ciascun Paese in cui operano le 3 Ong di Brescia

ASPETTI GENERALI

Rispetto alla diffusione del virus SARS-CoV2 in Africa si ipotizza ad oggi che manchino dati significativi sui casi reali di persone infette perché non vengono fatte indagini capillari o vengono fatte in misura ridotta: accertamenti radiologici sui casi di polmoniti e tamponi faringei sui casi sospetti sintomatici e sui loro contatti e sul personale sanitario, come da indicazioni dell'OMS. Inoltre, di fronte ad altre epidemie correnti (AIDS, TB e Malaria), l'impatto emergenziale di COVID-19 a livello di sanità pubblica in Africa potrebbe non avere lo stesso effetto che sta avendo in Europa. E' comunque importante attuare interventi preventivi precoci dando per acclarato che l'epidemia sia nella sua fase nascente. Avere una diffusione dei contagi il più possibile dilazionata nel tempo significa attenuare l'impatto sul sistema sanitario, e migliore capacità di gestire i casi di maggiore gravità, avendo nel frattempo acquisito un bagaglio di esperienza sia locale sia proveniente dalla gestione dell'emergenza in Italia e negli altri Paesi duramente colpiti (con tutte le debite differenze). In primis vanno rafforzate le misure preventive. Preliminarmente è importante stabilire l'andamento dell'epidemia nella zona di intervento. Ad esempio si potrebbe, basandosi sugli ospedali, stabilire un protocollo diagnostico dei casi di polmoniti e fornire materiale per eseguire tamponi nasali e faringei per la ricerca del virus a livello della comunità afferente. Per questo sarebbe importante garantire la disponibilità di un numero adeguato di test, anche se ciò dipende dal sistema di salute nazionale circa l'autorizzazione a fare i test a strutture sanitarie e/o laboratori.

A livello nazionale

In primis occorre informarsi e raccordarsi costantemente con le sedi locali di AICS e con l'Ambasciata italiana di riferimento¹ sulle misure previste di gestione dei casi per gli espatriati.

Laddove lo si ritenga utile e possibile si suggerisce di entrare in reti/canali per una azione di advocacy nei confronti di autorità nazionali e/o partecipare a coordinamenti su controllo epidemie (OMS, ECHO), entrare in contatto con Ong specializzate in emergenza (MSF) ecc.

E' comunque importante lavorare in network con altre Ong con profilo sanitario o coordinamenti di Ong sanitarie (es. NAIMA+ in Mozambico) e non (es. COIKE in Kenya, GONG in Mozambico, Ong Italiane in Burkina Faso, ecc.). Importante è sensibilizzare le sedi locali di AICS per l'attivazione di fondi d'emergenza che AICS fa pervenire ai Governi, di solito via OMS.

¹ Tale documento fa riferimento ai contatti con le sedi locali di AICS e Ambasciata italiana. Spetta alla sede italiana delle Ong mantenere i contatti con AICS Roma ed eventualmente con l'Unità di Crisi della Farnesina in Italia, in forma diretta o attraverso le sue reti.

PREVENZIONE CONTAGIO:

Personale (espatriati e staff locale):

- Si richiede di elaborare localmente, in ogni paese di operatività, un **documento con norme comportamentali fondamentali** da condividere con tutto il personale.

Per il personale locale vanno seguiti i protocolli nazionali, che eventualmente potranno essere integrati. Inoltre si suggerisce di:

- valutare e ridurre i rischi di esposizione del nostro personale ove abbiamo frequenti contatti con centri di salute, personale sanitario (rischio inizialmente più elevato nelle strutture sanitarie, ma progressivamente sempre di più anche al di fuori delle stesse!), e dove gli uffici dell'Ong sono collocati all'interno di compound e strutture sanitarie.
- Formare il personale sull'importanza di segnalare immediatamente all'ufficio sintomi quali tosse, febbre e difficoltà respiratorie, di non recarsi al lavoro e riferirsi subito alla consultazione medica.

Per il personale espatriato: in caso di contagio, pur essendo le equipe composte prevalentemente da persone giovani e sane, con bassa probabilità di serie conseguenze, è bene tenere conto di tutte le eventualità.

Si impone una **auto-quarantena obbligatoria** di 15 giorni in caso di rientro di personale dall'estero o da aree epidemiche interne al paese.

È comunque sempre consigliato a tutti, per ogni evenienza, di dotarsi di scorte necessarie per una eventuale quarantena prolungata (viveri, acqua, carta igienica, candele, gas dove necessario, credito telefonico ecc.)

Le Ong, in coordinamento con ogni singolo espatriato, attraverso comunicazioni ad hoc, si informeranno sulla volontà dello stesso di proseguire il servizio, lasciando libertà di scelta su sospensione dello stesso e conseguente rimpatrio.

Per eventuali espatriati a rischio particolare (over 70, persone con rilevanti patologie pregresse e/o immunodepressi) si consiglia vivamente il rimpatrio.

In questo ultimo caso, se ci fosse la manifesta volontà dell'espatriato di rimanere nel paese di attività, le Ong sono sollevate da qualsiasi responsabilità, mediante la firma di una liberatoria.

Nel caso l'Ambasciata locale imponesse il rimpatrio coatto per tutti i connazionali, ci si atterrà alle istruzioni fornite dalla stessa.

Si ricorda che è stato inviato a tutti gli espatriati il vademecum di riferimento circa l'**Assicurazione sanitaria** stipulata con SISCOS e la successiva informativa di SISCOS con riferimento a quanto viene coperto/non coperto rispetto ad eventuali necessità di ricovero, urgenze, rimpatri.

Attività di progetto:

Sono già in atto in alcuni paesi (es. Kenya e parzialmente in Burkina Faso) misure restrittive di distanziamento sociale e inter-personale: chiusura scuole, divieti di affollamento (mercati, negozi), riunioni e meeting pubblici ecc. Queste misure per la prevenzione delle infezioni respiratorie possono certamente essere utili anche per il nostro personale in loco, per la tutela degli stessi e dei beneficiari di progetto.

Rimandare tutte le attività non essenziali (corsi di formazione, riunioni, attività che prevedono aggregazioni di persone ecc.), mantenendo le attività che svolgono una funzione sanitaria comunque importante (es. equipe sanitarie mobili).

Evitare assembramenti di persone, riunioni e meeting non necessari (reti di Ong, vari network, o altre riunioni non necessarie). Quando possibile applicare lo smart working (Webinar, Skype, ecc.). Organizzare riunioni indispensabili con persone distanziate, laddove possibile con mascherina e guanti, locali possibilmente areati. Quando possibile disinfezione superfici.

Per le attività non prorogabili seguire comunque le regole base: lavaggio mani, distanza minima di 2 metri, disinfezione dei locali dopo e, se possibile, mascherina e guanti.

Attività di prevenzione:

Innanzitutto si devono attuare le principali misure e buone pratiche di prevenzione igienico-sanitarie: lavaggio mani nei centri sanitari e in comunità garantendo disponibilità di acqua, sapone e gel alcolico, igiene della cucina.

E' buona pratica sensibilizzare e informare in merito alla prevenzione delle patologie respiratorie (utile anche informare sul «come si tossisce e come si starnutisce»), con un approccio facile e di impatto anche al di là di questa epidemia.

Si consiglia di sensibilizzare e informare le persone più vulnerabili (es. malnutriti, tubercolotici, HIV+ non in trattamento, diabetici non trattati) e le comunità a proteggerle.

Realizzare corsi, in condizioni di sicurezza, per il personale locale e effettuare supervisione qualificata nei centri sanitari (ospedali e centri di salute), uso di mascherine dove possibile, distanza.

Riorientare, ove possibile, le attività dei progetti socio-sanitari su interventi per il trattamento e prevenzione di malnutrizione, lavorare per trovare soluzioni comunitarie per essere pronti a isolare, supportandole socio-economicamente, le persone più fragili.

Organizzare incontri formativi, in condizioni di sicurezza, con il personale locale di riferimento per replicare le attività e la diffusione delle buone pratiche di prevenzione; fornire al nostro personale informazioni corrette sul COVID-19, per evitare nella misura del possibile il panico, e trasmettere le indicazioni di prevenzione e gestione dei casi del Ministero della Salute locale (standard OMS).

Da tenere in conto la possibilità che, in caso di estensione dell'epidemia, le attività di progetto potrebbero arrestarsi per diverse ragioni e indipendentemente dalla nostra volontà. Informare fin da ora personale e partner di questa eventualità.

- Acquisto dispositivi di protezione individuale

Pensiamo a: mascherine chirurgiche, maschere protettive per gli operatori sanitari (N95 o FFP2 o FFP3), guanti non sterili, flaconi di gel alcolico o sapone per l'igiene mani e disinfettanti per la disinfezione delle superfici. Potrebbero servire anche senza epidemia ma, in caso di epidemia, ci permettono di evitare l'aumento dei prezzi e la limitata disponibilità.

Aumentare la capacità di produrre disinfettante/ipoclorito di sodio (amuchina o simili) e sapone, iniziare fin da ora il training del hand-washing, in condizioni di sicurezza.

Affiggere i cartelli per il lavaggio delle mani, sulle distanze da tenere, su «come si tossisce e come si starnutisce» ecc.

Sensibilizzare alla pulizia delle superfici, ove fattibile e sensato (ad esempio negli uffici, mentre nelle zone rurali potrebbe essere controproducente, e se mal utilizzato potrebbe causare irritazioni o ustioni) con soluzioni di ipoclorito.

Se possibile rifornire i distributori (se già esistenti) con disinfettante per le mani (cambiare le batterie in quelle "contactless").

Verificare la possibilità di reperire scorte di sapone prodotto localmente. Il gel alcolico potrebbe essere di difficile reperimento o non reperibile. In genere dovrebbe essere fabbricato anche localmente, così come l'ipoclorito di sodio. Distribuire anche grembiuli usa e getta.

Da aggiungere, ove possibile e necessario (centri più attrezzati) anche occhiali paraocchi/visiere per protezione da schizzi, soprattutto durante i tamponi ai pazienti sintomatici.

MASCHERINE: le più utili sono quelle chirurgiche abbinata alle visiere in modo che uno non si tocchi bocca naso e occhi (le FFP2 servono per le manovre di bronco-aspirazione o intubazione che peraltro in genere non sarebbero fattibili nei nostri progetti). Le chirurgiche costano meno e ci si può permettere di cambiarle più spesso. In caso di impossibilità al reperimento e per un uso personale extra-ospedaliero si possono utilizzare maschere in stoffa, lavabili e riutilizzabili, fattibili anche in loco. Idealmente (almeno) 2 strati (di cui uno in tessuto-non-tessuto) o fatti con una "tasca" dove si può inserire uno strato in più (può essere anche il fazzoletto di carta piuttosto che la carta da cucina).

TRATTAMENTO

Aspetti terapeutici:

- **Farmaci:** al momento non esiste un vaccino e neppure un farmaco di cui si sia dimostrata una efficacia certa (anche cloroquina, darunavir e kaletra sono di dubbia efficacia) che possa essere dispensato in comunità. Naturalmente ci dovremo attenere a quello che dirà il rispettivo Ministero della Salute in accordo con le linee guida dell'OMS (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>). I Ministeri della Salute locali faranno i protocolli, ma nelle aree rurali probabilmente non arriverà altro che farmaci ARV (Kaletra o darunavir) e possibilmente Cloroquina (questa è più difficile da trovare paradossalmente). Da verificare la disponibilità di farmaci nei centri urbani. Verificare se e dove Kaletra e Cloroquina sono inserite nei protocolli nazionali (in Burkina Faso ad es. non lo sono). Al momento non ci sono protocolli neppure in Italia per altri farmaci che si stanno sperimentando in Italia e nel mondo (es. tocilizumab, remdesivir) e che comunque sono poco reperibili nelle nostre aree di intervento ed in generale.

- **Terapie di supporto:** valutare come è la situazione circa la possibilità di somministrare ossigeno. Si potrebbe almeno puntare a una maschera con reservoir e un flusso di 15 l/min (è alto ma è quello che serve almeno). Prevedere un consumo importante di O₂ (che mette in difficoltà anche un ospedale italiano) vedere se si possono aumentare scorte, capacità di concentrazione O₂ ecc. Da valutare la possibilità di portare tubi dell'ossigeno anche in altre stanze (adiacenti a quelle già attrezzate), prevedere degli split per poter eventualmente intubare due pazienti ad ogni attacco.

- **Dotazione di altri strumenti** indispensabili ed efficaci: maschere per la ventilazione, ossigeno, materiale per bronco-aspirazione e intubazione, pur considerando che non saremmo in grado di gestire tali attività, né a livello di costi né di logistica Burkina Faso di formazione nel contesto locale.

Per casi specifici di strutture sanitarie più complesse ci può essere la richiesta di consulenza su quali precauzioni prendere e di quali equipaggiamenti dotarsi. Una tele-assistenza da parte di Brescia (se e quando sarà possibile) potrebbe essere molto utile e, in caso, faremo il possibile per garantirla.