

L'Africa subsahariana alla prova della pandemia



Yves Kanga Djofang SJ

Direttore dell'Ospedale Le Bon Samaritain, <directeurchu.bs.ndjam@gmail.com>

Guy Rodrigue Takoudjou Dzomo SJ

Direttore Ecole santé de Le Bon Samaritain, <rodriguetakoudjou@gmail.com>

Edmond Mbario

Responsabile della Farmacia di Le Bon Samaritain, <rmbarioedmond@gmail.com>

Allarangue Djindimadje

Responsabile della Farmacia di Le Bon Samaritain, <succesallarangue@yahoo.fr>

Nonostante le pessimistiche previsioni di alcuni mesi fa, il coronavirus non sta colpendo troppo duramente l'Africa, almeno secondo i dati ufficiali disponibili, sebbene i test diagnostici effettuati siano pochi. Come si spiega questa "resistenza" alla COVID-19? Ma al di là delle cifre dei contagiati e dei decessi, la pandemia sta incidendo in profondità nell'economia e nel tessuto socioculturale africano. Quali sono le sfide principali che i Governi devono affrontare? Quali risposte stanno dando?

Il coronavirus è stato registrato per la prima volta in Africa lo scorso 14 febbraio, in Egitto; due settimane dopo è stato individuato il primo caso nell'Africa subsahariana, dove le statistiche globali mostrano un numero basso di casi confermati e di decessi dovuti alla COVID-19, sollevando numerose questioni sul perché la pandemia – contro ogni previsione – non stia colpendo duramente in questo continente. L'esperienza quotidiana di chi vive in Africa e i pochi test diagnostici effettuati nella maggior parte dei Paesi fanno ritenere queste cifre fuorvianti, perché non rispecchiano la realtà. Ma queste considerazioni non sono sufficienti per rispondere agli interrogativi sulla bassa incidenza della malattia nel continente. Per avere qualche elemento in più ci soffermeremo su come il continente

Questo articolo rientra nella collaborazione esistente tra la Rivista e la Fondazione MAGIS. Per un approfondimento sulle iniziative del MAGIS in Ciad cfr pp. 756-757.

africano sta facendo fronte alla pandemia e alle sue conseguenze, prendendo in considerazione non solo gli aspetti sanitari, ma anche le ripercussioni socioeconomiche, educative e culturali causate dalle misure di prevenzione adottate.

La pandemia nel continente africano

Grazie agli intensi scambi a livello internazionale, la COVID-19 si è rapidamente diffusa nel mondo, passando come un ciclone da un Paese all'altro, da un continente all'altro (Chen *et al.* 2000). Dopo la Cina, è stata severamente colpita l'Europa, mentre nei mesi successivi gli Stati Uniti e l'America latina sono diventati l'epicentro della malattia. **In base alle statistiche ufficiali, l'Africa è stata e rimane nell'occhio del ciclone, costituendo una sorta di oasi di pace in questo inferno epidemiologico.** Secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS, <<https://covid19.who.int>>), al 6 ottobre 2020 si contavano 35.347.404 casi confermati di COVID-19 a livello mondiale e 1.039.406 decessi. I numeri relativi all'Africa erano di 1.206.767 casi e 26.414 decessi (in entrambi i casi pari al 3% dei dati a livello mondiale), nettamente inferiori rispetto a quelli ad esempio del continente americano (17.176.705 e 572.374) o europeo (6.337.772 e 241.444). Più in generale, il continente africano ha visto nelle ultime settimane una diminuzione continua nel numero dei casi, anche se il trend sta progressivamente rallentando, mentre ai primi di ottobre si è registrata una crescita del numero dei decessi, come non avveniva più dal mese di agosto (OMS 2020a).

Tuttavia, questi dati rassicuranti sollevano molte domande: dal Cairo a Città del Capo, passando per l'Africa subsahariana, si riscontra una grande disparità nel numero di casi confermati di COVID-19 se si tiene conto della letteratura grigia e dei dati dei Ministeri della Salute. In cima alla lista dei Paesi con più contagi c'è il Sudafrica con 682.215 casi confermati e 17.016 morti (pari al 64% del totale dei decessi in Africa), seguito da Marocco (134.695 e 2.369), Egitto (103.781 e 5.990), Etiopia (79.437 e 1.230) e Nigeria (59.465 e 1.113).

In ogni caso, con la sorpresa di tutti, compresi gli stessi africani, ci troviamo di fronte a un'evoluzione lontana dalle previsioni ben più negative formulate in ambito scientifico e dalle organizzazioni internazionali.

Contrastare il coronavirus nel contesto africano

Poiché la pandemia ha riguardato prima la Cina e poi l'Europa, i Paesi africani hanno potuto basarsi sulla loro esperienza e adottare rapidamente le misure per contrastarne la diffusione, prima che la situazione divenisse preoccupante. Questa tempestiva risposta – unita alla

consapevolezza della gravità della pandemia – potrebbe essere stata una delle cause di una diffusione rallentata della malattia. Malgrado ciò, **i sistemi sanitari dei Paesi africani sono stati messi seriamente in difficoltà quando tra maggio e giugno si è trattato di far fronte al crescere dei contagi**, per quanto di modeste dimensioni.

In Ciad, ad esempio, dopo il primo caso diagnosticato a livello nazionale il 19 marzo, il Governo ha introdotto il coprifuoco e ha decretato la chiusura delle scuole e delle attività commerciali non alimentari e il blocco delle riunioni con più di 50 persone. Ha anche stanziato 15 miliardi di franchi CFA per far fronte alla nuova malattia, ma queste risorse sono state inizialmente destinate per obiettivi non prioritari. Per questo, negli ospedali del Paese, soprattutto nella capitale N'Djamena, la gestione della pandemia è stata complessa e difficile per la scarsità di risorse (ad esempio l'unico ospedale per i pazienti di COVID-19 aveva meno di dieci concentratori di ossigeno), con numerosi operatori sanitari infettati per la mancanza di mezzi di protezione. In questo momento, con l'economia in sofferenza per le drastiche misure preventive adottate e un numero di casi superiore a solo qualche mese fa, le risorse stanziate per far fronte al COVID-19 stanno diminuendo. Lo scenario che si prospetta – e su cui bisogna riflettere – è di un forte afflusso di pazienti di COVID-19 alle strutture ospedaliere, non adeguatamente preparate.

Se allarghiamo lo sguardo all'intero continente, la situazione non è più incoraggiante, visto che il Paese africano meglio attrezzato dispone di meno di cento concentratori di ossigeno. Questo dato fa prevedere alti numeri di decessi da COVID-19, che potranno riguardare anche il personale sanitario, spesso sprovvisto degli indispensabili strumenti di protezione. Si tratta di una prospettiva particolarmente preoccupante, poiché ulteriormente diminuire la presenza già ridotta di medici e infermieri nell'Africa subsahariana.

Nel contesto dell'Africa subsahariana, le preoccupazioni legate al coronavirus si aggiungono a un quadro sanitario già fragile, dove numerosi Paesi devono fare i conti con la malnutrizione, la malaria, la tubercolosi e l'HIV (i cosiddetti "killer" del continente), che sono causa o conseguenza dell'immunodepressione. Da un lato, vi è il timore che il concentrarsi dell'attenzione globale alla lotta alla COVID-19 si traduca in un minore impegno nel contrasto di altre gravi endemie in pieno svolgimento, con focolai di ritorno in molti Paesi subsahariani, come il morbillo (Mennechet e Takoudjou Dzomo 2020). Dall'altro, si paventa un aumento del tasso di mortalità se si dovesse concretizzare la sciagurata ipotesi che una persona, già affetta da una delle patologie menzionate, contragga anche la COVID-19, soprattutto nel caso della tubercolosi e dell'HIV, visto che la prima è

la principale causa di morte infettiva nel mondo (Gong *et alia* 2018), mentre l'HIV detiene questo triste primato tra i giovani dell'Africa subsahariana (GBD Tuberculosis Collaborators 2018). Infine, parte dei fondi destinati alla lotta contro queste malattie sarà ridotta per far fronte alla COVID-19, con gravi conseguenze: si prevede, ad esempio, che il numero dei malati di malaria quest'anno raddoppierà a causa dell'interruzione delle misure preventive e terapeutiche (OMS 2020b).

L'impatto sull'economia africana

Le misure di prevenzione stanno anche provocando enormi danni economici con un forte rallentamento della produzione e della circolazione delle merci, soprattutto delle materie prime. La destabilizzazione dell'economia nell'Africa subsahariana è notevole a livello pubblico

L'**economia informale** comprende tutti quei lavori che non sono coperti da protezione sociale e non beneficiano di diritti sul lavoro. Nel settore informale rientrano vari lavori urbani, così come nell'agricoltura, artigianato e in piccole fabbriche. Secondo l'ILO (Organizzazione internazionale del lavoro), due miliardi di persone nel mondo (oltre il 61% di tutti i lavoratori) lavorano nell'economia informale, soprattutto nei paesi emergenti. Si stima che in Africa, l'85,8% del lavoro è informale.

e privato, interessando la maggior parte dei settori, dal commercio al turismo, dal trasporto aereo e terrestre, all'economia informale.

Per limitare la diffusione del virus, i Governi hanno imposto la chiusura totale delle frontiere e il blocco dei trasporti. Questa decisione solleva tuttavia una questione cruciale: **su quali risorse gli Stati africani potranno contare per rispondere alle emergenze sanitarie, economiche e sociali, dato che**

molti di essi dipendono dalle importazioni di prodotti dall'estero, inclusi i farmaci, e dall'esportazione delle loro materie prime?

Ad esempio, secondo Clement Tulezi, amministratore delegato del Kenya Flower Council, «Il Kenya sta distruggendo circa l'80% delle 60 tonnellate di fiori freschi che normalmente invia ogni giorno a mercati come il Regno Unito, i Paesi Bassi e la Germania». Ricordiamo che Commissione economica per l'Africa dell'ONU stima che oltre il 51% delle esportazioni africane è destinato a Paesi fortemente colpiti dal virus, mentre il 53% delle sue importazioni proviene da questi stessi Paesi.

Le conseguenze della chiusura delle frontiere si notano nei grandi snodi di collegamento: il porto di Abidjan, per cui transita il 90% del commercio estero della Costa d'Avorio e dove lavorano quasi 100mila persone, è stato duramente colpito dal COVID-19, per via della sospensione dei commerci da e per la Cina e l'Europa. Inoltre, il coprifuoco nazionale dalle 21 alle 5 ha rallentato notevolmente le attività del porto, che si svolgevano lungo tutto l'arco del giorno. A essere danneggiata non è solo la Costa d'Avorio, ma anche i Paesi

limitrofi privi di sbocchi sul mare (Mali, Niger e Burkina Faso), che facevano riferimento al porto di Abidjan e che ora sono costretti a trovare vie alternative per i propri scambi internazionali.

L'altro settore fortemente colpito è l'industria del trasporto aereo, cruciale per questo continente, poiché «è un motore economico, contando fino a 8,6 milioni di posti di lavoro in Africa e in Medio Oriente e 186 miliardi di dollari di PIL. Ogni posto di lavoro creato nell'industria aeronautica sostiene altri 24 posti di lavoro nell'economia nel suo complesso» (Le Point 2020). Nel mese di aprile, le compagnie aeree africane avevano già perso 4 miliardi di dollari, ma le ultime previsioni sono ben più fosche. Secondo uno studio recente, si stima che in Africa nell'aviazione e nei settori collegati sono a rischio 5 milioni di posti di lavoro, ben oltre la metà di quanti vi lavorano al momento (7,7 milioni), e che il contributo del settore al PIL continentale calerà del 58% (IATA 2020). **Le difficoltà del trasporto aereo si riverberano inevitabilmente anche sul turismo, che costituisce l'8,5% del PIL africano**, visto che il 91% dei turisti che hanno visitato l'Africa nel 2018 provenivano soprattutto dall'Europa e dall'Asia (Commissione economica per l'Africa 2020).

Anche l'impatto sulle imprese private è forte: diverse rischiano di fallire o di cessare temporaneamente l'attività, con notevoli perdite di capitale e soprattutto di migliaia di posti di lavoro, trascinando molte famiglie africane, che già vivono in condizioni disagiate, in una grave povertà. In Nigeria, ad esempio, il crollo della domanda mondiale di petrolio e del prezzo del barile costringerà probabilmente le imprese del Paese – che è il maggior produttore africano e che trae dall'attività petrolifera circa i due terzi delle proprie entrate statali – a ridurre la produzione, con l'effetto immediato di rallentare l'attività economica e la possibilità di perdere la metà dei posti di lavoro (Le Point 2020).

Il settore informale, che è la principale fonte di reddito per le persone più povere, è stato duramente colpito dalle misure sanitarie di chiusura dei mercati, dalla quarantena in alcuni Paesi, dalla difficoltà di rifornirsi per le piccole imprese, dal crollo delle vendite, e così via.

In conclusione, l'economia del continente nel 2020 vedrà nel migliore dei casi una riduzione della propria crescita che si fermerà al 1,8%, e nel peggiore si ridurrà del 2,6% rispetto al 2019. Se quest'ultimo scenario si realizzasse, circa 27 milioni di persone si ritroverebbero nella povertà estrema (Commissione economica per l'Africa 2020).

I risvolti del coronavirus sul piano sociale e culturale

Da un punto di vista socioculturale, **le misure adottate incidono in maniera dirompente sulle tradizioni, che nella maggior parte dei Paesi africani regolano importanti momenti della vita di**

una persona o di una famiglia, come i funerali, la cerimonia delle doti, i matrimoni o le nascite. In queste cerimonie, che vedono l'ampia partecipazione dei membri della comunità, sono comuni tutta una serie di gesti che esprimono la fratellanza, l'unità, il rispetto, come strette di mano, abbracci o prendere i pasti in comune. Tutte queste pratiche – testimonianze dei grandi valori africani di convivenza pacifica e di valorizzazione della tradizione – oggi non sono più possibili, con profonde conseguenze per le popolazioni sul piano culturale. **Si assiste a una sorta di preoccupante destabilizzazione dei valori acquisiti** (Takoudjou Dzomo 2020), **accompagnata da una forte stigmatizzazione sociale delle persone colpite o sospettate di avere contratto la COVID-19** (Mennechet e Takoudjou Dzomo 2020).

A livello delle politiche per i giovani va poi segnalato che anche i Governi africani hanno deciso la chiusura di tutte le scuole pubbliche e private e delle istituzioni educative in genere. Per evitare le gravi conseguenze di questa decisione, diversi Paesi hanno previsto il ricorso a trasmissioni radiotelevisive, alla stampa di sussidi o a strumenti digitali, al fine di garantire la continuità nell'apprendimento e ridurre i disagi. Tuttavia, queste alternative di istruzione a distanza sono insufficienti. La maggior parte degli studenti non ha accesso a questi corsi, perché non dispone delle risorse necessarie e questo crea una discriminazione educativa, che genera esclusione e disuguaglianze (ADEA 2020). **Molti giovani, privati della scuola come luogo di socializzazione, sono abbandonati a se stessi**, diventando potenziali vittime della delinquenza o di forme di dipendenza.

Un raggio di speranza

A metà aprile, l'Unione Africana aveva previsto circa 300mila morti per la pandemia, anche nel caso dell'adozione delle misure precauzionali più drastiche da parte dei Paesi del continente (Bobin 2020). A settembre, queste previsioni sono ben lontane dall'essere una realtà, facendo sorgere vari interrogativi sulle ragioni di questa evoluzione.

Alcuni ipotizzano che il caldo clima africano abbia inibito la replicazione del coronavirus; **altri sostengono che il vero baluardo dell'Africa subsahariana nei confronti di questa pandemia sia stata la giovane età della sua popolazione**. In questa direzione vanno i risultati di uno studio condotto in Burkina Faso (Wayack-Pambe *et al.* 2020), secondo cui la letalità per età in Africa non differisce da quella dei Paesi occidentali. Altri hanno segnalato che le principali malattie, che aumentano la gravità e la letalità della COVID-19, come l'obesità o il diabete, in Africa sono meno frequenti che nei Paesi europei. Mentre le principali endemie del continente

– ovvero malnutrizione, tubercolosi, malaria e HIV, che potrebbero avere conseguenze letali se concomitanti con il COVID-19 – sono molto più frequenti nei giovani che negli anziani (*ivi*).

Un'ipotesi da considerare nell'evoluzione del COVID-19 nell'Africa subsahariana, non dimostrata scientificamente ma verosimile, è che vi sia stata una contaminazione di massa della popolazione giovane, senza sintomi gravi, e quindi che si sia sviluppata un'immunità di massa a livello panafricano. Questa ipotesi potrebbe essere giustificata dalla difficoltà di far rispettare le misure di distanziamento sociale a livello professionale, familiare e socioeconomico (soprattutto nel settore informale). Inoltre, il basso tasso di *screening*, limitato solo alle forme più gravi nella maggior parte dei Paesi, potrebbe aver "occultato" questi contagi. Se fosse vero, i dati del coronavirus sarebbero ben più alti di quelli noti, sottovalutandone l'ampiezza. Si potrebbe anche ipotizzare una sorta di immunità incrociata, dovuta ai programmi di vaccinazione per altre endemie che avrebbero protetto il popolo africano da forme gravi di COVID-19.

Al di là delle possibili spiegazioni per il numero contenuto di casi diagnosticati di coronavirus in Africa subsahariana, **la pandemia in corso ha mostrato ancora una volta in modo chiaro quanto siano forti i limiti del sistema sanitario nei Paesi africani** e ha evidenziato con forza la necessità di una più stretta collaborazione tra gli Stati, perché oggi giorno le minacce alla salute dei cittadini non sono circoscrivibili ai confini nazionali.

- ADEA (2020), *Impact de la COVID-19 sur l'éducation en Afrique: réflexion sur des interventions prometteuses et les défis de la nouvelle normalité*, agosto, in <www.adeanet.org>.
- BOBIN F. (2020), «Coronavirus : pourquoi l'Afrique résiste mieux que le reste du monde», in *Le Monde*, 5 maggio, in <www.lemonde.fr>.
- CHEN N. *et al.* (2020), «Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study», in *Lancet*, 395, 507–513.
- COMMISSIONE ECONOMICA PER L'AFRICA (2020), *COVID-19 in Africa. Protecting Lives and Economies*, Addis Abeba, in <www.uneca.org>.
- FORSON V. (2020), «Covid-19 : L'Afrique subsaharienne va plonger dans la récession», 10 aprile, in <www.lepoint.fr>.
- GONG W. – LIANG Y. – WU X. (2018), «The current status, challenges, and future developments of new tuberculosis vaccines», in *Human Vaccin Immunother*, 14, 1697–1716.
- LE POINT (2020), «L'Afrique face au Covid-19 : le choc économique menace», 3 aprile, in <www.lepoint.fr>.
- GBD TUBERCULOSIS COLLABORATORS (2018), «The global burden of tuberculosis: results from the Global Burden of Disease Study 2015», in *Lancet*, 18, 261–284.
- IATA (2020), *4.5 Million African Jobs at Risk due to COVID-19 and Travel Restrictions*, 1 ottobre, in <www.iata.org>.
- MENNECHET F.J.D. – TAKOUDJOU DZOMO G.R. (2020), «Coping with COVID-19 in Sub-Saharan Africa: What Might the Future Hold?», in *Virologica sinica*, 1 settembre, <https://doi.org/10.1007/s12250-020-00279-2>.
- OMS (2020a), *Coronavirus disease (COVID-19). Weekly epidemiological update*, 5 ottobre, in <www.who.int>.
- OMS (2020b), *WHO urges countries to ensure the continuity of malaria services in the context of the COVID-19 pandemic*, 25 marzo, in <www.who.int>.
- TAKOUDJOU DZOMO G.R. *et al.* (2020), *Rapport d'étude sur connaissances, croyances, attitudes et comportements de la population face au COVID-19 a N'Djamena au Tchad*.
- WAYACK-PAMBÈ M. *et al.* (2020), «Covid-19 : La jeunesse, un atout pour l'Afrique», 6 marzo, in <www.lepoint.fr>.



MAGIS
movimento e azione
dei gesuiti italiani
per lo sviluppo

La pandemia sta mettendo a dura prova i servizi sanitari di tutto il mondo, soprattutto nei Paesi in cui vi sono delle fragilità strutturali come il Ciad.

Cercando di dare una risposta a problemi non solo recenti, la Fondazione MAGIS è da tempo presente nella nazione subsahariana, sostenendo il complesso ospedaliero Le Bon Samaritain (cfr il box nella pagina a fianco) nelle sue attività, con il prezioso aiuto anche dell'Agenzia italiana per la cooperazione allo sviluppo dell'Ufficio per gli Interventi caritativi a favore del Terzo Mondo della Conferenza episcopale italiana.

Per maggiori informazioni e per sostenere le attività del MAGIS in Ciad: <www.magisitalia.org>.

Supporto sanitario al Ciad nella pandemia

La segnalazione del primo caso di coronavirus in Ciad è avvenuta il 19 marzo 2020 e per le settimane successive non si sono registrate notizie allarmanti: il Paese sembrava relativamente immune dal virus, con solo pochi casi non mortali. Un cambio repentino è avvenuto il 28 aprile, quando si sono verificati un aumento consistente di casi (52) e i primi due decessi ufficiali. Una settimana dopo sono stati segnalati 170 casi e 17 decessi. Il 4 giugno, con meno di 2.800 tamponi eseguiti, sono stati ufficialmente segnalati 803 casi di COVID-19 e 66 morti. Nello stesso tempo, si è registrato un drammatico aumento in tutto il Paese del numero di decessi negli ospedali e nella comunità, spesso con il sospetto – impossibile da verificare – che le morti fossero dovute al coronavirus.

All'inizio della pandemia, accertare che una persona avesse contratto o meno il coronavirus non era semplice, dato che nel Paese era operativo un solo laboratorio mobile di diagnostica, fornito dal Ministero della Salute e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Inoltre, l'unico ospedale autorizzato dallo Stato per effettuare i test della COVID-19 e per trattare gli eventuali casi sospetti era quello di Farcha, nella capitale, la cui capacità è di 118 posti letto, espandibile fino a 140 letti, ma con solo dieci camere per ospitare i pazienti infetti. Ben presto la situazione è divenuta allarmante, anche perché molti membri del personale sanitario erano stati contagiati. A maggio, le statistiche nazionali sulla COVID-19 suscitavano inquietudine e accrescevano le preoccupazioni presso l'opinione pubblica. Da un lato, le autorità sanitarie erano sopraffatte e il sistema sanitario del Paese non era pronto ad affrontare una pandemia potenzialmente lunga. Dall'altro, vi era la consapevolezza che senza aumentare il numero dei test sarebbe stato difficile misurarne l'effettiva diffusione. I dati noti, pur non riflettendo probabilmente la realtà, mostravano tuttavia la crescente diffusione del virus (secondo l'International Rescue Committee, nel mese di maggio il Ciad effettuava 0,1 test ogni mille abitanti, mentre nello stesso periodo in Italia erano effettuati 7,1 test per mille abitanti).

Per poter contrastare il virus e supportare le strutture sanitarie ciadiane, la Fondazione MAGIS e il suo partner locale, il Complesso ospedaliero universitario Le Bon Samaritain a N'Djamena, hanno avviato e realizzato ad aprile un nuovo laboratorio COVID-19 adiacente all'ospedale. Questo intervento è stato possibile grazie al supporto dell'Agenzia italiana per la cooperazione allo sviluppo (Iniziativa d'emergenza a favore delle popolazioni vulnerabili in Camerun e in Ciad,

AID 08/11762/2019 MAGIS – Sede di Khartoum AICS) e di donatori privati. Si tratta di un laboratorio specializzato in grado non solo di realizzare indagini sierologiche e tamponi in tempi brevi, ma anche di effettuare studi e ricerche sulla COVID-19, grazie alle competenze di docenti italiani e di personale medico locale specializzato e in formazione. Conoscere e monitorare i contagi e riuscire a effettuare analisi con risultati attendibili sono tra le armi più potenti per contrastare il virus e per meglio accompagnare le persone in questa dura lotta.

Inoltre, grazie alle moderne attrezzature con cui è stato equipaggiato, questo innovativo laboratorio di analisi sarà anche in grado di intervenire sulle altre gravi malattie che colpiscono il Ciad (innanzi tutto la malaria, la tubercolosi, l'AIDS, la poliomielite).

Oltre alla struttura laboratoriale, il progetto ha permesso l'allestimento di un'unità di terapia subintensiva (4 letti), reparto estremamente urgente e importante in un Paese in cui le risorse sanitarie sono ridotte al minimo, soprattutto per quanto riguarda i posti letto in terapia intensiva e i ventilatori polmonari.

È stato possibile realizzare anche un altro intervento importante grazie al bando straordinario promosso dall'Ufficio per gli Interventi caritativi a favore del Terzo Mondo della Conferenza episcopale italiana con i fondi dell'8 per mille alla Chiesa cattolica. A beneficiarne è stato il personale sanitario dell'ospedale, che ha ricevuto gli indispensabili dispositivi di protezione individuale. È infatti di primaria importanza prevenire la diffusione del virus innanzitutto all'interno delle strutture sanitarie (tra pazienti e tra pazienti e personale sanitario) per evitarne il collasso e salvaguardarne la funzionalità. Sono state poi adottate tutte le misure igieniche e di sicurezza volte non solo a proteggere gli operatori sanitari, altamente esposti al rischio di contagio, ma anche le loro famiglie e la popolazione circostante.

Tali interventi del MAGIS presso l'ospedale Le Bon Samaritain si inseriscono appieno nella strategia anti COVID-19 posta in essere dalla Task Force del Ministero della Sanità in Ciad, gruppo di lavoro di cui lo stesso ospedale è membro consultivo.

a cura del MAGIS

il MAGIS collabora stabilmente con la Conferenza episcopale italiana e con l'Agenzia italiana per la cooperazione allo sviluppo

8x
mille
CHIESA CATTOLICA



Le Bon Samaritain

Il complesso ospedaliero Le Bon Samaritain (CHU-BS) è una struttura universitaria-ospedaliera della Compagnia di Gesù, fondata nel 1973 dal gesuita missionario italiano p. Angelo Gherardi. La missione principale di quest'opera è di fornire un'assistenza sanitaria di qualità alla popolazione ciadiana della capitale e delle zone rurali, soprattutto ai più indigenti, e di formare operatori sanitari "per gli altri". Le opere che afferiscono al complesso ospedaliero sono dispiegate in due siti: N'Djameña e Goundi. A Goundi c'è un ospedale che può ospitare 125 pazienti, con nove centri sanitari che servono principalmente una popolazione rurale di 210mila abitanti, oltre a due scuole sanitarie. A N'Djameña c'è il complesso ospedaliero universitario (CHU-BS) composto da un ospedale (capacità di 180 pazienti), due centri sanitari al servizio della popolazione urbana del quartiere Walia che conta 100mila abitanti, una Facoltà di Medicina e una Scuola di Sanità. Nei due siti sono impiegati un totale di 300 professionisti della salute.