

La diffusione del virus Ebola e la mobilitazione della comunità internazionale

A cura di Marco Zupi, del Centro Studi di Politica Internazionale

n. 50 – dicembre 2014

A distanza di quasi un anno dai primi focolai, l'epidemia del virus Ebola è un'emergenza conclamata a livello internazionale. A inizio dicembre sono oltre 15 mila i casi confermati, probabili e sospetti, mentre sono oltre 5 mila i decessi registrati ufficialmente dai Ministeri della Salute di Guinea, Liberia e Sierra Leone, i tre paesi in cui si concentra l'epidemia. Al momento, la Sierra Leone è, tra i tre, il paese in cui diffusione del contagio non sembra rallentare. La situazione è ancora molto incerta e gli scenari ipotizzano situazioni sotto controllo a breve, ma anche il rischio di una crescita esponenziale del contagio, anche al di là dei confini dei tre paesi. In ogni caso, la specificità dei tre paesi ha avuto un ruolo determinante nel facilitare la diffusione del virus: povertà, insicurezza alimentare, scarsa istruzione e condizioni igienico-sanitarie spesso precarie, status delle donne hanno contribuito a facilitare la diffusione dell'Ebola che, a sua volta, agisce da amplificatore della crisi sociale ed economica, rendendo ancor più vulnerabili le aree rurali e la fasce più deboli della popolazione. Le economie dei tre paesi stanno già subendo i contraccolpi negativi della crisi sanitaria e la situazione non dovrebbe migliorare nei primi mesi del 2015.

In questo quadro, la comunità internazionale si è andata mobilitando attraverso i tanti canali d'intervento. Le Nazioni Unite si sono attivate lanciando appelli a una reazione immediata, in termini di mobilitazione di personale e operatori sanitari, sostegno finanziario ai sistemi sanitari e investimenti nella sperimentazione di vaccini. La WHO si è impegnata per assicurare immediata operatività ai centri specializzati per il trattamento del virus, ed è stato lanciato un fondo fiduciario dedicato, l'Ebola Response Multi-Partner Trust Fund, che finora ha raccolto dichiarazioni per un totale di 121 milioni di dollari. Molto presenti sul terreno, come dimostra il caso della Sierra Leone, le organizzazioni non governative impegnate nell'emergenza. Sul versante politico, il G20 ha accolto favorevolmente l'impegno del FMI di concedere 300 milioni di dollari supplementari per aiutare i tre paesi dell'Africa occidentale a combattere l'Ebola, mentre la Banca Mondiale ha approvato un dono di 285 milioni di dollari per sostenere gli sforzi di contenimento dell'epidemia e far fronte all'impatto negativo della crisi sul piano socio-economico e sanitario. L'Unione Europea, infine, si è impegnata a mettere a disposizione attorno a 1,1 miliardi di euro (pari ad oltre 1,36 miliardi di dollari al cambio attuale) per contribuire a fronteggiare l'emergenza dell'Ebola, attraverso ECHO, sostenendo il lavoro delle ONG e mobilitando a fini di coordinamento l'Emergency Response Coordination Centre e il Meccanismo di protezione civile dell'UE.

1. LA DIFFUSIONE DELLA MALATTIA DA VIRUS EBOLA

Nel corso del 2014, un'epidemia della malattia da virus Ebola (*Ebola Virus Disease*, EVD) si è diffusa nell'Africa occidentale, a distanza di quasi un anno dal primo caso registrato nella regione sud-orientale della Guinea (a Guéckédou, epicentro iniziale, nel dicembre del 2013) e a 28 anni dall'epidemia scoppiata nella parte meridionale del Sudan e nello Zaire di allora¹, che portò alla morte di 151 persone in Sudan (su 284 contagiati) e 280 in Zaire (su 318 contagiati), facendo conoscere al mondo il virus Ebola e questa malattia grave, spesso fatale, che colpisce persone e primati.

In base ai dati aggiornati al 21 novembre 2014 dell'Organizzazione mondiale della sanità (*World Health Organization*, WHO)², sono **15.319 i casi** confermati, probabili e sospetti di EVD, mentre sono **5.444 i decessi** registrati ufficialmente dai Ministeri della Salute di **Guinea, Liberia e Sierra Leone**, i tre paesi in cui si concentra l'epidemia.

Tab. 1 - Casi (accertati, probabili e sospetti) e decessi da EVD

	Guinea	Liberia	Sierra Leone	Mali	Nigeria	Senegal	Spagna	USA	Totale
Casi	2.047	7.082	6.190	6	20	1	1	4	15.351
Decessi	1.214	2.963	1.267	6	8	0	0	1	5.459
% decessi	0,59	0,42	0,20	1,00	0,40	0,00	0,00	0,25	0,36

Fonte: WHO, 21 novembre 2014.

Ai tre paesi dell'Africa occidentale che stanno registrando una trasmissione ampia e intensa del virus si aggiungono **altri tre paesi della regione** (Mali, Nigeria e Senegal) che sinora hanno registrato solo casi sporadici o dove comunque la trasmissione è ancora molto localizzata, mentre già il 19 ottobre è stata dichiarata superata la fase di contagio nella Repubblica democratica del Congo (due giorni dopo la stessa dichiarazione in Senegal).

Per quanto riguarda i casi riscontrati nei **paesi occidentali**, le statistiche ufficiali riportano soprattutto casi di lavoratori impegnati nel campo della sanità e degli aiuti nei paesi dell'Africa occidentale che, contratto il virus, sono stati rimpatriati: due infermiere e un dottore tra i quattro casi registrati negli Stati Uniti, un'infermiera spagnola che ha contratto il virus curando un missionario poi deceduto in un ospedale di Madrid. Scorrendo invece i dati di *Medici Senza Frontiere* e del Centro per la prevenzione e il controllo delle malattie degli Stati Uniti (*Centers for Disease Control*, CDC), il numero dei casi complessivamente trattati negli Stati Uniti e in Europa sale a circa 20, senza che cambi il profilo dei contagiati: i casi negli Stati Uniti salgono a 10 (con 2 decessi), in Spagna 3 (con due decessi), cui si aggiungono tre casi in Germania (con il decesso di un funzionario medico delle Nazioni Unite),

¹ WHO (1978), "Ebola haemorrhagic fever in Sudan, 1976", *Bulletin of the WHO*, N. 56 (2), pp. 247-270.

² WHO (2014), *Ebola response roadmap. Situation report update*, Ginevra, 21 novembre.

un'infermiera nel Regno Unito, un dottore in Svizzera, un cooperante norvegese e un medico italiano di *Emergency* ricoverato all'ospedale Spallanzani di Roma³.

In termini di distribuzione tra i sessi, un articolo scritto da Lauren Wolfe e pubblicato da *Foreign Policy* in agosto indicava come la diffusione dell'epidemia **colpisce maggiormente le donne** che, stando ai dati dell'UNICEF, rappresentano in effetti il 55-60% dei decessi registrati. In Liberia Julia Duncan-Cassell, Ministro per il Genere e lo Sviluppo, ha detto che la percentuale delle donne tra i contagiati e i decessi arriva al 75%. Il fatto che le donne si prendano maggiormente cura dei malati, spesso tenendoli a casa e sostituendosi agli operatori sanitari, provvedendo anche alla preparazione del corpo dei defunti per i funerali⁴, e che negli ospedali siano soprattutto donne a esercitare la professione di infermiere e inservienti addette alle pulizie, le espone molto di più al rischio d'infezione⁵. Sono dunque i **ruoli di genere**, più che le componenti biologiche, ad essere fattori importanti nella trasmissione dell'EVD⁶.

In termini di evoluzione della situazione, la diffusione sembrerebbe registrare un rallentamento in Liberia (il paese con il più alto numero di contagiati) e in parte in Guinea; al contrario, il ritmo di **diffusione del contagio non sembra diminuire in Sierra Leone**: in base ai dati raccolti dall'*Economist Intelligence Unit* il 27 novembre, tra il 5 e il 24 novembre il numero di nuovi casi registrati è salito dell'8,5% in Liberia, del 18,3% in Guinea e di oltre il 30% in Sierra Leone. Ovviamente, si tratta di cifre che presentano margini d'errore e possono indurre a errori d'interpretazione: è infatti possibile che il dato relativo alla Sierra Leone rifletta semplicemente una maggiore copertura delle rilevazioni nel corso delle ultime settimane rispetto al passato. È però altrettanto possibile che la maggiore diffusione che si sta registrando nel paese dipenda da un dato significativo, reso noto sempre dalla WHO: la **Sierra Leone ha il più basso tasso di isolamento dei pazienti** contagiati da EVD (solo il 13%), rispetto alla Liberia (20%) e, soprattutto alla Guinea (72%).

Attualmente, come spiega il Ministero italiano della Salute, **non esiste un trattamento specifico** per curare la malattia, né esiste un vaccino autorizzato per la malattia da virus Ebola, nonostante diversi vaccini siano attualmente in fase di sperimentazione⁷. Per questa ragione, la WHO raccomanda che i casi sospetti o confermati siano isolati dagli altri pazienti e trattati da operatori sanitari che attuino rigorose precauzioni per il controllo delle infezioni, così da aiutare a controllare l'ulteriore diffusione del virus.

³ Anche nel caso dei raccolti dalla WHO con riferimento ai paesi dell'Africa occidentale (e aggiornati al 21 novembre) appare confermata la presenza preponderante di personale medico e paramedico tra i pazienti contagiati: 94 in Guinea, 341 in Liberia e 136 in Sierra Leone; 2 in Mali e 11 in Nigeria. Oltre 300 i deceduti.

⁴ In Africa occidentale è diffusa la tradizione di far lavare ad una donna della famiglia il corpo del defunto per la sepoltura.

⁵ Ciò, del resto, trova conferma anche nel passato: in base a quanto indica un rapporto della WHO del 2007, nel caso dell'epidemia che colpì il Sudan alla fine degli anni Settanta il 69% dei contagiati furono donne.

⁶ La WHO informa che al momento, non ci sono prove di una trasmissione sessuale del virus Ebola, ma raccomanda cautela perché alcuni studi hanno trovato tracce del virus nel liquido seminale maschile fino a tre mesi dopo la guarigione in un numero ristretto di soggetti.

⁷ Tra i vaccini in fase di sperimentazione c'è anche quello sviluppato nei laboratori di Napoli e Pomezia dall'impresa italiana Okairos, acquisita nel 2013 dalla multinazionale GlaxoSmithKline (GSK), di cui si è letto sui giornali italiani nel mese di ottobre. Del vaccino sperimentale si è parlato anche in relazione agli accesi dibattiti circa l'opportunità e accettabilità etica e pratica di adottare test randomizzati, in cui metà dei soggetti riceve un placebo, trattandosi di una malattia dalla mortalità particolarmente elevata e per cui non esiste nessuna terapia.

L'obiettivo fissato dalle Nazioni Unite è di raggiungere l'isolamento di almeno il 70% dei pazienti contagiati entro l'inizio di dicembre 2014, un obiettivo non realistico ma necessario per tenere sotto controllo la diffusione dell'epidemia.

Nel caso dei tre paesi dell'Africa occidentale il rischio di contagio è accresciuto, rispetto ai paesi occidentali, da:

- la possibilità elevata di contatto con gli animali ad alto rischio (pipistrelli della frutta, scimmie e primati) e con le carcasse degli animali morti,
- l'insufficiente cottura di alimenti di origine animale,
- il limitato ricorso al lavaggio in lavatrice, con sapone o candeggina (che uccidono il virus Ebola presente sugli indumenti contaminati),
- la non immediata sepoltura delle persone decedute,
- la mancata adozione delle precauzioni prescritte, a cominciare dall'indossare dispositivi di protezione individuale come i guanti, nel caso degli **operatori sanitari**, che sono molto esposti al virus durante la cura dei pazienti con Ebola.

Soprattutto, a fare la differenza e a impedire che si arrivi presto a un tasso di isolamento dei pazienti contagiati prossimo all'obiettivo del 70%, è il fatto che molti malati sono allontanati dai presidi sanitari⁸ che operano nei paesi dell'Africa occidentale in condizioni molto precarie, al limite delle proprie limitate capacità. È sufficiente un dato a dare una misura del **livello di precarietà e inadeguatezza dei sistemi sanitari** nella regione, a cui nel corso degli ultimi trenta anni le politiche nazionali e internazionali di sviluppo non hanno evidentemente dato priorità: a metà di novembre 2014 solo il 18% dei posti letto in ospedale "dedicati" alle vittime dell'epidemia di EVD risultava realmente operativo.

In queste condizioni, tenendo conto del fatto che la **crescita esponenziale dei contagiati** e dei decessi è stata registrata a partire da metà agosto, la WHO ipotizzava a metà ottobre, negli scenari peggiori, che a dicembre potrebbero esserci fino a 10 mila nuovi casi la settimana⁹.

Il Centro CDC degli Stati Uniti ha pubblicato a settembre del 2014 uno studio previsionale che ipotizza diversi scenari alternativi per i prossimi mesi, con particolare riferimento alla situazione dei contagiati in Liberia. Nella situazione peggiore, il numero dei contagiati nel paese potrebbe raggiungere 1,4 milioni di persone entro gennaio 2015, o almeno 537 mila persone nel caso che non si facesse nulla per contrastare la diffusione dell'epidemia.

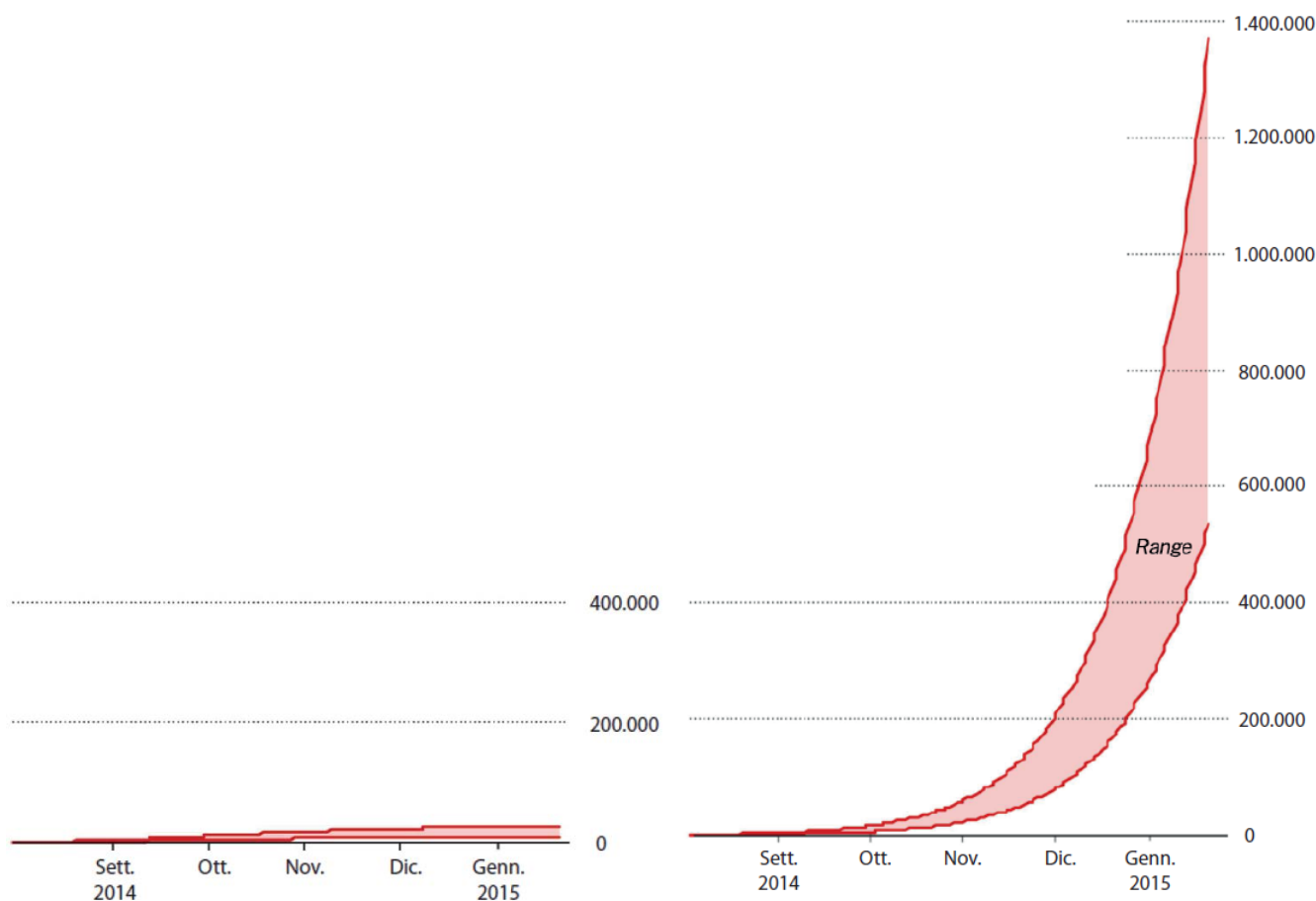
Graf. 1 - Previsione con scenari dei casi cumulati di contagio in Liberia

⁸ In proposito si veda il recente documentario prodotto da *Vice News*, il canale web dedicato alle notizie dell'impresa statunitense Vice Media, intitolato *The Fight Against Ebola*.

⁹ L'ultima settimana di ottobre è quella che ha sinora registrato la punta di nuovi contagiati, con 2.285 casi (di cui 1.626 in Liberia, 551 in Sierra Leone e 108 in Guinea). Numerose sono le critiche circa una sottostima strutturale delle cifre ufficiali rispetto al fenomeno reale; in ogni caso, stando alle statistiche ufficiali dei tre paesi la penultima settimana di novembre ha fatto registrare meno di 1.000 nuovi contagiati nei tre paesi.

scenario migliore

scenario peggiore

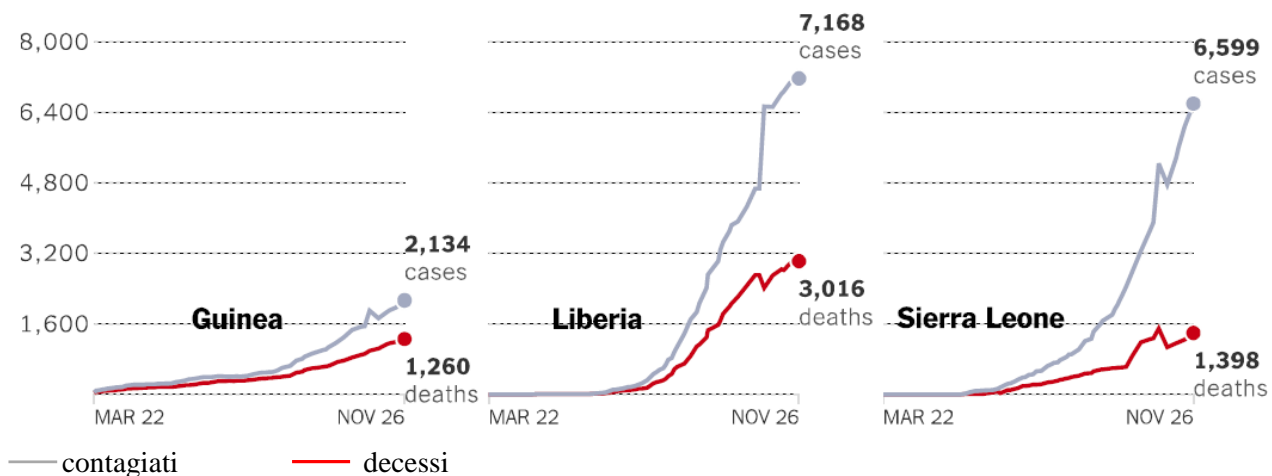


Fonte: CDC, settembre 2014.

Nel caso opposto, lo scenario migliore dei casi cumulati in Liberia indica una cifra molto minore di contagiati entro la fine di gennaio 2015, con un valore minimo compreso tra 11 mila e 27 mila persone; questo nell'ipotesi di un trattamento corrispondente a quanto prescritto dalla WHO, cioè con non meno del 70% dei casi di contagiati che seguono le raccomandazioni sul tipo di trattamento e l'adozione di pratiche sicure per seppellire i corpi dei defunti.

Restando ai dati reali, e andando oltre quelli notificati al 21 novembre, le statistiche preliminari oggi disponibili e aggiornate in via provvisoria al 26 novembre confermano - soprattutto quando confrontate con la situazione degli otto mesi precedenti - l'andamento esponenziale della crescita dei contagiati nei tre paesi dell'Africa occidentale. Se confermati, i dati indicano un aumento di 582 casi registrati di contagio nei cinque giorni tra il 22 e il 26 novembre.

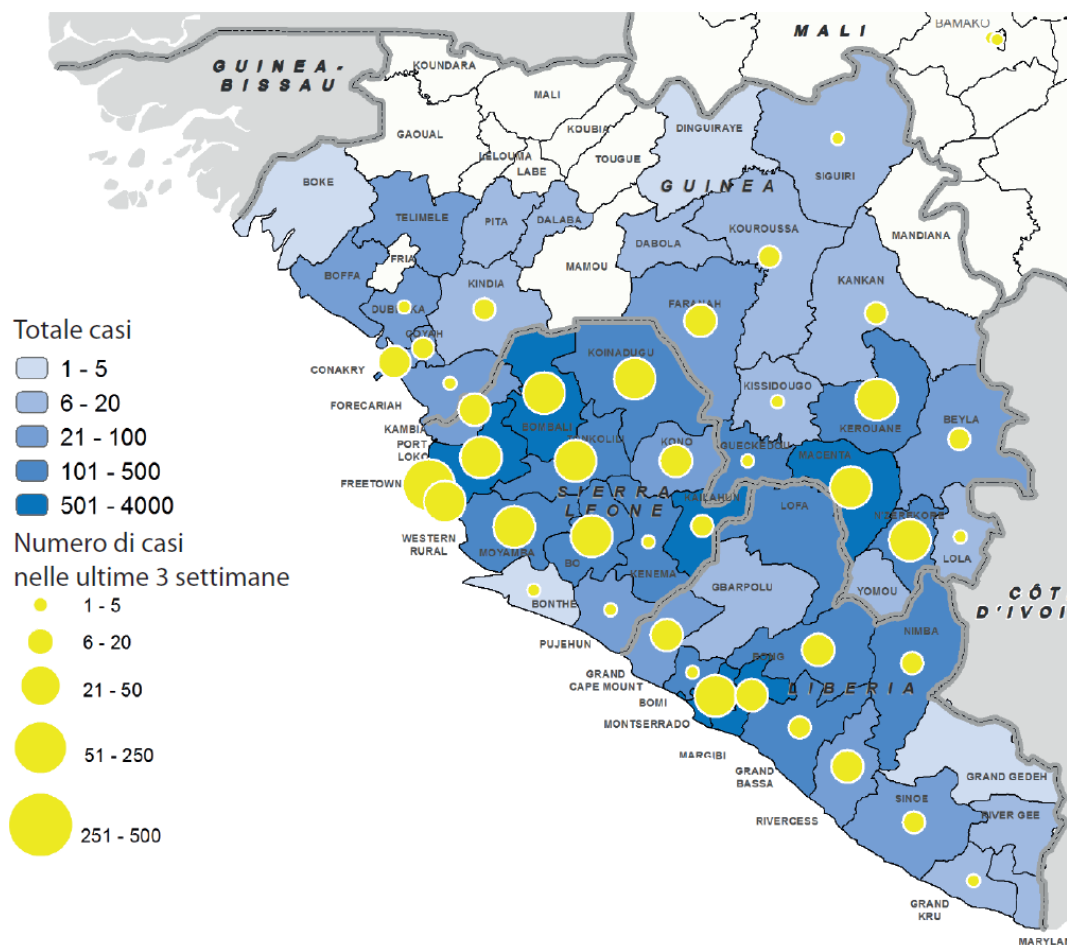
Graf. 2 - La crescita esponenziale dei casi di contagio (dati preliminari al 26 novembre)



Fonte: WHO, 27 novembre 2014.

La distribuzione del contagio sul territorio dei tre paesi dell'Africa occidentale mostra l'allargamento dell'epidemia su scala nazionale in Sierra Leone, più ancora che in Liberia e ancor meno in Guinea.

Fig. 1 - Distribuzione geografica dei casi di contagio nelle ultime 3 settimane



Fonte: WHO, 21 novembre 2014.

2. LA SITUAZIONE NEI TRE PAESI AFRICANI PIÙ COLPITI

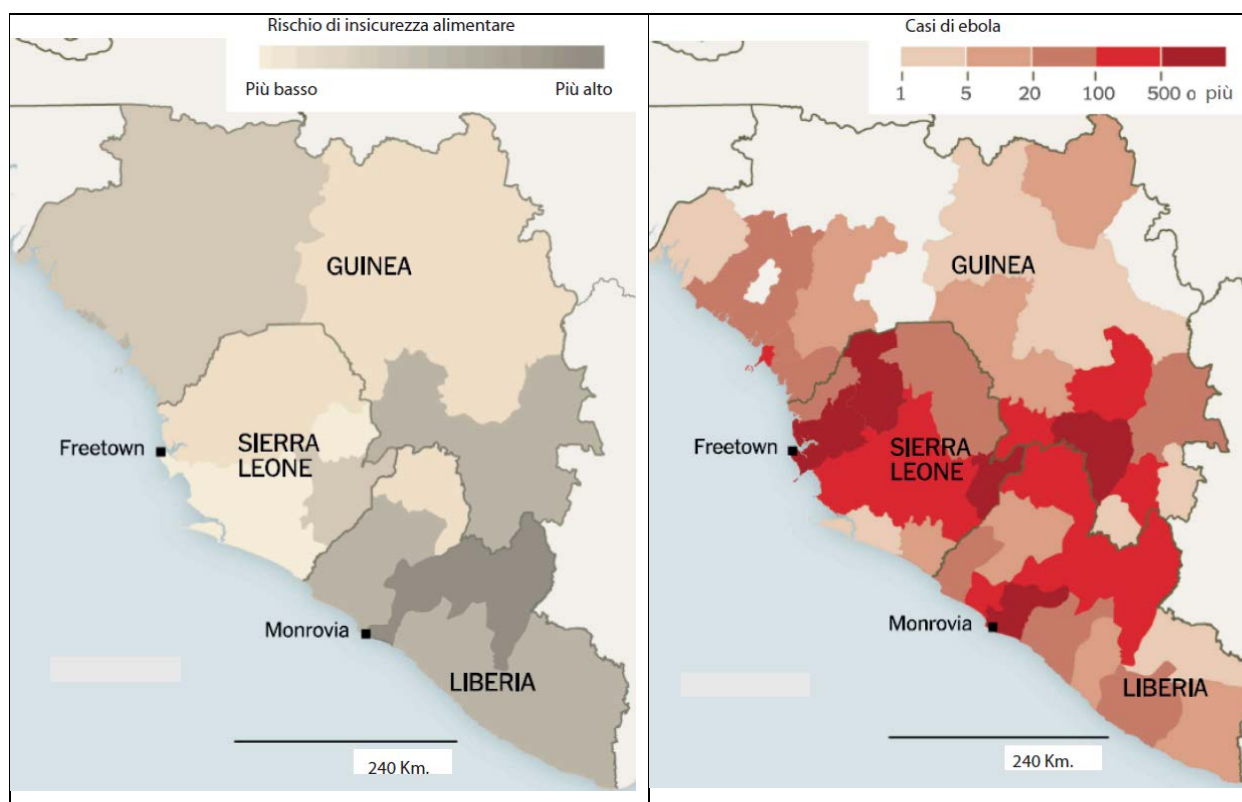
Il contesto sia istituzionale che di sviluppo socio-economico dei tre paesi maggiormente interessati dall'epidemia in atto ha un rilievo di grande importanza.

I problemi, infatti, in termini distributivi della ricchezza prodotta, di diffusione della povertà e delle disuguaglianze - cioè la combinazione di problemi sociali (come l'accesso all'istruzione e ai servizi sanitari), economici e territoriali, come la carenza di dotazioni infrastrutturali, di mezzi di trasporto e di vie di collegamento tra i diversi centri abitati - sono gravi¹⁰ ed acquiscono la drammaticità della crisi sanitaria, favorendo la crescita dei casi di contagio.

¹⁰ M. Zupi (2014), L'Africa e le trasformazioni in corso. Tra persistenza dei problemi strutturali e nuove opportunità, CeSPInstant e-book ed./Osservatorio di Politica Internazionale, Roma, settembre.

È sufficiente affiancare la mappa della **distribuzione territoriale del rischio di insicurezza alimentare** nella regione a quella della diffusione dei casi di virus Ebola per cogliere immediatamente il grado di correlazione esistente. La maggiore vulnerabilità dei sistemi socio-economici e delle popolazioni residenti diventa immediatamente un fattore di aggravamento dell'emergenza sanitaria.

Fig. 2 - Correlazione geografica tra diffusione dell'insicurezza alimentare e del virus Ebola



Fonte: WFP e WHO, novembre 2014.

Alcune altre implicazioni si possono ricavare dal profilo della crisi sanitaria.

Anzitutto, l'impatto maggiore del **contagio tra le donne ha implicazioni economiche dirette**: nelle aree rurali, dove la maggioranza dei coltivatori di piccola scala sono donne, la produzione alimentare può risentire negativamente dell'epidemia. La limitazione a scopo precauzionale della libera circolazione alle frontiere ha immediati effetti negativi sull'attività dei commercianti - spesso transfrontalieri -, la cui maggioranza è costituita da donne, con il risultato finale di rendere ancor più difficile il sostentamento delle famiglie attraverso l'attività lavorativa delle donne.

Inoltre, la particolare **esposizione di alcune categorie professionali - anzitutto personale sanitario, cioè medici e infermieri** - cruciali per il contenimento dell'epidemia, sommandosi alla presenza di sistemi sanitari molto precari e fisiologicamente sottodimensionati (a cominciare dal numero ridotto del personale) rischia di favorire un'accelerazione del contagio. Non è un caso che molte tensioni si scarichino oggi proprio nei confronti del personale medico e infermieristico: a Koidu, nella zona orientale della Sierra Leone, si sono registrati scontri a inizio ottobre quando del personale medico ha cercato di prelevare campioni di sangue a una donna e la folla è intervenuta, ritenendo proprio i sanitari portatori dell'epidemia. Parimenti, in Guinea sono stati uccisi alcuni medici a Nzerekore, perché considerati responsabili della diffusione del virus.

Inoltre, il personale medico, infermieristico e paramedico è chiamato anche a fronteggiare serie **difficoltà sul piano contrattuale e retributivo**, oltre che di stigma sociale e di elevati rischi per

l'incolumità. Ritardi o mancati pagamenti da parte delle pubbliche amministrazioni hanno indotto molti operatori allo sciopero e alle proteste, nel mezzo di una situazione di gravità drammatica dell'epidemia.

La **corruzione, l'elevato costo della vita e la mancanza di opportunità economiche**, associati ad un ricorso dello Stato alla forza per reprimere opposizioni e resistenze, creano una miscela pericolosa che alimenta tensioni e instabilità politica.

L'epidemia di Ebola è dunque una crisi umanitaria, ma l'impatto sanitario, economico e politico è in ogni caso di più lunga durata e rimanda al tema dello sviluppo complessivo dei paesi.

In base alle proiezioni della Banca Mondiale, si stima che l'epidemia costerà all'Africa occidentale **32,6 miliardi di dollari entro la fine del 2015**. Agricoltura, commercio, investimenti, trasporti, attività minerarie stanno già risentendo degli effetti dell'epidemia e ciò determinerà una revisione al ribasso delle stime relative alla crescita economica dei paesi della regione, a quanto indicano le stime dell'EIU. Stando ai dati della Banca Mondiale, la crescita economica della Liberia è ora del 2,2% (rispetto al 5,9% prima dell'epidemia), quella della Sierra Leone è del 4,0% (rispetto all'11,0%) e quella della Guinea è dello 0,5% (rispetto al 4,5%). Si stima che con molta probabilità nel 2014-2015 i tre paesi perderanno oltre 2 miliardi di dollari e già nel 2014 le entrate fiscali sono diminuite di oltre mezzo miliardo di dollari rispetto al previsto¹¹.

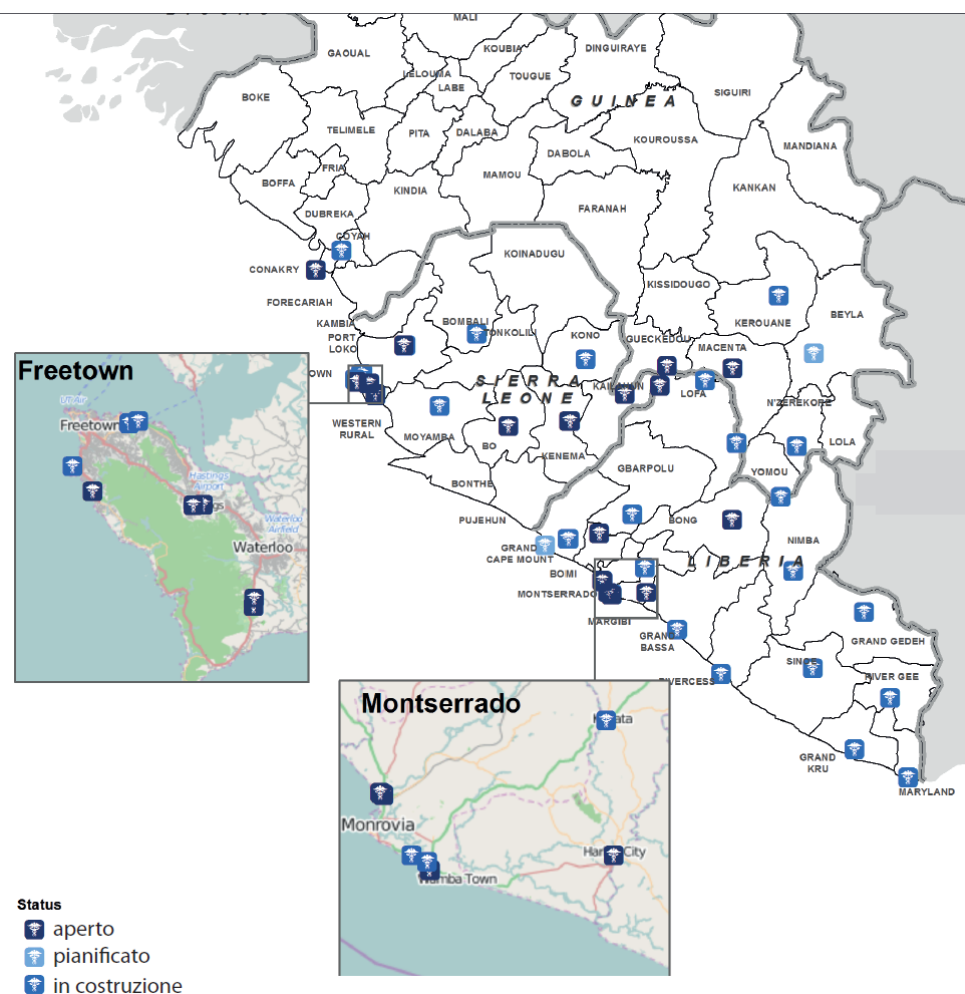
A destare preoccupazione è soprattutto la **contrazione dell'attività agricola** che potrebbe determinare una crisi alimentare e mettere a repentaglio le prospettive di sostentamento di milioni di persone. In alcune zone della Liberia già si registra una diminuzione del 10-15% del livello di produzione del riso. In alcuni distretti della Sierra Leone colpiti dall'Ebola, circa il 40% dei coltivatori ha abbandonato la propria terra, mentre molti braccianti non sono in grado di trovare lavoro a causa delle recenti restrizioni alla libera circolazione e dell'imposizione dell'isolamento forzato. Comunità tradizionalmente povere rischiano oggi di subire contraccolpi insostenibili dell'epidemia. Secondo le stime del WFP, se la diffusione dell'epidemia non rallenta, **entro marzo 2015 almeno 750 mila persone potrebbero perdere l'accesso al cibo**.

Indipendentemente poi dall'efficacia degli interventi nazionali e internazionali e dalla capacità di far rientrare rapidamente la crisi sanitaria, è probabile che l'effetto "**reputazione negativa**" che graverà sui paesi più colpiti - ma più in generale sull'intera Africa occidentale e, in parte almeno, sull'interno continente - produrrà conseguenze a lungo termine, a cominciare dalla contrazione dei movimenti di turisti.

La **stabilità politico-istituzionale** è un'altra dimensione molto importante che rischia di essere segnata negativamente dagli effetti della crisi sanitaria. La Sierra Leone è un paese oggi relativamente stabile, alla ricerca di una ricomposizione delle fratture interne dopo la fine della guerra civile nel 2002. La credibilità della classe politica e il sostegno popolare al governo, già in discussione, rischiano di essere ulteriormente indeboliti. Anche la Liberia deve fare i conti con un passato tutt'altro che pacifico, a 11 anni dalla fine della guerra civile e con crepe nel quadro politico-istituzionale che potrebbero diventare fratture insanabili nel corpo sociale del paese. La Guinea, invece, non ha alle spalle il lascito di una guerra civile ancora vivo nel ricordo della popolazione ma è attraversata da tensioni interne; e l'esperienza di colpi di stato in passato e di proteste violente molto recenti alimenta preoccupazioni sulla tenuta del sistema.

¹¹ World Bank (2014), *Update on the economic impact of the 2014 ebola epidemic on Liberia, Sierra Leone, and Guinea*, Washington D. C., 2 dicembre.

Fig. 3 - La presenza dei centri per il trattamento del virus nei tre paesi



Fonte: WHO, The Humanitarian Data Exchange, 2014.

In questo quadro, le Nazioni Unite e la comunità internazionale si stanno impegnando per mettere in campo una risposta adeguata e tempestiva. Il 17 settembre il Segretario Generale delle Nazioni Unite Ban Ki-moon ha dichiarato di voler istituire l'**United Nations Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER)**, definendo cinque obiettivi strategici (bloccare la diffusione dell'epidemia, trattare i pazienti contagiati, assicurare i servizi essenziali, preservare la stabilità, prevenire la diffusione in paesi non ancora colpiti dall'epidemia), principi guida e azioni cruciali per contrastare la diffusione dell'epidemia. Il costo previsto è di **quasi 1 miliardo di dollari nel primo semestre**.

Il 18 settembre il Consiglio di sicurezza dell'ONU ha definito la diffusione dell'epidemia una "minaccia alla pace e sicurezza internazionale", adottando all'unanimità la **Risoluzione 2177**, co-promossa da 134 Stati membri.

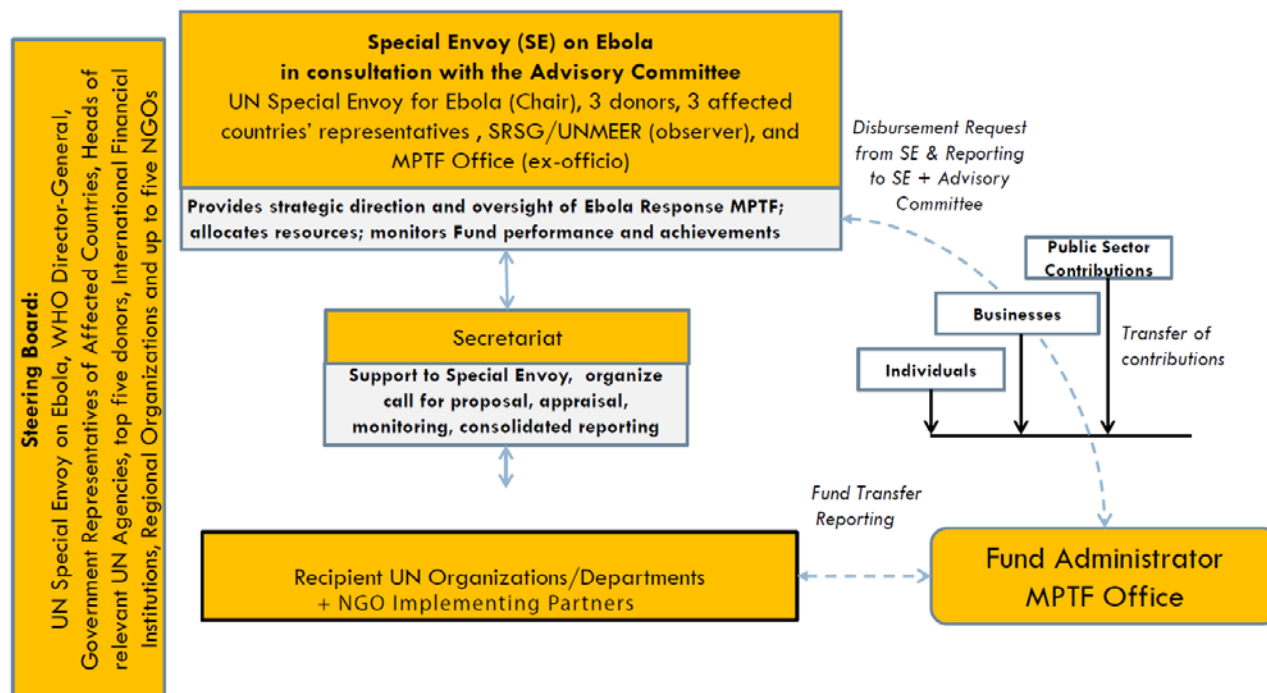
Il 19 settembre l'Assemblea Generale ha adottato all'unanimità la **Risoluzione 69/1**, accogliendo favorevolmente l'intenzione del Segretario Generale di istituire l'UNMEER, sollecitando gli Stati membri e le organizzazioni internazionali a dare il proprio sostegno a quella missione.

Subito dopo, il Segretario Generale ha avviato l'operatività dell'UNMEER che ha fissato il proprio quartier generale ad Accra (Ghana), con sedi anche in Guinea, Liberia, Sierra Leone e Mali. Il

Segretario Generale ha nominato l'inglese David Nabarro, già coordinatore del sistema ONU per l'influenza aviaria, quale inviato speciale per l'Ebola e lo statunitense Anthony Banbury quale Rappresentante speciale e capo Missione della UNMEER.

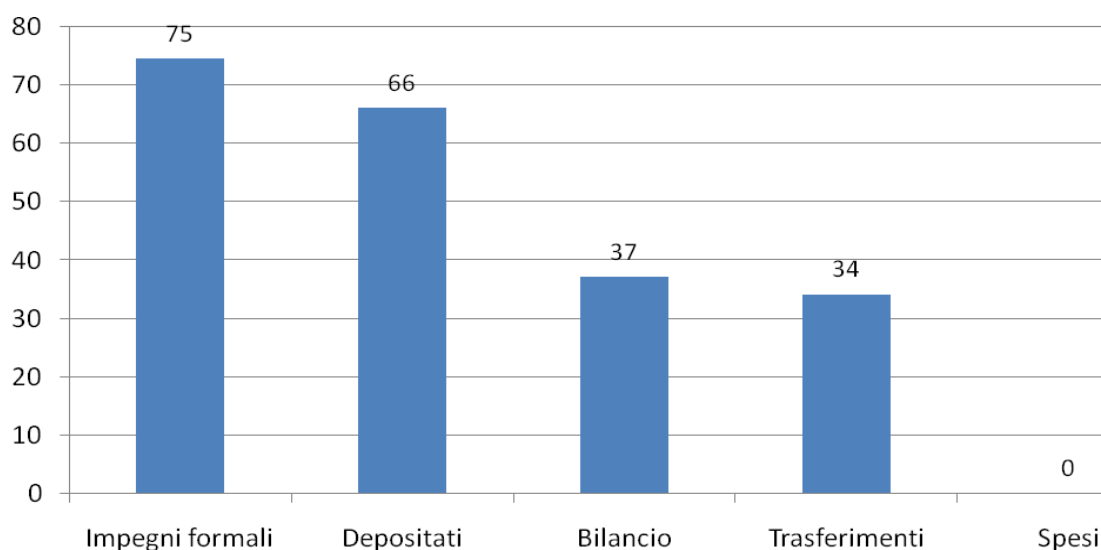
Le Nazioni Unite hanno lanciato l'**Ebola Response Multi-Partner Trust Fund (UN Ebola MPTF)**. Si tratta di un fondo fiduciario che ha una sua articolata struttura di *governance*, basata sulla presenza nello *Steering committee* dell'Inviato speciale del Segretario Generale, del direttore generale della WHO, dei rappresentanti governativi dei paesi colpiti dal virus Ebola, dei rappresentanti delle principali agenzie delle NU, dei primi 5 donatori, delle Istituzioni finanziarie internazionali, delle organizzazioni regionali e non più di 5 ONG.

Graf. 3 - La struttura di governance dell'UN Ebola MPTF



A metà novembre 2014, a fronte di necessità stimate per 988 milioni di dollari di risorse da mobilitare in un semestre, il fondo fiduciario ha raccolto **dichiarazioni per un totale di 121 milioni di dollari**. Di questo importo, gli impegni formali assunti sono stati pari a 74,7 milioni di dollari (da parte di Australia, Canada, Cile, Cipro, Colombia, Corea del Sud, Estonia, Finlandia, Germania, Irlanda, Lussemburgo, Norvegia, Nuova Zelanda, Regno Unito, Romania e Venezuela); ad essi si aggiungono 46,1 milioni di dichiarazioni non ancora tradotte in impegni formali (Azerbaijan, Brasile, Cina, Danimarca, Filippine, Giappone, India, Kazakistan, Malta, Svezia e l'impresa Volvo). 34,14 milioni di dollari sono stati trasferimenti al Fondo.

Graf. 4 - Lo stato dei finanziamenti all'UN Ebola MPTF (milioni di dollari, 28 novembre)



FFonte:

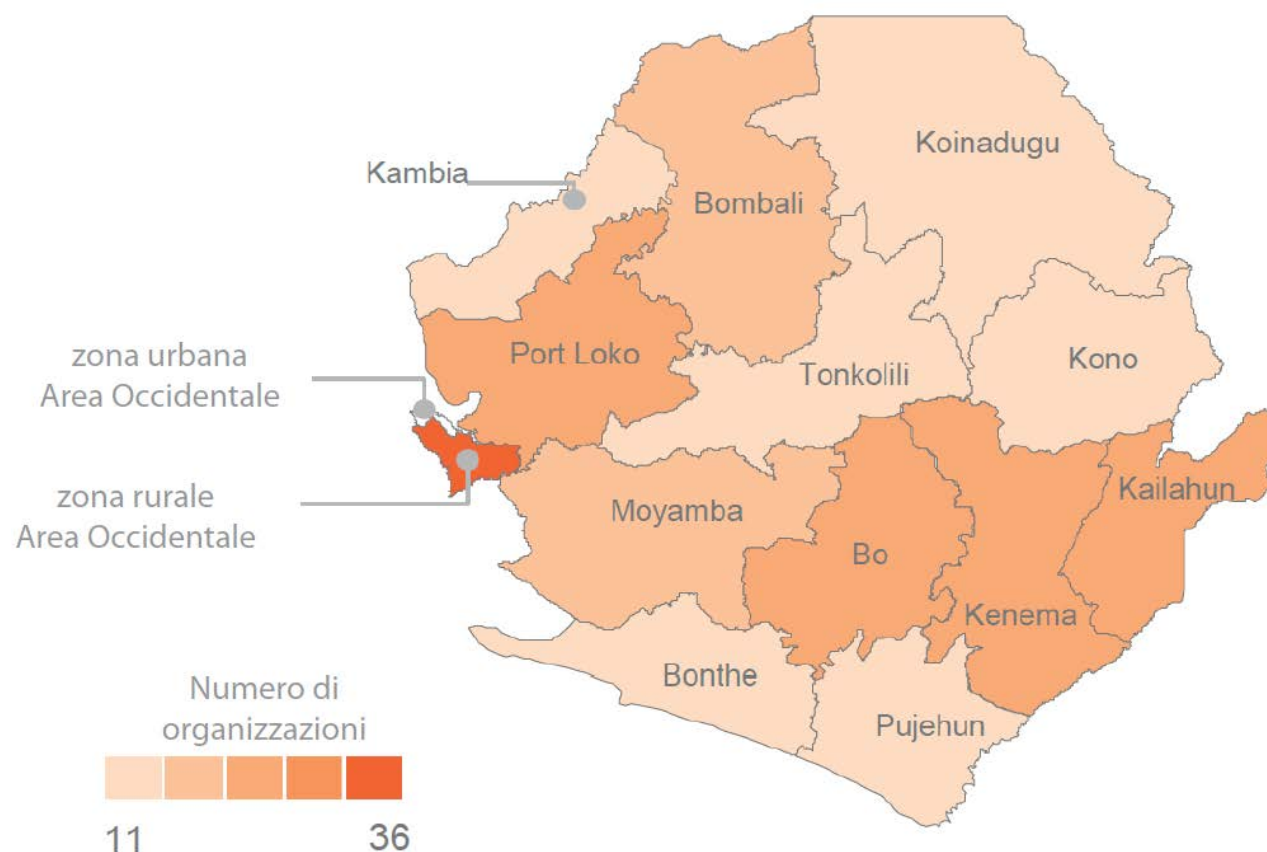
UN Ebola MPTF, 1 dicembre 2014.

Del totale di 121 milioni di dollari previsti, il Regno Unito è il primo contribuente con 32,47 milioni, seguito dalla Svezia con 14 milioni e dall'India con 10 milioni: tre paesi rappresentano quasi il 50% del totale. La Volvo ha detto di voler destinare al Fondo 1,5 milioni di dollari, cifra che ne farebbe il quattordicesimo maggior contribuente.

Del totale di 34 milioni di dollari già trasferiti, la prima voce di spesa che si prevede di finanziare sono i costi di trasporto aereo di beni essenziali destinati alla Sierra Leone.

Restando a questo paese, e approfondendone il caso specifico in termini di azione internazionale, la mobilitazione è stata ampia, al di là del Fondo fiduciario pubblico-privato gestito dalle Nazioni Unite: a fine novembre, 59 organizzazioni risultavano attive sul terreno.

Fig. 4 - La presenza degli operatori internazionali in Sierra Leone



Fonte: UN OCHA, 25 novembre 2014.

La capitale Freetown e il suo circondario - che copre un'area di 557 km² e ha una popolazione di oltre 1,2 milioni di persone (cioè oltre il 20% della popolazione del paese), amministrativamente identificata come provincia dell'Area Occidentale (*Western area*) - è quella dove si concentra la presenza degli operatori internazionali, in particolare nelle zone rurali.

Le ONG internazionali sono le realtà più numerose sul terreno (24), seguite da agenzie nazionali (9) e internazionali (8) e da agenzie del sistema delle Nazioni Unite (4). In termini di tipologia di intervento, invece, sono numerose le iniziative di mobilitazione della comunità per aumentare la consapevolezza sociale e sensibilizzare sulla prevenzione del contagio (43), come anche la funzione di rete e coordinamento tra i diversi servizi presenti sul territorio, al fine di garantire l'appropriatezza delle cure e incrementare la qualità dei servizi, il cosiddetto *Case management* (23).

Nel caso specifico della Federazione internazionale delle società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa risulta come anche in Guinea e Liberia gli sforzi della mobilitazione internazionale si vadano allineando sulla stessa tipologia di azioni, definendo un quadro regionale d'intervento articolato in cinque pilastri:

- (1) mobilitazione della comunità e comunicazione per aumentare la consapevolezza sociale tra le popolazioni beneficiarie degli interventi;
- (2) individuazione e messa in quarantena di chiunque abbia avuto rapporti con un infetto conclamato, assicurando la sorveglianza sanitaria dei contatti (*Contact Tracing and Surveillance*);

- (3) sostegno psicosociale, attraverso l'attività professionale di assistenti sociali che aiutino direttamente le persone ad affrontare i propri problemi attraverso colloqui di *approfondimento e di aiuto*;
- (4) *Case Management*;
- (5) sepoltura sicura e dignitosa delle persone che muoiono di Ebola e pratiche igieniche di disinfezione.¹²

Nel caso di Medici Senza Frontiere, invece, la mobilitazione si è tradotta nell'invio di circa 700 medici e assistenti nei paesi colpiti dall'epidemia; 270 sono gli operatori impegnati a fine novembre e tre hanno contratto il virus (di cittadinanza norvegese, francese e statunitense).

Sul versante politico, a metà novembre il G20 ha accolto favorevolmente l'impegno del Fondo Monetario Internazionale di concedere 300 milioni di dollari supplementari per aiutare i tre paesi dell'Africa occidentale a combattere il virus Ebola. Il meccanismo adottato dal Fondo è una combinazione di crediti d'aiuto, riduzione del debito estero e doni. Un comunicato del G20 ha dichiarato l'impegno formale dei paesi a fare il possibile in termini di aiuti finanziari, fornitura di personale medico qualificato, dotazione di attrezzature e dispositivi di protezione individuali, medicine.

L'opportunità di interventi finanziari consistenti, coordinati e tempestivi ha portato il presidente della Banca mondiale Jim Yong Kim a proporre la costituzione di un fondo apposito d'intervento rapido in caso di pandemie (*Pandemic Relief Fund*). Si tratta di un fondo che non solo dovrebbe essere in grado di erogare in tempi rapidi milioni - se non miliardi - di dollari, mobilitando immediatamente le risorse professionali più qualificate (anzitutto medici specializzati), ma che dovrebbe anche rappresentare un incentivo agli investimenti delle case farmaceutiche impegnate nella ricerca, sviluppo e sperimentazione dei vaccini, tema già al centro dell'iniziativa promossa dall'Italia nel 2005 e lanciata operativamente nel 2007 con il meccanismo *Advance Market Commitment* (AMC) per promuovere la ricerca e la commercializzazione di nuovi vaccini contro le malattie endemiche dei paesi poveri.

Sempre la Banca Mondiale ha comunicato il 18 novembre l'approvazione di un dono di 285 milioni di dollari a favore di Guinea, Liberia e Sierra Leone, per sostenere gli sforzi di contenimento dell'epidemia e fare fronte all'impatto negativo della crisi sul piano socio-economico e sanitario. Il dono fa parte del miliardo di dollari che era stato annunciato come obiettivo per sostenere i paesi più colpiti dalla diffusione del virus Ebola.

Un importo superiore, attorno a 1,1 miliardi di euro (pari ad oltre 1,36 miliardi di dollari al cambio attuale), è quanto l'Unione Europea e gli Stati membri si sono impegnati a mettere a disposizione per contribuire a fronteggiare l'emergenza dell'Ebola. La Commissione Europea ha messo a disposizione 372 milioni di euro per aiuti umanitari e allo sviluppo e per la ricerca medica. Già a marzo, la Direzione generale per gli Aiuti umanitari e la protezione civile della Commissione Europea (*European Commission's Humanitarian aid and Civil Protection department*, ECHO) aveva allocato 58 milioni di euro, ammontare via via cresciuto e trasferito a organizzazioni umanitarie impegnate sul campo: Medici Senza Frontiere, la Federazione internazionale delle società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa, *International Medical Corps*, *Save the Children*, Alima, UNICEF, WHO e WFP. Le risorse finanziarie hanno contribuito a sorveglianza sanitaria, diagnosi e trattamento dei pazienti, formazione medica e fornitura di attrezzature e dispositivi di protezione individuali.

¹² IFRC (2014), Emergency appeal Sierra Leone: Ebola Virus Disease, Ginevra, settembre.

Attraverso il Centro *Emergency Response Coordination Centre* (ERCC), la Commissione Europea si impegna anche nell'azione di coordinamento delle risposte e di scambio di informazioni. Infine, è stato attivato il Meccanismo di protezione civile dell'UE (*EU Civil Protection Mechanism*, EUCPM) cui partecipano ben 14 paesi membri dell'UE, variamente impegnati a mettere a disposizione veicoli, attrezzature mediche, ospedali da campo, medicine, attrezzature e dispositivi di protezione individuali, e formazione di medici: Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Norvegia, Paesi Bassi, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Svezia e Ungheria.

*Le opinioni riportate in questa nota sono riferibili esclusivamente all'Istituto autore della ricerca.
Coordinamento redazionale a cura di:*

Camera dei deputati
SERVIZIO STUDI
DIPARTIMENTO AFFARI ESTERI
Tel. 06.67604939
e-mail: st_affari_esteri@camera.it
<http://www.parlamento.it/osservatoriointernazionale>