

DOSSIER CON DATI E TESTIMONIANZE

Numero 12 – Febbraio 2016



Africa sub-sahariana



Salute negata

Epidemie, specchio delle disuguaglianze del mondo. La lezione di Ebola

INDICE

DOSSIER CON DATI E TESTIMONIANZE

Numero 12 | Febbraio 2016

AFRICA SUB-SAHARIANA | SALUTE NEGATA

Epidemie, specchio delle disuguaglianze
del mondo. La lezione di Ebola



Introduzione	3
1. Epidemie: il problema a livello internazionale	5
2. Ebola: il problema a livello regionale e nazionale	11
3. Le cause	15
4. I dati Caritas	21
5. Testimonianze	25
6. La questione	27
7. Le esperienze e le proposte	29
Fonti bibliografiche	33
Note	38

A cura di: Francesco Soddu | Moira Monacelli | Fabrizio Cavalletti | Danilo Angelelli | Paolo Beccegato

Testi: Moira Monacelli

Foto: Caritas Internationalis | Moira Monacelli

Grafica e impaginazione: Danilo Angelelli

La salute, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), «è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto l'assenza di malattia e infermità»¹. La salute è un diritto fondamentale di ogni essere umano², sancito dalla Dichiarazione Internazionale dei Diritti Umani³ e dal Patto sui Diritti Sociali Economici e Culturali, che tuttavia non si sofferma sul solo concetto di diritto, ma precisa anche il dovere degli Stati di prendere le misure necessarie affinché esso sia garantito⁴.

Anche la Costituzione Italiana si pone su questa linea, affermandone la tutela come «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività»⁵. Questo porta ad evocare anche il concetto di bene comune⁶, più volte richiamato dall'OMS⁷, nonché l'importanza di combattere quelle disuguaglianze osservabili a livello globale, per far sì che questo diritto sia effettivamente tutelato. Lo afferma Papa Francesco nell'enciclica *Laudato si'*: «Nelle condizioni attuali della società mondiale, dove si riscontrano tante iniquità e sono sempre più numerose le persone che vengono scartate, private dei diritti umani fondamentali, il principio del bene comune si trasforma immediatamente, come logica e ineludibile conseguenza, in un appello alla solidarietà e in una opzione preferenziale per i più poveri»⁸.

Il diritto alla salute è però spesso un diritto negato, soprattutto nelle periferie del mondo. Benedetto XVI, nel 2010, sottolineava: «La salute è un bene prezioso per la persona e la collettività, da promuovere, conservare e tutelare, dedicando mezzi, risorse ed energie necessarie affinché più persone possano usufruirne. Purtroppo ancora oggi permane il problema di molte popolazioni del mondo che non hanno accesso alle risorse necessarie per soddisfare i bisogni fondamentali, in modo particolare per quanto riguarda la salute. È necessario operare con maggiore impegno a tutti i livelli affinché il diritto alla salute sia reso effettivo»⁹.

È dovere di noi tutti operare perché non si debba morire per malattie curabili e impedire il diffondersi di epidemie da tempo scomparse nel continente europeo, ma quotidianamente mortali nel continente africano. È importante capire che ogni fratello che soffre riguarda e interpella ciascuno di noi, che è necessario abbattere l'indifferenza e l'ignoranza ed elimi-

È dovere di noi tutti operare per impedire il diffondersi di epidemie da tempo scomparse nel continente europeo e quotidianamente mortali nel continente africano. È necessario abbattere l'indifferenza e l'ignoranza ed eliminare le distanze geografiche e umane



nare le distanze geografiche e umane, così come denunciare quello che molti vogliono dimenticare o non considerare, magari solo perché è geograficamente lontano da noi. Il silenzio non elimina il problema, anzi, rischia di aggravarlo. È un richiamo alla nostra solidarietà, ma anche alla nostra responsabilità.

Papa Benedetto XVI, nell'enciclica *Caritas in Veritate*, sottolinea come sia indispensabile «maturare una responsabilità per il proprio e l'altrui sviluppo integrale», richiamando ad un impegno determinato e costante: «I doveri rafforzano i diritti e propongono la loro difesa e promozione come un impegno da assumere a servizio del bene»¹⁰.

Nonostante i progressi scientifici e tecnologici a livello mondiale nella cura di molte malattie, non possiamo ignorare la difficile situazione sociale, politica ed economica in cui versano molti Paesi, «che esige una tutela e promozione della salute che sia un segno dell'amore incondizionato di tutti, specialmente per i più poveri e deboli, e che risponda alle necessità umane di ciascuno e della comunità. Di conseguenza si devono riformare le leggi che non tengono sufficientemente in considerazione l'uguale ripartizione delle condizioni di salute per tutti»¹¹: è necessario studiare e operare affinché «siano assicurate le cure basiche ancora negate a gran parte della popolazione mondiale»¹².

Non possiamo non rendercene conto: è una questione di giustizia. Benedetto XVI affermava come «anche nel campo della salute, parte integrante dell'esistenza di ciascuno e del bene comune, è importante instaurare una vera giustizia distributiva che garantisca a tutti, sulla base dei bisogni oggettivi, cure adeguate. (...) Si promuove la giustizia quando si accoglie la vita dell'altro (...). L'immagine divina impressa nel nostro fratello fonda l'altissima dignità della persona e suscita in ciascuno l'esigenza del rispetto, della cura e del servizio. Il legame fra giustizia e carità,

in prospettiva cristiana, è molto stretto (...). «La giustizia è la prima via della carità¹³»¹⁴.

Accogliere, avere compassione, prendersi cura dell'altro «fino a sentirlo come qualcuno che ci appartiene» sono gli atteggiamenti di Gesù nei confronti delle persone che lo avvicinavano e che oggi, in quella che Papa Francesco definisce la «cultura dello scarto»¹⁵, sono le più emarginate dalla società, quelle a cui, più di altre, manifestare prossimità.

Questo è ciò che ci insegna la parabola del Buon Samaritano (Lc 10,25-37), che indica quale debba essere il rapporto delle persone verso il prossimo che soffre. Di fronte a un uomo rapinato e ferito, il Samaritano «lo vide e ne ebbe compassione. Gli si fece vicino», «gli fasciò le ferite», «lo portò a una locanda e si prese cura di lui»¹⁶. Di fronte alla sofferenza non possiamo rimanere indifferenti, ma abbiamo il dovere di «fermarci». Giovanni Paolo II, nella Lettera Apostolica *Salvifici Doloris* sottolinea come «Buon Samaritano è ogni uomo che si ferma accanto alla sofferenza di un altro uomo (...). Quel fermarsi non significa curiosità, ma disponibilità. (...) Buon Samaritano è colui che porta aiuto nella sofferenza, di qualunque natura essa sia. Aiuto, per quanto possibile, efficace. In esso egli mette il suo cuore, ma non risparmia neanche i mezzi materiali. Si può dire che dà se stesso, il suo proprio "io", aprendo quest'"io" all'altro»¹⁷.

Anche Papa Francesco evidenzia la centralità del prendersi cura del prossimo nell'enciclica *Laudato si'*:

«L'amore, pieno di piccoli gesti di cura reciproca, (...) si manifesta in tutte le azioni che cercano di costruire un mondo migliore. L'amore per la società e l'impegno per il bene comune sono una forma eminente di carità. (...) L'amore sociale è la chiave di un autentico sviluppo (...), ci spinge a pensare a grandi strategie che (...) incoraggino una cultura della cura che impegni tutta la società»¹⁸.

In particolare nel caso di malattie infettive ed epidemie, tema centrale di questo documento, è importante fare riferimento anche ai temi dell'integrazione e della lotta allo stigma, centrali nel messaggio evangelico. Nella Guarigione del Lebbroso (Mc 1,40-45) i gesti di Gesù sono a tal proposito emblematici: «Mosso a compassione, stese la mano, lo toccò e gli disse: Lo voglio, guarisciti!»¹⁹. Oltre alla malattia fisica, Gesù guarisce l'emarginazione sociale e riabilita l'uomo alla convivenza con gli altri.

Epidemie come quella di Ebola, che ha colpito l'Africa occidentale, mostrano come sia necessaria un'attenzione costante al grido dei più poveri per la loro dignità, per prevenire oltre che curare, per agire sulle cause della povertà con azioni sostenibili di lungo periodo, che vedano la partecipazione e l'inclusione delle comunità locali. Esse mostrano come per tutelare la salute non basti un intervento unicamente sanitario, ma sia necessario un approccio integrato e multidimensionale, più complesso ma più incisivo.

«Purtroppo ancora oggi permane il problema di molte popolazioni del mondo che non hanno accesso alle risorse necessarie per soddisfare i bisogni fondamentali, in modo particolare per quanto riguarda la salute. È necessario operare con maggiore impegno a tutti i livelli affinché il diritto alla salute sia reso effettivo»

BENEDETTO XVI

«Nelle condizioni attuali della società mondiale, dove si riscontrano tante iniquità e sono sempre più numerose le persone che vengono scartate, private dei diritti umani fondamentali, il principio del bene comune si trasforma immediatamente, come logica e ineludibile conseguenza, in un appello alla solidarietà e in una opzione preferenziale per i più poveri»

PAPA FRANCESCO

1. Epidemie: il problema a livello internazionale

La storia ci insegna come grandi epidemie e pandemie provocate da agenti patogeni, quali peste, lebbra, vaiolo, malaria, meningite, colera, sifilide, tubercolosi, poliometite, hanno devastato il mondo. Se, da un lato, i progressi tecnologici hanno portato all'eradicazione del vaiolo, a significativi progressi contro la poliometite e a notevoli miglioramenti in molte altre patologie grazie ai vaccini, la minaccia di nuovi agenti patogeni, lo sviluppo di ceppi resistenti agli antibiotici, la (ri)comparsa di numerose malattie con propagazione anche mondiale (es. Ebola, SARS, influenza aviaria, influenza H1N1) ammoniscono ad avere una soglia di attenzione quanto mai elevata e raccomandano di lavorare alla prevenzione, alla riduzione dei rischi e alla preparazione della popolazione e dei sistemi sanitari di ogni Paese.

La trasmissione di una malattia infettiva richiede il passaggio di un agente infettante da una sorgente di infezione a uno o più individui in grado di contrarla. Il passaggio avviene con modalità differenti a seconda del microrganismo e della sua diffusione ambientale, mentre le principali vie di trasmissione possono essere considerate: di origine alimentare, respiratorie, legate ai viaggi, alle modificazioni dell'ambiente, alle tecniche mediche¹.

Le malattie infettive sono numerose e coinvolgono diversi organi e apparati; se alcune potrebbero sembrare insignificanti ai nostri occhi al cospetto di altre, quali l'HIV/AIDS, non va sottovalutato che, in alcuni contesti epidemiologici, queste hanno una valenza assai importante e sono causa di elevata mortalità. Possiamo far riferimento, ad esempio, alle diarree, al



colera e alla febbre tifoide nei Paesi dell'Africa subsahariana, alle epatiti virali, alla malaria, endemica in molte zone dell'Africa, alla lebbra, alla tubercolosi.

Per molto tempo alcune patologie quali peste nera, sifilide, colera, febbre gialla, tifo hanno rappresentato le prime cause di mortalità nel mondo.

Oggi le malattie infettive restano una minaccia globale: nuove epidemie potrebbero essere il risultato della pressione demografica, del cambiamento climatico, dell'incremento della mobilità della popolazione a livello mondiale, ma i rischi maggiori sono in particolare per quei Paesi in cui i sistemi sanitari non sono preparati ad affrontare simili emergenze. Dati recenti dimostrano come le malattie infettive abbiano oggi una propensione a espandersi rapidamente oltre i confini nazionali: nel 2003 la SARS, comparsa in primo luogo in un viaggiatore a Hong Kong, si è propagata rapidamente in 29 Paesi, colpendo più di 8.000 persone; nel 2009 l'influenza H1N1 è stata identificata in quasi tutti i Paesi del mondo, con 18.449 morti confermate².

Le malattie infettive sono ogni anno la causa del 16% dei decessi a livello mondiale³, e costituiscono i 2/3

LE PAROLE

Epidemia | Aumento, spesso rapido e improvviso, del numero di casi di una malattia contagiosa e generalmente di origine infettiva, superiore al livello di normalità atteso per la popolazione in una determinata area⁴.

Malattia endemica | Costante presenza e/o usuale diffusione di una malattia o di un agente infettivo nella popolazione di una determinata area geografica⁵.

Malattia infettiva | Patologia dovuta al contagio dell'organismo umano da parte di microrganismi patogeni: batteri, virus, miceti, parassiti, ecc. con conseguente sviluppo di sintomi caratteristici di

quella specifica malattia. La patologia può essere trasmessa, direttamente o indirettamente, da un essere umano all'altro. Le zoonosi sono infezioni derivanti dal mondo animale, diffuse da virus trasmessi dall'animale all'uomo.

Pandemia | Epidemia che si espande su più Paesi o continenti, generalmente colpendo un elevato numero di persone⁶. L'OMS la definisce come la propagazione mondiale di una nuova malattia contro la quale la popolazione non ha immunità⁷ (es. una pandemia influenzale si verifica quando un nuovo virus d'influenza appare e si propaga nel mondo intero, in assenza di immunità della maggior parte della popolazione)⁸.



Le malattie infettive sono causa di: **40%** dei decessi nei Paesi in via di sviluppo

1% dei decessi nei Paesi industrializzati



Nell'Africa sub-sahariana l'HIV/AIDS è la prima causa di morte: **11,5%** dei decessi nella regione per questa malattia

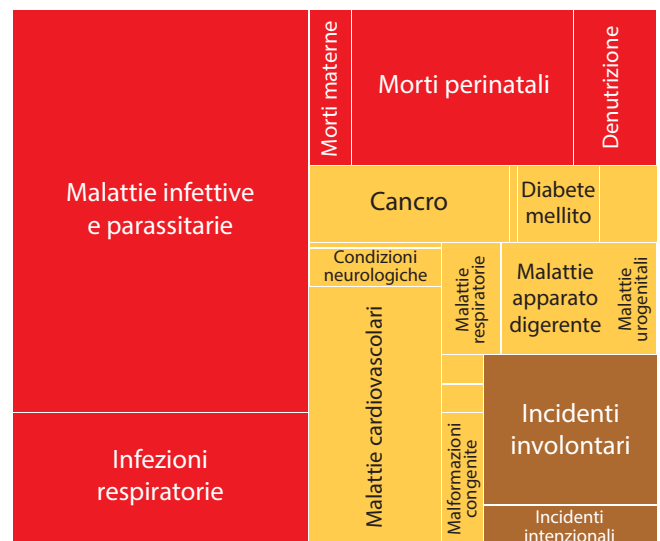
dei decessi tra i minori di 5 anni. Esse sono responsabili di circa il 40% di morti nei Paesi in via di sviluppo (a basso reddito), a fronte dell'1% nei Paesi industrializzati (ad alto reddito).

A livello mondiale, tra le dieci maggiori cause di decessi nel 2012, le prime riguardano malattie cardiovascolari (7,4 milioni di persone) e ictus (6,7 milioni), mentre solo tre fanno riferimento a malattie infettive: infezioni respiratorie (3,1 milioni di persone, 5,5% dei decessi), HIV/AIDS (1,5 milioni di persone, 2,7% dei decessi, tuttavia leggermente diminuiti rispetto al 2000, quando furono 1,7 milioni, 3,2%), malattie diarroiche (1,5 milioni di persone, 2,7% delle morti). Le malattie diarroiche non sono più tra le cinque maggiori cause di morte a livello globale, ma restano tra le principali dieci nel 2012. La tubercolosi, seppure non sia più tra le principali dieci cause di decesso nel 2012, resta nelle prime quindici, con circa 900 mila vittime⁹.

È tuttavia interessante rilevare le grandi differenze sulle cause di morte tra i Paesi ad alto reddito e i Paesi a basso reddito. Nei Paesi ad elevato reddito, 7 decessi su 10 riguardano persone con età superiore ai 70 anni, solo 1 decesso su 100 riguarda minori di 15 anni. Si muore soprattutto a causa di malattie croniche (es. malattie cardiovascolari, tumori, diabete, ...), mentre tra le principali dieci le infezioni respiratorie sono l'unica causa di decesso di origine infettiva (31 decessi su una popolazione di 100 mila persone). Nei Paesi a basso reddito, invece, quasi 4 decessi su 10 riguardano minori di 15 anni, mentre solo 2 su 10 quelli di persone con età superiore ai 70 anni. Si muore soprattutto a causa di malattie infettive: infezioni respiratorie (91 decessi su 100 mila abitanti), HIV/AIDS (65/100 mila), malattie diarroiche (53/100 mila), malaria (35/100 mila), tubercolosi (31/100 mila)¹⁰.

A livello generale, è molto interessante analizzare il quadro della mortalità nell'Africa sub-sahariana, area che nel 2014-15 è stata fortemente colpita anche dal virus Ebola, che ha causato più di 11 mila morti. Il quadro complessivo più recente tracciato dall'OMS per la Banca Mondiale sulla regione documenta 9,6 milioni di decessi nel 2012. Di questi, la maggior parte sono inclusi nella categoria definita dall'OMS di malattie trasmissibili e dovute a cause perinatali, materne e nutri-

zionali (in rosso nel grafico che segue), per un totale di circa 5,9 milioni di individui, pari al 61,7% delle morti nell'Africa sub-sahariana.



Fonte: OMS

Sempre secondo l'OMS, tra le principali cause di morte nel 2012 nella regione, vi sono le seguenti malattie trasmissibili: HIV/AIDS (1.108.000, 11,5% dei decessi nella regione), infezioni respiratorie (1.101.000, 11%), malattie diarroiche (644 mila, 6,7%), malaria (568 mila, 5,9%). Più in basso nella classifica troviamo meningiti (260 mila, 2,7%) e tubercolosi (230 mila, 2,4%)¹¹. Alcuni dati, in relazione alle epidemie, meritano di essere evidenziati¹²:

- il primo concerne l'HIV/AIDS: nonostante una diminuzione dei morti ad esso legati del 22% tra il 2001 e il 2012, la regione dell'Africa sub-sahariana conta il 70% dei decessi a livello mondiale;
- il secondo riguarda le infezioni respiratorie, in particolare le pneumonie, che costituiscono circa il 18% delle morti dei minori di 15 anni, la maggior parte dei quali in Asia meridionale e nell'Africa sub-sahariana;
- il terzo è relativo alle malattie diarroiche, l'88% delle quali si potrebbero prevenire piuttosto facilmente con misure basiche mirate, visto che sono causate da acqua non potabile e inadeguate misure di igiene;

- L'ultimo concerne la malaria, che, se nel 2012 ha ucciso 618 mila persone nel mondo, oltre il 91% di queste nell'Africa sub-sahariana.

Di seguito verrà dedicato un breve approfondimento a malaria, tubercolosi e HIV/AIDS, oggetto degli Obiettivi del Millennio delle Nazioni Unite¹³ e parte integrante dei 17 Obiettivi per uno Sviluppo Sostenibile nel settore della salute.

MALARIA

L'Africa sub-sahariana detiene ancora l'89% dei casi di malaria e il 91% dei decessi a livello mondiale



A livello mondiale, la malaria è endemica in 97 Paesi; 3,2 miliardi di persone – circa la metà della popolazione – sono considerate a rischio, che diventa elevato per 1,2 miliardi (più di 1 possibilità su 1.000 di contrarre la malattia).

Si stima¹⁴ che nel 2000 si siano verificati 262 milioni di casi¹⁵ di malaria, che hanno causato 839 mila decessi¹⁶: l'80% dei casi e il 90% dei decessi sono avvenuti nell'Africa sub-sahariana, colpendo in particolare bambini minori di 5 anni¹⁷. Nel 2015 la stima globale è di 214 milioni di casi di malaria¹⁸, che hanno provocato 438 mila decessi¹⁹.

È evidente come nell'arco di questi anni vi siano stati progressi e riduzioni significative sia nel numero dei casi che dei decessi, nonostante la popolazione a rischio sia cresciuta globalmente del 31%: l'incidenza della malaria (tasso di nuovi casi) è scesa del 37% tra il 2000 e il 2015, e nello stesso intervallo di tempo il tasso dei decessi è diminuito del 60%, tra i minori di 5 anni del 65%.

Secondo i dati di OMS e Unicef, se nel 2000 solo il 2% di bambini sotto i 5 anni dormiva sotto una zanzariera trattata con insetticida, nel 2015 la proporzione sale al 68%, mentre la proporzione di minori di 5 anni curati con trattamento specifico anti-malaria nello stesso periodo di tempo è passato dallo 0% al 13% ed è migliorato anche il livello dell'accesso ai test diagnostici rapidi.

Considerando quindi gli indicatori appena enumerati, globalmente, l'Obiettivo del Millennio relativo alla malaria (arrestarne l'aumento e invertire l'incidenza) è stato raggiunto: la diminuzione dell'incidenza più rapida si è verificata nei Paesi del Caucaso, dell'Asia centrale e orientale. Ma resta ancora allarmante la situazione nei Paesi dell'Africa sub-sahariana, che, nonostante innegabili miglioramenti, detiene l'89% dei casi di malaria e il 91% dei decessi, dati sproporzionalmente più elevati rispetto al resto del mondo.

Questo ci mostra come la malaria si sviluppa soprattutto in Paesi a basso reddito e in particolare tra

le comunità più vulnerabili, più esposte al rischio e con minore accesso alle misure preventive, ai servizi diagnostici e alle cure. Basti pensare che, nell'Indice di Sviluppo Umano 2014²⁰, gli ultimi 17 posti della classifica sono tutti occupati da Paesi dell'Africa sub-sahariana²¹. Questo ci indica anche come il controllo e l'eradicazione della malaria siano legati ad altri obiettivi, tra i quali la riduzione della povertà, l'universalità dell'istruzione primaria, la diminuzione del tasso di mortalità nei minori di 5 anni. Interventi nel medio-lungo termine, mirati nei diversi settori e allo stesso tempo integrati, sono indispensabili in contesti complessi e in cui più del 50% della popolazione vive sotto la soglia di povertà (con meno di 2 dollari al giorno).

Nonostante l'incremento degli investimenti²², il miglioramento dei partenariati internazionali, lo sviluppo economico di alcuni Paesi e il rafforzamento di molti sistemi sanitari, c'è ancora tanto da fare: nel 2013, il finanziamento dei programmi anti-malaria costituiva solo il 53% dei 5,1 miliardi di dollari necessari ogni anno per raggiungere a livello globale gli obiettivi di controllo e di eliminazione della malaria. La strada è, forse, meno tortuosa, ma ancora lunga. La malaria resta un problema di grave entità per la salute pubblica a livello mondiale, soprattutto nel continente africano.

TUBERCOLOSI

Più del 95% dei decessi dovuti alla tubercolosi avviene in Paesi a reddito basso o medio-basso



Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità²³, si stima che nel 2014 si siano verificati 9,6 milioni di casi di tubercolosi a livello mondiale, con 1,5 milioni di decessi, di cui 400 mila persone positive all'HIV. Il dato allarmante è che dei 9,6 milioni di casi, solo 6 milioni sono stati notificati all'OMS; ciò vuol dire che il 37% dei casi non è stato correttamente diagnosticato o non è stato segnalato alle autorità sanitarie. Il 58% dei nuovi casi si è verificato nel sud-est asiatico e nella regione del Pacifico dell'OMS, mentre il 28% in Africa, che detiene la più alta incidenza di casi e decessi in rapporto alla popolazione: 281 casi per una popolazione di 100 mila abitanti, contro una media mondiale di 133²⁴.

Più del 95% dei decessi dovuti alla tubercolosi avviene in Paesi a reddito basso o medio-basso. Come per la malaria, anche in questo caso sono rilevabili significativi miglioramenti: viene stimato che tra il 2000 e il 2014 siano state salvate più di 40 milioni di vite grazie a diagnosi precoci e corrette e a cure mirate, mentre il tasso di mortalità tra il 1990 e il 2014 è diminuito del 47%.

L'Obiettivo del Millennio relativo alla tubercolosi, che consisteva nel fermare la malattia e invertirne la tendenza, è stato globalmente raggiunto, visto che l'incidenza della malattia è diminuita dell'1,5% annuo nell'intervallo di tempo 2000-2014 ed è attualmente del 18% più bassa rispetto al livello del 2000. Nonostante i miglioramenti, la tubercolosi resta però un problema rilevante di salute pubblica a livello globale e una delle malattie trasmissibili con più elevata mortalità, senza contare che la percentuale di casi multi-resistenti²⁵ costituisce una grave minaccia.

Gli investimenti nei Paesi a più alta incidenza, in particolari quelli in cui interviene il Fondo Globale – che dal 2002 ha provveduto ai 3/4 del finanziamento globale contro la tubercolosi per circa 4,7 miliardi di dollari in 100 Paesi –, hanno visto sia programmi di sensibilizzazione, che di prevenzione e cura, e mostrano come azioni mirate permettano di raggiungere risultati significativi e di guardare con un certo ottimismo all'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile relativo a tale settore: fine della tubercolosi entro il 2030. Basti pensare che attraverso i programmi del Fondo Globale, dal 2002 hanno ricevuto cure 13,2 milioni di persone, con un aumento in percentuale del 60% rispetto al 2010, una diminuzione dei decessi del 29% tra il 2000 e il 2014 e un declino del numero di casi del 6% dal 2005 al 2014.

Per quanto riguarda l'Europa, i dati²⁶ rilevano come ci sia un trend in diminuzione rispetto agli anni precedenti: nei 53 Paesi membri della regione europea dell'OMS sono stati stimati 360 mila nuovi casi²⁷, con un'incidenza pari a 39 casi su 100 mila abitanti, il 4% di quelli registrati nel mondo, e una diminuzione del 5,6% nell'incidenza della malattia rispetto al 2012. Dato positivo è anche quello riferito alla cura: il 75,6% dei casi notificati e il 46% dei multiresistenti sono stati trattati con successo.

In Italia, la situazione epidemiologica della tubercolosi rileva una bassa incidenza nella popolazione: se si prendono come riferimento dati fino al 2008 per uno studio del trend dagli anni Cinquanta, si può vedere come nel periodo 1955-2008 il tasso annuale di casi registrati nel Paese sia passato da 25,26 per 100 mila abitanti a 7,41/100 mila, con un decremento di circa il 64% del numero dei casi e del 71% dell'incidenza. Il tasso di mortalità è invece passato da una media di 22,5 decessi per 100 mila abitanti nel 1955 a 0,7/100 mila nel 2008. Se si guarda a dati ancor più recenti²⁸, si rileva come nel 2012 siano stati registrati 3.142 casi sul territorio nazionale, con un'incidenza pari a 5,2/100 mila abitanti²⁹. Nel 2014, invece, l'OMS documenta la notifica di 3.600 casi di tubercolosi e 290 decessi, con un tasso di incidenza stimato di 6 casi per 100 mila abitanti, valore che posiziona l'Italia tra i Paesi a bassa incidenza della malattia.

Ancora una volta si può rilevare come le sfide maggiori siano nei Paesi in via di sviluppo, dove i sistemi sanitari sono più fragili, il livello delle norme igienico-sanitarie generalmente più basso, la consapevolezza inferiore, le misure di prevenzione, al di fuori dei programmi specifici, meno comuni.

HIV/AIDS

Nel 2014 il 70% dei nuovi casi di infezione da HIV/AIDS si sono verificati nell'Africa sub-sahariana



In molti Paesi africani la parola AIDS viene difficilmente pronunciata dalla gente comune; piuttosto si fa riferimento alla "malattia del secolo" o, semplicemente, alla "malattia". Per paura, terrore, ignoranza, perché, nella concezione comune, è pressoché sinonimo di morte e di impossibilità di cura. Oggi non è così, molta strada è stata fatta in questo senso, grazie anche ai numerosi programmi di sensibilizzazione, prevenzione, educazione sanitaria, sostegno ai malati e alle famiglie, trattamenti con farmaci antiretrovirali progressivamente incrementati³⁰. Nonostante ciò, l'HIV/AIDS resta una delle maggiori problematiche per la salute pubblica mondiale. La meta dell'eradicazione appare vicina, ma «se abbassiamo la guardia rischiamo di sprecare tutto quello che abbiamo costruito in questi anni», ammonisce Stefano Vella, direttore del Dipartimento del Farmaco dell'Istituto Superiore di Sanità e componente del direttivo di International AIDS Society³¹, sottolineando come, nonostante i molti successi ottenuti nella lotta alla malattia, «ci sia ancora molta strada da fare», e come «se fallisce la guerra all'AIDS cade un modello di lotta alle disuguaglianze e di accesso alle cure».

I dati aggiornati³² sull'epidemia mostrano i notevoli progressi compiuti rispetto alla fine degli anni Novanta. Oggi, infatti, il numero di persone viventi con HIV è in aumento (36,9 milioni di persone a livello globale), grazie alla crescita delle persone con accesso a terapie antiretrovirali (+84% dal 2010 al 2015), che vivono più a lungo e con parametri di salute migliori. Ma a livello globale si è invertita la tendenza e il virus è in forte declino: lo dimostrano in particolare i dati sui nuovi casi, diminuiti del 35% dal 2000 (-58% tra i bambini), e quelli sui decessi, oggi inferiori del 42% rispetto al picco registrato nel 2004.

L'accesso a terapie antiretrovirali per più di 15 milioni di malati sembrava impossibile solo pochi anni fa: nel 2000, infatti, meno dell'1% delle persone viventi con HIV in Paesi a basso e medio reddito aveva accesso al trattamento; nel 2014 la copertura globale si attestava al 40%.

Se, da un lato, si è riusciti a livello globale a raggiungere l'Obiettivo del Millennio numero 6 nella parte ri-

ferita all'HIV/AIDS³³, e sempre più Paesi sono sulla strada per raggiungere la fine di questa epidemia entro il 2030, restano delle grandi sfide: è ancora inaccettabile l'elevato numero di nuovi casi di infezione da HIV (2 milioni di persone nel 2014), così come il numero di decessi per AIDS e malattie ad esso collegate (1,2 milioni di persone). È inaccettabile come di 36,9 milioni di persone viventi con HIV nel mondo, 17,1 milioni non sono consapevoli di avere il virus (il 46% dei malati) e circa 22 milioni non hanno accesso a trattamenti, compresi 1,8 milioni di bambini.

Per quel che riguarda l'Europa occidentale e centrale e il Nord America, notiamo una situazione stabile: negli ultimi 15 anni il numero di nuovi casi di infezione da HIV resta pressoché invariato, mentre diminuiscono del 12% i decessi legati all'AIDS. In Italia nel 2014 sono stati diagnosticati 3.695 nuovi casi di HIV e 858 di AIDS, con un'incidenza rispettivamente di 6,1 e 1,4 nuovi casi ogni 100 mila residenti³⁴.

Ma l'HIV/AIDS è lo specchio delle disuguaglianze del mondo³⁵: basti solo pensare che nel 2014 il 70% dei nuovi casi di infezione si sono verificati nell'Africa sub-sahariana, che è anche la regione più colpita, con 25,8 milioni di persone³⁶ che convivono con l'HIV. Nonostante, infatti, la diminuzione del numero di nuove infezioni del 41% rispetto al 2000 (da 2,3 milioni nel 2000 a 1,4 milioni nel 2014), e del numero di decessi, scesi del 34% tra il 2000 e il 2014 (1,2 milioni nel 2000, 790 mila nel 2014), la differenza con le altre aree del mondo è ancora troppo ampia. Nel 2014, ad esempio, i nuovi casi in Europa occidentale e centrale e Nord America risultano essere 85 mila, in Europa orientale

e Asia centrale 140 mila, in America Latina 87 mila, nell'Asia e Pacifico 340 mila³⁷. È chiaro che bisogna incrementare la risposta nei Paesi a basso e medio reddito: questo potrebbe prevenire 21 milioni di decessi legati all'HIV e 28 milioni di nuovi casi, con un risparmio di 24 miliardi di dollari all'anno per i trattamenti antiretrovirali³⁸.

L'errore più grande sarebbe tuttavia quello di non considerarlo un "nostro" problema, o di considerarlo un problema lontano. È, invece, un problema di tutti, da affrontare a livello globale e in modo integrato. L'ottimismo sulla possibilità di raggiungere la fine dell'HIV/AIDS entro il 2030 potrà essere confermato solo con interventi multisettoriali, che vadano dalla sensibilizzazione alla prevenzione, alla ricerca, alla cura, all'accompagnamento dei malati e delle loro famiglie, fino alla lotta allo stigma e al rafforzamento dei sistemi di diagnostica e delle strutture sanitarie, con un'attenzione particolare alle aree più fragili. È necessario, soprattutto, un impegno politico globale. Su questo è aperto il dibattito, anche tra gli esperti, alcuni dei quali leggono criticamente il nuovo Obiettivo di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite (n. 3) legato alla salute e al benessere, che include tutti gli obiettivi specifici sulla sanità con pochi indicatori quantitativamente misurabili³⁹. Ciò è letto come un arretramento rispetto ai tre Obiettivi del Millennio (salute materna, riduzione della mortalità infantile, prevenzione e cura delle epidemie) riguardanti lo stesso ambito⁴⁰; un segnale di come, a dispetto delle parole e delle dichiarazioni, la salute non occupi un ruolo centrale nelle politiche pubbliche internazionali.





2. Ebola: il problema a livello regionale e nazionale

Sono stati 28.638 i casi, 11.316 le vittime¹ in due anni (2014-2015), tre i Paesi maggiormente colpiti, tra i più poveri del mondo: Guinea, Liberia e Sierra Leone². Sembrano i numeri di un conflitto, si riferiscono invece a un'epidemia senza precedenti, quella di Ebola in Africa occidentale.

Negli ultimi due anni, parlando di epidemie, più e prima di ogni altra affiora alla mente Ebola, che ha riempito pagine di giornali e televisioni, dopo aver rischiato, per colpa dell'indifferenza della comunità internazionale, di essere dimenticata.

Sconosciuto ai più, con un tasso di letalità superiore al 50%, variante tra il 25 e il 90%, il virus è stato scoperto nel 1976 nella Repubblica Democratica del Congo, quando, in aree rurali limitrofe a zone di foresta tropicale, causò 318 casi di contagio e 280 decessi.

Da allora si sono avuti altri focolai, nella maggior parte dei casi in villaggi remoti dell'Africa centrale (Repubblica Democratica del Congo, Gabon, Congo, Sudan) e orientale (Uganda), i più gravi dei quali nel 1995 e nel 2007 in Repubblica Democratica del Congo (315 casi, 254 morti nel 1997, 264 casi e 187 vittime nel 2007) e nel 2000 in Uganda (425 casi, 225 decessi). Trattandosi di focolai sempre circoscritti, l'Ebola sembrava non essere una prioritaria preoccupazione internazionale. Questo fino al 2014, quando il virus ha colpito per la prima volta l'Africa occidentale, provocando la più vasta e complessa epidemia dalla scoperta del virus, che ha causato più casi e decessi di tutte le epidemie di Ebola precedenti messe insieme.

Il virus Ebola, tra l'altro, non si trasmette facilmente: i vettori di trasmissione primari sono generalmente pipistrelli, scimpanzé, roditori, mentre la trasmissione tra esseri umani avviene attraverso liquidi organici: non basta il semplice contatto fisico, ma è necessario che i liquidi di persone infette abbiano una porta di accesso nell'organismo sano³. Nonostante ciò, il virus si è espanso per mesi senza sosta. Fattori di amplificazione sono stati gli ospedali, soprattutto all'inizio dell'epidemia, quando non c'erano le misure di protezione e prevenzione necessaria, e le pratiche funerarie, che prevedono la preparazione del cadavere (se affetto da Ebola altamente contagioso) e il contatto diretto con la salma da parte dei parenti.

Ebola è stata inizialmente ignorata e sottovalutata dalle autorità pubbliche e anche dalle agenzie specializzate.

«Ebola non è solo un'epidemia, non è solo un'emergenza sanitaria, ma una crisi umanitaria, sociale ed economica e una minaccia alla sicurezza nazionale anche al di là dei Paesi direttamente colpiti»

Margaret Chan, direttrice dell'OMS

Infatti il caso zero è stato identificato in Guinea nel dicembre 2013, mentre la dichiarazione ufficiale dell'epidemia da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è arrivata solo il 23 marzo 2014.

In Guinea, Paese da cui è partito il primo focolaio del virus, si sono avuti 3.804 casi e 2.536 morti, concentrati in particolare nella regione forestale a sud del Paese e nella capitale Conakry. In Liberia, 10.675 casi e 4.809 morti, con una diffusione prevalente nella capitale Monrovia e nelle contee circostanti. In Sierra Leone, il Paese più colpito, si sono verificati 14.123 casi di contagio e 3.956 decessi, dapprima nella regione orientale del Paese, al confine con la Guinea, quindi nella capitale Freetown e nella regione nord del Paese,

Ebola all'inizio è stata sottovalutata dalle autorità pubbliche e dalle agenzie specializzate: il caso zero è stato identificato in Guinea nel dicembre 2013, mentre la dichiarazione ufficiale dell'epidemia da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è arrivata solo il 23 marzo 2014

che ha visto il maggior numero di casi e le difficoltà maggiori ad arrestare la diffusione del virus. L'OMS ha dichiarato l'Africa occidentale "libera da Ebola" il 14 gennaio 2016, ma già il 16 gennaio un nuovo caso di contagio è stato confermato in Sierra Leone, mentre in Liberia si sono verificati nuovi casi isolati di contagio dopo essere stata dichiarata due volte "Ebola free". Segno che la vigilanza deve rimanere elevata, e che c'è ancora molto da fare.

I media internazionali non hanno parlato della febbre emorragica da virus Ebola praticamente fino all'estate del 2014, quando i primi cittadini europei e statunitensi, personale medico e infermieristico, sono stati contagiati ed evacuati dai Paesi colpiti. Nel silenzio e nella letargia iniziale della comunità internazionale si è sviluppata un'epidemia di Ebola mai verificata prima, per collocazione geografica, estensione territoriale, numero di contagi e vittime. Poi la psicosi generale, la consapevolezza di essere in ritardo, la corsa ai ripari, la mobilitazione globale. «Non siamo

stati rapidi ed efficaci quanto avremmo dovuto», ha dichiarato nel momento del picco dell'epidemia la vicedirettrice dell'OMS Marie-Paule Kieny. A settembre del 2014 la questione è diventata globale, con la dichiarazione della direttrice dell'OMS Margaret Chan alle Nazioni Unite: «Ebola non è solo un'epidemia, non è solo un'emergenza sanitaria, ma una crisi umanitaria, sociale ed economica e una minaccia alla sicurezza nazionale anche al di là dei Paesi direttamente colpiti»⁴. A ciò è seguita la Risoluzione del Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite⁵ in cui si chiede agli Stati membri di rafforzare l'impegno a livello locale e internazionale per combattere l'epidemia con misure straordinarie.

L'intervento – ormai è ammesso praticamente da tutti – è stato tardivo e inizialmente frammentato: poche le organizzazioni specializzate sul campo⁶, poche strutture mediche e diagnostiche all'altezza, pochi gli strumenti in loco per far fronte all'emergenza, poche le risorse umane, governi locali incapaci, da soli, di dare una risposta effettiva ed efficace alla crisi.

Ebola ha sconvolto le vite e le abitudini di 22 milioni di persone viventi in aree considerate focolaio attivo del virus in Guinea, Liberia e Sierra Leone, di cui più di 2,5 milioni di bambini al di sotto di 5 anni⁷. Città e villaggi hanno cambiato volto, sirene di ambulanze continue, case di famiglie in quarantena recintate da nastri rossi e arancioni e sorvegliate da militari, molti ospedali e centri sanitari chiusi, o con servizi limitatissimi, scuole chiuse, coprifuoco notturni, giornate e settimane intere di *lock-down* (chiusura) nelle aree più colpite, in particolare in Sierra Leone: tutti in casa, spostamenti vietati, con l'obiettivo di identificare i casi sospetti e le catene di contagio. Ma non è bastato. Si è creato un effetto domino che ha trovato terreno fertile in Paesi estremamente poveri, dalle democrazie fragili, dai servizi limitatissimi.

Ebola ha sconvolto le vite di 22 milioni di persone in aree considerate focolaio attivo del virus in Guinea, Liberia e Sierra Leone. Città e villaggi hanno cambiato volto: case di famiglie in quarantena sorvegliate da militari, molti ospedali e centri sanitari chiusi, scuole chiuse, coprifuoco notturni. Tutti in casa, spostamenti vietati. Ma non è bastato. Si è creato un effetto domino che ha trovato terreno fertile in Paesi estremamente poveri, dalle democrazie fragili, dai servizi limitatissimi



Perché definirla una crisi complessa? Un rapido excursus può aiutare a capire la situazione vissuta in loco.

Ospedali e centri sanitari al collasso: SI MUORE DI EBOLA, MA ANCHE DI MALARIA E DI PARTO⁸

Molte strutture sanitarie sono state obbligate a chiudere e sospendere per mesi i servizi al fine di prevenire ulteriori contagi e adeguare le misure di sicurezza: nella fase iniziale della crisi non vi era personale specializzato e formato alla presa in carico di pazienti sospetti, le misure di protezione per lo staff medico e ausiliario erano inadeguate, gli ospedali privi di aree di isolamento e di laboratori in grado di diagnosticare questo tipo di infezioni. I centri specializzati per il trattamento di Ebola per settimane non avevano letti sufficienti per tutti i malati, e diverse persone, arrivate nei centri in condizioni già disperate, sono morte nell'attesa di trovare un posto. Le strutture rimaste aperte, con sistemi di protezione elevati, come ad esempio 14 delle 16 cliniche cattoliche in Liberia, hanno svolto un servizio fondamentale assicurando attenzione e cure per le malattie più comuni. Tuttavia, i mesi più acuti dell'epidemia hanno fatto registrare un crollo nelle frequentazioni. La gente aveva paura di recarvisi anche solo per partorire o per curare patologie trattabili come malaria, febbre tifoide, diarrea, infezioni gastrointestinali, i cui sintomi iniziali potevano essere simili a quelli del virus Ebola. Lo stesso personale sanitario si sentiva a rischio e insufficientemente tutelato.

La gestione e la sostenibilità delle strutture hanno subito gravi contraccolpi. Con molti ospedali predisposti per il trattamento di Ebola, diverse strutture sanitarie chiuse e altre a servizio solo parziale, sono diminuiti anche i servizi ordinari ambulatoriali e l'accesso alle cure di base, aumentando il rischio di letalità per altre patologie curabili se tempestivamente diagnosticate. Basta solo ricordare, ad esempio, che anche all'apice dell'epidemia, la malaria può causare un numero di vittime almeno 35 volte superiore a quello dell'Ebola⁹ e che in questi tre Paesi vi era un elevato e allarmante tasso di mortalità materna e infantile già prima della crisi¹⁰. L'accesso limitato ai servizi sanitari ha infatti particolarmente colpito i bambini e le donne in gravidanza. In Sierra Leone, ad esempio, c'è stata una diminuzione del 40% dei minori di 5 anni curati per malaria tra maggio e settembre 2014, mentre il monitoraggio pre-natale delle donne in gravidanza nello stesso periodo è diminuito di un terzo in Sierra Leone ed è sceso dal 49% del periodo precedente alla crisi al 25% in Liberia¹¹.

Suole chiuse e messaggi di sensibilizzazione errati: SI MUORE PER IGNORANZA

Con il diffondersi del virus, le scuole di ogni ordine e grado sono rimaste chiuse per mesi per evitare ulte-

riori fattori di amplificazione dell'epidemia, privando provvisoriamente milioni di bambini e ragazzi dell'istruzione¹². Questo in Paesi in cui i tassi di alfabetizzazione sono ancora troppo bassi, tra il 40 e il 60% della popolazione¹³, e in cui le situazioni di elevata povertà fanno aumentare il rischio di abbandono scolastico dopo periodi prolungati di non frequenza, soprattutto tra le popolazioni più vulnerabili e marginalizzate. Più del 54% dei bambini rischia di non andare più a scuola se sospende la frequenza per un anno, aumentando nello stesso tempo il rischio di lavoro minorile, dato che il contributo all'economia domestica delle famiglie diventa fondamentale¹⁴. Le lezioni via radio, diffuse in particolare in Sierra Leone, sono state importanti, ma ovviamente non sufficienti a sostituire la frequenza scolastica. A questo si aggiunge la questione delle sensibilizzazioni, della non consapevolezza delle persone rispetto alle misure igienico-sanitarie di base da adottare per prevenire il diffondersi dell'epidemia, e una serie di messaggi sbagliati trasmessi inizialmente, non per volontà, ma per scarsa conoscenza del contesto locale, che sono stati fraintesi o non compresi, o veicolati nel modo sbagliato e che in alcuni casi hanno addirittura aggravato la situazione, in particolare nelle aree rurali.

Famiglie in quarantena senza scorte di cibo, mercati vuoti e prezzi alle stelle, esportazioni al collasso, attività agricole ferme: SI MUORE DI FAME

Il periodo di incubazione del virus Ebola è di 21 giorni. Una volta identificato e isolato un caso sospetto, si lavora all'identificazione della catena di contagio e si mettono sotto osservazione e in quarantena tutti coloro che hanno avuto contatti con esso. Al momento del picco del virus milioni di famiglie erano in quarantena e nei periodi di *lockdown* la maggior parte delle famiglie necessitava di assistenza alimentare. Solo il Programma Alimentare Mondiale ha assistito 2,8 milioni di famiglie¹⁵, mentre i mercati erano praticamente vuoti, le attività di importazione ed esportazione ferme, i prezzi dei beni alimentari di base aumentati in modo esponenziale, il ciclo produttivo agricolo sospeso per impossibilità di recarsi nei campi e di avere sufficiente forza lavoro per la produzione. Una situazione che ha portato conseguenze nel breve ma anche nel medio termine, andando ad influire sui raccolti dell'anno successivo e provocando una netta diminuzione delle entrate per molte delle famiglie che vivono dei ricavi della terra e degli allevamenti familiari. A questo si sono aggiunte limitazioni agli spo-

stamenti delle persone¹⁶, divieti di entrare in alcuni Paesi per individui provenienti dai Paesi colpiti dal virus, sospensione di molti voli da e per le capitali di Guinea, Liberia e Sierra Leone. Misure che hanno reso ancor più grave la situazione, su cui è intervenuto anche il Consiglio di Sicurezza dell'ONU, richiamando gli Stati membri a eliminare le restrizioni alle frontiere che hanno determinato l'isolamento dei Paesi colpiti¹⁷. Tali condizioni, unite al limitato accesso ai servizi sanitari, hanno provocato un grave rischio di innalzamento della malnutrizione severa in bambini minori di 5 anni: il trend positivo registratosi dalla fine del conflitto in Liberia, ad esempio, si è invertito proprio a causa dell'epidemia.

Giovani generazioni segnate dall'epidemia e migliaia di orfani con un futuro incerto: SI MUORE DI POVERTÀ, SENZA SPERANZA PER L'AVVENIRE

Le Nazioni Unite stimano che più di 22 mila¹⁸ siano gli orfani a causa dell'epidemia di Ebola¹⁹; vi sono famiglie in cui sono sopravvissuti solo minori, che necessitano quindi di assistenza non solo nell'immediato, ma anche per il futuro. Il lavoro in corso su questa tematica vede un'azione integrata di assistenza nel breve termine, supporto psicologico e sociale per superare il trauma ed evitare lo stigma, ancora forte soprattutto nei villaggi rurali, un accompagnamento alla reintegrazione nelle famiglie di parenti e tutori che accettano l'affidamento e nelle comunità di appartenenza. Evidentemente, è un percorso che non può arrestarsi con la dichiarata fine dell'epidemia di Ebola in Africa occidentale, altrimenti si avrà un'ulteriore generazione perduta, dopo quella dei conflitti che negli anni Novanta hanno lacerato Liberia e Sierra Leone²⁰.

Sopravvissuti e loro famiglie traumatizzati e stigmatizzati: SI MUORE DI INDIFFERENZA E DI INGIUSTIZIA

Le persone che ce l'hanno fatta a sopravvivere al virus, in possesso di un certificato di guarigione rilasciato dalle autorità sanitarie, al di là degli effetti collaterali della malattia, dei problemi di salute da essa derivanti²¹ e del necessario monitoraggio medico, hanno bisogno di un accompagnamento specifico (e con essi le loro famiglie), non solo a livello sanitario, ma anche psicologico e sociale post-trauma. Lo stigma è uno dei problemi principali che devono essere affrontati e non sottovalutati negli interventi immediati post-emergenza, prevedendo un supporto integrato, anche economico, e la creazione di opportunità di lavoro.



3. Le cause

Un'epidemia di Ebola sarebbe, in teoria, «relativamente facile da contenere»¹: il periodo di incubazione piuttosto lungo² consente di tracciare la catena di contagio, il virus non sembra trasmissibile in assenza dei sintomi, rendendo quindi necessario l'isolamento dei soli malati in fase sintomatica, le precauzioni e le misure igienico-sanitarie di prevenzione sono apparse generalmente efficaci nell'impedire la maggior parte delle trasmissioni.

Perché allora una crisi sanitaria e umanitaria di questa portata? La risposta potrebbe essere, semplicemente, "povertà". Ma è necessario analizzare i vari fattori che hanno causato un'epidemia fuori dall'ordinario, o, come è stata definita da molti, l'epidemia "delle prime volte"³.

Il fattore geografico e demografico

Il primo focolaio del virus si è manifestato in Guinea, nella regione forestale, prefettura di Gouékédou, zona commerciale frontiera con Liberia e Sierra Leone, dove quotidianamente si spostano da un confine all'altro persone, mezzi di trasporto, merci. Le frontiere sono porose e, al di là di quelle ufficiali, non vanno dimenticati i chilometri di foresta che dividono i tre Paesi e in cui i movimenti sono difficilmente controllabili. Ci si sposta a piedi, in moto, in taxi, con automobili, pulmini, camion. Spesso le frontiere dividono popoli della stessa etnia, o addirittura dello stesso gruppo familiare; ad esempio, la partecipazione ai funerali di membri della stessa famiglia sembra aver costituito la modalità di ingresso del virus dalla Guinea in Sierra Leone⁴.

Nelle epidemie di Ebola precedenti, inoltre, il virus era rimasto circoscritto in aree rurali delimitate; in questo caso, invece, per la prima volta si è diffuso in centri più densamente popolati, fino alle capitali, rendendo di conseguenza più difficile il controllo, l'identificazione dei casi sospetti e la definizione della catena di contagio.

Per la prima volta, inoltre, il virus ha "viaggiato" in aereo: la trasmissione in Nigeria, poi contenuta in un intervallo di tempo relativamente breve, è avvenuta attraverso un passeggero.

Il fattore socio-economico

Secondo l'Indice di Sviluppo Umano delle Nazioni Unite 2014⁵, Guinea, Liberia e Sierra Leone occupano



rispettivamente il 177°, il 182° e il 181° posto della classifica su un totale di 188 Paesi considerati. Le persone che vivono sotto la soglia di povertà superano abbondantemente il 50% della popolazione raggiungendo il 58% in Guinea, il 64% in Liberia e addirittura il 70% in Sierra Leone⁶. L'aspettativa di vita alla nascita in questi Paesi è molto bassa rispetto, ad esempio, a un Paese come l'Italia, al 27° posto dell'Indice di Sviluppo Umano 2014, che raggiunge 83,1 anni: la Liberia, che ha l'aspettativa di vita più elevata tra i tre Paesi, è ferma a 60,9 anni, la Guinea a 58,8, la Sierra Leone a 50,9, quasi trentatré anni in meno. Un abisso.

Perché con Ebola si è verificata una crisi sanitaria e umanitaria di questa portata? La risposta potrebbe essere semplice: "povertà". Ma è necessario analizzare i vari fattori che hanno causato un'epidemia fuori dall'ordinario, o, come è stata definita, l'epidemia "delle prime volte"

Se si guarda all'istruzione, i dati non inducono a maggiore ottimismo. Prendendo in considerazione i due indicatori che contribuiscono a stilare l'Indice di Sviluppo Umano, cioè il numero medio di anni attesi di scolarizzazione per un bambino e la media degli anni spesi a scuola dalla popolazione con più di 25 anni, vediamo come per il primo indicatore la Liberia prevede 9,5 anni, la Guinea 8,7 e la Sierra Leone 8,6: la Norvegia, al primo posto nell'Indice di Sviluppo Umano, prevede 17,5 anni, l'Italia 16, quasi il doppio. Per il secondo indicatore, la fotografia appare ancora peggiore: 4,1 so-

no gli anni spesi in media a scuola dai liberiani, 3,1 dai sierraleonesi, 2,4 dai guineani, mentre in Europa la Norvegia si attesta a 12,6 anni, l'Italia a 10,1. Se l'educazione è uno dei pilastri dello sviluppo umano, è qui evidente come ci sia molto da fare in questi Paesi e come l'alto tasso di analfabetismo possa contribuire ad acuire anche crisi inizialmente di piccola e media portata.

Molto interessante risulta anche l'indicatore più prettamente economico che contribuisce a calcolare l'Indice di Sviluppo Umano, il reddito pro-capite⁷: in un mondo in cui i redditi dei Paesi ricchi corrono sempre di più mentre quelli dei Paesi più poveri restano fermi, fa riflettere come il reddito nazionale lordo an-

nuale pro-capite in Sierra Leone nel 2014 fosse stimato a 1.780 dollari, in Guinea a 1.096 e in Liberia a 805. Il reddito pro-capite italiano ammonta a 33.030 dollari, quello della Norvegia sfiora i 65.000, mentre quello del Qatar, il più elevato al mondo, supera i 123.000 dollari, quasi 70 volte quello guineano, più di 100 volte quello sierraleonese e liberiano.

Le economie di questi Paesi sono economie di sussistenza, molte famiglie non vanno al di là di un pasto quotidiano a base di riso, salsa di foglie e pesce secco, la carne è un lusso, soprattutto nelle aree rurali. Nelle zone più remote, spesso difficili da raggiungere a causa di collegamenti stradali assenti o particolarmente impervi, soggette anche ad isolamento nella stagione delle piogge, le condizioni di vita sono precarie: nei villaggi famiglie con più di dieci persone possono vivere in due stanze, in capanne, senza luce né acqua potabile, con i pozzi a centinaia di metri o qualche chilometro di distanza. Le condizioni igienico-sanitarie sono pertanto problematiche e questo ha certamente acuito le possibilità di contagio.

Il fattore sanitario⁸

Margaret Chan, direttrice generale dell'OMS, ha dichiarato: «Una delle più grandi lezioni che abbiamo appreso dall'epidemia di Ebola è che avere sistemi sanitari ben funzionanti non è un lusso».

Il sistema sanitario pubblico nei tre Paesi più colpiti, invece, già prima della crisi, era debole e fragile, privo dei fondi sufficienti a renderlo funzionale, delle risorse umane necessarie, degli strumenti e dei materiali per rispondere alle diverse patologie; privo, insomma, della capacità non solo di affrontare i casi di Ebola, ma anche di mantenere i servizi di base necessari.

La corruzione, inoltre, è una piaga aperta del sistema sanitario pubblico nei tre Paesi più colpiti, che rende ancora più difficile l'accesso ai servizi sanitari per la popolazione più vulnerabile. Non è raro, infatti, in questi Paesi, essere costretti ad acquistare guanti, garze e fili per una consultazione, una medicazione o un intervento chirurgico, così come la benzina per il gruppo elettrogeno. Non è raro sentire pazienti considerare normale quello che normale non dovrebbe essere: vedersi costretti a pagare di più rispetto alle tariffe prestabilite, più o meno simboliche, per un intervento chirurgico, o pagare una tariffa di prestazione supplementare ai professionisti. È chiaro che non si può e non si deve generalizzare, ma non può essere taciuto un problema che sconfinava dal settore sanitario e coinvolge l'intera società e la politica e che va a toc-

care anche la questione delle condizioni lavorative e delle retribuzioni del personale medico e sanitario, troppo basse – soprattutto quelle di infermieri e ostetriche. Un medico in Sierra Leone guadagna in media 200 dollari al mese, un infermiere 100 dollari al mese. Durante l'emergenza Ebola, inizialmente non hanno ricevuto neanche le indennità di rischio; solo successivamente sono stati stabiliti degli incentivi.

Ma il problema non riguarda solo la retribuzione del personale sanitario: una questione cruciale concerne il numero dei medici nei Paesi più colpiti. Secondo i dati dell'OMS⁹, che raccomanda almeno un medico ogni mille abitanti, la situazione precedente alla crisi vedeva la Guinea attestarsi a 0,1 medici per una popolazione di mille abitanti, la Sierra Leone a 0,022, la Liberia, ultimo Paese al mondo, a 0,014. L'Italia giunge a 3,76 medici, il Qatar, primo al mondo in questa classifica, a 7,73. Non va molto meglio se si fa riferimento al numero di infermieri e ostetriche: 0,043

per mille abitanti in Guinea, 0,166 in Sierra Leone, 0,274 in Liberia. In Italia il valore raggiunge 5,44, in Qatar 11,874. Questi dati sono un ulteriore specchio delle disuguaglianze del mondo e anche una sola analisi superficiale fa capire la fragilità di un sistema in cui le risorse umane sono un fattore chiave, che non può non collassare se scosso da uno choc. Il numero di medici è distribuito in modo fortemente sbilanciato nel mondo. I Paesi con il più elevato numero sono quelli che in teoria avrebbero meno bisogno di personale sanitario,

Il sistema sanitario pubblico in Guinea, Liberia e Sierra Leone era debole e fragile già prima della crisi:

4,5 medici 
ogni 100.000 abitanti

(media italiana: 376 medici ogni 100.000 abitanti)

mentre l'Africa sub-sahariana, di cui Guinea, Liberia e Sierra Leone fanno parte, registra più del 24% del carico delle malattie a livello globale, ma possiede solo il 3% del personale medico-sanitario¹⁰ e meno dell'1% delle risorse finanziarie mondiali¹¹.

Durante l'emergenza Ebola la fascia della popolazione più a rischio era proprio il personale medico-sanitario¹²: 815 risultano essere i casi confermati e probabili di Ebola¹³, 512 i decessi¹⁴. Se si considera il numero di medici, infermieri e ostetriche, la Guinea ne ha persi l'1% a causa di Ebola, la Sierra Leone il 7%, la Liberia l'8%¹⁵. Secondo recenti studi, tra l'altro, questo potrebbe avere conseguenze non solo nell'immediato e nel solo indicatore delle risorse umane, ma potrebbe essere anche causa di un incremento del tasso di mortalità materna e infantile nel prossimo futuro, riportando questi Paesi alla situazione di 15-20 anni fa. Se non si prendono adeguati provvedimenti in breve tempo, la mortalità materna potrebbe crescere del 38% in Guinea, del 74% in Sierra Leone e del 111% in

Liberia; la mortalità infantile (< 1 anno) del 7% in Guinea, del 20% in Liberia, del 13% in Sierra Leone; la mortalità entro i 5 anni del 10% in Guinea, del 28% in Liberia, del 19% in Sierra Leone¹⁶.

Gli esperti, per salvare vite umane, raccomandano di dispiegare immediatamente nei tre Paesi almeno 240 tra medici, infermieri e ostetriche, solo una piccola frazione dei 43.565 che sarebbero necessari per assicurare un accesso alla salute in linea con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile.

A livello di risorse strutturali e materiali, la situazione nei tre Paesi più colpiti è altresì drammatica: pochissime sono le strutture sanitarie dotate di aree di isolamento per pazienti colpiti da malattie infettive, inadeguate erano anche le misure di protezione per il personale, così come i protocolli di controllo delle infezioni e le procedure di monitoraggio. I laboratori di analisi sono presenti in numero limitato, concentrati nelle città più grandi e spesso non attrezzati con i minimi strumenti necessari, mentre mancano laboratori qualificati di riferimento a livello nazionale, che avrebbero potuto essere di grande supporto per l'identificazione e la sorveglianza del virus. Molti ospedali e centri sanitari, anche di dimensioni medio-grandi, non hanno acqua corrente né elettricità e devono lavorare con gruppi elettrogeni; i mezzi logistici sono molto limitati, in particolare le ambulanze, mentre i medicinali e il materiale consumabile può andare regolarmente in rottura di stock. L'accesso ai medicinali è un ulteriore problema per Guinea, Liberia e Sierra Leone: medicine essenziali sono spesso indisponibili, costose e per questo inaccessibili, di qualità non sempre all'altezza. Le stesse strutture sanitarie sono a volte costrette a rifornirsi da privati o al mercato nero, mentre non è inusuale vedere gente che acquista alcuni medicinali basici (es. paracetamolo, ibuprofene) al mercato.

Le strutture di primo livello presenti nelle aree rurali, di importanza fondamentale in particolare per i parti in sicurezza (in Sierra Leone prendono il nome di Primary Health Unit), sono spesso in condizioni drammatiche, prive di risorse materiali, umane e finanziarie sufficienti e con sistemi inadeguati di riferimento a strutture di livello superiore in casi di emergenza.

Le strutture sanitarie private, pur numerose, spesso capaci di offrire un servizio qualitativamente migliore rispetto a quelle pubbliche, e fondamentali in un contesto di elevata fragilità del sistema sanitario nazionale, nella maggior parte dei casi non raggiungono le aree più remote. In alcuni casi tali strutture non sono

facilmente accessibili a tutta la popolazione, mentre sono quotidianamente costrette ad affrontare il problema della sostenibilità, in Paesi in cui vanno offerte nello stesso tempo prestazioni di qualità, senza per questo avere una tariffazione troppo elevata, che renderebbe impossibile l'accesso alla gente comune.

Un ultimo punto rilevante concerne il sistema di trasmissione e condivisione dei dati e delle statistiche sanitarie dalla periferia al centro e viceversa, così come i sistemi di allerta, spesso frammentati e poco trasparenti, con ritardi nelle comunicazioni e nelle informazioni: in un'emergenza come quella di Ebola in cui il tempo è decisivo per fermarla, anche questo ha influito.

Il fattore antropologico-culturale

"Ebola is real", Ebola è reale, è stato uno degli slogan nelle prime sensibilizzazioni a favore della popolazione locale: in effetti, essendo fino ad allora un virus sconosciuto in Africa occidentale, la gente comune ha impiegato molto tempo prima di riconoscere e ammettere la sua esistenza, e di accettare le misure igienico-sanitarie raccomandate o imposte per prevenirne la diffusione. Per i più, almeno inizialmente, non era un rischio reale, e ne hanno sottovalutato la portata fino a quando la situazione non è andata completamente fuori controllo, o fino a quando non ha toccato un membro della propria famiglia o della propria comunità. Per alcuni era un virus importato dall'esterno, dagli stranieri, o addirittura dai governi. Per molti era "stregoneria", una malattia mandata dal diavolo, una punizione divina, come spesso accade nelle culture africane per giustificare una patologia e, ancor di più, una patologia non curabile¹⁷.

Queste credenze hanno creato conseguenze gravi in particolare nei primi mesi dell'espansione del virus, portando soprattutto la popolazione delle aree più remote a non accettare le contromisure in atto, in particolare quelle relative alla disinfezione di luoghi pubblici e delle case. Spesso in presenza di un caso sospetto, anziché rivolgersi al centro medico più vicino al villaggio, si è preferito recarsi da un guaritore tradizionale o mettersi in fuga con il malato nella foresta, o ancora nascondere in casa senza dichiararlo. Questo è stato un importante fattore di amplificazione dell'epidemia, che ha creato anche una certa ostilità di alcune popolazioni locali – soprattutto in Guinea – nei confronti di organizzazioni locali e internazionali impegnate nella lotta all'epidemia e ha provocato mi-

Il virus Ebola era sconosciuto fino al 2014 in Africa occidentale. Per questo la gente comune ha impiegato molto tempo prima di riconoscere e ammettere la sua esistenza, e di accettare le misure igienico-sanitarie raccomandate o imposte per prevenirne la diffusione

nacce anche alle autorità civili e sanitarie. Si è arrivati persino a episodi di violenza, seppur isolati, il più grave dei quali, nella regione forestale della Guinea, nel villaggio di Womey, ha provocato otto morti tra i membri di una delegazione sanitaria in missione per disinfezione e sensibilizzazione.

Anche i messaggi di comunicazione nella fase iniziale dell'epidemia non sempre sono stati adeguati rispetto al contesto sociale e culturale dei tre Paesi colpiti e questo può aver acuito l'ostilità della popolazione. La situazione è migliorata solo dopo il coinvolgimento di istituzioni locali, capi villaggio, autorità tradizionali e animatori locali formati a questo, che parlavano i dialetti locali ed erano conosciuti dalle comunità.

Va inoltre evidenziato un ulteriore fattore, quello della necessità di isolamento della persona contagiata, una delle misure che la popolazione ha fatto più fatica ad accettare e che è stata compresa solo quando sono state coinvolte le autorità religiose locali, voci autorevoli e di fiducia per la comunità. Se una persona viene contagiata da Ebola deve essere isolata e trasferita immediatamente in un centro di trattamento. Se vi è un decesso sospetto, il corpo non può essere toccato e deve essere portato via in sicurezza da incaricati preposti a questo servizio, opportunamente formati e adeguatamente protetti. Tutto questo nella cultura africana, e dell'Africa occidentale in particolare, non è scontato.

Il punto centrale riguarda il concetto di "comunità", attorno al quale ruota la società, di gran lunga più centrale rispetto a quello di "individuo". Si vive insieme, si condividono insieme le fasi più importanti della vita, le gioie e i dolori, il malato non può restare solo, ma deve essere assistito dalla famiglia e dalla comunità, fisicamente, psicologicamente e moralmente. L'isolamento impedisce tutto ciò, anche per il parente più prossimo. Lo stesso vale per i riti funebri, particolarmente sentiti nella cultura locale, per cui l'addio al defunto è un evento familiare e comunitario, in cui il corpo viene toccato, accarezzato,

profumato. Con Ebola tutto questo è proibito, perché il corpo del malato deceduto è ancora altamente contagioso. Abbandonare un defunto, non onorarlo con rito funebre e con il conforto religioso o dei riti tradizionali è stato uno choc culturale difficile da capire per le comunità locali. In questo ambito particolare, la mobilitazione congiunta di leader religiosi, tradizionali e saggi per far capire alle popolazioni il senso di certe raccomandazioni e di certi divieti, portare conforto e, ove possibile, razionalità è stato fondamentale. Il ruolo degli operatori pastorali è stato altresì cruciale nell'adattare i riti religiosi alle necessità della salute pubblica, facendoli accettare dalle comunità locali¹⁸.

Il fattore politico

L'elemento politico va considerato sia sul piano interno sia sul versante internazionale.

La politica in questi Paesi è spesso affiancata a termini come corruzione, instabilità, tensioni etniche, conflitti. I cittadini in molti casi non hanno fiducia nei governi. Le strutture statali sono deboli, rese ancor più fragili da anni di conflitto, i sistemi decentrati non funzionano o sono ancora a livello embrionale.

In Guinea ci sono voluti tre mesi perché si annunciassero ufficialmente i primi casi di Ebola, mentre le persone, ignare, continuavano a spostarsi lungo strade dissestate, fino a mille chilometri di distanza dalla regione forestale alla capitale Conakry, che conta oltre due milioni di abitanti. Gli interventi non tempestivi del governo centrale hanno risollevato diverse tensioni, solo apparentemente sopite, tra la regione forestale e l'amministrazione centrale, con proteste contro i rappresentanti locali del governo.

In Liberia le popolazioni hanno mal visto in molti casi le forze militari inizialmente dispiegate dal governo per far rispettare le consegne di quarantena, focalizzando l'attenzione su di essi più che sulle misure mediche e sanitarie: ci sono state fughe, rivolte nei mercati, accuse, strade bloccate, cliniche saccheggiate, soldati attaccati. D'altronde i

*In **Guinea** ci sono voluti tre mesi perché si annunciassero ufficialmente i primi casi di Ebola, mentre le persone ignare continuavano a spostarsi*

*In **Liberia** le popolazioni hanno mal visto in molti casi le forze militari inizialmente dispiegate dal governo per far rispettare le consegne di quarantena: ci sono state fughe, rivolte nei mercati, accuse, strade bloccate, cliniche saccheggiate, soldati attaccati. D'altronde i governi hanno risposto con ciò che avevano a disposizione nell'immediato: soldati e non medici*

*In **Sierra Leone** e Liberia al termine del conflitto il sistema sanitario era molto frammentato e pressoché distrutto, anche fisicamente*

governi hanno risposto con ciò che avevano a disposizione nell'immediato: soldati e non medici. Le forze di sicurezza, in effetti, hanno avuto la priorità nelle agende governative del processo di ricostruzione post-conflitto in Liberia.

In Sierra Leone e Liberia, al termine del conflitto, il sistema sanitario era molto frammentato e pressoché distrutto, anche fisicamente. Nonostante iniziative politiche importanti, quali la Free Health Care Initiative – cure sanitarie gratuite per minori di 5 anni e donne in gravidanza –, considerata una priorità dalla presidenza sierraleonese, le misure non sono sufficienti, la catena decisionale dal centro alla periferia ancora debole, i meccanismi di trasparenza inadeguati, la fiducia della popolazione nei servizi sanitari pubblici molto bassa. Gli investimenti governativi sulla sanità sono stati negli ultimi venti anni troppo limitati e molti interventi sono stati resi possibili solo grazie a donatori esterni, organizzazioni internazionali, governative e non governative e organismi confessionali. Meccanismi in alcuni casi efficaci, ma non sempre sostenibili per i governi locali.

Anche la comunità internazionale, tuttavia, ha ammesso le proprie responsabilità nella diffusione senza precedenti dell'epidemia. La mobilitazione delle Nazioni Unite e dei singoli Stati membri attraverso la cooperazione bilaterale e multilaterale¹⁹, l'ingente invio di risorse finanziarie, materiali e umane, sono stati essenziali per invertire la tendenza del virus e arrestarne la diffusione. Il segretario generale delle Nazioni Unite, in collaborazione con l'OMS, ha creato la missione speciale per la risposta all'emergenza Ebola (UNMEER), e sotto questo cappello molte agenzie hanno fornito supporti tecnici e logistici di diverso genere. L'OMS, in collaborazione con i suoi partner, ha dispiegato risorse straordinarie per la costruzione di laboratori, centri di trattamento e per il coordinamento di 60 team medici stranieri forniti da 40 organizzazioni²⁰.

Ma perché un così grave ritardo nella risposta? Perché tanta frammentazione per mesi, fino a quando il virus era già fuori controllo?

Secondo un'analisi di Sheri Fink del *New York Times*²¹, le ragioni chiamano in causa il sistema organizzativo dell'OMS, nonché gli impegni economici dei singoli Paesi. Con la crisi finanziaria i contributi degli Stati sono drasticamente diminuiti, i tagli al budget dell'OMS sono stati inevitabili e hanno colpito principalmente le strutture incaricate di far fronte alle grandi epidemie. Le procedure dell'OMS per il reclutamento del personale in caso di emergenze sono troppo lunghe e complesse, mentre ne servirebbero di specifiche e più snelle. Le capacità manageriali, di risposta all'emergenza e di esperienza sul terreno degli uffici regionali dell'OMS sono ancora troppo deboli e dovrebbero essere rafforzate, essendo il loro ruolo fondamentale nella comprensione dei contesti locali e nell'adattamento delle strategie e delle misure da adottare. Sarebbe necessario anche maggiore rigore nella metodologia di valutazione del rispetto delle Regole Sanitarie Internazionali di quanto si faccia con l'attuale autovalutazione.

Sono solo esempi, chiamati in causa dalla stessa direttrice generale dell'OMS, delle sfide maggiori che attendono la comunità internazionale, in un mondo interconnesso in cui crisi sanitarie localizzate possono avere facilmente effetti a livello regionale e/o internazionale. Se, da un lato, nella società attuale aumentano i rischi di nuove epidemie (ad esempio per l'aumento degli squilibri globali, l'inquinamento, il cambiamento climatico, ...), dall'altro si potrebbe tuttavia beneficiare di alcuni effetti positivi della globalizzazione (maggiore facilità di spostamento, comunicazioni più facili e rapide e condivise a livello mondiale, maggiore facilità nel conoscere i contesti locali e nell'adattarsi ad essi, solo per fare qualche esempio) per sviluppare una maggiore solidarietà globale²².





4. I dati Caritas

FAMIGLIE VULNERABILI

Epidemia e povertà costituiscono un binomio molto stretto. Dati raccolti dalla capillare attività svolta dalla Chiesa in risposta all'emergenza mostrano come e quanto la fragilità abbia influito sull'espansione incontrollata del virus.

Un'indagine condotta nella regione nord della Sierra Leone nel quadro del programma di supporto psico-sociale portato avanti dalla Camillian Task Force e dalla diocesi di Makeni a favore di 400 famiglie colpite da Ebola consente una riflessione sul legame tra l'epidemia e le condizioni di povertà della popolazione locale. Attraverso il lavoro di animatori e facilitatori locali, sono state effettuate visite periodiche nelle famiglie nel quadro di un percorso di accompagnamento al superamento del trauma e alla reintegrazione nelle comunità.

L'indagine ha coperto quattro distretti della regione, due dei quali tra i più colpiti dall'epidemia a livello nazionale (Bombali e Port Loko), e raggiunto 390 famiglie tra le più vulnerabili socialmente ed economicamente.

Sierra Leone Distretti	Numero di famiglie censite dall'indagine	%
Bombali	136	34,9
Kambia	20	5,1
Port Loko	152	39,0
Tonkolili	82	21,0
Totale	390	100,0

Uno dei dati rilevanti dell'indagine si riferisce a quante famiglie vivono sotto la soglia di povertà (meno di 2 dollari al giorno) secondo la percezione che ne hanno avuto i facilitatori locali, effettuando visite periodiche nelle loro case e avviando con esse un dialogo costante sui bisogni, su come stessero progressivamente riorganizzando la loro vita, sulle prospettive per il futuro. Più dell'86% delle famiglie sono state percepite come sicuramente viventi sotto la soglia di povertà. È un dato che prova come, nonostante il miglioramento generale delle condizioni di vita degli ultimi anni, in particolare in quest'area del Paese dove le industrie estrattive internazionali hanno stipulato ricchi accordi con il governo¹, un'ampia fascia della popolazione non risente e non gode delle conseguenze di questi miglioramenti, ma, anzi, paga l'accrescersi della distanza tra chi ha aumentato la propria ricchezza e chi è rimasto ancora più indietro, impossibilitato anche ad acquistare beni di consumo essenziali.



La percezione è confermata dai dati raccolti attraverso le interviste ai capifamiglia, relativamente ai problemi che il nucleo familiare ha dovuto affrontare negli ultimi tre anni, le conseguenze da essi derivate e le misure di contrasto prese.

Il primo dato riguarda Ebola, che ha direttamente colpito più dell'80% delle famiglie intervistate, causando la morte di uno o più membri.

Le conseguenze dirette rispecchiano la situazione generale presentata ed evidenziano come l'epidemia abbia influito prioritariamente sulle entrate economiche della famiglia, sulla sicurezza alimentare e sulle prospettive educative e di lavoro. La fotografia della situazione è aggravata dal fatto che per la maggior parte delle famiglie gli effetti negativi si sono cumulati.

Le contromisure messe in atto dalle famiglie indicano, invece, come si sia pensato a soluzioni nell'immediato, quali il prestito di soldi, l'utilizzo di piccoli risparmi o la ricerca di fonti aggiuntive di guadagno, al fine di soddisfare i bisogni primari nel periodo di maggiore sofferenza. A dire il vero, questo riflette anche un modo di vivere della popolazione più povera in questi Paesi, che difficilmente può pensare ad un futuro più lontano quando non ha i mezzi necessari per il sostentamento quotidiano.

Il quadro che scaturisce da queste risposte evidenzia anche quanto siano stati puntuali e necessari interventi non limitati al solo settore sanitario, ma destinati a ricreare un ambiente familiare e sociale di fiducia, a consentire il ritorno a scuola dei bambini e dei ragazzi, nonché a favorire la ripresa economico-finanziaria familiare (ad esempio, attraverso la distribuzione di voucher o di cash transfer mensili affinché ogni famiglia potesse autonomamente rispondere ai bisogni per essa prioritari) e la possibilità di avere fonti di guadagno alternative (avvio di piccoli commerci, riavvio della produzione agricola o di piccoli allevamenti).

I dati dimostrano però come Ebola non sia stata l'unica problematica cui le famiglie hanno dovuto far fronte nell'arco temporale di tre anni, ma come la maggior parte di esse abbia dovuto affrontare più di un grave disagio derivante da ragioni di salute o di lavoro.

Ad esempio, si rileva come il 90% delle famiglie abbia avuto almeno un caso di malaria, dato che rispecchia l'elevata incidenza della malattia nell'Africa sub-sahariana, così come le condizioni socio-ambientali e igienico-sanitarie difficili. Ma anche come il 70% dei nuclei familiari abbia subito la perdita del capofamiglia e più del 55% la malattia del capofamiglia. Il dato, invece, sul solo 12% delle famiglie che affermano di aver avuto la perdita di un posto di lavoro non deve ingannare: i componenti di molte di queste famiglie povere hanno spesso lavori saltuari, si dedicano all'agricoltura familiare su piccoli appezzamenti di terreno, o al piccolo commercio. Spesso quindi sono essi stessi a non considerare queste forme di impiego come "posti di lavoro".

Problematiche che hanno colpito le famiglie negli ultimi tre anni (valori percentuali – più risposte possibili)

Ebola	86,4%
Febbre tifoide	47,2%
Malaria	90,0%
HIV/AIDS	1,3%
Morte del capofamiglia	70,8%
Malattia del capofamiglia	55,1%
Perdita del lavoro	12,1%

Prendendo in considerazione, oltre ad Ebola, febbre tifoide, malaria, HIV/AIDS, malattia e morte del capofamiglia, perdita del lavoro, si vede come gli effetti prevalenti sui nuclei familiari siano, come nel caso di Ebola sopra citato, prevalentemente tre. Nell'ordine: la riduzione del consumo di cibo in famiglia e quindi l'aumento dei rischi per l'insicurezza alimentare (con una media superiore al 70% dei casi relativamente a tutti i problemi censiti), l'impedimento ad esercitare un'attività lavorativa per un periodo più o meno lungo e la sospensione della frequenza scolastica da parte dei bambini e dei ragazzi, che a volte si tramuta in abbandono del percorso educativo, soprattutto nei casi di morte del capofamiglia.



Conseguenze derivanti dalle problematiche avute negli ultimi tre anni (valori percentuali – più risposte possibili)

Conseguenze	Problematiche						
	Ebola	Febbre Tifoide	Malaria	HIV/AIDS	Morte del capofamiglia	Malattia del capofamiglia	Perdita del lavoro
Impedimento al lavoro	66,2%	64,1%	63,2%	75,0%	56,1%	65,3%	44,4%
Riduzione del consumo di cibo	68,3%	67,4%	66,4%	100,0%	77,3%	72,1%	66,7%
Abbandono scolastico	68,0%	42,4%	35,2%	25,0%	50,0%	42,9%	44,4%
Sospensione frequenza scolastica	19,6%	52,2%	48,8%	75,0%	35,4%	39,5%	44,4%
Prestito di soldi	16,4%	29,3%	28,4%	25,0%	28,3%	30,6%	48,1%
Cambio di residenza	1,1%	1,1%	0,4%		3,5%	1,4%	
Altro		7,1%	0,4%				

Sulle risposte a queste situazioni di difficoltà, prevale la richiesta di un prestito a parenti e amici (nel 28% dei casi in media), seguita dalla ricerca di fonti alternative di guadagno e dall'utilizzo dei risparmi. Da rilevare come nel contesto dell'Africa sub-sahariana l'aiuto, anche economico, della famiglia e della comunità in caso di pro-

blemi di salute e di morte di un componente del nucleo familiare viene considerato quasi come un "dovere". Non è infatti raro osservare situazioni in cui una famiglia molto povera dà un contributo alla famiglia che vive un momento di particolare difficoltà, anche con il rischio di accrescere la vulnerabilità di entrambe.

Risposte delle famiglie alle problematiche negli ultimi tre anni (valori percentuali)

Risposte/misure prese	Problematiche						
	Ebola	Febbre tifoide	Malaria	HIV/AIDS	Morte del capofamiglia	Malattia del capofamiglia	Perdita del lavoro
Spendere i risparmi	20,7%	21,7%	19,2%		15,9%	19,6%	18,2%
Impegnare o vendere i beni familiari	8,3%	8,4%	10,0%	0,0%	11,8%	11,0%	21,2%
Impegnare o vendere la casa/terreno	0,4%	0,0%	0,7%	0,0%	1,8%	1,2%	0,0%
Ricerca fonti supplementari di guadagno	19,5%	34,3%	22,5%	50,0%	31,8%	26,4%	30,3%
Richiesta di prestito di soldi da parenti/amici	24,8%	24,5%	31,4%	50,0%	22,7%	22,1%	21,2%
Prestito da usurai	3,4%	5,6%	3,7%		4,1%	4,3%	3,0%
Prestito dal datore di lavoro	2,3%	2,8%	2,2%		0,5%	1,2%	
Nessuna azione	10,5%	0,7%	2,2%		5,0%	4,9%	6,1%
Rivolgersi a strutture sanitarie	5,3%	2,1%	7,4%		0,0%	1,8%	
Altro	4,9%	0,0%	0,7%		6,4%	7,4%	
Totale	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Quello che tuttavia va messo in evidenza maggiormente è la presenza in uno stesso nucleo familiare, nell'arco di tre anni, di molteplici problemi: oltre il 77% delle famiglie intervistate ha avuto, infatti, almeno tre delle problematiche sopra menzionate. Un dato che mostra una sorta di "spirale della vulnerabilità" in cui il cumulo dei problemi espone progressivamente la famiglia a nuovi rischi, inducendola alla continua ricerca di soluzioni alternative. Questo provoca una precarietà permanente e fa divenire "normalità" quella che dovrebbe essere un'"emergenza".

BAMBINI VULNERABILI

Una delle conseguenze più drammatiche dell'epidemia riguarda i minori rimasti orfani a causa di Ebola. Una recentissima indagine svolta da Caritas Guinea² su un campione limitato³ di beneficiari dell'assistenza offerta dalla Chiesa locale ha mostrato alcuni dati interessanti. Il primo, particolarmente legato alla cultura locale, mostra come su 74 orfani, 57 sono stati accolti in famiglie di parenti, amici o membri della comunità di appartenenza della famiglia (77%), mentre 17, tra l'altro tutti concentrati nella zona sud del Paese e per la maggior parte orfani di entrambi i genitori e minori di tre anni, sono stati accolti in orfanotrofio. Nelle dinamiche di solidarietà familiari e comunitarie, infatti, l'orfano

viene generalmente reintegrato all'interno di un nucleo familiare, possibilmente vicino alla famiglia di origine. Nel caso dell'epidemia di Ebola, tuttavia, questo passaggio è stato più difficile del previsto e ha avuto bisogno di sensibilizzazioni a livello comunitario, a causa della paura di accogliere una persona sopravvissuta o che avesse avuto contatti diretti con un malato di Ebola. La stigmatizzazione che il bambino subiva, infatti, non era limitata alla sua persona, ma indirizzata anche alla famiglia di accoglienza e a tutti coloro che gli si avvicinavano.

L'indagine mostra anche come l'assistenza multi-settoriale (alimentare, sanitaria, forniture scolastiche, pagamento della retta scolastica) sia stata considerata "importante" da più della metà dei beneficiari e "indispensabile" da un terzo di essi; circa il 68% degli intervistati, in particolare nelle aree rurali, tuttavia, considera l'assistenza fornita "insufficiente".

Tutti gli intervistati, invece, affermano che degli aiuti non ha beneficiato solamente l'orfano, ma tutta la famiglia/orfanotrofio di accoglienza, in particolare degli aiuti alimentari e, nei casi in cui erano previste, delle somme di denaro cash. Le famiglie di accoglienza, inoltre, sottolineano come l'assistenza più importante sia stata quella alimentare, seguita dall'assistenza sanitaria e dal pagamento della retta scolastica.

Oltre il 77% delle famiglie intervistate ha avuto almeno tre delle problematiche menzionate negli ultimi tre anni. Una "spirale della vulnerabilità"

Componente più apprezzata dell'aiuto fornito (percentuali delle risposte)

Assistenza alimentare	70,3%
Assistenza sanitaria	21,6%
Forniture scolastiche	11,4%
Pagamento retta scolastica	6,7%

Prevale invece un'inquietudine per il futuro di questi bambini, quando la famiglia si ritroverà a sostenerli senza alcun appoggio esterno: se più della metà dei capifamiglia afferma che il bambino non verrà trasferito altrove, almeno un terzo ha il timore di non poterlo assistere nelle cure sanitarie, così come negli studi e in un'alimentazione adeguata.

SISTEMI SANITARI VULNERABILI

Un'indagine della Caritas Guinea su 13 strutture sanitarie cattoliche che hanno beneficiato di sostegno nell'emergenza, mostra alcuni aspetti della fragilità del sistema, nonostante gli sforzi compiuti quotidianamente per restare aperte e garantire i servizi essenziali anche durante l'epidemia. I dati più rilevanti si riferiscono ad alcuni mezzi e attrezzature che avrebbero permesso una migliore risposta all'epidemia e che consentirebbero in generale una migliore presa in carico del paziente, che invece sono particolarmente deficitari nelle strutture censite.

13 strutture sanitarie cattoliche in Guinea

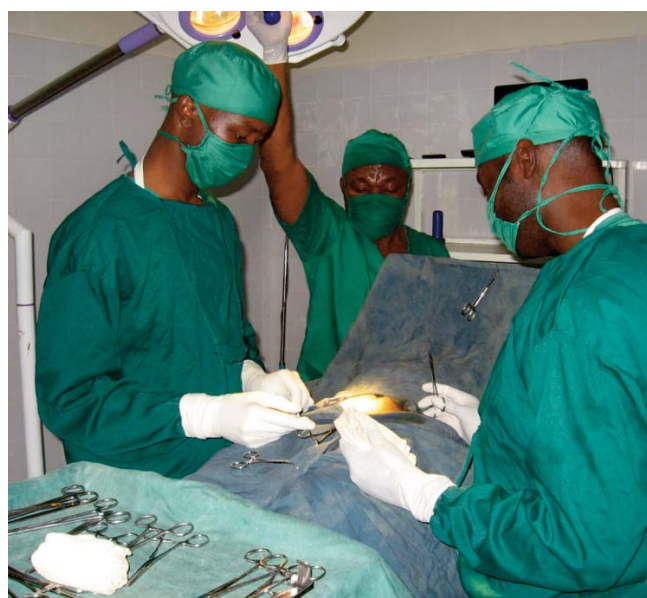
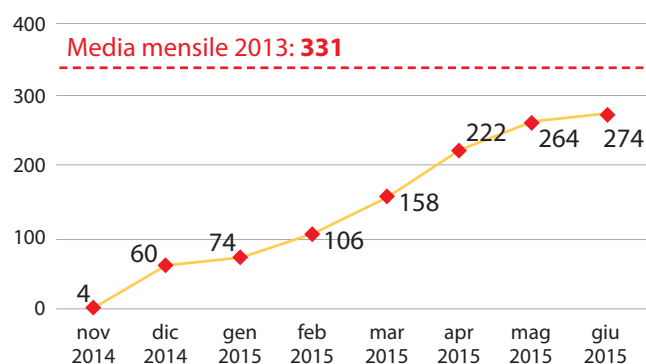
- Ambulanza:** in nessuna struttura
- Sala di isolamento:** in 2 strutture
- Gruppo elettrogeno per supplire all'assenza di elettricità:** in 4 strutture
- Frigido per reagenti/medicinali:** in 5 strutture



Nella raccolta delle percezioni dei responsabili delle strutture, è interessante vedere come 12 su 13 consideravano la struttura "non preparata" a rispondere ad un'epidemia grave come quella di Ebola, mentre alla domanda se attualmente la ritengono "pronta" per una risposta adeguata ad una futura potenziale epidemia, solo 3 hanno risposto "sicuramente no".

L'analisi dei dati dell'Ospedale Fatebenefratelli di Monrovia in Liberia in un periodo precedente all'epidemia e nel periodo successivo alla riapertura progressiva⁴ della struttura ospedaliera (a novembre 2014 apertura parziale pediatria, da febbraio 2015 anche maternità) dopo la chiusura a causa di Ebola dal mese di agosto al mese di ottobre 2014, mostra come la frequentazione dei pazienti sia ricominciata in modo lento e stia di mese in mese aumentando. È un segnale di come, soprattutto durante la fase acuta dell'epidemia e in quella immediatamente successiva, il timore di recarsi nelle strutture sanitarie era elevato e solo con il diminuire del numero dei casi di Ebola la situazione sta progressivamente tornando alla normalità.

Degenze presso l'Ospedale Fatebenefratelli di Monrovia, Liberia – Frequenza mensile (novembre 2014 – giugno 2015)



5. Testimonianze

Gli incontri con chi ha vissuto giorno dopo giorno l'emergenza Ebola raccontano di un'esperienza traumatizzante anche per chi ha assistito direttamente a uno dei conflitti più violenti degli ultimi decenni.

In Sierra Leone, all'apice dell'epidemia, quando tutto sembrava essere fuori controllo, era ricorrente sentirsi dire: «In guerra combattevamo contro un nemico che conoscevamo; qui, il nemico, è invisibile e sconosciuto e sta uccidendo senza discriminazioni uomini, donne e bambini». E per chi, nel conflitto – ferita ancora non rimarginata –, ha perso genitori, figli, fratelli, il trauma è stato ancora più forte.

Se all'inizio la gente aveva poca voglia di parlare, oggi, invece, c'è in molti il desiderio di raccontare quello che hanno provato. Soprattutto chi all'Ebola è sopravvissuto e ha vissuto su di sé lo stigma e il rifiuto delle proprie comunità, ha voglia di dire che ha diritto a una vita normale e dignitosa.

Nei villaggi della regione nord, durante gli incontri comunitari dei gruppi di supporto psico-sociale¹, **AMALA** racconta: «Quando eravamo in quarantena non potevamo neanche andare a prendere l'acqua dal pozzo dei nostri vicini. Ci siamo sentiti come animali. Non capivamo bene la situazione, cosa si potesse e cosa non si dovesse fare; anche le informazioni erano confuse».

Le fa eco **FAHED**, che spiega: «Cinque persone sono state contagiate nella mia famiglia e soltanto io sono sopravvissuto. La mia esperienza nel centro di trattamento non è stata facile: ho visto persone soffrire e morire. Quando sono stato dimesso è stato difficile, non potevo dormire, non riuscivo a mangiare, avevo perso ogni speranza». Poi, grazie anche ai programmi di supporto psicologico e alle visite degli animatori comunitari, «ho sentito la vicinanza di qualcuno e ho avuto il coraggio di ricominciare. Da solo non ce l'avrei fatta». La solitudine e l'isolamento del post-guarigione sono un segno indelebile in tutti i sopravvissuti: «Non avevamo più amici, solo ora le persone, anche i nostri parenti, cominciano a riavvicinarsi a noi».

Drammatica è la storia di **FATMATA**: «Mio marito è morto, così come sei dei miei figli. Sono rimasta con gli altri sette. Non sapevo cosa fare, ho pensato che sarebbe stato meglio morire, così non avrei più avuto il problema di come nutrire i figli, mandarli a scuola, dare loro un futuro. Ho trascorso notti insonni, senza speranza». La vicinanza, le visite e le prime parole di conforto degli animatori locali le hanno dato la forza di non lasciarsi andare, mentre gli aiuti materiali



hanno contribuito a migliorare le condizioni di vita della sua famiglia: «Con il cibo posso nutrire i bambini, mentre con il denaro ricevuto² ho avviato un piccolo commercio di prodotti alimentari. Ma soprattutto ho riacquisito la speranza e la voglia di andare avanti».

ADAMA, una delle coordinatrici locali di un programma di supporto psico-sociale, condivide la sua esperienza: «All'inizio c'era disorientamento da parte di tutti; io stessa avevo paura perché c'erano tante cose che non si conoscevano. A volte avevo anch'io il timore di essere stata contagiata. Cercavo di essere attenta a tutte le precauzioni igienico-sanitarie e le raccomandavo ai miei familiari e vicini. Ma nessuno si sentiva al sicuro». Ha voglia di raccontare, e le sue parole descrivono minuziosamente luoghi e stati d'animo. Non si ferma Adama, parla e sembra immedesimarsi di nuovo in ciò che ha vissuto: «Ho iniziato a coordinare un programma di supporto psicologico vedendo attorno a me disperazione, silenzi, rassegnazione. All'inizio nessuno voleva parlare, e quando qualcuno iniziava a raccontare la propria storia tutti piangevano. Oggi gli incontri all'interno delle comunità mostrano invece persone che vogliono ricominciare a vivere, che hanno una speranza per il futuro. Ma che non possono essere abbandonate perché sono solo all'inizio di un percorso di reintegrazione».

«Non è stato facile», ammette il **direttore di Caritas Sierra Leone, EDWARD JOHN BULL**, ma tiene a evidenziare una delle lezioni più importanti dell'epidemia di Ebola: «Inizialmente l'aspetto sociologico e antropologico della situazione sono stati sottovalutati, mentre sono fondamentali, soprattutto quando un'emergenza tocca aspetti quali la nascita, la morte e la vita comunitaria, centro dell'esistenza nel continente africano».

Il **direttore della Caritas di Kenema, PATRICK JAMIRU**, concorda con questa posizione e ammette come, soprattutto nella fase iniziale dell'epidemia, siano stati fatti degli errori rilevanti nella comunicazione:

«Non si può dire “non ci sono cure per Ebola”: se in assoluto il messaggio può essere giusto, nel nostro contesto è un messaggio errato, che ha indotto le persone a fuggire dagli ospedali e dai centri di trattamento e a rifugiarsi dai guaritori tradizionali, o nelle foreste, aumentando il rischio di contagi. Il ragionamento semplice che la gente faceva è: se non ci sono cure perché dovrei andare in ospedale?». Per questo, anche in corso d'opera, alcuni messaggi, grazie al ruolo fondamentale svolto da autorità e animatori locali, sono cambiati: «Era giusto dire: se avverti dei sintomi, vai immediatamente all'ospedale per avere maggiori possibilità di guarigione, perché Ebola si può vincere».

Il ruolo degli animatori e delle autorità locali è stato essenziale per evitare o limitare proteste, incomprensioni, e in alcuni casi violenze. «Formare persone che vivevano già all'interno delle comunità e renderle esse stesse responsabili delle attività di sensibilizzazione è stata la chiave del successo: erano volti conosciuti, in cui la gente riponeva fiducia. Accanto ad essi i leader di ogni religione hanno svolto un ruolo cruciale nel far capire a tutti quanto fosse indispensabile cambiare alcune abitudini e tradizioni appartenenti alla cultura locale per combattere l'epidemia», afferma il **segretario generale di Caritas Guinea, PADRE MATTHIEU LOUA**, che sottolinea l'importanza della presenza capillare sul territorio dei leader religiosi.

PADRE ARIS MIRANDA, Camilliano e coordinatore della Camillian Task Force, ha visitato la Sierra Leone nell'ottobre del 2014, quando il numero dei contagi era elevatissimo, e subito dopo la dichiarazione della fine dell'emergenza nei tre Paesi da parte dell'OMS. Gli abbiamo chiesto di condividere sensazioni e constatazioni. «Quando per la prima volta sono atterrato in Sierra Leone, all'aeroporto c'era molta commozione e confusione. Non c'era neanche un tavolo per riempire la scheda di sorveglianza sanitaria. La sera, l'unica cosa che si sentiva era il suono continuo delle ambulanze, quasi ininterrotto fino al mattino. Tornato nel nord del Paese un anno dopo, sentivo musica ad alto volume, persone parlare, danzare, celebrare; il mercato è tornato ad essere il centro della vita quotidiana. Tutti dicono: siamo tornati alla vita».

Alla domanda sul perché Ebola abbia avuto un impatto così devastante nel Paese, la risposta di padre Aris è precisa e puntuale: «La causa che sta dietro ad ogni altra è la povertà. Le persone utilizzano il poco che guadagnano per il sostentamento quotidiano, non per la salute; non sono abituate a recarsi nei centri sanitari, salvo per gravi emergenze. Molti di loro preferiscono rivolgersi ai guaritori tradizionali, per ragioni

economiche, ma anche per tradizione». Ma l'accento sulle condizioni della sanità pubblica è inevitabile: «I sistemi sanitari sono fragili e vulnerabili. Nell'autunno del 2014, i pochi centri di trattamento erano sovraffollati, molti ospedali hanno chiuso e molti malati non sono morti di Ebola, ma per patologie curabili». Interessante è la riflessione sull'incidenza del fattore culturale nella vita della popolazione locale: «Era noto a tutti il fatto che molti contagi fossero dovuti ai riti funebri, ma io stesso sono stato testimone di un caso eclatante: ero fermo ad un check-point quando un bus con quindici passeggeri arrivava dal nord del Paese per andare ad assistere a un funerale. Nonostante il divieto della polizia, il bus ha forzato il posto di blocco e ha proseguito incurante dei rischi. Cultura locale e tradizioni sono stati una grande sfida durante la crisi e molti non hanno dato a questo aspetto la dovuta importanza».

Su questo punto interviene anche **PADRE JOSEPH TURAY, rettore dell'Università Cattolica di Makeni**: «L'aspetto antropologico e sociologico è centrale nell'analisi di questa crisi. Anche i manuali che vengono redatti per le sensibilizzazioni comunitarie devono essere adattati alla cultura locale e contenere esempi concreti che facciano riferimenti alla vita quotidiana delle persone, altrimenti sarebbe come scrivere sulla sabbia». Padre Joseph, inoltre, tiene a sottolineare l'importanza della formazione: «Un Paese che vuole crescere ed evitare future crisi di questa portata deve investire sull'educazione, a tutti i livelli. Senza un miglioramento nei parametri dell'istruzione, e fin quando il numero dei medici sarà limitato come oggi, potremo migliorare qualche indicatore economico e finanziario, ma non potremo parlare di vera crescita. La parola chiave per uno sviluppo umano integrale è “formazione”». Padre Joseph, inoltre, ammonisce: «Dobbiamo far uscire la popolazione dalla spirale della povertà attraverso investimenti nello sviluppo. Dobbiamo combattere la corruzione, ostacolo allo sviluppo del Paese, e rafforzare la trasparenza».

D'accordo su questo punto è anche il **DOTTOR PATRICK TURAY, primario dell'Ospedale Cattolico di Makeni Holy Spirit** che, parlando in particolare di sanità ammette: «È stato fatto tanto, abbiamo lavorato per migliorare le procedure di sicurezza, sorveglianza, protezione del personale e dei malati, la diagnostica e i trattamenti. Ma se nel nostro Paese vogliamo migliorare l'accesso alla salute, si deve investire di più nella prevenzione e in interventi strutturali, che rafforzino il sistema sanitario nel suo complesso. Gli investimenti di cui la popolazione potrà beneficiare in modo permanente sono ancora troppo limitati».

6. La questione

Se si fosse voluto provare, per l'ennesima volta, che povertà e disuguaglianze uccidono come le guerre, l'epidemia di Ebola in Africa occidentale lo ha ulteriormente ed efficacemente dimostrato. Il virus ha ucciso, ma hanno concorso alla sua espansione fuori controllo cause che trovano il loro essere nei diritti fondamentali non garantiti per una fascia molto ampia della popolazione e nella fragilità istituzionale dei Paesi colpiti¹.

Il diritto alla salute è un diritto fondamentale e inviolabile, che concorre al benessere della persona e allo sviluppo di un popolo, ma nonostante gli innegabili sforzi compiuti e i miglioramenti visibili, l'accesso alle cure di base in Paesi come Guinea, Liberia e Sierra Leone, tra i più poveri al mondo, è ancora negato a circa metà della popolazione e colpisce in particolare i più vulnerabili, bambini, donne, anziani.

La crisi umanitaria provocata da Ebola ha anche mostrato come per uno sviluppo umano integrale la tutela di un diritto non può e non deve essere isolata: occuparsi di sanità non basta, bisognerebbe farlo in modo integrato, altrimenti si costruiscono castelli di sabbia, privi di fondamenta.

Costruire un ospedale e non avere le risorse umane locali per renderlo un servizio a beneficio di tutti nel lungo periodo serve a poco; avere i mezzi sanitari a disposizione se la gente comune non sa come utilizzarli, non li conosce o li ignora è un investimento a perdere. Sono esempi per dire che il diritto alla salute non potrà essere pienamente garantito se al contempo non ci si occupa anche della tutela degli altri diritti essenziali e in particolare dell'istruzione e della formazione di bambini, ragazzi e giovani. Fin quando questi Paesi avranno meno di un medico ogni 1.000 abitanti, sarà sempre difficile parlare di sviluppo sostenibile. Fin quando circa 1.000 donne su 100 mila moriranno di parto, e circa 100 bambini sotto i 5 anni su 1.000 nati vivi rischiano di morire, non solo siamo di fronte a un diritto negato, a un'ingiustizia, ma a qualcosa che non è umano, o, se si preferisce, è contro la stessa idea di umanità.

Portare aiuti finanziari, materiali e umani nell'emergenza – e farlo nel più breve tempo possibile – è indispensabile per salvare vite, ma non ci si può permettere di non riflettere sul futuro delle popolazioni colpite: cosa ne sarà dei sistemi sanitari di Guinea, Liberia e Sierra Leone ora che l'emergenza sta



finendo e molte delle organizzazioni che hanno contribuito alla lotta contro Ebola lasceranno il Paese o diminuiranno i fondi e le risorse umane e materiali a disposizione? Questi Paesi saranno pronti ad affrontare una nuova eventuale emergenza sanitaria, o ci ritroveremo, ancora una volta, a parlare di lezioni apprese senza aver imparato nulla dal passato?

«Ebola si è diffusa così velocemente anche a causa della fragilità dei sistemi sanitari in Guinea, Liberia e Sierra Leone»² ha dichiarato il presidente della Banca Mondiale Jing Yong Kim, sottolineando come «se ci fossero stati sistemi sanitari più solidi, con maggiori capacità di comunicazione e sorveglianza, in grado

Portare aiuti finanziari, materiali e umani nell'emergenza – e farlo nel più breve tempo possibile – è indispensabile per salvare vite, ma cosa ne sarà dei sistemi sanitari di Guinea, Liberia e Sierra Leone ora che l'emergenza sta finendo e molte organizzazioni che hanno contribuito alla lotta contro Ebola lasceranno il Paese o diminuiranno i fondi e le risorse umane e materiali a disposizione?

di fornire cure di base di qualità e a basso costo e di prevenire le malattie, il costo umano ed economico della crisi non sarebbe stato così elevato»³.

La fragilità dei sistemi sanitari è un'emergenza quotidiana in molti Paesi dell'Africa sub-sahariana: non possiamo rendercene conto solamente quando esplode l'emergenza che minaccia il mondo intero.

Sembra, tuttavia, che sempre di più, anche nei forum internazionali, la questione – soprattutto quella relativa all'accesso a cure di base – passi in secondo piano, venga trattata solo in caso di necessità, o sia considerata un problema «dei poveri». La responsabilità di occuparsene è invece di tutti, in un mondo che vede acuirsi le disuguaglianze, ma che in virtù delle interconnessioni globali può vedere trasformarsi una crisi locale in una crisi potenzialmente mondiale. Mondializzazione, infatti, «non può significare solo ricerca di nuove opportunità di produ-

zione e guadagno, per chi ha interessi economici da difendere e incrementare. Deve significare anche farsi carico dell'umanità in termini veramente solidali»⁴.

Se investire nella salute vuol dire investire nello sviluppo, la strada da fare è ancora molta. Si stima che la cifra minima di spesa pubblica raccomandata per fornire servizi sanitari essenziali alla popolazione sia di almeno 86 dollari per persona all'anno⁵: l'Italia spende circa 2.500 dollari⁶, la Germania più di 3.500, gli Stati Uniti più di 4.000, la Norvegia più di 7.700 dollari all'anno⁷; il governo della Liberia nel 2012 ha speso 20 dollari all'anno per persona, quello della Sierra Leone 16 dollari, quello della Guinea 9 dollari. Le cifre sono drammaticamente basse, seppure in aumento rispetto al 2006, quando i tre Paesi spendevano rispettivamente 3, 12 e 3 dollari l'anno⁸. Il divario tra Paesi ad elevato e basso reddito è più che evidente, anche se va detto che il valore di questo indicatore non deve essere considerato come assoluto. Non basta, infatti, arrivare a spendere 86 dollari a persona all'anno per assicurare a tutti l'accesso a cure di base, ma deve essere presa in considerazione anche la qualità della spesa e delle misure adottate, andando ad esempio a valutare l'equità delle politiche.

Non ci si deve però interrogare solo sulle politiche interne, ma anche analizzare ruolo e azioni portate avanti a livello internazionale. La comunità internazionale è intervenuta tardi, inizialmente in modo frammentato. Se non agiamo presto «la storia ci condannerà», affermava nel settembre 2014 Francis Kasolo, direttore dell'Unità di controllo dell'OMS per le malattie in Africa. Il raggiungimento di zero casi nei tre Paesi più colpiti da Ebola non deve farci sentire sollevati dalle responsabilità che la comunità internazionale ha avuto per un intervento tardivo. La storia ci condannerà anche se ora non si lavorerà in modo più puntuale e deciso sulle cause strutturali della fragilità e della povertà di questi Paesi, coinvolgendo attivamente le comunità locali. La storia ci condannerà anche se, di fronte ad una prossima epidemia in un Paese a basso reddito, ci troveremo ancora a discutere degli stessi punti.

Negli ultimi anni, ad esempio, la cooperazione internazionale, attraverso programmi come il Fondo Globale, ha investito molto per l'eradicazione di epidemie e pandemie quali HIV/AIDS, malaria, tubercolosi, poliomelite⁹, ottenendo notevoli risultati. Ci si è focalizzati maggiormente su azioni specifiche volte a ridurre la mortalità per determinate malattie, piuttosto che intervenire per un supporto integrale ai sistemi sanitari. Questo, se da un lato ha permesso il raggiungi-

mento degli Obiettivi del Millennio nell'ambito della salute per molti Paesi a basso reddito, non sempre si è tradotto in un aiuto a rafforzare le capacità di prevenire e affrontare emergenze sanitarie ed epidemie imprevedute, aspetti che dovrebbero essere funzioni essenziali di un sistema sanitario efficace ed efficiente¹⁰.

Uno studio di Save the Children¹¹ ha dimostrato come, anche in termini di costi, "prevenire sia meglio che curare": solo al mese di dicembre 2014, la risposta internazionale all'emergenza Ebola aveva mobilitato più di 4 miliardi di dollari tra cooperazione bilaterale e multilaterale; nel 2012 i governi di Guinea, Liberia e Sierra Leone avevano speso complessivamente 280 milioni di dollari per i servizi sanitari: gli impegni per la risposta all'emergenza Ebola erano 15 volte superiori al budget complessivo per la sanità dei tre Paesi. Inoltre, se anche si prendesse la cifra minima raccomandata di spesa sanitaria pubblica per persona all'anno, 86 dollari, moltiplicandola per 22 milioni (la popolazione complessiva dei tre Paesi), si otterrebbe una cifra pari a 1,89 miliardi di dollari, meno della metà del costo della risposta all'emergenza Ebola a fine 2014, con una differenza di circa 1,6 milioni di dollari all'anno rispetto alla spesa sanitaria effettiva nei tre Paesi.

Il raggiungimento di zero casi nei tre Paesi più colpiti da Ebola non deve farci sentire sollevati dalle responsabilità che la comunità internazionale ha avuto per un intervento tardivo. La storia ci condannerà anche se ora non si lavorerà in modo più puntuale e deciso sulle cause strutturali della fragilità e della povertà di questi Paesi, coinvolgendo attivamente le comunità locali

In tema di budget pubblici occorre considerare anche le implicazioni derivanti dalla fragilità dei sistemi fiscali locali e dalla regolamentazione internazionale quantomeno opaca, inefficace e, in definitiva, a beneficio delle grandi multinazionali (soprattutto estrattive) che legalmente o illegalmente riescono a evitare, o limitare fortemente, la tassazione degli introiti derivanti dalle loro attività nei Paesi africani. Ciò genera flussi di capitali in uscita dai Paesi a basso reddito, che si vedono sottratti di potenziali ingenti entrate pubbliche. La questione è stata oggetto di dibattito anche nella Conferenza internazionale sul finanziamento allo sviluppo di Addis Abeba, nel luglio 2015, dove i Paesi più ricchi hanno bloccato la proposta di oltre 100 Paesi in via di sviluppo di creare un organismo intergovernativo in materia fiscale facente capo all'ONU, lasciando così ai soli Paesi a più alto reddito (OCSE) il ruolo principale nella discussione internazionale sulla cooperazione in materia fiscale e di trasparenza¹².

7. Le esperienze e le proposte

NON DIMENTICARE LE LEZIONI CHE EBOLA HA DATO AL MONDO INTERO: questo dovrebbe essere il monito per tutti gli attori che operano in ambito sanitario, ma anche politico, economico, sociale e culturale.

Ebola, così come la maggior parte delle emergenze che oggi possiamo osservare a livello globale e in particolare quelle che si sviluppano in Paesi a basso reddito, è una crisi complessa in cui è importante agire con una risposta integrata e multisettoriale, che analizzi l'emergenza prendendo in considerazione le diverse cause e le molteplici conseguenze, guardando sempre allo sviluppo integrale della persona.

È necessario mettere in atto azioni che concretizzino i buoni propositi e le raccomandazioni fatte durante l'emergenza, mantenendo un'elevata vigilanza e operando affinché i sistemi di protezione, sorveglianza e monitoraggio attivati durante la fase acuta dell'epidemia rimangano operativi e possano essere adattati anche ad altre emergenze sanitarie. Ce lo dimostrano i due nuovi casi confermati di Ebola in Sierra Leone solo pochi giorni dopo che i tre Paesi più colpiti erano stati dichiarati "Ebola free". La vigilanza non deve essere limitata a questa epidemia e a questi tre Paesi, ma è monito prioritario per tutti e ovunque. Ce lo conferma il rapido espandersi del virus zika (*vedi box*). Questo dovrebbe essere l'impegno dei governi e delle organizzazioni locali e internazionali. Non è tempo di compiacersi sulle "buone prassi" adottate per raggiungere l'obiet-



tivo "zero casi", ma è necessario continuare ad investire, con programmi di impatto nel medio e lungo termine, nella sanità, nell'educazione e nelle infrastrutture¹, per rendere non solo i sistemi sanitari, ma anche i sistemi-Paese più resilienti rispetto ai numerosi choc che periodicamente colpiscono le popolazioni più povere.

Non dimenticare che le persone vengono prima di ogni altra cosa, anche in un mondo che troppo spesso sembra dimenticarsene: «Si tratta di far passare nel processo di globalizzazione (...), in termini di competenza, creatività, metodologie adeguate e concretezza, alcuni valori irrinunciabili: la centralità della persona rispetto all'economia, l'attenzione preferenziale ai più deboli nella ricerca sincera del bene comune, la salvaguardia della dimensione evangelica della gratuità, contro lo strapotere del profitto, la riscoperta di una testimonianza della carità vissuta meno con caratteri riparatori e più in termini di prevenzione»² e di creazione di opportunità.

ZIKA, "EMERGENZA SANITARIA GLOBALE"

A circa due anni dallo scoppio dell'epidemia di Ebola, il 1 febbraio 2016 l'OMS ha dichiarato il virus Zika un'emergenza internazionale di salute pubblica, richiamando ad uno «sforzo internazionale» contro di esso, con un appello globale per alzare i livelli di attenzione e prevenzione.

Isolato per la prima volta nel 1947 in una scimmia della foresta di Zika, in Uganda, il virus da allora ha provocato piccole epidemie sporadiche in Africa e nel sud-est asiatico, fino ad aprile 2015, quando è ricomparso in Brasile e si è progressivamente diffuso in diversi Paesi delle Americhe, con il rischio di avere in quest'area geografica «fino a 3-4 milioni di contagi».

Il virus si trasmette tramite le zanzare (del tipo *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* – zanzara tigre) e probabilmente anche per via sessuale, e non causa, per quello che fino ad oggi si conosce, condizioni cliniche gravi.

L'allarme è dovuto principalmente alla possibile trasmissione madre-figlio, malformazioni dei feti e legame con microcefalie, e a problemi neurologici negli adulti.

La strategia dell'OMS e dei suoi partner internazionali, utilizzando per la prima volta il fondo per le emergenze istituito dopo Ebola, consiste nella distribuzione di materiale protettivo e counselling alle donne in gravidanza, controlli nei Paesi colpiti al fine di verificare l'effettivo legame tra virus e microcefalia, impulso alla ricerca per identificare un test rapido, quindi un vaccino e una cura specifica, al momento inesistenti.

La dichiarazione di emergenza internazionale, secondo la direttrice generale dell'OMS Margaret Chan, ha l'obiettivo specifico di uno sforzo coordinato in queste direzioni.

La lezione di Ebola sarà servita al mondo?

Coerente a questo principio è l'obiettivo della copertura sanitaria universale – prioritario per l'Organizzazione Mondiale della Sanità e per la Banca Mondiale –, da intendersi come la situazione in cui tutte le persone in un Paese abbiano accesso ai servizi sanitari effettivi e di qualità secondo i loro bisogni, senza per questo rischiare di doversi impoverire³. Un servizio sanitario effettivo dovrebbe assicurare prevenzione, promozione, cura, riabilitazione; deve avere un numero sufficiente di medici e personale sanitario; medicinali, tecnologie e finanziamenti sufficienti a rispondere ai bisogni delle persone. Un servizio sanitario effettivo necessita di una governance forte e di leadership con una visione⁴.

È necessario intervenire sempre di più non tanto sugli effetti, ma sulle cause dei problemi. Su queste basi devono essere riviste e sviluppate⁵ anche le azioni di cooperazione internazionale e i partenariati pubblico-privato-società civile, punto di riferimento per raggiungere gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile 2030.

La lotta alle malattie infettive e l'impegno per l'accesso universale alle cure hanno evidenziato – come rilevato anche da autorevoli esperti in materia sanitaria⁶ – che una delle grandi sfide della medicina moderna è la lotta alle disuguaglianze nell'accesso alla salute. In poche parole: non basta dare, occorre costruire, mantenere e accompagnare.

L'impegno nella risposta alle epidemie ha inoltre sottolineato come il concetto di "salute globale" non riguardi solo le cosiddette "malattie della povertà", ma è un diritto fondamentale strettamente legato allo sviluppo dei popoli e alla pace. Non c'è pace senza diritti, non c'è sviluppo senza salute.

Sulla base di queste considerazioni generali, dell'ascolto delle voci dai Paesi più colpiti e dell'esperienza maturata a fianco delle Chiese e dei partner locali, si possono esprimere alcune proposte e raccomandazioni più specifiche per i diversi attori.

PER LE AGENDE DEI GOVERNI A LIVELLO LOCALE

- Rafforzare i sistemi fiscali per ridurre l'evasione e l'elusione fiscale e accrescere il budget pubblico⁷ da destinare al comparto socio-sanitario;
- innalzare la spesa sanitaria annuale pro capite verso la soglia degli 86\$/persona/anno destinando almeno il 15% del budget nazionale di Paesi a basso reddito alla sanità;
- dotare i centri sanitari, a partire da quelli presenti nelle zone più remote, di risorse materiali e umane sufficienti a garantire servizi di base con standard igienico-sanitari accettabili, parti in sicurezza, medicinali essenziali, vaccinazioni;
- migliorare le procedure di riferimento a strutture sanitarie di livello superiore e dotare gli ospedali di macchinari e attrezzature basilari, materiali consu-

mabili di qualità, con attenzione alla sostenibilità rispetto ai contesti locali;

- adottare politiche di accesso gratuito alle cure per fasce di popolazione particolarmente vulnerabili (es. donne e bambini), come fatto, ad esempio, in Sierra Leone con la Free Health Care Initiative⁸;
- accrescere l'investimento sull'istruzione primaria, secondaria e universitaria; potenziare la formazione periodica dei professionisti della sanità, anche attraverso visite di studio e di scambio all'interno dei Paesi e all'estero;
- adeguare i salari di medici, infermieri e ostetriche ai livelli di responsabilità e di rischio della professione e al crescente costo della vita;
- rafforzare le politiche di lotta alla corruzione⁹, stabilendo su questo tema anche alleanze strategiche tra settore pubblico, privato e società civile e sensibilizzando le comunità a svolgere esse stesse il ruolo di "sentinelle";
- adottare procedure di trasmissione e scambio delle informazioni sanitarie più rapide e trasparenti, seppure in contesti geografici difficili, anche attraverso una maggiore armonizzazione di modelli per l'informazione e la raccolta dei dati;
- lavorare di più sulla prevenzione ai rischi, anche attraverso la creazione di "cellule comunitarie" di allerta e sorveglianza; nello stesso tempo, a livello regionale e nazionale, avere piani di contingenza attuabili con catene decisionali e sistemi di coordinamento chiari per diversi tipi di potenziali emergenze;
- potenziare il decentramento dei servizi per aumentare l'accesso nelle aree rurali, anche attraverso il rafforzamento delle capacità delle autorità locali e la dotazione degli strumenti e delle risorse minime essenziali sul territorio;
- rafforzare le relazioni tra governo, privati e società civile per una maggiore efficacia ed efficienza sia in caso di emergenza, sia nella gestione ordinaria, affinché possa crescere anche il senso di responsabilità e del bene comune da parte di tutti i cittadini.

PER LE AGENDE DEI GOVERNI E DELLE AGENZIE INTERNAZIONALI SPECIALIZZATE A LIVELLO INTERNAZIONALE

- Migliorare i meccanismi di coordinamento internazionale, dotando gli organismi ad esso preposti, come l'OMS, dei mezzi e delle risorse necessarie, chiarendo ruoli e responsabilità dell'organizzazione internazionale e dei singoli Stati e non diminuendo le risorse destinate alla lotta alle epidemie;
- evitare o limitare il più possibile l'isolamento dei Paesi colpiti, ferma restando l'esigenza di garantire misure di sicurezza adeguate e protezione per tutti i cittadini;
- mantenere gli aiuti allo sviluppo indirizzati verso obiettivi specifici (in ambito sanitario, ad esempio, per

la lotta a patologie specifiche, come HIV/AIDS, malaria, ecc.) che hanno prodotto risultati rilevanti nell'ultimo decennio, ma nello stesso tempo accrescere gli investimenti per i sistemi sanitari nel loro complesso, affinché siano più pronti ad affrontare gli choc;

- spostare dal profitto al bene comune la motivazione alla base di molte ricerche nell'ambito dei vaccini e dei medicinali, senza trascurarne alcune solo perché servono a porzioni limitate di popolazioni, peraltro povere, che non possono versare ingenti somme di denaro e procurare guadagni accettabili¹⁰;
- «vincere l'egoismo nello sfruttamento dell'ambiente», per evitare che l'inquinamento atmosferico e idrico, così come la cattiva gestione dei rifiuti, portino a un progressivo degrado delle condizioni igienico-sanitarie e al conseguente propagarsi delle malattie infettive;
- creare un organismo intergovernativo con competenza in materia fiscale sotto gli auspici ONU per garantire ai Paesi in via di sviluppo una partecipazione equa al processo di riforma globale delle normative in materia fiscale, come richiesto dal G77 (gruppo rappresentante 134 Paesi in via di sviluppo) alla Conferenza sul finanziamento allo sviluppo tenutosi ad Addis Abeba nel luglio 2015¹¹;
- rafforzare la regolamentazione e la trasparenza del sistema finanziario globale e del commercio internazionale in ordine a ridurre il flusso di capitali illeciti che penalizza particolarmente i Paesi impoveriti¹²;
- nella negoziazione di accordi fiscali, effettuare una valutazione di impatto finanziario sul Paese più povero, evitando effetti negativi e garantendo un'equa distribuzione dei diritti fiscali. Allo stesso tempo effettuare valutazioni di impatto delle ripercussioni sui Paesi più poveri delle politiche fiscali nazionali¹³.

PER GLI INTERVENTI DI COOPERAZIONE INTERNAZIONALE NELL'EMERGENZA, POST-EMERGENZA E SVILUPPO

- Concepire, nel rispetto dei principi di responsabilità e sussidiarietà, ogni intervento di cooperazione internazionale come complementare alle azioni governative, interloquendo preventivamente e regolarmente con governi e strutture locali demandate alla gestione dei diversi settori per evitare di realizzare interventi inadatti, inadeguati o, peggio, non ben accettati;
- considerare come prioritarie l'attenzione e la conoscenza approfondita del contesto socio-culturale per costruire azioni che non contrastino con le credenze e le tradizioni locali e che per questo possono essere percepite non come aiuto ma come minacce;
- coinvolgere istituzioni e autorità locali, in particolare i leader religiosi, nelle azioni di sensibilizzazione

e nell'accompagnamento delle comunità locali, in virtù della fiducia che i cittadini ripongono nei loro confronti e del ruolo carismatico da essi ricoperto;

- adattare la comunicazione e i messaggi di sensibilizzazione al contesto e alla cultura locali: in contesti differenti lo stesso messaggio può infatti essere percepito in modo diverso e dare vita a effetti diversi. I messaggi dovrebbero essere veicolati nelle lingue locali e attraverso animatori locali, persone che vengono percepite come "familiari" nelle comunità;
- porre le comunità locali al centro della risposta all'emergenza, non solo in quanto beneficiarie, ma come componente attiva della risposta. L'ascolto dei bisogni delle popolazioni locali, il loro coinvolgimento e la loro inclusione negli interventi di risposta, rende questi interventi più efficaci non solo nell'immediato, ma anche nel lungo termine;
- non abbandonare le comunità colpite, ma accompagnarle in processi di superamento del trauma e di recupero della normalità, con il riavvio delle attività educative, lavorative e produttive;
- prestare particolare attenzione a interventi strutturali, che si proiettino nel medio-lungo termine, che siano sostenibili dal punto di vista del contesto e delle risorse umane locali, dell'approvvigionamento di materiali e attrezzature;
- agire non solo attraverso azioni di risposta, ma anche con strategie di prevenzione elaborate in collaborazione con le comunità e le autorità governative locali.

PER LE AZIONI DELLE NOSTRE COMUNITÀ A FAVORE DELLE COMUNITÀ PIÙ POVERE E VULNERABILI

- Mettersi in ascolto delle comunità locali e con esse costruire dei percorsi coordinati di supporto, condivisione, conoscenza reciproca, accompagnamento, creando ponti di solidarietà;
- accogliere, vincere l'indifferenza, sensibilizzare a farsi prossimi e abbattere le barriere alzate da facili luoghi comuni e pregiudizi;
- evitare forme di aiuto assistenziale soprattutto in ambito sanitario, sostenendo progetti di cooperazione di qualità volti alla promozione dei diritti essenziali delle persone, che appoggino processi di auto-sviluppo;
- impegnarsi per una sanità efficiente e giusta per tutti in tutto il mondo, sollecitando politiche adeguate e facendo propri comportamenti individuali virtuosi;
- monitorare i comportamenti fiscali delle imprese, premiando con le proprie scelte di acquisto le più virtuose e sostenere le campagne attive sul tema;
- sollecitare politiche di regolamentazione e trasparenza dei sistemi finanziari e commerciali globali, la lotta alla corruzione, all'evasione e all'elusione fiscale globale.

L'IMPEGNO DI CARITAS ITALIANA a fianco delle Chiese di Guinea, Liberia e Sierra Leone da più di un decennio

In **Sierra Leone**, i primi interventi sono stati realizzati negli Anni Ottanta in ambito sanitario. Negli anni Novanta e Duemila è stata sostenuta la diocesi di Makeni, nord del Paese, nella risposta all'emergenza conflitto e con programmi di riabilitazione, in particolare a favore degli ex bambini soldato. Dal 2004 è stato seguito il processo di *peacebuilding* – grazie anche alla presenza di volontari in servizio civile dal 2007 –, con un'attenzione particolare al lavoro di sensibilizzazione delle comunità locali, formazione delle autorità, monitoraggio elettorale della Commissione diocesana Giustizia Pace e Diritti Umani, e di sviluppo comunitario svolto dalla Caritas diocesana. Un settore seguito con particolare interesse è quello del rafforzamento delle istituzioni cattoliche a livello sia diocesano che nazionale.

In **Guinea**, Caritas Italiana è presente dal 2000, quando con il programma giubilare di riconversione del debito (Fo.Gui.Re.D.) sono stati realizzati programmi di sviluppo per oltre 6 milioni di euro. Dal 2008 Caritas Italiana lavora nella diocesi di N'Zérékoré, e dal 2009, su richiesta della Conferenza Episcopale Guineana, anche a livello nazionale. Grazie alla presenza di operatori espatriati e volontari in servizio civile, ha affiancato la Caritas diocesana di N'Zérékoré in un processo di rafforzamento e nell'apertura e gestione del centro medico-chirurgico "Saint Abraham" di Gouécké. L'impegno a livello nazionale si è caratterizzato per il coordinamento di un processo di accompagnamento della Caritas nazionale guineana (OCPH/Caritas Guinée) nelle fasi di riorganizzazione e sviluppo istituzionale.

Per l'emergenza Ebola, nel quadro di un capillare impegno della Chiesa, che ha visto anche un'iniziativa della Santa Sede per rafforzare i sistemi sanitari, di assistenza sociale e accompagnamento pastorale, Caritas Italiana è intervenuta dal mese di maggio 2014 a

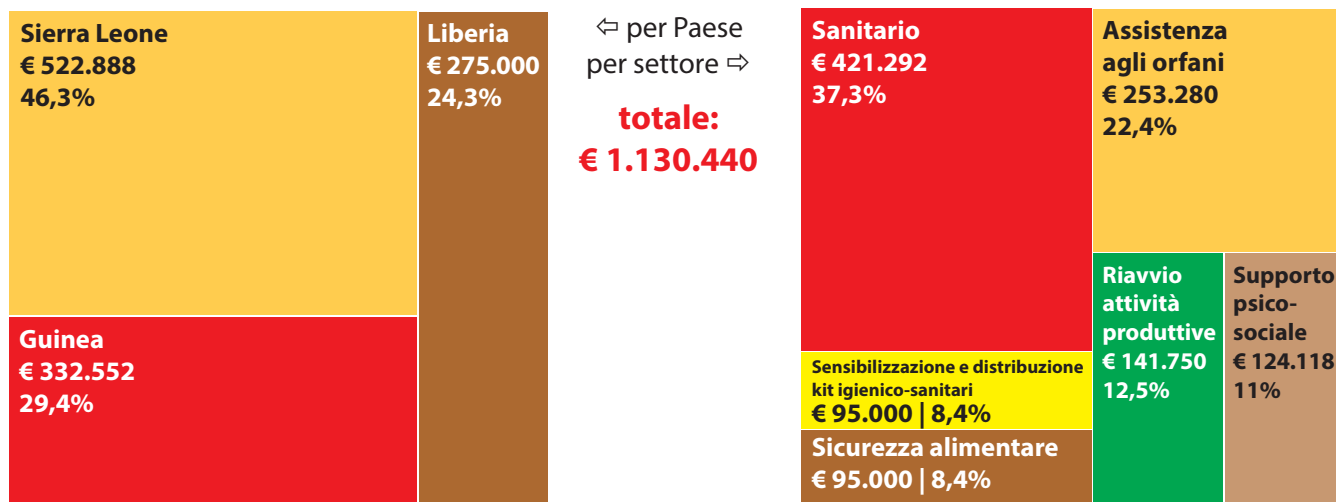
fianco delle Caritas e delle Chiese locali, supportandole nella redazione dei primi progetti di risposta all'emergenza e con primi aiuti d'urgenza destinati alle strutture sanitarie e alla sicurezza alimentare.

Nel mese di ottobre 2014, in collaborazione con Dokita Onlus, Camilliani, Fatebenefratelli, CUAMM, Focsiv, AVSI, Giuseppini del Murialdo, Missionari Saveriani, Salesiani e VIS, Caritas Italiana ha dato vita alla piattaforma di coordinamento "Fratelli d'Ebola". Dal lavoro congiunto è nato un progetto integrato multisettoriale di risposta all'emergenza in Guinea, **Liberia** e Sierra Leone che, grazie al finanziamento di 1 milione di euro della Conferenza Episcopale Italiana – fondi 8xmille, ha permesso di realizzare nei tre Paesi, attraverso partner locali, 10 progetti in diversi settori: sensibilizzazione, supporto alle strutture sanitarie, sicurezza alimentare, assistenza agli orfani, supporto psico-sociale e accompagnamento dei sopravvissuti a Ebola e delle loro famiglie, sostegno per il riavvio delle attività produttive.

Caritas Italiana, inoltre, in collaborazione con la rete Caritas Internationalis, ha contribuito al finanziamento di cinque Appelli di Emergenza lanciati da Caritas Sierra Leone, Caritas Guinea e Caritas Liberia, per un valore complessivo superiore ai 3 milioni di euro, principalmente nei settori della sensibilizzazione e distribuzione di materiale igienico-sanitario, sicurezza alimentare e sostegno agli orfani.

L'impegno globale di Caritas Italiana nell'emergenza Ebola è superiore a 1,1 milioni di euro (*vedi grafici*). Le azioni realizzate attraverso i partner locali hanno permesso di raggiungere più di 50.000 beneficiari diretti e più di 2 milioni di persone attraverso sensibilizzazioni porta a porta, via radio, televisione e sms telefonici. L'attenzione ai tre Paesi resta elevata anche dopo la fine della fase acuta dell'emergenza, con il sostegno ad azioni di riabilitazione e a programmi di rafforzamento degli attori locali.

EMERGENZA EBOLA: GLI INTERVENTI DI CARITAS ITALIANA 2014-2016



Per maggiori informazioni e per contribuire ai progetti di Caritas Italiana:
www.caritas.it – Ufficio Africa: tel. 06 66177247, africa@caritas.it

FONTI BIBLIOGRAFICHE

- Badaracchi, Laura, *Cristo non si è fermato a Ebola*, in *Credere*, 24 agosto 2014.
- Benedetto XVI, Lettera enciclica *Deus Caritas Est*, Città del Vaticano, 25 dicembre 2005.
- Benedetto XVI, Lettera enciclica *Caritas in Veritate*, Città del Vaticano, 29 giugno 2009.
- Benedetto XVI, Messaggio ai partecipanti alla XXV Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, 15 novembre 2010, http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/letters/2010/documents/hf_ben-xvi_let_20101115_op-sanitari.html (ultimo accesso: 26/01/2016).
- Benedetto XVI, Messaggio ai partecipanti alla Plenaria del Pontificio Consiglio per la Pastorale Sanitaria, Città del Vaticano, 22 marzo 2007.
- Cabut, S., Hecketsweiler, C., *La corsa al vaccino*, *Le Monde*, Parigi, 2014, versione italiana in *Internazionale*, 1069, 19 settembre 2014, pp. 46-47.
- CAFOD, Christain Aid, Tearfund, *The crucial role of faith leaders in the Ebola response: unrealized potential*, February 2015.
- Caporale, Enrico, *Virus Zika, l'OMS lancia l'allarme: "Attesi 3-4 milioni di casi in tutto il continente americano"*, *La Stampa*, Torino, 28 gennaio 2016, <https://www.lastampa.it/2016/01/28/esteri/virus-zika-loms-lancia-lallarme-nelle-americhe-attesi-milioni-di-casi-j8rpHtX6AaqxqB6JGQsDL/pagina.html> (ultimo accesso: 28/01/2016).
- Caritas Italiana (a cura di), *Non chiamarmi soldato. I bambini combattenti tornano a casa: frammenti di pace in Sierra Leone*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2002.
- Caritas Italiana, (a cura di), *Mercati di guerra. Rapporto di ricerca su finanza e povertà ambiente e conflitti dimenticati*, Il Mulino, 2012.
- Caritas Italiana, AA.VV., Comunicato stampa congiunto, *Fratelli d'Ebola. In ascolto delle comunità più colpite*, Roma, ottobre 2014.
- Center for Strategic & International Studies, *The Global Health Policy Center, Infectious diseases. A persistent threat*, <http://www.smartglobalhealth.org/issues/entry/infectious-diseases> (ultimo accesso: 10/01/2016).
- Centre for Disease Control and Prevention (CDC), *Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third edition, An Introduction to applied Epidemiology and Biostatistics*, Atlanta, October 2006, updated May 2012, <http://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/SS1978/SS1978.pdf> (ultimo accesso: 20/01/2016).
- Centre for Disease Control and Prevention (CDC), *Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third edition, Lesson 1, Section 11, Epidemic disease occurrence*, <http://www.cdc.gov/ophss/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html> (ultimo accesso: 06/01/2016).
- Chan, Margaret, *Address to emergency session of the UN Security Council – Peace and security in Africa (Ebola)*, New York, 18 September 2014, <http://www.who.int/dg/speeches/2014/security-council-ebola/en/> (ultimo accesso: 22/01/2016).
- Chan, Margaret, *Report by the Director General to the Special Session of the Executive Board on Ebola*, Geneva, 25 January 2015, <http://www.who.int/dg/speeches/2015/executive-board-ebola/en/> (ultimo accesso: 24/01/2016).
- Chatam House, *Shared responsibilities for health. A coherent global framework for health financing. Final Report of the Centre on Global Health Security Working Group on Health Financing*, 2014, https://www.chathamhouse.org/sites/files/chathamhouse/field/field_document/20140521HealthFinancing.pdf (ultimo accesso: 26/01/2016).
- Châtelot, Christoph, *Porte chiuse ai malati*, *Le Monde*, Parigi, 2014, versione italiana in *Internazionale*, 1069, 19 settembre 2014, pp. 44-45.
- Conferenza Episcopale Italiana, Ufficio Nazionale per la pastorale della salute, Scheda teologico-pastorale XXIV Giornata Mondiale del Malato, Roma, 9 novembre 2015.
- D'Aria, Irma, *Aids, meno paura e meno test preventivi: aumentano i malati che ignoravano di essere Hiv positivi*, *La Repubblica*, 30 novembre 2015, http://www.repubblica.it/salute/medicina/2015/11/30/news/aids_la_giornata_mondiale_e_il_punto_sulla_ricerca-128499439/ (ultimo accesso: 17/01/2016).

Economist (The), *Cos'è il virus Zika e perché è difficile fermarlo*, versione italiana traduzione di De Franco, Stefania, *Internazionale*, 26 gennaio 2016, <http://www.internazionale.it/notizie/2016/01/26/virus-zika> (ultimo accesso: 28/01/2016).

Economist (The), *Data team*, *Ebola in Africa, the end of a tragedy?*, in *The Economist*, 14 January 2016, <http://www.economist.com/blogs/graphicdetail/2016/01/daily-chart-12> (ultimo accesso: 23/01/2016).

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014, Italy Country Profile*, Stockholm, 2014, p. 176, http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Tuberculosis/epidemiological_data/Documents/Italy-tuberculosis-country-profile-2014.pdf (ultimo accesso: 16/01/2016).

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), World Health Organization, *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015*, Stockholm, 2015, <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2015.pdf> (ultimo accesso: 16/01/2016).

Evans, David K., Goldstein, Markus, Popova, Anna, *Health-care worker mortality and the legacy of the Ebola epidemic*, in *The Lancet*, 8 July 2015, [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00065-0/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00065-0/fulltext?rss=yes) (ultimo accesso: 23/01/2016).

Ferrari, Gabriele, *40 anni dalla Populorum Progressio: Le riflessioni di un missionario*, *Missione Oggi*, http://www.saveriani.bs.it/Missioneoggi/arretrati/2007_2/lezionistoria/lezionistoria.html, 2007 (ultimo accesso: 10/01/2016).

Filia, Antonietta (a cura di), *Tubercolosi. Aspetti epidemiologici: dati generali*, in EpiCentro, Portale dell'Epidemiologia per la Sanità Pubblica, Istituto Superiore di Sanità, novembre 2015, <http://www.epicentro.iss.it/problemi/Tubercolosi/epid.asp> (ultimo accesso: 16/01/2016).

Fink, Shery, *Indifesi contro l'ebola*, *New York Times*, Stati Uniti, 2014, versione italiana in *Internazionale*, 1069, 19 settembre 2014, pp. 40-45.

Fondo Globale, *Aggiornamento sui risultati, sull'impatto e sul 5° rifinanziamento del Fondo Globale*, Roma, 11 novembre 2015.

Francesco, Lettera enciclica *Laudato si'*. *Sulla cura della casa comune*, Città del Vaticano, 2015.

Francesco, Messaggio per la XXIV Giornata Mondiale del Malato 2016, *Affidarsi a Gesù Misericordioso come Maria: "Qualsiasi cosa vi dica, fatela"* (Gv 2, 5), Città del Vaticano, 2015.

Francesco, Discorso ai partecipanti alla Conferenza Internazionale promossa dal Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari, Città del Vaticano, 19 novembre 2015.

Francesco, Esortazione apostolica *Evangelii Gaudium*, Città del Vaticano, 24 novembre 2013.

Giovanni Paolo II, Lettera apostolica *Salvifici Doloris*, Città del Vaticano, 11 febbraio 1984, http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris_it.html (ultimo accesso: 17/01/2016).

Giovanni Paolo II, Motu Proprio *Dolentium Hominum*, Città del Vaticano, 11 febbraio 1985, http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/it/motu_proprio/documents/hf_jp-ii_motu-proprio_11021985_dolentium-hominum.html (ultimo accesso: 17/01/2016).

Global Business Coalition for Education, *Ebola Emergency: restoring education, creating safe schools and preventing a long-term crisis*, November 2014, <http://gbc-education.org/wp-content/uploads/2014/12/EbolaandEducationReport122014.pdf> (ultimo accesso: 24/01/2016).

Global Fund (The), *Results Report 2015, The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, Geneva, 2015.

Gouvernement de la République de Guinée, *Stratégie de relance et de résilience socioéconomique post-Ebola 2015-2017*, Conakry, Mars 2015.

Ippolito, Giuseppe, Fusco, Francesco Maria, Lanini, Simone, Puro, Vincenzo, *Malattia da virus ebola nell'Africa occidentale 2014: epidemiologia e strategie d'intervento*, Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, Roma, 2014.

Istituto Superiore di Sanità, *Infezione da HIV e Aids. Aspetti epidemiologici*, in EpiCentro, Portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica, 3 dicembre 2015, <http://www.epicentro.iss.it/problemi/aids/epidItalia.asp> (ultimo accesso: 17/01/2016).

Istituto Superiore di Sanità, Centro Operativo AIDS – COA, *Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2014*, in *Supplemento del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*, vol.

28, n. 9, supplemento I, 17 novembre 2015, in http://www.iss.it/binary/ccoa/cont/HIV_AIDS_DIC_2015.pdf (ultimo accesso: 22/01/2016).

Kim, Jing Yong, Rodin, Judith, *Universal Health Coverage: a smart investment*, Huffington Post, 12 December 2014, updated 11 February 2015, http://www.huffingtonpost.com/jim-yong-kim/universal-health-coverage_3_b_6316214.html (ultimo accesso: 26/01/2016).

Kirwen, Michael C. (compiled and edited by), *African Cultural Domains, Life Cycle of an Individual*, book 1, Mias Book, Nairobi, 2008.

Lagarde, Christine, *Remarks of IFM Managing Director High-level Ebola meeting: the road to recovery*, World Bank, Washington D.C., 17 April 2015, <http://www.imf.org/external/np/speeches/2015/041715.htm> (ultimo accesso: 26/01/2016).

Lozano Barragán (Card.), Javier, Inaugurazione della XXI Conferenza Internazionale *Aspetti pastorali della cura delle malattie infettive* (Città del Vaticano 23-25 novembre 2006), Città del Vaticano, 23 novembre 2006, http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20061123_inaugurazione-conf_it.html (ultimo accesso: 27/01/2016).

Lozano Barragán (Card.), Javier, Conseil Pontifical pour la Pastorale des Services de la Santé, *Intervention à l'Assemblée Générale des Nations Unies – Débat de haut-niveau sur le thème du VIH/SIDA*, New York, 2 juin 2006, http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20060602_un-hiv-aids_fr.html (ultimo accesso: 27/01/2016).

Lozano Barragán (Card.), Javier, Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute, Messaggio in occasione della Giornata Mondiale dell'AIDS, Città del Vaticano, 1 dicembre 2004, http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20041201_giornata-aids_it.html (ultimo accesso: 27/01/2016).

Lozano Barragán (Card.), Javier, Pontificio Consiglio della Pastorale della Salute, Messaggio in occasione della Giornata Mondiale dell'AIDS, Città del Vaticano, 5 dicembre 2005, http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20051201_giornata-aids_it.html (ultimo accesso: 27/01/2016).

Lozano Barragán (Card.), Javier, Statement of the President of the Pontifical Council for Health Pastoral Care, 58th Assembly of the World Health Organization, Geneva, 18 May 2005, http://www.vatican.va/roman_curia/secretariat_state/2005/documents/rc_seg-st_20050518_oms_en.html (ultimo accesso: 27/01/2016).

Marrone, Cristina, *Ebola, il virus resiste nello sperma fino a nove mesi dopo l'infezione*, in *Corriere della Sera* online, Corriere.it, 15 ottobre 2015, http://www.corriere.it/salute/15_ottobre_15/ebola-virus-resiste-sperma-fino-nove-mesi-l-infezione-3a6dafec-7316-11e5-b973-29d2e1846622.shtml (ultimo accesso: 24/01/2016).

Maxmen, Amy, *Sierra Leone: frontline health workers were sidelined in \$3,3bn fight against ebola*, Pulitzer Centre on crisis reporting, 19 May 2015, <http://pulitzercenter.org/reporting/africa-sierra-leone-nurses-workers-pay-labor-epidemic-ebola-outbreak> (ultimo accesso: 24/01/2016).

Monacelli, Moira, *Ebola. Il virus minaccia globale, emergenza non solo sanitaria*, in *Italia Caritas* n. 8, ottobre 2014, pp. 26-29.

Nazioni Unite, Assemblea Generale, *Dichiarazione Universale dei diritti umani*, New York, 1948, http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/itn.pdf (ultimo accesso: 15/01/2016).

Nazioni Unite, *Patto sui diritti economici, sociali e culturali*, New York, 1966, http://www.caritasitaliana.it/materiali/Mondo/microprogetti/diritti/patto_diritti_economici.pdf (ultimo accesso: 15/01/2016).

OECD, *Health Statistics 2014. Dove si colloca l'Italia?*, 2015, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-ITALIA-2014-in-Italian.pdf> (ultimo accesso: 26/01/2015).

ONUSIDA, Organisation Mondiale de la Santé, UNICEF, *Rapport d'activité 2015 sur la riposte au SIDA dans le monde*, 2015.

Organisation Mondiale de la Santé, *Manuel pour les soins et la prise en charge des patients dans les centres de soins communautaires. Guide d'urgence provisoire*, Janvier 2015, <http://WHO/EVD/Manual/ECU/15.1>

Organisation Mondiale de la Santé, *Qu'est-ce qu'une pandémie?*, http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/fr/, 24 février 2010 (ultimo accesso: 06/01/2016).

Osservatore Romano, *Ogni sforzo per debellare Ebola. Appello alla comunità internazionale di fronte all'aggravarsi dell'epidemia*, n. 248, Città del Vaticano, 30 ottobre 2014, p. 8.

Oxfam, *Wealth: Having it all and wanting more*, London, January 2015, in https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/ib-wealth-having-all-wanting-more-190115-en.pdf (ultimo accesso: 22/01/2016).

Paganelli, Maurizio, ONU, *Obiettivi di Sviluppo Globale, la salute perde importanza*, in *la Repubblica*, 22 settembre 2015, http://www.repubblica.it/salute/2015/09/22/news/onu_obiettivi_di_sviluppo_globale_la_salute-123432451/ (ultimo accesso: 22/01/2016).

Pasini, Giuseppe, *Carità quinto Vangelo*, EDB, Bologna, 1998.

Plantera, Rita, *Ebola. In Africa occidentale 5 milioni di bambini senza scuola*, Città del Capo, 4 dicembre 2014, <http://nena-news.it/ebola-in-africa-occidentale-5-milioni-di-bambini-senza-scuola/> (ultimo accesso: 24/01/2016).

Pontificium Consilium Pro Valetudinis Administris, XXX Conferenza Internazionale *La cultura della salute e dell'accoglienza al servizio dell'uomo e del pianeta*, 19-21 novembre 2015, Presentazione, Città del Vaticano, novembre 2015.

Programme Alimentaire Mondial, *Impact de la maladie à virus Ebola sur l'agriculture et la sécurité alimentaire*, Conakry, Décembre 2014.

Ramazotti, Sergio, *Ground zero Ebola*, Piemme, Milano, 2015.

Ruddock, A., *Dosaggio sbagliato*, da *The Caravan, India*, in *Internazionale*, n. 1135, 8 gennaio 2016, pp. 50-52.

Ruffini, P. Felice, M.I., *La pastorale sanitaria e il sacerdozio di Giovanni Paolo II*, Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, 1992, http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_19920101_healthcare-ministry_it.html (ultimo accesso: 15/01/2016).

Satolli, Roberto, Strada, Gino, *Zona rossa*, Feltrinelli, Milano, 2015.

Save the Children, *A wake-up call. Lessons from Ebola for the world's health systems*, London, 2015.

Seppilli, Tullio (a cura di), *Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario*, Fondazione Angelo Celli, Perugia, 2010, <http://www.latrantomonaperugia.it/public/documents/Salute%20bene%20comune.pdf> (ultimo accesso: 09/01/2016).

Transparency International, *Corruption Perceptions Index 2015*, 2016, https://www.transparency.it/wp-content/uploads/2016/01/CPI2015_map-and-country-results_web.pdf (ultimo accesso: 26/01/2016).

UNAIDS, *AIDS by the numbers 2015*, Geneva, 2015.

Unicef, *More than 16.000 children lost parents or caregivers to Ebola – many are taken in by communities: UNICEF*, Dakar/Geneva/New York, February 2015, http://www.unicef.org/media/media_79742.html (ultimo accesso: 23/01/2016).

United Nations, News Centre, *UN declares end to Ebola virus transmission in Guinea; first time all three host countries free*, New York, 29 December 2015, <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=52913#.VqN9vvnhDIU> (ultimo accesso: 23/01/2016).

United Nations, General Assembly, *Resolution A/70/L.1 Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*, New York, 25 September 2015, in http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E (ultimo accesso: 22/01/2016).

United Nations, General Assembly, *Sustainable Development Goals. 17 Goals to transform our world*, 1 January 2016, in <https://sustainabledevelopment.un.org/> (ultimo accesso: 22/01/2016).

United Nations, Security Council, *Resolution 2177 (2014)*, New York, 18 September 2014, <http://www.un.org/press/en/2014/sc11566.doc.htm> (ultimo accesso: 22/01/2016).

United Nations, *Sustainable Development Knowledge Platform, Sustainable Development Goals*, 2015, <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300> (ultimo accesso 10/01/2016).

United Nations, *The Millennium Development Goals Report 2015*, New York, 2015, [http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20\(July%201\).pdf](http://www.un.org/millenniumgoals/2015_MDG_Report/pdf/MDG%202015%20rev%20(July%201).pdf) (ultimo accesso: 22/01/2016).

United Nations, MDG Gap Task Force, *Millennium Development Goal 8, Taking Stock of the Global Partnership for Development*, New York, 2015, http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Gap_2015_E_web.pdf (ultimo accesso: 22/01/2016).

United Nations Development Program, *Human Development Report 2015. Work for Human Development*, New York, 2015, http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report.pdf (ultimo accesso: 16/01/2016).

Vella, Stefano, *Addressing barriers to the end of AIDS by 2030*, in *The Lancet*, vol. 2, n. 9, September 2015.

Volpi, Roberto, *Dall'Aids a Ebola. Virus e epidemie al tempo della globalizzazione*, Vita e Pensiero, Milano, 2015.

World Bank, *Disproportionate deaths among health care workers from Ebola could lead to sharp rise in maternal mortality last seen 20 years ago – World Bank report*, Washington DC, 8 July 2015, <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/07/08/disproportionate-deaths-among-health-care-workers-from-ebola-could-lead-to-sharp-rise-in-maternal-mortality-last-seen-20-years-ago---world-bank-report> (ultimo accesso: 23/01/2016).

World Food Programme, *Ebola Crisis Update*, New York, 21 September 2015, <http://wfpusa.org/fact-sheets/ebola-crisis-situation-update> (ultimo accesso: 23/01/2016).

World Health Organization, *World Malaria Report 2014*, Geneva, 2014, http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2014/en/ (ultimo accesso: 12/01/2016).

World Health Organization, *International Health Regulations (2005) Second Edition*, Geneva, 2008.

World Health Organization, Regional Office for Europe, *Strengthening health-system emergency preparedness. Toolkit for assessing health-system capacity for crisis management. Part. 1 User manual*, Copenhagen, 2012.

World Health Organization, *Constitution*, New York, 1946, http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (ultimo accesso: 17/01/2016).

World Health Organization, *Global Health estimates summary tables, WHO's summary table of the World Bank sub-Saharan Africa region, Factsheet: The leading causes of death in Africa, Many top killers preventable*, 2012, researched by Africa Check, <https://africacheck.org/factsheets/factsheet-the-leading-causes-of-death-in-africa/> (ultimo accesso: 10/01/2016).

World Health Organization, *Ebola Situation Report*, 6 January 2016, http://apps.who.int/ebola/sites/default/files/atoms/files/who_ebola_situation_report_06-01-2016.pdf?ua=1 (ultimo accesso: 10/01/2016).

World Health Organization, *Ebola Situation Report*, 20 January 2016, <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-20-january-2016> (ultimo accesso: 22/01/2016).

World Health Organization, Global Health Observatory data, *HIV/AIDS Global situation and trends*, 2014 (dati 2013), <http://www.who.int/gho/hiv/en/> (ultimo accesso: 10/01/2016).

World Health Organization, *Global map of TB*, 2009 (dati 2008), <http://www.who.int/tb/publications/2009/airborne/background/info/en/> (ultimo accesso: 10/01/2016).

World Health Organization, Global Health Observatory data, *Malaria, 2014* (dati 2013), <http://www.who.int/gho/malaria/en/> (ultimo accesso: 10/01/2016).

World Health Organization, *Neglected Tropical Disease*, http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/ (ultimo accesso: 10/01/2016).

World Health Organization, Media Centre, *The top 10 causes of deaths*, 2012, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index2.html> (ultimo accesso: 10/01/2016).

World Health Organization, *Global Tuberculosis Report 2015*, Geneva, 2015, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1 (ultimo accesso: 16/01/2016).

World Health Organization, *Health workforce. Density of physicians*, Geneva, 2015, http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/PhysiciansDensity_Total/atlas.html (ultimo accesso: 17/01/2016).

World Health Organization, *Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone, A preliminary report*, Geneva, 21 May 2015, http://www.who.int/hrh/documents/21may2015_web_final.pdf (ultimo accesso: 23/01/2016).

World Health Organization, UNICEF, *Achieving the Malaria MDG Target. Reversing the Incidence of Malaria 2000-2015*, Geneva, 2015, http://www.unicef.org/publications/files/Achieving_the_Malaria_MDG_Target.pdf (ultimo accesso: 17/01/2016).

World Health Organization, *Zika virus. Factsheet, Update January 2016*, Geneva, 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/en/> (ultimo accesso: 28/01/2016).

NOTE

Introduzione

- ¹ Preambolo Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, New York, 1946, in inglese: «Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity», http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- ² Nella dottrina giuridica il diritto alla salute viene oggi considerato come un «diritto fondamentale assoluto», caratterizzato dunque da inviolabilità, intrasmissibilità, inalienabilità, irrinunciabilità, indisponibilità; più in particolare, come un «diritto soggettivo e assoluto pubblico», suscettibile, proprio perché corrispondente ad un fondamentale interesse collettivo, di tutela diretta da parte del giudice ordinario anche nei confronti della pubblica amministrazione, che non ha il potere di affievolirlo o pregiudicarlo, cfr. Seppilli, Tullio (a cura di), *Salute e sanità come beni comuni*, 2010, nota 4, p. 10, <http://www.latramontanaperugia.it/public/documents/Salute%20bene%20comune.pdf>
- ³ Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, New York, 1946, art. 25: «Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire la salute e il benessere proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione, e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari», http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/itn.pdf
- ⁴ Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, New York, 1966, art. 12: «1. Gli Stati parti del presente Patto riconoscono il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire. 2. Le misure che gli Stati parti del presente Patto dovranno prendere per assicurare la piena attuazione di tale diritto comprenderanno quelle necessarie ai seguenti fini: a) la diminuzione del numero dei nati-morti e della mortalità infantile, nonché il sano sviluppo dei fanciulli; b) il miglioramento di tutti gli aspetti dell'igiene ambientale e industriale; c) la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e d'altro genere; d) la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia», http://www.caritasitaliana.it/materiali/Mondo/microprogetti/diritti/patto_diritti_economici.pdf
- ⁵ Costituzione della Repubblica Italiana, 27 dicembre 1947, art. 32, «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana», <http://www.quirinale.it/qrnw/statico/costituzione/pdf/Costituzione.pdf>
- ⁶ Cfr., ad esempio, Seppilli, Tullio (a cura di), *Salute e sanità come beni comuni: per un nuovo sistema sanitario*, Fondazione Angelo Celli, Perugia, 2010, <http://www.latramontanaperugia.it/public/documents/Salute%20bene%20comune.pdf>

- ⁷ Commission on Social Determinants of Health, «The Commission considers health care a common good, not a market commodity», in *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health*, World Health Organization, Geneva, 2008, 248 pp., cfr. p. 95. Su questo tema, così come sull'equità nella salute, cfr. anche: Margareth Whitehead, Göran Dahlgren, *Concepts and principles for tackling social inequities in health, Leveling up Part 1*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1990, p. 34, e Göran Dahlgren, Margareth Whitehead, *Policies and strategies to promote social equity in health*, World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991, rivisto e ripubblicato dall'Institute for Future Studies, 2007, p. 67.
- ⁸ Francesco, *Laudato si'*, n. 158, Città del Vaticano, 2015.
- ⁹ Benedetto XVI, Messaggio ai partecipanti alla XXV Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, 15 novembre 2010, http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/letters/2010/documents/hf_ben-xvi_let_20101115_op-sanitari.html
- ¹⁰ *Ibidem*.
- ¹¹ Barragán (Card.), J.L., Messaggio in occasione della giornata mondiale dell'AIDS, 1 dicembre 2005, Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, Città del Vaticano, 2005, n. 5 http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20051201_giornata-aids_it.html
- ¹² *Ibidem*.
- ¹³ Benedetto XVI, *Caritas in Veritate*, n. 6, Città del Vaticano, 2009.
- ¹⁴ Benedetto XVI, Messaggio ai partecipanti alla XXV Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari, cit.
- ¹⁵ Francesco, *Evangelii Gaudium*, n. 53, Città del Vaticano, 2013.
- ¹⁶ Vangelo di Luca, 10,29-37.
- ¹⁷ Giovanni Paolo II, Lettera apostolica *Salvifici Doloris*, n. 28, cit.
- ¹⁸ Francesco, *Laudato si'*, n. 231, cit.
- ¹⁹ Vangelo di Marco, 1,40-45.

1. Epidemie: il problema a livello internazionale

- ¹ Lozano Barragán (Card.), Javier, Inaugurazione della XXI Conferenza Internazionale *Aspetti pastorali della cura delle malattie infettive* (Città del Vaticano 23-25 novembre 2006), Città del Vaticano, 23 novembre 2006, http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlthwork/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20061123_inaugurazione-conf_it.html
- ² Save the Children, *A wake-up call. Lessons from Ebola for the world's health systems*, London, 2015.
- ³ Center for Strategic & International Studies, The Global Health Policy Center, *Infectious diseases. A persistent threat*, <http://www.smartglobalhealth.org/issues/entry/infectious-diseases> (ultimo accesso: 10/01/2016).

- ⁴ Center for Disease Control and Prevention, *Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition, An Introduction to applied Epidemiology and Biostatistics, Lesson 1: Introduction to Epidemiology, Section 11: Epidemic disease occurrence*, p. 1-72, Atlanta, October 2006, updated May 2012, <http://www.cdc.gov/opphss/csels/dsepd/SS1978/SS1978.pdf>; cfr. anche definizione dizionario Larousse, <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9pid%C3%A9mie/30370>
- ⁵ Center for Disease Control and Prevention, *Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition, An Introduction to applied Epidemiology and Biostatistics*, cit.
- ⁶ Center for Disease Control and Prevention, *Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition, An Introduction to applied Epidemiology and Biostatistics, Lesson 1: Introduction to Epidemiology, Section 11: Epidemic disease occurrence*, cit.
- ⁷ Su questo, cfr. Anche Volpi, Roberto, *Dall'Aids a Ebola. Virus e epidemie al tempo della globalizzazione*, Vita e Pensiero, Milano, 2015, pp. 17-18. L'autore esamina criticamente l'evoluzione del concetto di pandemia, come definito dall'OMS, secondo cui in precedenza la definizione di pandemia includeva i concetti di elevata mortalità e morbilità, mentre dal 2009 il riferimento al numero di morti è stato eliminato.
- ⁸ Organisation Mondiale de la Santé, *Qu'est-ce qu'une pandémie?*, 24 février 2010, http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/fr/
- ⁹ World Health Organization, *The top 10 causes of death, Factsheet*, updated May 2014, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/> (ultimo accesso: 10/01/2016).
- ¹⁰ World Health Organization, *The top 10 causes of death, The 10 leading causes of death by country income group (2012)*, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index1.html> (ultimo accesso: 10/01/2016).
- ¹¹ Dati tratti da: WHO's Global Health estimates summary tables, *WHO's summary table of the World Bank sub-Saharan Africa region, Factsheet: The leading causes of death in Africa, Many top killers preventable*, researched by Africa Check, 2012, available on: <https://africacheck.org/factsheets/factsheet-the-leading-causes-of-death-in-africa/> (ultimo accesso: 10/01/2016).
- ¹² *Ibidem*.
- ¹³ Obiettivo del Millennio delle Nazioni Unite n. 6: Combattere HIV/AIDS, malaria e altre malattie.
- ¹⁴ UNICEF, World Health Organization, *Achieving the Malaria MDG Target. Reversing the incidence of malaria 2000-2015*, Geneva, 2015, p. 10.
- ¹⁵ Un valore compreso in un range tra 205-316 milioni di casi.
- ¹⁶ Un valore compreso in un range tra 653.000 e 1.1 milioni.
- ¹⁷ Si stima che nel 2000 la malaria è stata la causa del 12% dei decessi dei bambini tra 1 e 59 mesi a livello mondiale e del 22% nell'Africa sub-sahariana. Tra il 2001 e il 2015 si stima si siano verificati 1,2 miliardi di casi di malaria che hanno causato 6,2 milioni di decessi. Di questi, 5,9 milioni (95%) si sono verificati in minori di 5 anni.
- ¹⁸ Range tra 149 e 303 milioni.
- ¹⁹ Range tra 236.000 e 635.000.
- ²⁰ Human Development Index and its components 2014, in United Nations Development Program, *Human Development Report 2015. Work for Human Development*, New York, 2015, pp. 208-211.
- ²¹ Dal 172° al 188° posto dell'Indice di Sviluppo Umano, troviamo, nell'ordine: Costa d'Avorio, Malawi, Etiopia, Gambia, Repubblica Democratica del Congo, Liberia, Guinea Bisau, Mali, Mozambico, Sierra Leone, Guinea, Burkina Faso, Burundi, Ciad, Eritrea, Repubblica Centrafricana, Niger.
- ²² Il finanziamento internazionale per il controllo della malaria è aumentato di 20 volte dal 2000, così come sono aumentati gli investimenti interni dei Paesi a più elevato rischio. Alcune iniziative hanno più di altre inciso sul miglioramento globale della situazione; tra queste il Fondo Globale per la lotta a AIDS, tubercolosi e malaria. Nel 2014 attraverso questo programma sono stati investiti 7 miliardi di dollari per prevenire e curare la malaria, utilizzando un approccio integrato che include educazione e sensibilizzazione, prevenzione, diagnosi e cura, con particolare attenzione alle donne in gravidanza e ai minori di 5 anni. Il programma ha distribuito 548 milioni di zanzariere a livello mondiale nel 2014, 219 milioni tra il 2012 e il 2014 nell'Africa sub-sahariana, dove l'incidenza della malattia è nettamente più elevata. Nel 2014 sono stati curati 515 milioni di casi di malaria attraverso questo programma, mentre nei Paesi di implementazione le morti di minori di 5 anni causate da malaria sono diminuite di un terzo tra il 2003 e il 2013. Per questi e altri dati, cfr. The Global Fund, *Results Report 2015*, Geneva, 2015, pp. 17-23.
- ²³ World Health Organization, *Global Tuberculosis Report 2015*, Geneva, 2015, <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2015.pdf>
- ²⁴ I dieci Paesi con più elevato numero di pazienti affetti da tubercolosi sono, nell'ordine: India, Cina, Indonesia, Nigeria, Sud Africa, Bangladesh, Etiopia, Pakistan, Filippine, Repubblica Democratica del Congo. Dati OMS, 2015.
- ²⁵ Si stima che a livello globale il 3,3% dei nuovi casi di tubercolosi e il 20% dei casi precedentemente trattati siano multiresistenti.
- ²⁶ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), World Health Organization, *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2015*, Stockholm, 2015, <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2015.pdf> (ultimo accesso: 16/01/2016).
- ²⁷ L'85% dei casi incidenti nella Regione europea dell'OMS si sono verificati nei 18 Paesi ad alta priorità, che includono Armenia, Azerbaijan, Bielorussia, Bulgaria, Estonia, Georgia, Kazakistan, Kirghizistan, Lettonia, Lituania, Moldova, Romania, Russia, Tagikistan, Turchia, Turkmenistan, Ucraina e Uzbekistan.
- ²⁸ European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014, Italy Country Profile*, Stockholm, 2014, p. 176, http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Tuberculosis/epidemiological_data/Documents/Italy-tuberculosis-country-profile-2014.pdf (ultimo accesso: 16/01/2016).

- ²⁹ Il 58% dei casi notificati in Italia è segnalato in persone di origine straniera, con un'età media di 35,5 anni, mentre nei cittadini italiani l'età media è di 56,1 anni.
- ³⁰ In questo senso, molto ha fatto anche la Chiesa cattolica, a livello medico, sociale e spirituale. Grazie al lavoro di Congregazioni religiose e associazioni internazionali, si stima che più del 20% dei centri di trattamento per i malati di AIDS/HIV appartengano alla Chiesa cattolica. Su questo, cfr. Barragán L., J., *Intervention à l'Assemblée Générale des Nations Unies-débat de haut niveau sur le thème du HIV/SIDA*, New York, 2 juin 2006.
- ³¹ Vella, Stefano, *Addressing barriers to the end of AIDS by 2030*, in *The Lancet*, vol. 2, n. 9, September 2015.
- ³² UNAIDS, *AIDS by the numbers 2015*, Geneva, December 2015.
- ³³ L'obiettivo n. 6 fa riferimento alla lotta contro HIV/AIDS, malaria e tubercolosi. Nella sezione 6.a, dedicata all'AIDS, l'obiettivo specifico dichiarato è quello di arrestare l'incremento della malattia entro il 2015 e invertirne la tendenza, facendo riferimento ai seguenti indicatori: diminuzione delle nuove infezioni di circa il 40% tra il 2000 e il 2013; più del 75% di nuove infezioni nel 2013 si verificano in 15 Paesi; a livello globale, una percentuale stimata dello 0,8% di adulti tra 15 e 49 anni vivente con l'HIV nel 2013. Cfr. <http://www.un.org/millenniumgoals/aids.shtml> (ultimo accesso: 22/01/2016).
- ³⁴ Istituto Superiore di Sanità, Centro Operativo AIDS – COA, *Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2014*, in Supplemento del Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, vol. 28, n. 9 supplemento I, 17 novembre 2015, in http://www.iss.it/binary/ccoa/cont/HIV_AIDS_DIC_2015.pdf (ultimo accesso: 22/01/2016).
- ³⁵ Sulle disuguaglianze nel mondo, consultare il recente rapporto di OXFAM in cui si mostra come circa metà della ricchezza è detenuta dall'1% della popolazione mondiale, Oxfam, *Wealth: Having it all and wanting more*, London, January 2015, in https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/ib-wealth-having-all-wanting-more-190115-en.pdf (ultimo accesso: 22/01/2016).
- ³⁶ Una forchetta tra 24 e 28,7 milioni di persone.
- ³⁷ In questo quadro vanno rilevati anche i trend su Europa orientale e Asia centrale, che hanno visto un aumento del 30% di nuove infezioni tra il 2000 e il 2014 e il triplicarsi dei decessi in questo intervallo di tempo; nella regione Asia e Pacifico, le nuove infezioni sono diminuite del 31%, mentre i decessi sono aumentati dell'11%.
- ³⁸ In questo settore sono notevoli gli investimenti del Fondo Globale, che dal 2002 ha finanziato programmi per combattere l'HIV/AIDS in più di 100 Paesi con alta incidenza dell'epidemia e con sistemi sanitari fragili, con la maggior parte dei fondi stanziati per Paesi dell'Africa sub-sahariana. 8,1 milioni sono le persone trattate con terapie antiretrovirali, 423 milioni le persone raggiunte con programmi di prevenzione, counselling a test gratuiti, 3,1 milioni le donne in gravidanza positive all'HIV che hanno ricevuto servizi per la prevenzione del virus nel nascituro.
- ³⁹ Su questo, Murray, Christopher J.L. in un articolo sul *New England Journal of Medicine* evidenzia come dei 23 target legati alla salute nell'Obiettivo legato a salute e benessere, «solo 13 stabiliscono una soglia quantitativa», citato in Paganelli, Maurizio, *ONU, Obiettivi di Sviluppo Globale, la salute perde importanza*, in *la Repubblica*, 22 settembre 2015, http://www.repubblica.it/salute/2015/09/22/news/onu_obiettivi_di_sviluppo_globale_la_salute-123432451/ (ultimo accesso: 22/01/2016).
- ⁴⁰ Il n. 4, ridurre la mortalità infantile; il n. 5, migliorare la salute materna; il n. 6, combattere l'AIDS, la malaria e altre malattie.

2. Ebola: il problema a livello regionale e nazionale

- ¹ World Health Organization, *Ebola Situation Report*, 20 January 2016, <http://apps.who.int/ebola/current-situation/ebola-situation-report-20-january-2016> (ultimo accesso 22/01/2016). Il 14 gennaio 2016 l'OMS ha dichiarato l'Africa Occidentale "libera da Ebola". Tuttavia, già il 16 gennaio è stato confermato un nuovo caso di contagio in Sierra Leone e un secondo solo pochi giorni dopo, a testimoniare come la vigilanza debba restare ancora a livelli particolarmente elevati.
- ² Da questo focolaio, si sono sviluppati casi di contagio anche in: Nigeria (20 casi, 8 morti), Senegal (1 caso, 0 decessi), Mali (8 casi, 6 decessi), Stati Uniti (4 casi, 1 decesso), Spagna (1 caso, 0 decessi), Italia (1 caso, 0 decessi). Secondo i dati dell'OMS, al 17 gennaio 2016 sono stati rilevati: in Guinea 3.804 casi e 2.536 decessi, in Liberia 10.675 casi e 4.809 decessi, in Sierra Leone 14.123 casi e 3.956 decessi). Fonte: World Health Organization, *Ebola Situation Report*, 20 January 2016, cit.
- ³ Alcuni esempi di fattori di contagio sono: toccare sudore, saliva, sangue o escrementi di persone infette e poi toccarsi bocca, naso o occhi; baciare o avere rapporti sessuali con una persona infetta; essere punti da una siringa usata per curare un paziente con Ebola; pulire il cadavere di una persona morta per Ebola. Non si trasmette con le punture di zanzare. È necessario un contatto abbastanza profondo con persone che hanno già i sintomi della malattia (finché il virus non si manifesta con sintomi non può trasmettersi se non attraverso i trapianti di organi o con sangue). È evidente che la categoria più esposta è il personale medico a contatto con malati di Ebola. Molto più difficile risulta il contagio tra esseri umani in condizioni normali.
- ⁴ Chan, Margaret, *Address to emergency session of the UN Security Council – Peace and security in Africa (Ebola)*, New York, 18 September 2014, <http://www.who.int/dg/speeches/2014/security-council-ebola/en/> (ultimo accesso: 22/01/2016).
- ⁵ United Nations, Security Council, *Resolution 2177 (2014)*, New York, 18 September 2014, <http://www.un.org/press/en/2014/sc11566.doc.htm> (ultimo accesso: 22/01/2016).
- ⁶ Nei primi mesi del 2014, Medici Senza Frontiere era l'unica agenzia specializzata presente sul terreno, che ha lanciato tra l'altro numerosi appelli alla comunità internazionale affinché si intervenisse rapidamente per fermare il virus.
- ⁷ Dati Unicef, 2014.

- ⁸ Questo capitolo è un approfondimento ispirato al comunicato stampa congiunto e alla Tavola Rotonda “Fratelli d’Ebola” del 21 ottobre 2014, iniziativa lanciata da Associazione Volontari Dokita onlus, Caritas Italiana, Camilliani, Fatebenefratelli – Ordine Ospedaliero S. Giovanni di Dio, CUAMM Medici con l’Africa, FOCSIV Volontari nel mondo, Fondazione AVSI, Giuseppini del Murialdo, Missionari Saveriani, Salesiani di Don Bosco, VIS-Volontariato Internazionale per lo Sviluppo.
- ⁹ Nella situazione precedente alla crisi dovuta ad Ebola, l’incidenza della malaria nei tre Paesi era di 38.333 casi su 100 mila persone in Guinea, 27.793 su 100 mila in Liberia e 19.027 su 100 mila in Sierra Leone (dati OMS, 2012). Tra le principali cause di morte nei bambini sotto i 5 anni, in percentuale, troviamo in Guinea la malaria al 27% e le infezioni respiratorie acute al 13%, in Liberia la malaria al 21% e le infezioni respiratorie acute al 14%, in Sierra Leone le infezioni respiratorie acute al 17%, la diarrea e la malaria al 14% (dati OMS 2012). Dati estrapolati da: APACS Briefing note: *Ebola impact on health*, September 2014.
- ¹⁰ Dati sulla mortalità materna (su 100 mila nati vivi): 980 in Guinea, 990 in Liberia (Unicef 2012), 1100 in Sierra Leone (Banca Mondiale 2013); mortalità infantile (n. bambini <1 anno morti su 1000 nati vivi): 65 in Guinea, 56 in Liberia, 117 in Sierra Leone (UNDP 2014); mortalità bambini < 5 anni (su 1000 nati vivi): 101 in Guinea (Banca Mondiale 2012), 75 in Liberia (UNDP 2014), 182 in Sierra Leone (UNDP 2014). Fonte: APACS Briefing note: *Ebola impact on health*, September 2014.
- ¹¹ Cfr. Save the Children, *A wake-up call*, cit., p. 2.
- ¹² Sono stati stimati circa 5 milioni di bambini costretti a non andare a scuola a causa del virus Ebola.
- ¹³ Il tasso di alfabetizzazione degli adulti è la percentuale di persone maggiori di 15 anni in grado di leggere e scrivere. In Guinea si stima al 41%, in Sierra Leone al 43,3%, in Liberia al 60,8%. Dati tratti da CIA World Factbook, aggiornato al 1 gennaio 2014, in <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?v=39&l=it>, <http://www.indexmundi.com/map/?v=39&r=af&l=it> (ultimo accesso: 24/01/2016).
- ¹⁴ Brown, Gordon, inviato speciale delle Nazioni Unite per l’educazione globale, in Plantera, Rita, *Ebola. In Africa occidentale 5 milioni di bambini senza scuola*, Città del Capo, 4 dicembre 2014, <http://nena-news.it/ebola-in-africa-occidentale-5-milioni-di-bambini-senza-scuola/> (ultimo accesso: 24/01/2016) e, per un ulteriore approfondimento sul tema: Global Business Coalition for Education, *Ebola Emergency: restoring education, creating safe schools and preventing a long-term crisis*, November 2014, <http://gbc-education.org/wp-content/uploads/2014/12/EbolaandEducationReport122014.pdf> (ultimo accesso: 24/01/2016).
- ¹⁵ World Food Programme, *Ebola Crisis Update*, 21 September 2015, <http://wfpusa.org/fact-sheets/ebola-crisis-situation-update> (ultimo accesso: 23/01/2016).
- ¹⁶ Tra questi provvedimenti, ad esempio, la chiusura delle frontiere del Senegal, che ha fortemente compromesso la libera circolazione delle persone ma anche gli scambi commerciali.
- ¹⁷ Cfr. United Nations, Security Council, *Resolution 2177* (2014), cit.
- ¹⁸ United Nations, UN News Centre, *UN declares end to Ebola virus transmission in Guinea: first time all three host countries free*, New York, 29 December 2015, <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=52913#.VqN9vvnhDIU> (ultimo accesso: 23/01/2016).
- ¹⁹ Si fa riferimento a minorenni che hanno perduto uno o entrambi i genitori o tutori.
- ²⁰ Liberia e Sierra Leone tra il 1990 e il 2001 sono stati teatri di uno dei conflitti più violenti e sanguinosi dell’epoca contemporanea in Africa, che ha visto tra l’altro perpetrarsi la pratica dei bambini soldato. Da qui la definizione di “lost generation” (generazione perduta), per minori che hanno per anni pagato le conseguenze di violenze vissute direttamente e indirettamente negli anni del conflitto. Programmi di riabilitazione, supporto psicologico e sociale e reintegrazione sono stati portati avanti, anche dalla Chiesa cattolica, per reinserire nella società molti di questi bambini. Su questo, cfr. Caritas Italiana (a cura di), *Non chiamarmi soldato. I bambini combattenti tornano a casa: frammenti di pace in Sierra Leone*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2002.
- ²¹ Osservazioni mediche rilevano una sintomatologia comune post-Ebola, con danni fisici che permangono anche in seguito alla guarigione, ad esempio problemi agli occhi, che possono portare fino alla perdita della vista, rilevati nel 40% dei sopravvissuti. Cfr. studio della Emory University nel *New England Journal of Medicine*, in Redazione Salute Online, *Il virus ebola “nascosto” nell’occhio di un medico (guarito)*, in *Corriere della Sera online*, Corriere.it, 8 maggio 2015, http://www.corriere.it/salute/15_maggio_08/i-virus-ebola-nascosto-nell-occhio-un-medico-guarito-01d1f8a0-f58f-11e4-9c1c-931a52508e78.shtml?refresh_ce-cp (ultimo accesso: 24/01/2016). Studi recenti mostrano anche come il virus sembra permanere nello sperma fino a 9 mesi dopo la guarigione, creando nuove preoccupazioni alla comunità medico-scientifica sulla possibile trasmissione della malattia per via sessuale dagli uomini anche dopo la guarigione. Studio pubblicato nel *New England Journal of Medicine*, riportato in Marrone, Cristina, *Ebola, il virus resiste nello sperma fino a nove mesi dopo l’infezione*, in *Corriere della Sera online*, Corriere.it, 15 ottobre 2015, http://www.corriere.it/salute/15_ottobre_15/ebola-virus-resiste-sperma-fino-nove-mesi-l-infezione-3a6dafec-7316-11e5-b973-29d2e1846622.shtml (ultimo accesso: 24/01/2016). A questi si aggiungono effetti psicosomatici come l’insonnia, o psicologici come la tendenza all’isolamento.

3. Le cause

- ¹ Ippolito, Giuseppe, Fusco, Francesco Maria, Lanini, Simone, Puro, Vincenzo, *Malattia da virus Ebola nell’Africa occidentale 2014: epidemiologia e strategie d’intervento*, Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, Roma, 2014.
- ² 2-21 giorni.
- ³ *Ibidem*.
- ⁴ Chan, Margaret, *New England Journal of Medicine*, 2014.
- ⁵ United Nations Development Programme, *Human Development Report 2015*, cit., p. 210.

- ⁶ I dati fanno riferimento alla situazione precedente alla crisi, tutti tratti da UNFPA; per la Guinea il dato risale al 2010, per la Liberia al 2008, per la Sierra Leone al 2012.
- ⁷ La quantità di prodotto interno lordo ipoteticamente posseduta, in un certo periodo di tempo, da un gruppo di persone. Generalmente viene riportato in unità di una moneta (in questo caso il dollaro) per un anno relativamente a un Paese. Viene utilizzato per la misura del benessere di un Paese, comparato agli altri, ma va sottolineato come tale cifra non indichi la somma effettiva di denaro guadagnata da ogni cittadino, bensì il livello di sviluppo economico di un Paese. Vi sono diversi dibattiti in corso sulla validità di tale indicatore, in quanto secondo molti non può rappresentare in modo corretto il benessere di un Paese, in particolare quando si confrontano Stati economicamente e culturalmente molto diversi.
- ⁸ Su questo tema, un comprensivo rapporto di Save the Children analizza le diverse tematiche. Cfr. Save the Children, *A wake-up call*, cit.
- ⁹ Dati OMS 2015 riferiti all'anno 2014, disponibili in http://gamapservr.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/PhysiciansDensity_Total/atlas.html (ultimo accesso: 25/01/2016).
- ¹⁰ Quando si fa riferimento al personale medico-sanitario, qui si includono tutte le figure che lavorano nell'ambito delle strutture sanitarie, incluso il personale paramedico.
- ¹¹ Va inoltre rilevato come solo una percentuale inferiore al 2% della spesa sanitaria globale, circa 100 miliardi di dollari, sono spesi ogni anno per la formazione in ambito sanitario.
- ¹² Per capire come vi sia un'elevata sproporzione dei decessi causa Ebola tra la popolazione comune e medici, infermieri e ostetriche, si può procedere a questo confronto: in Guinea lo 0,02% della popolazione è deceduta a causa di Ebola, la percentuale sale all'1,45% tra medici, infermieri e ostetriche; in Liberia e Sierra Leone le differenze sono ancora più drammatiche: 0,11% della popolazione comune in Liberia deceduta causa Ebola, 8,07% tra il personale medico-sanitario; in Sierra Leone 0,06% tra la popolazione comune, 6,85% se si fa riferimento a medici, infermieri e ostetriche. Su questo, cfr. Evans, David K., Goldstein, Markus, Popova, Anna, *Health-care worker mortality and the legacy of the Ebola epidemic*, in *The Lancet*, 8 July 2015, [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)00065-0/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)00065-0/fulltext?rss=yes) (ultimo accesso: 23/01/2016).
- ¹³ Se si considerano anche i casi sospetti nel calcolo, si sfiorano le 900 unità.
- ¹⁴ Dati OMS e Banca Mondiale. Per l'OMS, cfr. World Health Organization, *Health worker Ebola infections in Guinea, Liberia and Sierra Leone, A preliminary report*, Geneva, 21 May 2015, http://www.who.int/hrh/documents/21may2015_web_final.pdf (ultimo accesso: 23/01/2016); per la Banca Mondiale: World Bank, *Disproportionate deaths among health care workers from Ebola could lead to sharp rise in maternal mortality last seen 20 years ago – World Bank report*, Washington DC, 8 July 2015, <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/07/08/disproportionate-deaths-among-health-care-workers-from-ebola-could-lead-to-sharp-rise-in-maternal-mortality-last-seen-20-years-ago---world-bank-report> (ultimo accesso: 23/01/2016).
- ¹⁵ La Guinea sarebbe passata da 5.395 a 5.317 tra medici, infermieri e ostetriche, la Liberia da 1.029 a 946, la Sierra Leone da 1.153 a 1.074. Su questo e per ulteriori approfondimenti, cfr. Evans, David K., Goldstein, Markus, Popova, Anna, *Health-care worker mortality and the legacy of the Ebola epidemic*, cit.
- ¹⁶ Cfr. Evans, David K., Goldstein, Markus, Popova, Anna, *Health-care worker mortality and the legacy of the Ebola epidemic*, cit.
- ¹⁷ Su questo argomento, cfr. Kirwen, Michael C. (compiled and edited by), *African Cultural Domains, Life Cycle of an Individual*, book 1, Mias Book, Nairobi, 2008, pp. 49-68.
- ¹⁸ Su questo, cfr. CAFOD, Christian Aid, Tearfund, *The crucial role of faith leaders in the Ebola response: unrealized potential*, February 2015.
- ¹⁹ La mobilitazione generale è avvenuta a partire dall'estate 2014, per concretizzarsi nei mesi di settembre-ottobre.
- ²⁰ Su questo argomento, cfr. Chan, Margaret, *Report by the Director General to the Special Session of the Executive Board on Ebola*, Geneva, 25 January 2015, <http://www.who.int/dg/speeches/2015/executive-board-ebola/en/> (ultimo accesso: 24/01/2016).
- ²¹ Cfr. Fink, Sheri, *Indifesi contro l'Ebola*, *The New York Times*, Stati Uniti, in *Internazionale*, 1069, 19 settembre 2014, pp. 40-44.
- ²² Su questo argomento, per approfondire, cfr. Volpi, Roberto, *Dall'Aids a Ebola. Virus e epidemie al tempo della globalizzazione*, cit.

4. I dati Caritas

- ¹ Negli ultimi cinque anni nella regione nord, ad esempio, sono state riabilite le principali arterie stradali ed è arrivata la corrente elettrica; nel capoluogo regionale Makeni sono stati aperti diversi supermercati, l'edilizia è cresciuta in modo esponenziale; contemporaneamente si sono alzati tutti i prezzi dei beni essenziali di consumo, così come delle case, e in generale è cresciuto il costo della vita.
- ² Le interviste sono state fatte nel mese di gennaio 2016 sul territorio delle tre diocesi del Paese: Conakry, Kankan, N'Zérékoré.
- ³ 74 orfani. L'intervista è stata fatta al tutore del minore accolto.
- ⁴ L'Ospedale ha compiuto lavori di adeguamento della struttura e di innalzamento dei sistemi di protezione, e ha poi riaperto progressivamente i diversi servizi, cominciando dalla pediatria, successivamente la maternità e poi le altre unità operative.

5. Le testimonianze

- ¹ Testimonianze di sopravvissuti raccolte dagli operatori della Camillian Task Force impegnati da gennaio a novembre 2015 in un programma di supporto psico-sociale a sopravvissuti e famiglie colpite dall'epidemia.
- ² Diversi programmi di supporto psico-sociale prevedono anche un'assistenza materiale alle famiglie colpite, attraverso la distribuzione di cibo, materiale scolastico e/o di voucher o di somme di denaro attraverso il cash transfer.

6. La questione

- ¹ Per un approfondimento del concetto di “stati fragili” si veda cap. II di Caritas Italiana (a cura di), *Mercati di guerra, Rapporto di ricerca su finanza e povertà ambiente e conflitti dimenticati*, Il Mulino 2012.
- ² Kim, Jing Yong, Rodin, Judith, *Universal Health Coverage: a smart investment*, *Huffington Post*, 12 December 2014, updated 11 February 2015, http://www.huffingtonpost.com/jim-yong-kim/universal-health-coverage_3_b_6316214.html (ultimo accesso: 26/01/2016).
- ³ *Ibidem*.
- ⁴ Pasini, Giuseppe, *Carità quinto Vangelo*, Edizioni Dehoniane Bologna, 1998.
- ⁵ I dati fanno riferimento al 2012, l'anno più recente con dati disponibili nella situazione precedente alla crisi dovuta all'epidemia di Ebola.
- ⁶ OECD, *Health Statistics 2014. Dove si colloca l'Italia?*, 2015, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-ITALIA-2014-in-Italian.pdf> (ultimo accesso: 26/01/2015); Ministero della Salute, *Spesa del SSN 2009-2012, le misure di contenimento ne frenano la crescita*, 24 marzo 2014, http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1519 (ultimo accesso: 26/01/2015).
- ⁷ WHO, *Global Health Expenditure Database*, <http://www.who.int/health-accounts/ghed/en/> (ultimo accesso: 26/01/2016).
- ⁸ Un ulteriore parametro di riferimento potrebbe essere il calcolo della spesa sanitaria governativa come percentuale del PIL. In Guinea la percentuale nel 2012, dati Banca Mondiale, si attesta al 6%, in Sierra Leone al 15%, la Liberia è stato uno dei pochi Paesi dell'Africa sub-sahariana a raggiungere il 16%. Dati interessanti che però devono essere visti tenendo in considerazione che i budget nazionali governativi sono molto bassi.
- ⁹ Nel 2011, ad esempio, i nuovi fondi per la lotta a poliomelite, HIV/AIDS, malaria e tubercolosi hanno rappresentato il 44,5% dell'aiuto esterno per la salute. Cfr. Save the Children, *A wake-up call*, cit, p. 26.
- ¹⁰ Cfr. Save the Children, *A wake-up call*, cit, p. 26.
- ¹¹ *Ibidem*, p. 9 ss.
- ¹² Gran Bretagna e Francia sono stati i principali oppositori di questa iniziativa. Per un approfondimento di questo tema, cfr. Zucman, Gabriel (2014), *Taxing across borders: Tracking personal wealth and corporate profits; Fifty Shades of Tax Dodging. The EU's role in supporting an unjust global tax system 2015*, Rapporto a cura della campagna “Stop tax dodging” coordinato da Eurodad, <http://eurodad.org/fiftyshadesoftaxdodging>; Global Financial Integrity, *Illicit Financial Flows from Developing Countries: 2003-2012*, <http://www.gfintegrity.org/report/2014-global-report-illicit-financial-flows-from-developing-countries-2003-2012/> (ultimo accesso: 30/01/2016).

7. Le esperienze e le proposte

- ¹ Su questo, cfr. Lagarde, Christine, *Remarks of IFM Managing Director High-level Ebola meeting: the road to recovery*, World Bank, Washington D.C., 17 April 2015, <http://www.imf.org/external/np/speeches/2015/041715.htm> (ultimo accesso: 26/01/2016).
- ² Pasini, Giuseppe, *Carità quinto Vangelo*, cit., p. 233.
- ³ United Nations, *General Assembly, Report of the Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals, Document A/68/970*, New York, 12 August 2014, <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/1579DGs%20Proposal.pdf> (ultimo accesso: 22/01/2016)
- ⁴ Su questo tema, vedere anche Save the Children, *A wake-up call. Lessons from Ebola for the world's health systems*, London, 2015, cit.
- ⁵ Sulla necessità di “ringiovanire” e rivedere le modalità e gli obiettivi specifici dei partenariati, vedere United Nations, MDG Gap Task Force, *Millennium Development Goal 8, Taking Stock of the Global Partnership for Development*, New York, 2015, http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG_Gap_2015_E_web.pdf (ultimo accesso: 22/01/2016).
- ⁶ Tra questi, vedi a tal proposito, Vella, S., *Addressing...*, cit.
- ⁷ Vedi ad esempio OECD (2014), *Strengthening tax systems to mobilize domestic resources in the post-2015 development agenda*: <http://www.oecd.org/dac/Post%202015%20Domestic%20Resource%20Mobilisation.pdf> & World Bank (2015).
- ⁸ Questo argomento viene trattato approfonditamente anche da Save the Children, *Wake-up call*, cit, pp. 4, 25-26.
- ⁹ Guinea, Liberia e Sierra Leone sono Paesi con un elevato tasso di corruzione. Secondo l'Indice di Transparency International relativo alla corruzione percepita dai cittadini, su 167 Paesi censiti rispetto al livello di corruzione del pubblico settore percepito, la Guinea si classifica al 139° posto, la Sierra Leone al 119°, mentre la Liberia all'83°. Cfr. Transparency International, *Corruption Perceptions Index 2015, 2016*, https://www.transparency.it/wp-content/uploads/2016/01/CPI2015_map-and-country-results_web.pdf (ultimo accesso: 27/01/2016).
- ¹⁰ Su questo, cfr. anche Lozano Barragán (Card.), Javier, Inaugurazione della XXI Conferenza Internazionale *Aspetti pastorali della cura delle malattie infettive* (Città del Vaticano 23-25 novembre 2006), Città del Vaticano, 23 novembre 2006, http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/hlth_work/documents/rc_pc_hlthwork_doc_20061123_inaugurazione-conf_it.html (ultimo accesso: 27/01/2016)
- ¹¹ Per approfondire questo aspetto si veda: *Fifty Shades of Tax Dodging The EU's role in supporting an unjust global tax system 2015*, Rapporto a cura della campagna *Stop tax dodging*, coordinato da Eurodad <http://eurodad.org/fiftyshadesoftaxdodging> (ultimo accesso: 29/01/2016).
- ¹² Per un approfondimento si veda il rapporto del Global Financial Integrity, *Illicit Financial Flows from Developing Countries: 2003-2012*, <http://www.gfintegrity.org/report/2014-global-report-illicit-financial-flows-from-developing-countries-2003-2012/> (ultimo accesso: 29/01/2016).
- ¹³ Cfr. *Fifty Shades of Tax Dodging...*, cit.

La salute è un diritto umano fondamentale, strettamente legato allo sviluppo dei popoli e alla pace. Non c'è pace senza diritti, non c'è sviluppo senza salute. È una questione di giustizia. E di umanità.

In occasione della Giornata del Malato, l'11 febbraio, una riflessione sull'accesso alla sanità, ancora negato a gran parte della popolazione nelle "periferie del mondo": la necessità di agire sulle cause delle fragilità, di un maggiore impegno politico e sociale, di costruire sistemi sanitari resilienti, di puntare sulla formazione.

A due anni dall'inizio dell'epidemia di Ebola in Africa occidentale, la più grave al mondo con oltre 28.000 casi e 11.000 vittime, un'analisi delle cause e delle conseguenze. Con una convinzione: per rispondere a crisi complesse sono necessari interventi multisettoriali e di lungo termine.

Una raccolta di testimonianze e nuovi dati aggiornati mostra il legame tra epidemie e povertà, l'importanza di conoscere i contesti e la cultura locale, il ruolo cruciale degli attori locali per un intervento mirato ed efficace.

Mentre si affaccia una nuova "emergenza sanitaria globale" causata dal virus Zika, le lezioni di Ebola non devono essere dimenticate: tempestività, coordinamento, prevenzione, ricerca. Per il bene comune.



I precedenti dossier (disponibili su www.caritas.it; shortlink alla sezione: <http://bit.ly/1LhsU5G>):

1. GRECIA: *Gioventù ferita* – Gennaio 2015
2. SIRIA: *Strage di innocenti* – Marzo 2015
3. HAITI: *Se questo è un detenuto* – Aprile 2015
4. BANGLADESH, INDIA, SRI LANKA, THAILANDIA: *Lavoro dignitoso per tutti* – Maggio 2015
5. BOSNIA ED ERZEGOVINA: *Una generazione alla ricerca di pace vera* – Giugno 2015
6. GIBUTI: *Mari e muri* – Giugno 2015
7. IRAQ: *Perseguitati* – Luglio 2015
8. REPUBBLICA DEL CONGO: *«Ecologia integrale»* – Settembre 2015
9. SERBIA E MONTENEGRO: *Liberi tutti!* – Ottobre 2015
10. AFRICA, AMERICA LATINA, ASIA: *Un'alleanza tra il pianeta e l'umanità* – Dicembre 2015
11. HAITI: *Concentrato di povertà* – Gennaio 2016