

L'epidemia di Ebola in Africa Occidentale. Il punto della situazione

2014-09-01 11:09:09 Redazione SI



Giovanni Putoto

I primi casi di Ebola sono comparsi a dicembre 2013 in Guinea, per poi propagarsi in Liberia e Sierra Leone con un primo picco a metà di marzo 2014, quando il virus è stato isolato, seguito da un secondo picco più grave a maggio, per poi impennarsi costantemente fino ai nostri giorni: più del 40% dei nuovi casi è concentrato negli ultimi 21 giorni. L'epidemia ha colpito sistemi sanitari fragili, usciti da poco da lunghi conflitti civili. [L'esperienza di Medici con l'Africa – Cuamm.](#)

28 Agosto 2014. L'epidemia di Ebola continua a mietere vittime e a propagarsi in Liberia, Sierra Leone, Guinea e Nigeria. I casi di Ebola sono distinti in sospetti, probabili e confermati secondo criteri epidemiologici, clinici e laboratoristici standard. **I dati cumulativi ufficiali indicano 3069 tra casi sospetti e confermati, 1552 casi di morte sospetta, 1752 casi confermati al laboratorio. Più del 40% dei nuovi casi è concentrato negli ultimi 21 giorni.** Dopo le molte riserve espresse sulla affidabilità del sistema reportistico l'OMS ammette apertamente che *“il numero reale dei casi potrebbe essere da 2 a 4 volte maggiore e che 20.000 sarebbero i casi attesi alla fine dell'epidemia”*.

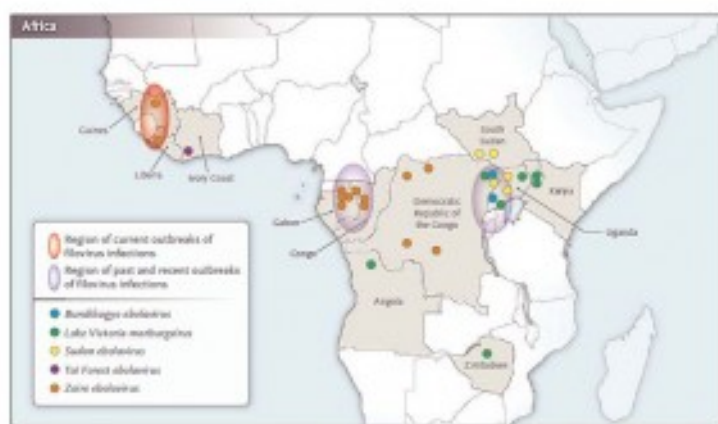
Le indagini laboratoristiche realizzate in Francia e negli Stati Uniti hanno identificato come agente patogeno causale lo Zaire EbolaVirus (EBOV) della famiglia dei Filovirus (RNA virus). Quest'ultimo presenta elementi nucleari distinti rispetto alle forme di EBOV isolate finora. **La febbre emorragica da Ebola è una malattia zoonotica. Dopo il contagio con animali infetti della foresta tropicale, in particolare pippistrelli e scimmie, la trasmissione umana avviene attraverso il contatto diretto con i liquidi biologici degli ammalati, in particolare sangue, saliva, lacrime, latte materno, liquido seminale, feci e urine.** La sintomatologia si sviluppa dopo un **periodo di incubazione che varia da 2 a 21 giorni.**

In Africa occidentale, le caratteristiche cliniche dei malati appaiono diverse e caratterizzate più da febbre, diarrea e vomito che dalla sintomatologia emorragica, pur presente. **Il tasso di letalità, legato alla virulenza del virus, varia dal 42% della Sierra Leone al 66% della Guinea**, valori inferiori a quelli registrati nelle epidemie precedenti di EBOV. Oltre 120 operatori sanitari sono morti a causa della trasmissione del virus avvenuta in ambiente nosocomiale, 24 nel solo ospedale di Kenema in Sierra Leone. **Il 13 di Agosto l'OMS, seguendo quanto già fatto dai paesi interessati, dichiara l'epidemia di Ebola emergenza sanitaria internazionale** e invita tutti gli stati ad adottare provvedimenti di salute pubblica a seconda del livello del rischio che corrono. Sono molte in occidente le discussioni e le polemiche sul rischio di importazione dell'epidemia attraverso il flusso degli immigrati. Desto grande impressione il ricovero negli Stati Uniti di due cooperanti colpiti dall'infezione EBOV e successivamente guariti grazie all'uso di un siero ancora in fase sperimentale.

Come si è arrivati a questo punto? Le caratteristiche distintive dell'attuale epidemia di Ebola sono tre: la sede geografica, la durata e il coinvolgimento delle aree urbane. È la prima volta che una epidemia di Ebola colpisce l'Africa occidentale, nota invece per essere una zona endemica della febbre emorragica di Lassa. Le caratteristiche nucleari, cliniche e di letalità, sembrano supportare l'ipotesi che EBOV non sia stato trasferito da altri paesi, ma abbia avuto una distinta evoluzione nell'Africa Occidentale. In sostanza, il virus dell'Ebola dimostrerebbe di avere una distribuzione geografica più ampia di quanto precedentemente ritenuto (**Vedi figura 1, NEJM**).

Figura 1. Localizzazione dell'epidemie di Ebola

Figura 1. Localizzazione dell'epidemie di Ebola



Outbreaks or Episodes of Filovirus Infections.

The purple ovals indicate regions of past and recent Filovirus activity (on the border between the Republic of the Congo and Gabon from 2000 to 2005 and on the border between the Democratic Republic of the Congo and Uganda in more recent years), and the red oval indicates the current outbreak of Zaire ebolavirus.

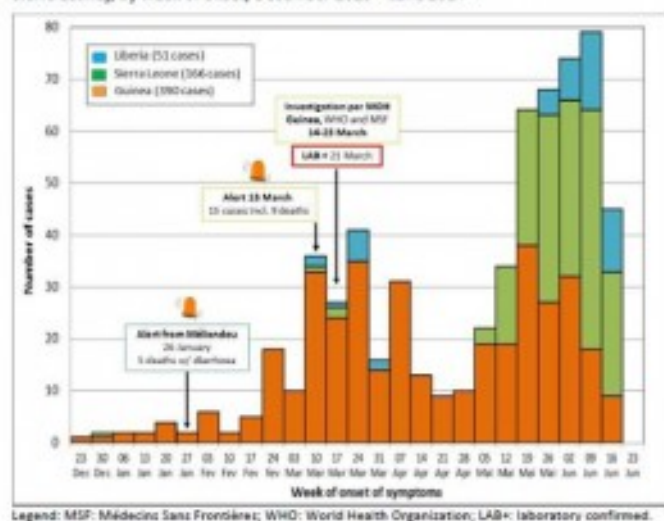
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

La durata dell'epidemia e la sua presenza nei contesti urbani sono motivi di grande preoccupazione e apprensione. Dalle epicurve disponibili appare evidente che **i primi casi di febbre emorragica di Ebola sono**

comparsi a Dicembre del 2013 in Guinea (vedi post [Ebola, ancora epidemia](#)), per poi propagarsi in Liberia e Sierra Leone con un primo picco a metà di marzo, quando il virus è stato isolato, seguito da un secondo picco più grave a Maggio, per poi impennarsi costantemente fino ai nostri giorni (**Vedi Figura 2**). Diverse decine di casi sono stati certificati nelle popolose capitali dei paesi colpiti. La durata e la diffusione dell'epidemia si spiegano con il fatto che le persone colpite dal contagio si sono mosse indisturbate all'interno dei paesi e tra i paesi limitrofi, diffondendo la malattia.

Figura 2. Curva epidemica di Ebola in Africa Occidentale. Dicembre 2013-Giugno 2014

Figure 1: Epicurve of Ebola virus disease outbreak in West Africa (Guinea, Liberia, and Sierra Leone), by week of onset, December 2013 – June 2014¹



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

L'esperienza del Cuamm in Sierra Leone. Dal 2012, Medici con l'Africa CUAMM lavora con un team di 5 persone nel distretto rurale di Pujehun in Sierra Leone, nell'ambito di un progetto finalizzato alla riduzione della mortalità materna, neonatale e infantile, che sono tra le più alte al mondo. Il distretto conta 335.000 abitanti, è localizzato a sud est, al confine con il distretto di Kenema dove si trova il secondo focolaio epidemico più grande del paese. Ha una rete sanitaria costituita da un ospedale per adulti, un centro materno infantile e 75 centri sanitari, gestiti da personale non qualificato. Ad oggi, sono 7 le morti attribuite a Ebola, concentrate in tre focolai epidemici del distretto. A partire da Maggio, le azioni di salute pubblica messe in essere con le autorità sanitarie locali sono state le seguenti:

1. **Identificazione, isolamento e trattamento dei malati.** È stato avviato un sistema di triage per l'identificazione dei casi sospetti nei centri sanitari. Questi ultimi sono trasferiti in isolamento presso una tenda allestita ad hoc in una zona isolata dell'ospedale, provvista di passaggi separati per pazienti, operatori e familiari a seconda dei livelli di rischio. I campioni di sangue sono inviati al laboratorio dell'ospedale regionale di Kenema provvisto dei test Elisa e PCR. I pazienti trovati positivi a EBOV sono trasportati direttamente da Punjehun al reparto Ebola di Kenema,

provvisto di 50 letti per la gestione clinica dei malati in condizioni di massima protezione. La terapia è di supporto ed è basata sulla reidratazione e sul trattamento antibiotico, antimalarico, antidolorifico e vitaminico.

2. **Protezione degli operatori sanitari.** A partire dall'ospedale, e con grande difficoltà anche per i centri sanitari, gli operatori sono stati dotati di materiale protettivo, formati sull'epidemia e sulle procedure di prevenzione e protezione, incluse quelle riguardanti la sepoltura in biosicurezza dei corpi dei pazienti deceduti.
3. **Sensibilizzazione delle comunità, ricerca dei contatti e controllo del territorio.** La risposta delle comunità è tutt'ora influenzata dalla paura e dal rigetto dei provvedimenti adottati. In più casi casi, il personale sanitario è stato minacciato dalla popolazione. Sono state avviate le attività di informazione, educazione e comunicazione attraverso il coinvolgimento diretto degli operatori di salute, delle autorità tradizionali e sanitarie. 127 sono stati i contatti rintracciati e messi sotto osservazione attraverso il monitoraggio giornaliero della temperatura. Nelle ultime settimane, le persone residenti in due aree colpite dall'epidemia sono state messe in quarantena. Il resto della popolazione si è autotassato per garantire il cibo alle comunità poste in isolamento. Posti di blocco stradale da parte di polizia, esercito e personale sanitario sono stati istituiti nei punti di passaggio strategici con i distretti limitrofi al fine di controllare e ridurre gli spostamenti delle persone. Lo sforzo logistico, finanziario e tecnico è molto elevato e causa di continue preoccupazioni a tutti i livelli. I problemi più urgenti riguardano: gli approvvigionamenti dell'equipaggiamento protettivo, la supervisione continua dei comportamenti degli operatori sanitari, la motivazione del personale e la corresponsione delle indennità di rischio, la disponibilità di mezzi di trasporto e di comunicazione, la trasparenza e la sensibilità culturale nei confronti della comunità, il coordinamento organizzativo.

Quali sono gli effetti dell'epidemia sul sistema sanitario distrettuale? A Pujehun, ci si sforza di mantenere aperti tutti i centri sanitari e soprattutto di garantire i servizi di emergenza chirurgica, ostetricia e pediatrica. I problemi sono molti. **Le poche risorse esistenti sono assorbite dall'epidemia a scapito dei servizi sanitari di base. Nelle aree colpite dal contagio, e non solo, le campagne di vaccinazioni materno infantili appaiono compromesse.** Le madri si rifiutano di far vaccinare i bambini perchè temono che siano "avvelenati"; le donne hanno paura di presentarsi agli ospedali e preferiscono partorire in casa non assistite; in molti casi, i bambini affetti dalle patologie più comuni come la malaria, la polmonite e la diarrea non vengono trattati. Una parte consistente del personale non si presenta in servizio; il sistema degli approvvigionamenti di farmaci va in panne per mancanza di trasporti; il sistema informativo sanitario locale è paralizzato. Mentre si stanno raccogliendo le evidenze sulla mortalità e morbosità "aggiuntive", appare chiaro che gli effetti indiretti dell'epidemia di Ebola sono caratterizzati da una grave regressione del sistema sanitario locale nel suo complesso.

Che riflessioni iniziali si possono fare? In Africa Occidentale si sta consumando la più grande e la più grave di tutte le epidemie di Ebola finora documentate nel continente Africano. **La risposta delle istituzioni competenti, internazionali in particolare, nel controllo dell'epidemia è risultata tardiva e inadeguata.** Considerate le caratteristiche biologiche e la distribuzione geografica, è ragionevole attendersi che l'epidemia di Febbre emorragica di Ebola si ripresentarsi in futuro. In attesa di trattamenti e vaccini efficaci e sicuri, e soprattutto accessibili a tutti, bisognerebbe puntare sulla realizzazione di un sistema regionale che garantisca in tempi rapidi l'identificazione del virus e il monitoraggio efficace delle epidemie secondo quanto prevedono le regole della sanità internazionale (*International Health Regulation*).

La febbre emorragica di Ebola è un'epidemia “molto cara” e antropologicamente “molto complessa” da gestire. Interrompere la catena della trasmissione comporta l'adozione di misure di salute pubblica la cui realizzazione richiede cospicue risorse professionali, materiali e finanziarie, oggi ancora gravemente carenti. Un'attenzione particolare dovrebbe essere rivolta agli ambienti ospedalieri. L'epidemia di Ebola si trasmette anche in questi contesti come infezione nosocomiale con perdite gravissime di personale sanitario locale. Il controllo delle infezioni in questi contesti dovrebbero diventare attività di routine. Questi provvedimenti per quanto necessari, ottengono un effetto relativo se non sono accompagnati dalla mobilitazione attiva della comunità. Saper approcciare la popolazione richiede un processo di relazioni basate sul dialogo continuo e sul rispetto.

L'epidemia di Ebola ha colpito sistemi sanitari fragili, come quello della Sierra Leone e della Liberia usciti da poco da lunghi conflitti civili. La sfida a breve termine è di continuare a garantire i servizi sanitari di base. Il sistema sanitario deve dare segnali concreti che i servizi funzionano, sono efficaci e sicuri, nonostante l'epidemia. Sul medio termine i gap strutturali – risorse umane e finanziarie in primis – dovrebbero colmati con decisione e perseveranza facendo tesoro delle esperienze passate. A questo riguardo, non mancano esempi di buone prassi a cui ispirarsi. L'Uganda, dopo l'epidemia di Ebola del 2000, ha saputo reagire con prontezza ed efficacia in quelle del 2007 e del 2012 riducendo in modo significativo diffusione, durata e mortalità del contagio.

Epidemie come questa sono una chiara dimostrazione che la salute globale non è un sfizio accademico. Affrontarle con le comunità e le istituzioni locali, è un dovere morale e anche un atto di intelligenza perché questi problemi riguardano tutti noi.

Giovanni Putoto, Responsabile Programmazione [Medici con l'Africa CUAMM](#)

Risorse

1. Dal New England Journal of Medicine un quadro esauriente sull'epidemia: [Ebola-outbreak](#)
2. [Da Ebola una lezione: l'urgente necessità di rafforzare i sistemi sanitari](#)

Bibliografia

1. Bausch D et al Assessment of the Risk of Ebola Virus Transmission from Bodily Fluids and Fomites Journal of Infectious Diseases 2007:196 (Suppl 2)
2. Feldmann H. [Ebola-A Growing Threat?](#) New England Journal of Medicine DOI: 10.1056/NEJMp1405314
3. Altri articoli del NEJM sull'epidemia: [Ebola-outbreak](#)
4. The Global Response to the Ebola Fever Epidemic: What took so long? Plos Medical Journals' Community Blog, 22.08.2014
5. Ministry of Health and Sanitation, Sierra Leone Press Release 27 August 2014
6. Vanesse N R, Matthias B. Infection control during filoviral hemorrhagic fever outbreaks. J Global Infec Dis 2012;4:69-74
7. WHO: [disease ebola](#)
8. Wikipedia: [List of Ebola outbreaks](#)
9. WHO Case definition recommendations for Ebola or Marburg Virus Diseases, August 2014
10. WHO. Ebola Response RoadMap, 28 August 2014
11. WHO. Risk Assessment, 24 June 2014