

il reportage

Sierra Leone

PROVOCAZIONI

Mosca cieca

JACOPO IACOBONI

A Mosca, nelle tante paranoie di un regime asserragliato, che ora subisce impotente gli attacchi dei droni a lungo raggio ucraini, ce n'è una a cui ha dato voce in queste ore Alexander Bortnikov. Il capo dell'FSB ha definito un "segnale allarmante" che Stati Uniti e Israele abbiano ucciso i capi iraniani conquistando l'accesso alle telecamere di sorveglianza a Teheran.

Durante una riunione del Consiglio dei capi degli organi di sicurezza e dei servizi speciali degli Stati membri della CSI, Bortnikov ha detto che operazioni digitali americane e israeliane sono in corso anche in quegli Stati, e questo è almeno in parte dovuto alla dipendenza della Russia e degli Stati CSI dalle piattaforme tecnologiche occidentali "cosa che crea notevoli vulnerabilità agli attacchi informatici da parte dei servizi segreti delle principali nazioni della NATO e dei loro alleati". Ma non ha detto il resto.

I rapporti tra Tel Aviv e la Russia non sono più così idilliaci come un tempo – anche se restano a doppio senso, e le porte non sono del tutto chiuse. FT scrisse che l'uccisione della Guida suprema Ali Khamenei fu possibile solo grazie ai dati in possesso, da anni, dell'intelligence israeliana ha raccolto per lunghissimo tempo, dati che vennero trasferiti e crittografati dal Mossad. L'hackeraggio delle telecamere di accesso dei parcheggi delle residenze di Khamenei è stato fondamentale. E angoscia abbastanza Vladimir Vladimirovich.

I russi sanno che gli stessi dati possono agilmente ottenere a Mosca gli americani, e ancor più l'unità 8200 degli israeliani, specializzata in operazioni cibernetiche. Mash, un canale russo molto informato sulle agenzie di sicurezza di Mosca, e pro Cremlino, ha reso noto che il software israeliano per l'analisi dei dati video BriefCam, che è stato già utilizzato per violare le telecamere a Teheran, è stato trovato anche in alcuni sistemi di videosorveglianza in Russia. La Russia lo usa dal 2010, consegnandosi di fatto agli umori di Tel Aviv. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A Freetown
L'ospedale di Emergency nella capitale della Sierra Leone. Memore della scorsa epidemia il Paese ha predisposto controlli sanitari per chi arriva dal Centrafrica



DAVIDE PRETI

Ville in stile occidentale aeroporti turchi e strade asfaltate dai cinesi Ma l'Ebola resta africano

MARCO VARVELLO

“

Chi arriva a Freetown con voli dal Centro Africa subisce rigidi controlli

“Don't touch dead bodies”, non toccate cadaveri, Ebola può uccidervi! Il cartello è ancora lì, ingiallito ma sempre in piedi. Resiste da una decina d'anni in questa periferia di Freetown, la capitale della Sierra Leone. Non si sa se dimenticato per pigrizia o per un profetico senso di prudenza, con la rassegnazione di chi sapeva che sarebbe servito anche in futuro.

Perché il virus di Ebola non è scomparso in Africa, anzi è tornato prepotente a colpire proprio in queste settimane. Lo si capisce fin dall'atterraggio al nuovo aeroporto della capitale, dove medici e addetti del Ministero della Sanità misurano la febbre e offrono disinfettante a chi arriva con voli dal Centrafrica. Nella repubblica democratica del Congo e in Uganda si sono di nuovo registrati centinaia di casi che l'Organizzazione mondiale della Sanità ha già classificato come “emergenza sanitaria internazionale”. Altri moderni avvisi, rimessi in questi giorni, avvertono i passeggeri: “Protegete voi stessi e gli altri contro Ebola” ammoniscono, fornendo una lista di raccomandazioni per la prevenzione.

Sono venuto in questo paese per visitare l'ospedale di Emergency in occasione dei dieci anni dalla fine della precedente terribile epidemia che colpì tra il 2014 e il 2016. Allora ci furono 11 mila vittime di cui oltre 8 mila proprio in Sierra Leone. Fu Ebola il primo virus del secolo a far tremare anche in Europa e Sta-

I dati

1

Nella Repubblica democratica del Congo e in Uganda si sono di nuovo registrati centinaia di casi e l'Organizzazione mondiale della Sanità ha già dichiarato l'“emergenza sanitaria internazionale”. Il virus di Ebola provoca febbri emorragiche mortali. Non esiste terapia specifica

2

La più grande epidemia di Ebola è avvenuta in Africa Occidentale a partire dai primi mesi del 2014 ed è terminata nel 2016 interessando, particolarmente, gli Stati di Guinea, Sierra Leone, Liberia e Nigeria. Nella sola Sierra Leone vi furono 533 casi e 233 morti

ti Uniti, prologo delle altre epidemie globali, Covid ovviamente in testa. Mi sono ritrovato invece in un rinnovato clima di allarme per la nuova ondata di contagi.

«Per la verità con la paura di Ebola si è sempre convissuto in questa parte dell'Africa. Casi isolati ma endemici. In Uganda ad esempio abbiamo avuto due focolai negli ultimi cinque anni», racconta Luisa Napolitano, anestesista e coordinatrice medica dell'ospedale italiano a Goderich, periferia della capitale. Ci mostra i due tendoni usati per il triage dei pazienti un decennio fa. Sono ancora lì, pronti all'uso. Così quello che doveva essere un viaggio per ricordare cosa è stata l'epidemia di allora si trasforma in un monito su quanto potrebbe di nuovo accadere, se questo virus si diffondesse nel nostro mondo ancora più globalizzato e interconnesso.

Certamente in un decennio la Sierra Leone ha fatto progressi. Arrivando dall'aeroporto e procedendo lungo la costa non mancano i grandi alberghi occidentali. Stupiscono un paio di lussuosi casinò cinesi, presenza sempre più ingombrante. Se il nuovo scalo aereo di Lungi è stato costruito da un gruppo turco, le principali strade asfaltate sono appannaggio proprio di gruppi cinesi. Allora il traffico si ferma per un casello. Con il pedaggio il governo ripaga il debito ai costruttori stranieri. Lo Stato ha consolidato una struttura democratica, con elezioni regolari e una divisione dei

poteri retaggio della colonizzazione inglese, ma rimane poverissimo. La Sierra Leone è tra gli ultimi Paesi al mondo per reddito pro capite. Tra i primi cinque per mortalità infantile.

Molte ville borghesi sorgono sulle irte colline che dominano Freetown e godono così di maggiore fresco rispetto alla città bassa sul mare. Dietro gli edifici del centro e nella interminabile periferia si alternano invece baraccopoli sommerse dall'immondizia. La raccolta rifiuti è pressoché inesistente. Si fa fronte semplicemente bruciando le montagne di scarti, con la immarcescibile plastica a farla da padrone. Fumo nero e tossico. La sanità pubblica era e resta allo sfascio. Negli ospedali si paga tutto, dalle cure alle medicine, che pure mancano a causa della difficoltà di finanziare le giacenze. Così ai pazienti o ai loro parenti viene chiesto di procurarsele presso farmacie private. Per questo nel 2014-2016 l'ospedale di Emergency fu l'unico a rimanere aperto durante Ebola. Le altre strutture furono costrette al lockdown per non trasformarsi in focolai.

«Al Connaught Hospital e in altri ospedali governativi vedevamo morire molti colleghi, infermieri e medici, — racconta Bintu Jawara, capo infermiera — La differenza la fecero i protocolli di test e profilassi ma soprattutto i camici, le tute, i guanti, le maschere. Nell'ospedale di Emergency i dispositivi di protezione c'erano, negli altri no».



Luisa Napolitano, Coordinatrice Team medico Emergency



Le condizioni igieniche in Sierra Leone sono precarie e oggi l'ospedino di Emergency opera sui grandi traumi



Congo: ospedali da campo incendiati durante l'attuale emergenza: molti locali non credono ai sanitari e al contagio

I medici italiani aprirono anche un distacco a Lakka, periferia est della capitale, dove arrivavano pazienti dalle regioni più colpite. Tra il personale locale molti inizialmente si rifiutarono di andare in prima linea. Avevano famiglia, non volevano rischiare il contagio. Alcuni cambiarono poi idea: «Era mio dovere di infermiera e alla fine ho accettato ma è stata una esperienza durissima. Bastava un piccolo errore per venire a contatto con il virus» racconta Freda Kango. Jacob Macauley, addetto alla logistica, fu convinto da un medico italiano: «mi disse che se era venuto lui da tanto lontano per darci una mano a maggior ragione dovevo esserci anch'io, altrimenti ci sarebbero stati molti più morti. Ci ho pensato un po' poi gli ho risposto... no problem, cominciamo». I contagiati venivano poi curati nell'ospedale di Goderich, attrezzato per la terapia intensiva. Centinaia i casi rilevati ed isolati, oltre 200 curati, la metà dei pazienti è sopravvissuta. «Molti scappavano dalle province dell'interno, c'erano cadaveri per strada – continua Luisa Napolitano – Lo screening all'entrata era il momento cruciale per identificare i pazienti con il virus e intradarli verso i reparti. I protocolli sviluppati in quegli anni sono stati la base per affrontare poi anche il Covid».

Dopo l'epidemia di Ebola l'ospedale di Emergency è stato riconvertito a centro chirurgico per grandi traumi. Vi lavorano una ventina di medici internazionali, in maggioranza italiani ma non solo. Circa 400 sono i dipendenti locali, tra medici, paramedici, farmacisti, addetti alla logistica o alle pulizie.

Girando tra un reparto e l'altro colpisce una targa stradale in italiano: «Via del Campo». Ricorda che parte della struttura fu finanziata dalla vendita della chitarra preferita di Fabrizio De André, la mitica «Esteve 97» spagnola, andata all'asta dopo la scomparsa del cantautore. Infermieri in camice bianco, dottori in blu, la normalità di un centro medico con standard occidentali nel cuore dell'Africa equatoriale. I «grandi traumi» non mancano. Ibrahim, 23 anni, sorride ai visitatori, seduto su una panca, con le stampelle a portata di mano. La gamba sinistra è fasciata, amputata sotto il ginocchio. Sorride perché gli hanno spiegato che grazie ad una protesi potrà camminare di nuovo. Ha moglie e un figlio. Stava tagliando alberi nella foresta con una sega elettrica quando gli è sfuggita di mano, tagliandogli la gamba. Era solo. Si è fasciato il moncherino alla meglio, trascinandosi sulle braccia fino alla strada più vicina. Un automobilista lo ha soccorso, chiamando suo padre. Per prima cosa hanno dovuto trovare i soldi per l'ambulanza. Il servizio in teoria è gratuito ma la benzina la deve pagare il paziente. Poi quattro ore di viaggio verso l'unico ospedale che poteva accoglierlo gratuitamente, quello di Emergency.

Questa è la Sierra Leone, questa è l'Africa. I medici italiani svolgono qui periodi di almeno sei mesi, in un clima equatoriale che toglie le forze, con strumenti comunque limitati di fronte all'umanità dolente che aspetta un aiuto. Non c'è nemmeno da chiedere perché scelgano di essere qui. Giuseppe Meucci è il veterano. Una intera carriera chirurgica in ospedali toscani, poi l'Afghanistan ed ora da sette anni a Goderich. Commenta: «In Italia come medici ci sentiamo certamente utili ma qui, quasi sempre, siamo indispensabili».

FUTURA

A nostra insaputa

FRANCESCA SANTOLINI

“Né nei campi, né nei piatti, gli OGM non li vogliamo”. Correva l'anno 2000 quando la grande battaglia degli ambientalisti passava anche dalla distruzione delle coltivazioni di mais geneticamente modificato. Non era una crociata contro i popcorn, ma contro un modello agricolo accusato di aumentare l'uso di pesticidi e di alterare equilibri naturali già fragili.

Immaginate se nuovi OGM fossero autorizzati massicciamente in Europa senza saperlo. E se si tro-

vassero ovunque, nei campi e nei supermercati a vostra insaputa, senza alcun modo di controllarli, e peggio, nemmeno di rilevarli. Sarebbe folle, no? In realtà è esattamente quello che sta succedendo. L'Unione Europea sta finalizzando un regolamento per autorizzare la coltivazione e la vendita di piante derivanti da queste nuove tecniche genomiche, le NGT.

Le chiamiamo NGT perché sono ottenute da strumenti molecolari all'avanguardia, ma anche per nascondere ciò che sono veramente: OGM. Le NGT vengono presentate come tecnologie di precisione, capaci di intervenire in modo mirato sul DNA delle piante, ma la loro affidabilità e sicurezza è ancora oggetto di dibattito scientifico. Più di cento ricercatori hanno espresso preoccupazione per una deregolamentazione affrettata, sottolineando come gli effetti a lungo termine restino sconosciuti.

Sul piano ambientale, i timori sono concreti: l'introduzione di nuovi geni potrebbe avere effetti non controllabili sugli ecosistemi, contaminando altre specie o alterando i processi evolutivi. Ma c'è anche un'altra questione forse ancora più decisiva, quella economica. Le NGT aprono la strada alla brevettabilità delle modifiche genetiche. In altre parole, alla privatizzazione del vivente. Un vantaggio enorme per le multinazionali con il rischio di rafforzare una dipendenza strutturale degli agricoltori a pochi attori dominanti.

Ma allora, oltre ai rischi, qual è l'utilità reale delle NGT? Ad oggi, non esistono prove concrete che offrano benefici proporzionati alle incognite. Esiste però un dato evidente: rappresentano un nuovo mercato, un nuovo spazio di profitto per l'agroindustria. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“I medici italiani svolgono qui periodi di sei mesi. Ci sentiamo indispensabili”

© RIPRODUZIONE RISERVATA