

**COMMISSIONI RIUNITE
AFFARI ESTERI E COMUNITARI (III)
E AFFARI SOCIALI (XII)**

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

1.

SEDUTA DI MARTEDÌ 7 OTTOBRE 2014

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
DELLA III COMMISSIONE **FABRIZIO CICCHITTO**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Capua Ilaria (SCpI)	13
Cicchitto Fabrizio, <i>Presidente</i>	3	Grillo Giulia (M5S)	15
Audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, in relazione alle iniziative adottate a livello internazionale per contrastare la diffusione dell'epidemia di Ebola (ai sensi dell'articolo 143, comma 2, del Regolamento):		Lorenzin Beatrice, <i>Ministro della salute</i> ..	4, 19
Cicchitto Fabrizio, <i>Presidente</i>		Marazziti Mario (PI)	12
		Quartapelle Procopio Lia (PD)	17
		Spadoni Maria Edera (M5S)	15
		Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente della XII Commissione</i>	4

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Partito Democratico: PD; Movimento 5 Stelle: M5S; Forza Italia - Il Popolo della Libertà - Berlusconi Presidente: (FI-PdL); Scelta Civica per l'Italia: SCpI; Sinistra Ecologia Libertà: SEL; Nuovo Centrodestra: (NCD); Lega Nord e Autonomie: LNA; Per l'Italia (PI); Fratelli d'Italia-Alleanza Nazionale: (Fdi-AN); Misto: Misto; Misto-MAIE-Movimento Associativo italiani all'estero-Alleanza per l'Italia: Misto-MAIE-Apl; Misto-Centro Democratico: Misto-CD; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling; Misto-Partito Socialista Italiano (PSI) - Liberali per l'Italia (PLI): Misto-PSI-PLI; Misto-Libertà e Diritti-Socialisti europei (LED): Misto-LED.

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
DELLA III COMMISSIONE
FABRIZIO CICCHITTO

La seduta comincia alle 9,05

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati, nonché la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, in relazione alle iniziative adottate a livello internazionale per contrastare la diffusione dell'epidemia di Ebola.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, in relazione alle iniziative adottate a livello internazionale per contrastare la diffusione dell'epidemia di Ebola.

A nome di tutti i componenti delle Commissioni affari esteri e affari sociali presenti do il benvenuto al ministro, che ringrazio per la sua disponibilità. Saluto anche il presidente della Commissione affari sociali, l'onorevole Pierpaolo Vargiu, e tutti i colleghi presenti.

Abbiamo invitato in Parlamento, come Commissione affari esteri e come Commissione affari sociali, il Ministro Beatrice Lorenzin a riferire perché, per quanto

riguarda specialmente la riflessione della Commissione affari esteri, abbiamo una fortissima preoccupazione su entrambe le tragedie che oggi colpiscono a livello internazionale il mondo, da un lato quella terroristico-politico-militare dell'ISIS e, dall'altro, quella sanitaria, costituita dall'epidemia che va sotto il nome di Ebola. Temiamo che ci sia, da parte delle varie realtà politiche, internazionali e nazionali, una catena di errori nell'analisi, nelle valutazioni e negli interventi operativi che rende sempre più drammatica la situazione.

Prima di dare la parola al ministro, osservo anche che l'epidemia di Ebola in atto in alcuni Paesi africani, oltre a rappresentare una tragedia sul piano umanitario e una minaccia per l'intero continente africano — allo stato, le vittime sono 3.450 — assume connotati preoccupanti per il potenziale impatto negativo sulla stabilità regionale in Africa occidentale e sul complesso delle relazioni internazionali.

Ciò anche perché colpisce Paesi come la Guinea, la Sierra Leone e la Liberia che sono fra i più poveri al mondo e che escono da decenni di guerra civile. Gli altri Paesi colpiti, come la Nigeria o il Senegal, grazie a un più elevato standard di prevenzione e di cura, sono finora riusciti a contenere l'epidemia.

L'amministrazione statunitense ha deciso l'invio di circa 3.000 militari nell'area e il Presidente Obama ha lanciato un appello alla comunità internazionale, convenuta a New York in occasione dell'Assemblea generale dell'ONU.

L'Organizzazione mondiale della sanità, che in agosto ha dichiarato lo stato di emergenza, oggi guarda a un'eccellenza nel campo della ricerca nel nostro Paese per

la fornitura di un vaccino alle popolazioni colpite. La stessa organizzazione ha anche avanzato una richiesta nei confronti dell'Italia affinché assuma un ruolo nelle operazioni logistiche di sostegno all'evacuazione.

Chiedo se il presidente Vargiu vuole aggiungere qualcosa.

PIERPAOLO VARGIU, Presidente della XII Commissione. Sì, grazie. Io, ovviamente, ringrazio, a nome della XII Commissione, sia il presidente della Commissione affari esteri, l'onorevole Cicchitto, sia il Ministro Lorenzin per la tempestiva disponibilità che hanno dimostrato in data odierna.

Vorrei aggiungere alcune considerazioni di carattere più generale, anche con qualche riflessione legata all'attività personale di sindacato ispettivo che abbiamo svolto insieme con la collega Ilaria Capua, che è presente e che ha una specifica competenza in campo virologico ed epidemiologico. Già nel mese di aprile, semplicemente raccogliendo una situazione di allarme internazionale che si andava facendo sempre più intensa, attraverso l'attività di sindacato ispettivo abbiamo sollecitato un interesse speciale da parte dell'Italia.

Perché parlo di un interesse speciale da parte dell'Italia? Perché l'Italia ha delle eccellenze nel campo della ricerca che possono essere sicuramente utili al complesso delle attività che possono essere messe in opera sia in Africa, nei Paesi direttamente colpiti dalla parte più visibile e più grave dell'epidemia, sia per quanto riguarda l'istituzione di un cordone di prevenzione sanitaria che può evitare la diffusione del contagio nei Paesi più evoluti.

Sappiamo che probabilmente c'è stata una sottovalutazione nel passato da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità dei rischi dell'epidemia, sottovalutazione che si è riverberata in un ritardo da parte della ricerca per quanto riguarda sia le

vaccinazioni, sia la ricerca sui farmaci antivirali per il trattamento dei pazienti colpiti dall'epidemia.

Ormai iniziano le segnalazioni su casi di pazienti che sono stati contagiati in Occidente perché al capezzale di ammalati che erano stati trasferiti per eseguire le attività di cura, ragion per cui noi crediamo fondamentale che il mondo occidentale si organizzi.

L'Italia è considerata una delle sei nazioni europee in grado di poter effettuare l'isolamento e il trattamento del paziente, il che significa che ce ne sono molte altre che non sono considerate in grado di farlo. Probabilmente l'istituzione di una struttura che sia operativa ventiquattr'ore su ventiquattro e che funga da coordinamento tra le nazioni che sono in grado di effettuare l'isolamento e il riconoscimento immediato della malattia e che sono, quindi, in grado anche di aiutare le nazioni europee che quest'attività non sono in grado di farla in maniera altrettanto adeguata diventa un'emergenza di cui il Governo nazionale italiano può incaricarsi.

Io ritengo che sarebbe anche utile, e credo che lo proporremo attraverso gli strumenti parlamentari, che anche la Camera nel suo complesso si occupi di questo argomento in maniera tale che ci sia un'espressione da parte del Parlamento su un'emergenza che rischia di diventare ben superiore, come peraltro molti avevano avvertito, rispetto alle previsioni.

PRESIDENTE. Do la parola al Ministro Lorenzin per lo svolgimento della relazione.

BEATRICE LORENZIN, Ministro della salute. Grazie. Buongiorno. Ringrazio in modo particolare il presidente Cicchitto e il presidente Vargiu per aver voluto quest'audizione, che ritengo non solo importante, ma anche estremamente utile e appropriata nella forma in cui è stata predisposta.

Oggi ci troviamo di fronte alla questione dell'Ebola, ma non c'è solo questo in campo. Noi siamo sempre di più allertati su emergenze epidemiologiche che riguardano, al contempo, l'attività dei singoli Ministeri della salute dei Paesi europei, e non solo, ma anche i ministri degli esteri, di cooperazione e sviluppo e i sistemi di difesa nazionale. Se qui manca un altro soggetto, è forse proprio la difesa.

Questo modello di incontro rispecchia anche il modo in cui stiamo lavorando ormai dal mese di agosto, cioè da quando è stato lanciato l'allarme dell'OMS. Stiamo lavorando con un'azione di cooperazione e di coordinamento tra il Ministero della salute, quello degli esteri e quello della difesa. Questo perché ci troviamo a dover affrontare una questione che non riguarda soltanto la sicurezza dei nostri cittadini all'interno del Paese, ma anche il coordinamento di azioni extraterritoriali.

Questo tipo di impostazione è quello che in questo momento sta vigendo anche a livello internazionale, sia in Europa, sia negli Stati Uniti o a livello di Nazioni Unite. Nell'incontro dell'*high-level Committee* che abbiamo avuto prima della riunione della Global Health Security Agenda (GHSA) tenutosi a Washington, circa tre settimane fa, è stata proprio attivata un'azione di coordinamento tra le direzioni generali competenti, in questo caso anche le direzioni che trattano di cooperazione e azioni umanitarie e quelle che trattano dei sistemi di difesa, oltre che della salute. I temi che noi abbiamo in campo riguardano più azioni su più livelli.

Le osservazioni che hanno fatto sia il presidente Cicchitto, sia il presidente Vargiu sono molto appropriate. Ebola è, per come si sta sviluppando, non più soltanto una questione sanitaria, ma soprattutto una grandissima questione umanitaria, con aspetti geopolitici estremamente importanti.

Nel West Africa in questo momento il problema è Ebola, ma è anche che si sta morendo perché non si è curati da altre malattie. Non si è curati dalla malaria,

non si è curati per l'appendicite o per un attacco cardiaco perché si ha paura a toccare i pazienti. Non c'è accesso al cibo, non c'è accesso all'acqua. Mi dicevano ieri esponenti dell'OMS che si stanno mangiando pipistrelli perché non si trova più cibo e che i pipistrelli sono agenti contaminanti.

La situazione è estremamente grave, motivo per il quale è necessario un intervento coordinato e anche estremamente rapido nei Paesi interessati per impedire che l'epidemia possa viaggiare. Sia le Nazioni Unite, sia l'OMS hanno previsto che l'epidemia arriverà a un picco di 20.000 casi entro la fine dell'anno, perché, ovviamente, si trasmette in modo esponenziale.

Come si è potuti passare dai pochi casi che noi avevamo il 21 marzo 2014 ai dati odierni? È emerso nell'incontro di Washington sulla sicurezza sanitaria globale proprio il fatto che ci sia un problema strutturale nei Paesi del West Africa. C'è un problema proprio di infrastrutturazione dei sistemi sanitari. Anche l'azione dell'OMS, che è un'azione epidemiologica, non è riuscita a frenare il diffondersi dell'epidemia per motivi strutturali, cioè per la mancanza di medici. Immaginate che si tratta di Paesi in cui c'è un medico ogni 100.000 persone e cosa tutto ciò significa con la popolazione sparsa in villaggi e il diffondersi a macchia di leopardo dell'epidemia.

In alcuni di questi contesti, come avrete letto sui giornali, l'altra questione è che politicamente gli abitanti dei villaggi, divisi in nazioni tribali, credono e pensano che il virus sia diffuso dallo Stato. Pertanto, ci sono stati anche casi di linciaggi di operatori sanitari che andavano, per esempio, a spruzzare disinfettanti. Questo è uno dei motivi per cui, per esempio, l'azione europea, in particolare quella italiana, è estremamente importante, perché noi abbiamo ONG che si trovano nei territori da venti o trent'anni e sono estremamente accettate dalla popolazione.

Vi ho fornito qualche elemento — svolgeremo poi la relazione — per inquadrare il problema, che presenta vari livelli. Presenta il livello dell'emergenza che si sta verificando in Africa, che è un'emergenza umanitaria, che ha però anche dei condizionamenti politici su un'area fortemente destabilizzata, che si trova in una fase anche di guerra o di guerra civile. Presenta poi un tema sulla sicurezza dell'area globale e, in particolare, sulla sicurezza dei Paesi europei.

Come sapete, l'epidemia ha preso avvio nella *Forest Region* della Guinea, ai confini con la Sierra Leone e la Liberia, e ha coinvolto successivamente la capitale Conakry. Il primo caso in Liberia è stato notificato il 30 marzo e in Sierra Leone il 25 maggio del presente anno.

Deve aggiungersi che dal dicembre del 2013, ossia da quando l'epidemia avrebbe avuto effettivamente inizio, al 3 ottobre 2014 sono stati riportati dall'Organizzazione mondiale della sanità 7.470 casi probabili, confermati e sospetti, inclusi 3.431 decessi, con un tasso di letalità del 46 per cento in Guinea, Liberia e Sierra Leone.

Tali dati sono aggiornati al 3 ottobre 2014, data dell'ultimo *report* dell'OMS, e, come è facile intuire, sono soggetti a continue variazioni. Avete avuto i dati di stamattina, che abbiamo saputo tutti dai giornali. Tuttavia, nell'incontro avuto sia con l'OMS, sia con le Nazioni Unite si è previsto proprio un picco di casi di contaminazione in questo *range* in cui stanno arrivando gli aiuti della cooperazione internazionale.

In Nigeria, dove il virus Ebola è stato introdotto nel mese di luglio dalla Liberia, sono stati registrati 20 casi e 8 decessi. Oltre al caso indice si sono verificati casi secondari e terziari e, dopo il focolaio iniziale di Lagos, un *cluster* di casi è stato registrato a Port Harcourt, nello Stato di Rivers, con tre casi confermati. In Senegal è stato registrato un solo caso di importazione dalla Guinea senza ulteriori casi secondari. Sia in Nigeria che in Senegal è stato completato

il periodo di sorveglianza sanitaria di 21 giorni senza evidenza di nuovi casi di malattia.

Il focolaio attualmente in corso nella Repubblica democratica del Congo, con 70 casi, di cui l'ultimo isolato il 25 settembre e 43 decessi, è del tutto indipendente da quelli dei Paesi dell'Africa occidentale. Anche in Congo vengono messe in atto misure di sorveglianza nei confronti dei soggetti venuti in contatto con casi di malattia, che in gran parte hanno già superato il periodo di osservazione di 21 giorni senza sviluppare sintomi sospetti.

L'attuale epidemia in Africa occidentale è causata dallo *Zaire Ebolavirus* ed è la prima epidemia del virus Ebola che interessi l'Africa dell'Ovest, la più estesa mai registrata per numero di casi e diffusione geografica e la più complessa in termini di gestione e di controllo. Si tratta, inoltre, della prima volta che tale epidemia coinvolge le grandi città.

Le misure messe in atto dai Paesi interessati non sono riuscite finora a controllare l'epidemia, in particolare in Liberia e Sierra Leone, Paesi in cui si sta assistendo a una rapida accelerazione dell'andamento dell'epidemia, come vi dicevo. Si prevede, peraltro, che il tasso di nuovi casi continuerà ad aumentare, in particolare in Sierra Leone e Liberia, nelle prossime settimane e forse nei prossimi mesi. La complessità del focolaio, i deboli sistemi sanitari pubblici dei Paesi colpiti e la dimensione di questa epidemia rendono difficile prevedere quando potrà osservarsi una decelerazione della stessa fino al suo arresto.

Tuttavia, non c'è evidenza che le misure di controllo raccomandate dall'OMS ai Paesi interessati siano inadeguate o insufficienti a scongiurare il contagio, se correttamente applicate. Il problema è proprio la corretta applicazione delle indicazioni epidemiologiche fornite dall'OMS, motivo per il quale gli Stati Uniti sono intervenuti con 3.000 persone dell'esercito e si stanno realizzando ospedali da campo. Immaginatevi, però, che anche il tentativo, proprio di pochi giorni fa, di

realizzare un ospedale *in loco* è complesso, perché manca la capacità di fare le fondamenta, cioè di effettuare lo scavo.

Noi ci troviamo in una situazione in cui la richiesta fortissima che è arrivata dalla riunione a Washington, in cui da un anno si sta lavorando su una nuova prospettiva di sicurezza globale per i temi sanitari, è proprio quella di un intervento che divenga strutturale in questi Paesi.

Per quanto riguarda i rischi di infezione nelle zone colpite, io ho avuto modo di precisare in diverse occasioni che il rischio di infezione per i turisti e i viaggiatori in genere, nonché per i residenti nelle zone colpite è da considerare molto basso se si seguono alcune precauzioni igieniche del tutto elementari: evitare il contatto con i malati e i loro fluidi corporei, nonché con i corpi e con i fluidi corporei di pazienti deceduti.

Aggiungo, in via meramente esplicativa, il riferimento ad altre ancora più elementari e generiche precauzioni, sempre consigliate in casi di viaggio in Africa subsahariana: evitare contatti stretti con animali selvatici vivi o morti, evitare di consumare carne di animali selvatici, lavare e sbucciare la frutta e la verdura prima del consumo, lavarsi frequentemente le mani.

Il rischio, invece, è più elevato per gli operatori sanitari e per il personale delle organizzazioni umanitarie che forniscono assistenza e cure mediche nelle zone colpite. A loro è consigliato indossare indumenti protettivi, comprese maschere, guanti, camici e presidi di protezione per gli occhi, e di mettere in atto le misure adeguate di prevenzione e di controllo delle infezioni. Dai dati che abbiamo avuto e dai racconti degli operatori risulta che per un lungo periodo siano mancate anche queste elementari misure di protezione.

Per quanto riguarda i Paesi fuori dall'Unione europea, gli Stati Uniti d'America hanno registrato un caso di importazione. Si tratta di un cittadino liberiano che ha sviluppato sintomi compatibili con la malattia da virus Ebola il 24 settembre

del 2014, circa quattro giorni dopo essere giunto negli Stati Uniti d'America. Tale soggetto si è rivolto per la prima volta a un servizio di pronto soccorso nella città di Dallas il 26 settembre corrente ed è stato messo in isolamento il 28 settembre.

Poiché il soggetto era asintomatico durante il viaggio, le persone che erano a bordo degli stessi aeromobili sui quali era imbarcato il predetto soggetto non corrono rischi. Sono, invece, in corso attività di *contact tracing* e sorveglianza nei confronti delle persone che sono venute in contatto con il caso mentre era sintomatico.

Per quanto riguarda l'Europa, avete tutti sentito le notizie di ieri sull'infermiera spagnola che ha avuto un caso di contagio. Adesso stiamo cercando di capire anche dalla Spagna per quale motivo sia avvenuto il contagio. Abbiamo avuto comunque un caso in Spagna, deceduto; uno nel Regno Unito, con condizioni cliniche stabili; due in Germania, un senegalese e un ugandese operanti rispettivamente per l'OMS ed Emergency, con condizioni cliniche stabili; uno in Svizzera, un operatore sanitario australiano della Federazione internazionale della Croce rossa, considerato come persona da sottoporre a indagine, ma non come caso sospetto probabile.

Il coordinamento delle misure sanitarie a livello europeo è sotto l'egida del Health Security Committee dell'Unione europea, che, oltre ad avvalersi della consulenza tecnica del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), si basa anche sulle raccomandazioni fornite dall'OMS, la quale, al momento, non raccomanda restrizioni di viaggi o controlli all'ingresso.

Le raccomandazioni temporanee emanate dal Comitato di emergenza del Regolamento sanitario internazionale in data 8 agosto 2014 sono state in tal senso reiterate lo scorso 22 settembre. Altre forme di coordinamento per gli aspetti umanitari e per quelli di sicurezza fanno

capo alla DG ECHO, cioè alla cooperazione umanitaria, e al Comitato politico per la sicurezza.

Noi abbiamo anche chiesto, come Italia, che sia rafforzato il monitoraggio per quanto riguarda gli ingressi dai Paesi extra UE dentro l'Unione europea, con tracciabilità di informazioni in tempo reale.

Noi non abbiamo voli diretti, abbiamo voli indiretti. Per noi è estremamente importante, dunque, riuscire ad avere una mappatura, non soltanto a livello italiano, ma anche a livello europeo, delle persone che transitano attraverso i nostri Paesi venendo anche dalla Russia e dall'Ucraina e da un'area che non ha i sistemi di sicurezza sanitari omologhi a quelli europei.

In Italia le segnalazioni di casi sospetti pervenute sino ad oggi al Ministero della salute sono state oggetto di apposita indagine epidemiologica. Noi abbiamo avuto moltissime segnalazioni, fortunatamente rivelatesi come dei falsi allarmi. Questo, però, va bene. Vuol dire che c'è un sistema di *alert* molto attento. Per la maggior parte dei casi la diagnosi riscontrata è stata di malaria, ma è importante poter intervenire in tempo reale anche se ci sono dei semplici sospetti.

Il Ministero della salute, al pari delle altre autorità sanitarie europee ed extraeuropee, segue con estrema attenzione l'evoluzione della situazione dell'epidemia da virus Ebola in Africa occidentale e ha adottato misure in linea con quanto suggerito a seguito di una valutazione dei rischi dall'OMS e dall'ECDC per i Paesi che non hanno registrato casi.

Il Ministero della salute ha fornito, con circolare del 4 aprile 2014 e con altre successive, rispettivamente in data 8 aprile e 8 agosto, dettagliate disposizioni per il rafforzamento delle misure di sorveglianza nei punti di ingresso internazionali, porti e aeroporti, presidiati dagli Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera (USMAF) e ha attivato gli indispensabili collegamenti operativi con i servizi di emergenza sanitaria territoriale tanto del Servizio sanitario nazionale, quanto dei servizi sanitari aeroportuali e delle navi.

Per consentire il rafforzamento delle misure di sorveglianza in corrispondenza dei punti di ingresso internazionali sono state fornite specifiche indicazioni perché il rilascio della Libera pratica sanitaria alle navi che nei 21 giorni precedenti abbiano toccato uno dei porti dei Paesi colpiti avvenga solo dopo verifica da parte dell'USMAF della situazione sanitaria a bordo.

Per ciò che concerne gli aeromobili è stata richiamata la necessità dell'immediata segnalazione di casi sospetti a bordo per consentire il dirottamento dell'aereo sugli aeroporti sanitari designati, ai sensi del Regolamento sanitario internazionale del 2005.

Io ho fatto anche una visita a Malpensa, dove, come Italia, abbiamo un centro di isolamento e di quarantena anche nel caso in cui ci fossero contaminazioni su aerei.

Comunico, inoltre, che gli USMAF degli aeroporti di Roma Fiumicino e di Milano Malpensa, designati come aeroporti sanitari, hanno emanato specifiche ordinanze aeroportuali per disciplinare gli interventi in caso di segnalazioni di casi sospetti di malattie infettive a bordo di aeromobili provenienti direttamente o indirettamente dalle aree infette. Tali misure sono coerenti con quelle applicate negli altri Paesi dell'Unione europea e in linea con le raccomandazioni dell'OMS e dell'ECDC.

L'Ente nazionale per l'aviazione civile e il Comando generale delle Capitanerie di porto-Guardia costiera sono stati invitati a prestare la loro indispensabile collaborazione per l'efficace e completa realizzazione di queste raccomandazioni.

Per quanto riguarda, in particolare, l'operazione *Mare Nostrum*, la partecipazione del Ministero della salute con propri medici alle attività della Marina militare è volta proprio a consentire, quando ancora i migranti sono a bordo e prima dello sbarco sul territorio italiano, i controlli sanitari per accertare la presenza e i sintomi sospetti di malattie infettive ai sensi del Regolamento sanitario internazionale dell'OMS. In caso di

mancanza del medico del Ministero della salute a bordo, i controlli vengono effettuati a terra, come di consueto, prima dello smistamento dei migranti verso i vari Centri di accoglienza.

Ribadisco, inoltre, quanto ho già avuto modo di precisare in precedenti occasioni, ovvero che la durata del viaggio, in caso di flussi migratori irregolari per mare, è tale da rendere estremamente improbabile l'arrivo di casi di infezione da virus Ebola, la cui incubazione è di circa 7-10 giorni, con un minimo di 2 e un massimo di 21 giorni.

Ricordo poi che l'Italia, a differenza di altri Paesi europei, non ha collegamenti aerei diretti con i Paesi dell'Africa occidentale interessati dall'epidemia, che — ribadisco — sono, allo stato, Guinea, Liberia e Sierra Leone, né con la Repubblica Democratica del Congo.

Da ultimo, con la circolare 1° ottobre 2014 sono state fornite indicazioni non solo sui centri di riferimento nazionale e sui centri clinici a livello delle regioni e delle province autonome in cui possono essere gestiti casi sospetti o confermati di infezioni da virus Ebola, ma anche sulla modalità di stratificazione del criterio epidemiologico in base al rischio di esposizione, sulla valutazione iniziale e la gestione di casi sospetti o confermati di malattie da virus Ebola, sulle modalità per il trasporto, sulle precauzioni da adottare per la protezione degli operatori sanitari e sulle misure nei confronti di coloro che vengono a contatto con i casi di malattia.

Vi rappresento che pochi Paesi dell'Unione europea possono contare su due centri di riferimento nazionali con annessi laboratori di massima sicurezza biologica (BLS 4), come l'Istituto nazionale per le malattie infettive IRCCS Lazzaro Spallanzani di Roma e l'Azienda ospedaliera Ospedale Luigi Sacco di Milano.

Vengo alle attività a livello comunitario. Prima di passare a questo aspetto, che è poi quello più di competenza del Ministero degli affari esteri, vorrei relazionarvi, anche a braccio, rispetto all'evoluzione che noi abbiamo avuto e che

avremo nei prossimi giorni e nelle prossime settimane. Alla luce del fatto che l'OMS prevede un picco della malattia prima che essa rientri e che ci saranno centinaia, se non migliaia di operatori internazionali, anche italiani, presenti in Africa, noi abbiamo la nostra principale criticità in due fattori.

Il primo sta nell'evacuazione in Europa dei operatori e dei medici dai Paesi in cui stanno prestando opera. Il secondo riguarda i viaggiatori, anche operatori, non infetti che provengono dai Paesi in cui stavano prestando opera e che circolano liberamente per i nostri territori. Si tratta di cittadini italiani, francesi, danesi, tedeschi e così via.

Perché ci sono due criticità? Perché, ovviamente, c'è l'assoluta necessità che i operatori, quando si muovono nei Paesi, forniscano informazioni del loro movimento, anche se stanno bene, in modo tale da poter avere una tracciabilità degli spostamenti di tutte le persone all'interno del territorio europeo. Immaginate che questo è un livello di controllo complesso, non per l'Italia, ma proprio a livello europeo.

Il secondo aspetto è che noi ci aspettiamo che ci siano delle contaminazioni vere o false, ossia degli allarmi, rispetto ai medici e ai operatori che sono in questo momento in West Africa e che aumenteranno di numero nelle prossime settimane.

Pertanto, sia l'incontro che noi abbiamo avuto nell'*high-level Committee*, sia l'incontro che c'è stato durante l'informale del semestre europeo dei ministri della salute a Milano due settimane fa, sia quello successivo a Washington erano incentrati sull'evacuazione medica, su come si fa l'evacuazione. Noi, come Italia, siamo tra i pochissimi Paesi a poterla fare. C'è, infatti, questo problema: quasi nessun Paese in Europa ha aerei in grado di fare evacuazione ad alto contenimento biologico. Siamo in pochissimi.

Non solo, ma con un aereo che fa l'evacuazione, un aereo militare con le barelle, che cosa accade? Dopo che si è fatta l'evacuazione si butta via tutto e, per

avere una nuova barella in alto contenimento, ad alto livello sterile, ci vogliono tra i 10 e i 15 giorni. Se uno Stato ha due aerei, può gestire i propri pazienti.

Noi abbiamo avuto, anche ieri pomeriggio, un incontro, proprio qui a Roma, con Zsuzanna Jakab, la responsabile regionale dell'OMS, con rappresentanti della DG Sanco della Commissione europea e rappresentanti del governo inglese. Quest'ultimo, peraltro, ha approntato un grosso intervento di cooperazione in Africa, su come gestire questa questione. Quasi tutti i Paesi europei possono gestire in alto contenimento i pazienti, ma non l'evacuazione. Pertanto, oggi in Europa si sta discutendo se prendere degli aerei commerciali adibiti a ciò per consentire la possibilità di evacuare i nostri medici malati.

Noi, come Italia, abbiamo una filiera. Abbiamo gli aerei della difesa, che sono attrezzati. Curiamo la tracciabilità del paziente dal momento in cui viene preso nell'ospedale africano. Parliamo di un cooperatore italiano, ipotetico paziente. Speriamo che ciò non accada, ma potrebbe accadere. Il paziente viene caricato a bordo dell'aereo, sull'aereo viene messo in una barella ad alto contenimento attrezzata e pensata sulle nostre strutture e poi portato all'Ospedale Spallanzani. Riusciamo a garantire questo percorso, cosa che non tutti fanno. Questa è una altra questione che riguarda la gestione proprio degli eventuali rischi che si devono mettere in conto nella gestione dell'epidemia.

Per noi adesso l'allarme più importante è il controllo dei passeggeri, che sono spesso europei, operatori — ricordiamoci che a Roma abbiamo la FAO e altre sedi internazionali — il controllo del movimento dei nostri passeggeri, un'alta informazione anche agli operatori medici che arrivano in Europa o negli Stati Uniti, che devono auto-dichiararsi, e la predisposizione di sistemi di evacuazione che devono poter essere tenuti in conto.

Come Italia, noi abbiamo anche sostenuto un'altra linea: noi riteniamo estremamente importante, e su questo abbiamo

avuto anche il conforto di chi ha esperienza sul campo — italiani e inglesi — agire sul campo. Dobbiamo realizzare strutture in grado di accogliere sia i malati africani, sia i malati europei anche sul posto, cioè riuscire a immaginare delle strutture che rimarranno in Africa per avere la cura dei pazienti.

Peraltro, il problema che oggi c'è lì non è soltanto l'Ebola. Ci sono anche la malaria, la tubercolosi, l'HIV, malattie che continuano a essere endemiche. Le persone, purtroppo, muoiono di più di queste altre malattie in una fase in cui sono trascurate, perché si ha paura a prenderne in carico i pazienti.

Io, avendo l'Italia in questo momento la presidenza del semestre europeo, ho chiesto alla Commissione europea di effettuare un censimento delle disponibilità in Europa dei posti letto degli ospedali e del sistema di evacuazione per avere anche un coordinamento delle nostre azioni e delle azioni europee in Africa.

Noi siamo particolarmente attivi in Sierra Leone, dove abbiamo stanziato 5 milioni di euro con la cooperazione e sviluppo. Sempre con la cooperazione si stanno realizzando 90 posti letto in isolamento in Sierra Leone e stiamo coordinando le ONG. Io avrò un incontro domani proprio con la Direzione generale della cooperazione internazionale del Ministero degli affari esteri per avere un'azione più stringente rispetto agli aspetti sanitari interni ed esterni e ai permessi da dare ai nostri medici che vanno in Sierra Leone o in Liberia. Questo è un aspetto estremamente importante.

Questa è la situazione. Per quanto riguarda le misure in atto nei confronti dei nostri connazionali residenti nei Paesi interessati dall'epidemia del virus Ebola, comunico che il MAECI (Ministero del affari esteri e della cooperazione internazionale) ha monitorato sin dall'inizio dell'emergenza l'evolversi della situazione attraverso uno stretto contatto con le sedi diplomatiche consolari ubicate e competenti nei Paesi maggiormente colpiti dal fenomeno. Ciò al fine di fornire ai nostri

connazionali presenti in quei Paesi - Guinea, Liberia, Nigeria e Sierra Leone - le informazioni più adeguate.

Tra le altre iniziative è stata realizzata una mappatura degli italiani presenti nell'area in termini sia di collocazione geografica, sia di tipologia della presenza, per modulare e programmare eventuali interventi di evacuazione, come vi dicevo, ove ciò si rendesse necessario.

Il monitoraggio svolto in collaborazione con le sedi diplomatiche ad Abidjan e Dakar, competenti per territorio, rispettivamente la prima per la Liberia e la seconda per la Sierra Leone, si è rivelato utile per portare avanti alcune azioni di prevenzione. In particolare, nelle scorse settimane sono state inviate ai connazionali presenti nelle aree interessate delle *e-mail* di allerta contenenti consigli pratici, nonché l'indicazione delle misure sanitarie adottate dalle autorità locali per contenere il propagarsi dell'epidemia.

Lo stesso MAECI ha, peraltro, stanziato specifici fondi, come vi dicevo prima, per le attività da svolgere nei Paesi colpiti da parte sia dell'OMS, sia di altre organizzazioni non governative.

Inoltre, io ho chiesto che nella legge di stabilità vi sia un aumento dei fondi destinati all'USMAF e al controllo di porti e aeroporti. Noi abbiamo svolto, come Ministero della salute, quest'attività da aprile a oggi con i fondi che avevamo a disposizione, così come anche la nostra presenza sulle navi di *Mare Nostrum*, che è stata un'iniziativa nostra presa il 21 giugno.

È evidente, però, che, avendo una serie di fronti aperti dal punto di vista della sicurezza, che non riguardano solo l'Ebola, noi abbiamo la necessità che ci siano un coinvolgimento e un rafforzamento dei sistemi di controllo nei prossimi mesi, anche con azioni di informazione più capillare nei confronti dei cittadini, il che non significa creare allarmismi, anzi, il contrario. Non abbiamo bisogno di allarmismi in questa fase. Abbiamo bisogno di procedure di sicurezza e di procedure di informazione che

divengano ordinarie e che facciano parte un po' anche della nostra vita, non solo in relazione all'Ebola.

Un aspetto molto importante del GHSA che deve entrare anche nella nostra consapevolezza, non solo dei componenti delle Commissioni che si occupano di salute, ma, io direi, anche di tutto il Parlamento e di altri rappresentanti dei cittadini, è che il tema della salute non è più soltanto e semplicemente un tema di cura o di prestazione. È un tema di sicurezza globale. Noi abbiamo avuto in questi anni SARS, MERS, problematiche derivanti dalla resistenza agli antibiotici e l'allerta sui temi riguardanti la biosicurezza e la sicurezza batteriologica nel settore del terrorismo.

Oggi c'è un virus come quello di Ebola. In più ci sono i conflitti e le guerre, in una fase di globalizzazione, in cui le persone e le merci viaggiano e portano anche più facilità nelle contaminazioni. Abbiamo il focolaio di poliomielite in Siria, c'è la meningite, che viene anche dall'Est Europa, ci sono una serie di malattie che noi pensavamo scomparse e che hanno delle recrudescenze.

Pertanto, è estremamente importante avere una sorveglianza epidemiologica coordinata a livello globale. L'Italia è entrata tra i 10 Paesi che fanno questo lavoro per la sua esperienza maturata sul campo. Noi siamo *leader* per le vaccinazioni per i prossimi cinque anni a livello globale. Anche il tema della vaccinazione di massa è un tema sanitario importantissimo, nel momento in cui ci sono recrudescenze di malattie che pensavamo non esserci più e che, invece, ci sono nuovamente.

Questa è una questione estremamente importante, soprattutto per l'area mediterranea. Noi abbiamo voluto inserire nell'agenda del semestre europeo la sicurezza e la salute dell'area mediterranea e avremo proprio qui, alla fine di ottobre, due giorni di alto confronto tecnico e politico, ma soprattutto tecnico, riguardante proprio la sicurezza e la salute di quest'area, che ha delle esigenze partico-

lari, non dovute solo ai virus, ma anche a particolari patologie che sono tipiche di essa. Pensiamo alla talassemia.

Questa è la situazione, per come si sta realizzando. Ribadisco che abbiamo chiesto un aumento dei fondi proprio perché non possiamo gestire questa come una situazione ordinaria. Va gestita in modo molto approfondito e con un monitoraggio continuo.

Detto ciò, ribadisco quello che ho detto fin dall'inizio, perché non sono parole che noi diciamo, ma fatti certificati dagli esperti dell'Organizzazione mondiale della salute e dai nostri esperti di prevenzione: la trasmissione del virus Ebola è veramente molto complessa, non avviene in modo semplice in un Paese ad alto livello di igiene. Prevede un contatto con i malati in uno stato infetto, quando la malattia è attiva, un contatto proprio fisico e, quindi, è estremamente difficile da gestire.

Ciò non significa, però, che non dobbiamo tenere alta la guardia. Soprattutto dobbiamo fermare l'epidemia in Africa. Oggi siamo a 7.000 casi di infetti, si può arrivare a 20.000. Se si andasse oltre, questa diventerebbe veramente una tragedia immane.

Inoltre, la situazione ci deve far riflettere — lo dico soprattutto alla Commissione affari esteri — su come noi dobbiamo agire nei confronti del continente africano. Quello che accade dall'altra parte del confine non è una questione che ci può lasciare indifferenti neanche dal punto di vista sanitario.

Adesso noi abbiamo l'afta. Stavamo parlando di Ebola. Ora parliamo di afta, che non è la stessa cosa. L'afta è un'epidemia che colpisce gli animali e che, se dovesse arrivare dal Nord Africa in Europa, potrebbe mettere a serio repentaglio la nostra prima filiera dell'agroalimentare, che è proprio l'allevamento delle carni.

Si tratta di problemi molto grandi, che colpiscono intere economie, non soltanto la salute delle persone, e che, quindi, hanno necessità, a mio parere, di un livello di consapevolezza delle nuove

strategie nel settore più diffuso e meno lasciato soltanto agli esperti o agli addetti ai lavori.

PRESIDENTE. Do la parola ai deputati che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

MARIO MARAZZITI. Grazie, ministro. Devo dire che la sua esposizione è stata estremamente accurata. Volevo rapidamente porre due oggetti alla nostra attenzione.

Uno è il tema della sicurezza globale, che lei ha citato. In questo momento per la sicurezza globale occorre in Africa, come lei ha detto, un'azione molto avanzata di monitoraggio già nelle fasi non acute, quando qualunque tipo di sospetto di febbre o di diarrea necessita di una qualche misura e di un cordone sanitario in zone in cui non c'è una struttura adatta per assicurarli.

In questo senso direi che l'inizio di coordinamento internazionale è sicuramente positivo. L'ONU ha fatto una ricognizione anche delle Organizzazioni non governative già attive nelle aree e ha assegnato loro dei compiti. Io credo che in questo coordinamento sia estremamente utile coinvolgere direttamente le organizzazioni internazionali non governative già attive sul territorio. Comunico che in Guinea le strutture del programma Dream contro l'AIDS svolgono una parte di queste funzioni in concomitanza con l'azione degli altri organismi internazionali.

Vorrei, però, fare un'osservazione. Dal punto di vista globale io credo che sia giusta l'osservazione che l'Africa siamo noi. Noi possiamo rispondere a questo problema con il tentativo e l'illusione del cordone sanitario e dell'interruzione dei rapporti con l'Africa. Io credo, però, che questa sia una modalità fallimentare. Salvo monitorare tutti i traffici umani delle persone — questo senz'altro va fatto — io credo che, al contrario, dobbiamo provare a pensare che alcuni problemi strutturali dell'Africa siano nostri. Questo è

un problema di politica estera, un problema strategico dell'Europa e, quindi, io credo che questa sia l'unica risposta di medio-lungo periodo.

La seconda osservazione è che dobbiamo pensare al fatto che c'è una possibilità di implicazione guerra-sicurezza legata al problema di Ebola. In forma blanda questa è guerra sociale, guerra culturale in Italia e in Europa. Si può creare un'occasione in più di stigmatizzazione di tutto il mondo africano o di tutto il mondo degli immigrati. Noi dobbiamo accompagnare, anche in questa fase di paura, una campagna in Italia e in Europa e comunque in Italia dobbiamo stare attentissimi ai focolai di ulteriore piccolo, medio o grande razzismo e paura.

Io credo che noi dobbiamo fare un lavoro culturale, mediatico e politico. Dobbiamo stare attentissimi nel linguaggio, perché il rischio che, di nuovo, vengano targhettizzati tutti coloro che vengono da fuori come pericolo per tutti rischia di creare incidenti molto gravi.

Dobbiamo anche su questo fronte lavorare sulla prevenzione con grande attenzione. Gli episodi che abbiamo a Roma e in altre città d'Italia non sono legati a Ebola, ma questa psicologia può crescere.

A livello africano, a livello internazionale, come è emerso anche negli incontri che abbiamo avuto adesso all'ONU, all'Assemblea generale, con tutto il comparto dei diritti umani, c'è una possibile grave conseguenza legata a guerre e diritti umani.

Poiché la pratica della diffusione di Ebola è legata al contatto fisico con i corpi, anche con i corpi malati, deteriorati o morti e poiché questo è collegato a culture tradizionali, in cui c'è giustamente un'attenzione al corpo del malato e al corpo della persona morta, ciò può incrociarsi con rituali anche religiosi o tradizionali. È possibile, quindi, che nell'ignoranza e nella paura alcuni gruppi individuino l'altro gruppo, che utilizza pratiche diverse dalle proprie, come il portatore di Ebola.

Questo non è un problema piccolo. Se per caso questa diventa una questione per cui alcuni gruppi di terrorizzati cristiani, o non cristiani, individuano come responsabili dei gruppi di musulmani che curano i corpi dei malati in un dato modo, o viceversa, noi possiamo andare verso embrioni di guerre civili e guerre etniche. Se, per caso, in alcune zone ci fossero delle sacche di comportamenti tradizionali di persone di religione musulmana targhettizzati da altri gruppi, potrebbe anche avvenire che i tanti ISIS, Al-Shabaab o Boko Haram possano ergersi a paladini e protettori.

ILARIA CAPUA. Grazie, presidente. Buongiorno, signor ministro. La prego di accettare i miei complimenti veramente sentiti per come ha mostrato di aver compreso il problema dell'Ebola nelle sue moltissime e complicatissime ramificazioni, che vanno da questioni locali, dovute al fatto che questa infezione insiste nei Paesi più poveri del mondo, a questioni, come diceva l'onorevole Marazziti, anche culturali. Soprattutto mi complimento con lei per aver compreso nella loro interezza le ripercussioni globali che questa infezione può avere.

Volevo riassumere alcuni punti per fare una proposta. Questo è il più grande focolaio di Ebola che si sia mai verificato e, quindi, ci sono molte incognite. I focolai precedenti, a parte l'essere stati causati da altri stipiti virali, si sono sempre bene o male autolimitati. La comunità internazionale è di fronte anche ad alcune incomprensioni sui meccanismi di curva della crescita epidemica e sulla diffusione, in particolare, di questa infezione.

C'è da dire, però, che Ebola è un virus che si ferma. Applicando determinate misure, l'infezione si ferma, tant'è che in Nigeria e in Senegal, come lei ha sottolineato, dove ci sono anche una storia sanitaria e un sistema sanitario diversi, per esempio la presenza dell'Istituto Pasteur, l'infezione si è riuscita a fermare. Questo noi non dobbiamo dimenticarcelo: è possibile intervenire. L'Ebola non è un'infezione altamente contagiosa. Per for-

tuna, è un'infezione poco contagiosa e altamente letale.

È chiaro, però, che in qualunque Paese, compresi gli Stati Uniti, se dovessero arrivare 100 casi, il sistema andrebbe al collasso, perché vi sono poche strutture in grado di ospitare persone ammalate. Il ricovero di questi pazienti ha dei costi altissimi, come il loro trasporto, a cui lei ha accennato prima.

È ovvio che il ragionamento che ha fatto lei, cioè di intervenire *in loco* - scusate, forse l'espressione è un po' asciutta - per salvare loro per poi salvare il resto del mondo è particolarmente adatto a questa situazione.

Inoltre, noi siamo di fronte, e lei l'ha detto, a una curva epidemica che è in fase crescente, non è ancora in fase decrescente e non sapremo dove arriverà. Si parla di 20.000 casi, che però, essendo il contagio esponenziale, potrebbero anche diventare 100.000. A quel punto si evidenzia una serie di rischi aggiuntivi legati alle movimentazioni di persone non dall'Africa all'Europa o agli Stati Uniti, ma all'interno dell'Africa. Se invece di essere una manciata i Paesi che sono infetti diventano 25, a quel punto la situazione diventa assolutamente incontrollabile.

Lei ha menzionato il fatto che noi abbiamo delle aree di eccellenza in Italia nel campo delle malattie infettive. Allo Spallanzani è stata recentemente conferita la responsabilità, insieme al Robert Koch Institute, il che non è da poco, di gestire il coordinamento della nostra risposta all'epidemia. L'Italia è uno dei pochi Paesi che hanno il trasporto aereo e uno dei Paesi che hanno fornito dei laboratori mobili da portare *in loco* per sostenere le attività di diagnosi, di sorveglianza e di controllo dell'infezione.

Abbiamo anche un'azienda che ha prodotto un vaccino e su questo punto vorrei aprire anche una piccola parentesi. Perché non ci sono vaccini e perché non ci sono sieri? Perché non esiste una terapia? Perché Ebola fino a questa volta ha preoccupato poco, in quanto si autolimitava. Pertanto, di investimenti nel

campo della ricerca ne sono stati fatti molto pochi. Solo alcuni gruppi hanno avuto la perseveranza e l'intuizione di capire che prima o poi i nodi sarebbero venuti al pettine e, quindi, hanno investito o hanno cercato fondi specifici per mettere a punto dei presidi immunizzanti o terapeutici.

Quello che vorrei proporle, ministro, è che l'Italia ha, secondo me, una grande responsabilità in tutta questa faccenda. Perché? Perché abbiamo le professionalità. Questo è un problema di tutto il mondo, non è un problema dell'Africa e dell'Italia, dell'Africa e dell'Inghilterra o della Francia con le colonie francesi. No, questo è un problema globale e ognuno di noi deve fare la sua parte per arrestare il contagio.

Noi siamo particolarmente forti per le motivazioni che lei ha detto, perché abbiamo determinate strutture e perché abbiamo anche persone, ossia medici e tecnici, che sono andate in loco. Siamo anche molto tenuti in considerazione dall'Unione europea e dagli altri *stakeholder*.

Quello che mi sento di proporle è di pensare a come l'Italia possa sfruttare i talenti che ha, nel vero senso della parola, e metterli veramente a disposizione al massimo per la comunità internazionale. Perché non creare una *task force* italiana che sia in grado di gestire non in maniera « passiva » le attività - nel senso c'è da fare una data cosa, si prende e si parte, che c'è da intervenire - ma in maniera proattiva, prendendo anche la *leadership* rispetto ad altri Paesi europei? Questa *leadership*, di fatto, ci viene riconosciuta.

La mia proposta è proprio questa: utilizziamo per il bene della salute di tutti i Paesi del mondo le nostre professionalità anche in campo della ricerca, sostenendole in modo tale che questa crisi globale possa essere risolta il prima possibile. Diversamente essa sarà molto difficile da sostenere, sia dal punto di vista logistico-organizzativo, sia dal punto di vista economico, perché quello che oggi costa mille, se i pazienti dovessero diventare molti di

più e dovessero entrare nei nostri Paesi, potrebbe costarci un milione o un miliardo.

MARIA EDERA SPADONI. Grazie, presidente. Io ringrazio la ministra per il suo *report* sulla questione Ebola. Essendo assistente di volo, sarò piuttosto specifica sulle informazioni che ci ha fornito riguardanti la questione degli aeroporti.

Innanzitutto la devo smentire, perché c'è un volo diretto Alitalia da Roma a Lagos. Essendoci un focolaio in Nigeria, rilevo che esiste un volo diretto e che, quindi, l'informazione che ci ha fornito è un'informazione errata.

Lei prima parlava di Roma e Milano classificati come aeroporti sanitari. Visto che è la prima volta che sento questa definizione, vorrei capire nello specifico che cosa intende per « aeroporti sanitari ». Lei prima diceva che ci sono delle strutture di isolamento, ma in tutti gli aeroporti civili sono predisposte delle strutture di isolamento, chiaramente non per la questione Ebola, ma per qualsiasi tipo di malattia infettiva. Sappiamo perfettamente che, se abbiamo una varicella in aereo, si mette il caso in isolamento in qualsiasi aeroporto. Vorrei capire, quindi, cosa si intende per « aeroporti sanitari », visto che è la prima volta che sento questa definizione.

Vorrei capire anche la tutela degli equipaggi. Noi, come assistenti di volo, ci ritroviamo a fare anche dei voli in luoghi piuttosto sensibili. Vorrei capire se sono predisposte delle situazioni tali per cui gli equipaggi siano effettivamente tutelati.

In ultimo, svolgo una riflessione molto semplice. Lei prima parlava di non esagerare con la situazione emergenziale. Chiaramente non si deve esagerare, però, oggettivamente parlando, è un fatto che in Italia della situazione Ebola non si parli molto rispetto, invece, ad altri Paesi europei in cui viene spesso citata in articoli di giornale. Certamente occorre non creare il panico, per intenderci, ma non si deve neanche sottovalutare la situazione.

GIULIA GRILLO. Ministro, senza che lei se ne abbia a male, non la ringrazio, ma solo perché credo che sia suo dovere venire qui a riferire, come è nostro dovere essere oggi presenti.

Sinceramente, come Commissione affari sociali, visto che, peraltro, abbiamo presentato un'interpellanza urgente e abbiamo esaminato la questione, noi siamo molto delusi, perché ci aspettavamo molto di più rispetto a quello che ci ha detto oggi.

In realtà, quello che lei ci ha riferito è ciò che leggiamo tutti i giorni sui quotidiani e anche sul sito del suo ministero, che penso lei conosca, perché è fatto molto bene e contiene molte informazioni, anche di più di quelle che lei ha riferito oggi qui. Francamente, rispetto ai dati che già avevamo a disposizione, almeno personalmente, devo dire che lei non ha aggiunto molto. Dico « personalmente » nel senso che io ero già informata e che, quindi, mi aspettavo sinceramente che lei ci dicesse altre cose.

Velocemente, le dico che, secondo me, come ministro, visto che lei è stata a tutti questi incontri, mi aspettavo che lei chiarisse questioni diverse.

Una riguarda l'inizio dell'epidemia, ministro. Nei dati che lei ha riferito, come sappiamo tutti, lei ha parlato di un inizio dell'epidemia a dicembre 2013 rispetto ai primi casi noti, che sono di marzo 2014. Le argomentazioni che vengono addotte per la comprensione di questo inizio dell'epidemia sono poche, parziali e, secondo me, anche poco convincenti.

Il virus *Zaire Ebola*, che è uno dei cinque virus che causano questa malattia, era già noto da molti anni e aveva già causato molte epidemie. La comprensione del come sia scoppiata questa epidemia, cioè la famosa trasmissione attraverso i pipistrelli che, a causa della deforestazione e, quindi, dell'azione umana, sarebbero arrivati nelle zone abitate e il fatto che i cittadini delle zone abitate, mangiando la carne infettata dal pipistrello, avrebbero poi subito un'epidemia di queste dimensioni senza mutazione del virus, non ci convince. O perlomeno,

speravamo che lei, essendo il Ministro della salute ed essendo stata in tutti questi consessi internazionali di dibattito, avesse potuto assumere delle informazioni in più. Non vogliamo fare una ricerca su PubMed, però, visto che si tratta di un'epidemia di proporzioni enormi, ci aspettavamo qualche informazione in più.

Questo per quanto riguarda l'inizio dell'epidemia, che noi riteniamo sia fondamentale. Oggi non possiamo subire - non noi, ma per primi i cittadini africani - un fenomeno di queste proporzioni e di questa gravità e poi magari, come diceva la collega Capua, produrre il vaccino quando ci sono già persone che muoiono come se nulla fosse, mentre, quando il vaccino magari serviva solo per poche persone e quindi non produceva un indotto economico, probabilmente nessuno era interessato alla sua produzione.

Di fatto è così. Non lo dico io, l'hanno detto tantissimi ricercatori che le risorse economiche erano pochissime per investire su questo vaccino, a parte qualche laboratorio americano che investiva sui sieri monoclonali, che poi sono stati quelli che sono stati somministrati al medico e all'infermiera americani che sono guariti.

Noi ci aspettavamo di più. In che termini? Ministro, quanti medici italiani, per esempio, sono coinvolti in questo momento nelle attività di cooperazione? Sono medici della cooperazione e/o medici delle strutture ospedaliere? Quanti sono gli infermieri? Vorrei da lei un numero.

Quali sono i protocolli che state attuando? Io ho letto tutto quello che voi avete pubblicato sul sito del ministero, ma l'osservazione che ha fatto la mia collega assistente di volo gliela ribalto e glielo chiedo: lei, in questo momento, è in grado di dirmi esattamente qual è il protocollo di sicurezza che si attua in un aeroporto o in un porto?

Glielo chiedo, ministro, perché noi stiamo facendo questo intervento due giorni dopo una trasmissione, *Report*, che ha dimostrato come - lei ha avviato un'indagine - sui *pacemaker* che veni-

vano applicati ai cittadini italiani non ci fossero controlli. Lei capisce bene che la fiducia dei cittadini nei confronti della capacità delle Istituzioni di dare seguito a quanto dicono con le parole oppure con gli atti scritti è un tantino vacillante. Peraltro, io vengo da un aeroporto, quello di Catania, dove i piccioni quotidianamente depositano i proprio escrementi ovunque e, quindi, vorrei capire chi fa i controlli.

Adesso voi, col decreto sblocca Italia, state anche privatizzando la gestione del pronto soccorso. In un certo senso, la sanità pubblica di luoghi pubblici come gli aeroporti se ne sta lavando le mani. La sanità pubblica in Italia è parcellizzata. L'ASL di una città non sa cosa fa l'ASL a 60 chilometri di distanza.

Mi perdoni, quindi, ma la nostra preoccupazione, al di là della produzione del vaccino, di cui adesso parleremo, è molto alta, perché siamo molto preoccupati della possibilità che questo Paese abbia veramente la capacità di mettere in atto quello che scrive e quello che dice. Credo di poterlo affermare con una certa cognizione di causa.

Mi scusi, ministro, ma vorremmo sapere anche delle risorse economiche, oltre che di quelle umanitarie, che noi stiamo investendo. Lei ha fatto cenno alla legge di stabilità. La ringrazio, ma non ci ha spiegato quanto potrebbe essere questo ammontare e da dove dovremmo prendere questi soldi. Probabilmente non è lei che lo deve dire, ma vorremmo sapere cosa le hanno risposto gli uffici del bilancio.

Inoltre, come sa, noi all'Europarlamento abbiamo presentato diversi atti parlamentari in cui abbiamo chiesto conto anche di questi 145 milioni di euro dell'Unione europea, che in realtà sono anche di più, oltre agli stanziamenti internazionali da parte della Banca mondiale e delle Nazioni Unite. Ci sono degli investimenti enormi in questi temi. Noi vorremmo capire da lei, ministro, che è la persona preposta a questo, come stanno avvenendo tali investimenti.

Lei ha parlato di 3.000 soldati. La domanda naturale è: dove sono andati

questi 3.000 soldati? È anche immaginabile che 3.000 soldati che vanno in Liberia non possano trovare le ditte edili che costruiscano loro l'ospedale, perché altrimenti la Liberia non sarebbe nelle condizioni in cui è. Peraltro, ripeto, da tutte le notizie dei giornali emerge che la Liberia è completamente abbandonata a se stessa, che i cittadini liberiani non hanno posti negli ospedali, che chiamano a migliaia ogni giorno al centralino per fare le segnalazioni e che nessuno risponde e che sono accatastati come non si sa che cosa.

Io vorrei capire tutti questi sforzi internazionali nel luogo da cui è partito il focolaio epidemico che cosa stanno facendo. Questo mi sarei aspettato. La mia non è una nota polemica, ma una nota di grande preoccupazione, prima di tutto per la gente che sta morendo in quella maniera e poi per la gravità del fenomeno.

Ministro, io la domanda gliela faccio: chi è il responsabile dei controlli in Italia? Vorrei sapere un nome e un cognome della persona che è responsabile. Se domani un cittadino italiano si infetta e infetta altri cittadini, chi è il responsabile? Questo è un Paese in cui è sempre complesso sapere chi è il responsabile.

L'ultimo accenno lo faccio al discorso del vaccino prodotto dalla *joint venture* di IRBM Science Park con GlaxoSmithKline, che è quotata in Borsa e che in questi ultimi giorni ha avuto anche un bel picco. Il 3 ottobre era stato dato l'annuncio che l'Organizzazione mondiale della sanità aveva ordinato un milione di dosi - non vorrei dire un numero sbagliato, ma era un numero molto alto - del vaccino. La GlaxoSmithKline non ha smentito, l'ha fatto solamente ieri sera. È rimasta la notizia prima della smentita e, quindi, intanto i suoi titoli in Borsa sono cresciuti tantissimo.

Ci fa piacere per la GlaxoSmithKline. Non ci fa piacere, invece, se è una notizia finta e soprattutto, ripeto, non ci fa piacere che abbiamo dovuto aspettare che morissero 3.500 cittadini, che ne fossero contagiati 7.000 e che la curva di contagio

in questo momento sia schizzata alle stelle, specialmente alla luce di sforzi proclamati, ma non chiari.

Io penso che adesso qualcuno dei miei colleghi in Commissione affari esteri farà un intervento sulla situazione. Tuttavia, le informazioni che arrivano da questi Paesi - mi scusi, ministro - sono molto frammentarie, molto contraddittorie. Lei stessa ha affermato le difficoltà anche culturali che ci sono in questi luoghi. Noi vogliamo sapere concretamente tutti questi milioni di euro e di dollari che sono stati stanziati e tutti questi militari che sono andati sul posto esattamente cosa stanno facendo.

L'ha chiesto la collega Capua: qual è il Piano di emergenza? Voi avete un piano, avete previsto un arruolamento di risorse umane, che, secondo me, sono più importanti, per ora, delle produzioni dei vaccini? Se è vero quello che avete detto, ossia che in Nigeria è stato controllato il focolaio tramite il *contact tracing*, ossia andando a individuare i soggetti che sono stati a contatto coi pazienti, e che, quindi, si riesce a bloccare la malattia e probabilmente l'investimento di risorse umane è più importante che l'investimento in risorse economiche, mi chiedo se lei abbia previsto anche un Piano di reclutamento.

Peraltro, i medici, come lei ben sa, negli ospedali stanno diventando una merce rara e tra un po' non ce ne saranno più. Stiamo privatizzando tutto e, quindi, i medici, specialmente i più bravi, spesso appartengono a strutture private. Mi chiedo come vogliamo affrontare noi, dal punto di vista proprio delle risorse del personale sanitario, medico e infermieristico, questa emergenza.

Chiudo e mi scuso se mi sono dilungata.

LIA QUARTAPELLE PROCOPIO. Grazie, presidente. Volevo ringraziare molto il ministro, che, con le sue parole, ci ha dato un senso puntuale e circoscritto di che cosa sia veramente Ebola e di quali siano i rischi. Io credo che, in una fase di questo tipo, in cui c'è una grande attenzione da

parte del pubblico, sia assolutamente necessario avere un'informazione chiara e puntuale, perché, soprattutto sui temi sanitari, l'asimmetria informativa e la chiarezza delle informazioni sono temi particolarmente importanti per il pubblico. Ringrazio, quindi, il ministro per essere venuta subito in audizione in Commissione e mi auguro che l'audizione serva a chiarire una serie di dubbi e, quindi, anche a rassicurare più ampiamente il pubblico. Vorrei fare alcune considerazioni e poi seguire i suggerimenti che faceva già l'onorevole Capua.

L'epidemia di Ebola sta esponendo tre falle su quello che noi abbiamo detto e fatto in termini di sviluppo e di Africa. In primo luogo, sta sicuramente danneggiando la narrativa positiva che abbiamo tutti raccontato in questo periodo sull'Africa. Pertanto, è assolutamente fondamentale, ancora una volta, il tema dell'informazione e del controllo del virus. Nel momento in cui l'Italia si è esposta particolarmente per favorire un rapporto diverso con il continente africano, sentire o vedere in televisione che, seppure solo in alcuni Paesi e non in tutto il continente, c'è un'epidemia spaventosa sta effettivamente danneggiando uno sforzo più globale del nostro Governo per rilanciare i rapporti.

Il secondo tema riguarda lo sforzo che è stato fatto a livello globale per irrobustire i sistemi sanitari africani. L'anno prossimo, nel 2015, si farà un bilancio sugli Obiettivi di sviluppo del millennio. Il tema della salute globale era uno dei temi al centro degli Obiettivi di sviluppo del millennio. Sapevamo che alcuni dei Paesi africani avrebbero avuto problemi a raggiungerli.

Il modo in cui è stata gestita l'Ebola e anche quello che lei ha raccontato delle differenze tra Paesi più avanzati e Paesi meno avanzati anche all'interno dello stesso continente africano, con il confronto tra Senegal e Nigeria e Liberia e Sierra Leone, ci dice che molto di più deve essere fatto e che il tema dell'irrobustimento dei sistemi sanitari è un tema

importante anche per la prossima decade o per i prossimi quindici anni di sforzi per lo sviluppo globale.

Il terzo tema è che Ebola, come è già stato ricordato, esiste dal 1976. Questa è la sesta epidemia. Il fatto che, mentre a livello globale sono attive delle iniziative di vaccinazione che hanno anche prodotto dei risultati positivi — penso, per esempio, al tema del vaiolo — su Ebola non ci fosse praticamente neanche un farmaco testato è un po' il segno di quanto ciò che abbiamo detto in termini di sviluppo e di sviluppo dei farmaci in questi anni sia una serie di parole che sono cadute nel vuoto.

Ci sono delle iniziative globali per vaccinare su alcune malattie e per sviluppare alcuni farmaci — qualche anno fa è stato fatto un grosso *battage* sul tema del contrasto alla malaria — ma che dal 1976 a oggi non ci sia stato un sistema che abbia provveduto a sviluppare dei farmaci per il contrasto di un'epidemia che già era avvenuta e che sapevamo fosse molto letale, per quanto contagiosa nei termini che sono già stati ricordati in quest'audizione, è un'altra delle tre falle che quest'epidemia ci porta a considerare.

Detto questo, volevo riprendere il suggerimento dell'onorevole Capua a far sì che l'Italia, in un momento in cui noi stiamo facendo uno sforzo per porre delle priorità precise ai nostri impegni di cooperazione internazionale, possa individuare la sanità come uno dei settori in cui abbiamo effettivamente un'eccellenza riconosciuta a livello globale.

Lancio l'ultimo punto, che è il tema di GAVI. Noi, come Italia, ci siamo contraddistinti nel tempo nel partecipare a meccanismi di finanziamento come gli *Advance Market Commitment* o, in generale, nel fare finanziamenti su vaccini o farmaci che dovevano essere andati a sviluppare. Ebola può essere un segnale sul fatto che l'Italia debba continuare a essere un leader in questo settore di cooperazione internazionale. Parlo, da un lato, del settore di meccanismi finanziari che permettano lo sviluppo di farmaci, e

dall'altro, più in generale, del tema della sanità, che rappresenta una nicchia che ci viene riconosciuta, proprio in un momento in cui noi, dopo la riforma della cooperazione, stiamo cercando di porci una serie di priorità precise che ci mettano all'avanguardia degli sforzi di cooperazione internazionale.

PRESIDENTE. Do la parola al Ministro Lorenzin per la replica.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Grazie per le domande, anche per quelle un po' più difficili, perché aiutano a far comprendere meglio il livello di complessità che noi dobbiamo affrontare e quante siano le questioni in campo.

Io partirei dalle prime domande che mi sono state fatte per quanto riguarda porti, aeroporti e sistema di sicurezza. La deputata Spadoni ha ragione, c'è il volo da Lagos. Ovviamente è monitorato, ma noi consideriamo voli diretti a rischio quelli dalla Sierra Leone, dalla Liberia e dalla Guinea, non dalla Nigeria. La Nigeria ha avuto un caso, che veniva da un cooperatore, ma, come ho detto anche nella relazione e come è stato ribadito, sono riusciti a controllarlo, perché hanno un sistema sanitario più efficiente.

Questo non vuol dire, ovviamente, che non vengano controllati tutti i passeggeri. Vengono controllati, ma il tema vero che noi abbiamo di preoccupazione riguarda i passeggeri che arrivano da voli non diretti. Con i voli indiretti c'è il fatto che un passeggero possa arrivare con un volo a Francoforte, poi prendere un altro aereo e andare a Londra e poi da Londra arrivare a Roma. È la tracciabilità di questo passeggero che desta preoccupazioni, non soltanto a noi, come Italia, ma a tutti e a tutti i livelli.

Che cosa abbiamo chiesto noi, come italiani, con una richiesta che, peraltro, è stata fatta da molti altri Paesi? Abbiamo chiesto di avere la lista dei passeggeri conservata per più di 21 giorni, ossia per il periodo dell'incubazione dell'epidemia. Questo per poter seguire eventualmente, nel caso in cui arrivi un paziente che non

è sintomatico, cioè che non abbia la febbre, il suo percorso. Si può misurare anche la febbre all'entrata, ma, se il passeggero non ha la febbre, non si individua. Qualora dovesse averla dopo, nell'arco massimo di sviluppo della malattia, ossia 21 giorni, dobbiamo poter rintracciare tutti gli altri e, quindi, fare un cordone sanitario.

Perché Roma e Milano? È evidente, tutti gli aeroporti hanno i sistemi sanitari, ma Roma e Milano hanno i canali sanitari, ossia un sistema specifico di isolamento dei pazienti, delle persone, e predispongono anche eventualmente la possibilità di avere una quarantena per un intero aeroplano. Roma e Milano sono due aeroporti che hanno una specificità particolare, essendo anche i due grandi aeroporti intercontinentali che noi abbiamo in Italia e, quindi, sono definiti in questo modo.

Vengo alle domande sul ruolo della cooperazione. Le mettiamo insieme. Fino a oggi in questo Paese si è spesso lavorato per compartimenti stagni: la salute si occupa della salute in Italia, la cooperazione e sviluppo si occupa dei progetti all'estero e poi ci sono progetti misti. Fortunatamente, voi avete approvato qui in Parlamento la nuova legge sulla cooperazione. Nella nuova legge sulla cooperazione finalmente è prevista un'azione attiva del Ministero della salute, che è un'azione anche di coordinamento e di sviluppo di strategie di salute pubblica fuori dal proprio Paese.

Mi rivolgo soprattutto alla deputata Grillo. Grazie a questa nuova norma, che è stata proposta peraltro dal Ministero degli affari esteri, avremo la possibilità, finalmente, quando sarà a regime, di intervenire con azioni di coordinamento tra sanità e cooperazione più forti di quelle attuali, che sono lasciate più a operazioni e a progetti di collaborazione.

Proprio per questo motivo io ho chiesto — domani abbiamo la riunione proprio con il Viceministro Lapo Pistelli — di avere un coordinamento sull'azione dei nostri operatori. Le azioni dei operatori, anche sanitari, non sono gestite dal ministro

della salute, ma dalla cooperazione. Noi abbiamo la necessità oggi di avere, invece, un flusso di informazioni e un coordinamento molto più forte. Questa è la prima volta che si mette in campo qualcosa che è in divenire e che avrà poi dei protocolli sicuri, motivo per il quale io ho chiesto anche un censimento dei operatori italiani, che, come ribadisco, non vengono gestiti da noi, ma dal MAECI.

Passando a un altro punto, come si muovono i nostri medici, come si muovono i nostri operatori? L'ho detto all'inizio del mio intervento. Questa è una delle nuove questioni. A chi chiedono la possibilità di andare? Sono volontari, sono volontari retribuiti, da chi e come? Queste sono tutte questioni che stiamo gestendo proprio in questi giorni, di fronte a una nuova questione che si è posta.

Quanto agli equipaggi, hanno avuto una circolare che abbiamo mandato. Anch'io ho un'amica assistente di volo, che mi ha chiamato un po' di mesi fa e mi ha chiesto che cosa dovessero fare. Abbiamo mandato una circolare sulle misure di sicurezza, che sono quelle previste all'interno dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Io lascerò a entrambe le Commissioni tutti i protocolli che noi abbiamo mandato agli USMAF, aggiornati. Ve li faccio mandare immediatamente dagli uffici. Sono i protocolli aggiornati su come si debbano effettuare i controlli dentro gli aeroporti, nonché sulle circolari che devono essere effettuate.

La responsabile dell'ufficio, per quanto riguarda l'USMAF, è la dottoressa Vellucci dell'ufficio III, che è dirigente della prevenzione. Il direttore generale è, fino a oggi, il direttore Giuseppe Ruocco, che ha gestito e coordinato le attività negli ultimi anni.

Voi siete tutti molto informati perché su Ebola non ci sono stati segreti. Ci sono stati incontri pubblici. Anche l'incontro che abbiamo avuto all'*high level commission* è stato pubblico. La documentazione è pubblica. Io vi lascerò agli atti — se avete interesse ad approfondire la materia, ve la mandiamo — tutta la documentazione del GHSA che si è te-

nuto a Washington. È molto interessante, ma dovrei parlare ore per illustrarvela, perché non riguarda soltanto Ebola, ma riguarda anche la resistenza agli antibiotici, i problemi della sicurezza veterinaria e il livello di risposta alle strategie globali.

Le strategie per la sicurezza globale biosanitaria hanno raggiunto un'effettività di attuazione del 20 per cento a livello globale. L'Italia è uno dei pochissimi Paesi che abbiano effettuato le misure che avevamo predisposto da questo punto di vista.

Per quanto riguarda, invece, la sicurezza dei nostri cittadini, il Sistema sanitario nazionale, come voi sapete, in Italia è uno dei sistemi migliori al mondo, ma non è un sistema che non abbia delle falle. Una delle principali falle è dovuta al regionalismo, e l'abbiamo affrontata qui, soprattutto in Commissione affari sociali, in tanti modi e da tanti punti di vista.

Uno degli strumenti per rimediare a tale criticità è il monitoraggio dei sistemi di controllo. I continui tagli al sistema sanitario mettono a rischio anche i sistemi di controllo. Questo noi lo dobbiamo sapere, perché le ispezioni non si fanno da sole e i sistemi di monitoraggio non si fanno da soli. Questo riguarda tutta la catena. Quello della sicurezza è uno degli aspetti che noi dobbiamo preservare come una priorità, motivo per il quale io ho chiesto i fondi.

Per questo io ho dovuto tagliare i fondi sulle ispezioni del ministero, perché fanno parte del 3 per cento del taglio del fondo al ministero. Abbiamo quello da tagliare, non abbiamo altro. Abbiamo quello e la ricerca, che rappresentano le poche liquidità in mano al Ministero della salute. Il ministero gestisce di fatto gli stipendi del proprio personale e poi un piccolo *budget*, che riguarda appunto la sicurezza e le ispezioni, e il piccolo *budget* della ricerca, che è in mano al ministero e non alle regioni.

Questi sono i tagli e queste sono le problematiche su cui noi dobbiamo confrontarci. Per questo io ho chiesto un

ripristino di misure straordinarie per quanto riguarda i controlli e la sicurezza dei porti e degli aeroporti, perché ritengo che noi dobbiamo comunque essere in grado di gestire qualsiasi tipo di evenienza. Nel caso A non succede niente e non abbiamo bisogno di niente. Nel caso B abbiamo bisogno di gestire delle situazioni più complesse.

Non è vero che non voglio parlarne. Io sono stata tutti i giorni da marzo in televisione su Ebola, non c'è giornata in cui non mi si facciano domande su Ebola. Noi, però, dobbiamo stare molto attenti quando trattiamo questi argomenti.

L'aveva detto prima anche l'onorevole Marazziti. Un fatto è fornire una corretta informazione in modo diffuso, il che è importantissimo. Anzi, io vorrei che ci fosse un'azione ancora più forte di informazione e sto cercando di immaginare come poterla realizzare anche dal punto di vista economico, perché dobbiamo fornire soprattutto ai cittadini la correttezza di capire che cosa sia Ebola rispetto a un'altra malattia. Se uno pensa di prendere Ebola come si prende la polmonite, è evidente che si scatena il panico.

Il secondo punto molto importante è rendere consapevoli le persone che viaggiano e, quindi, rendere consapevoli i viaggiatori della necessità di fornire alcune informazioni. Se negli aeroporti, anche internazionali, danno a un viaggiatore la *paper* da riempire che chiede da dove proviene, lo deve scrivere. Non deve avere paura di fare un'ora in più di fila all'aeroporto.

Questo problema è emerso parlando con i tedeschi. Non sono problemi solo italiani. Abbiamo, quindi, il problema della gestione di una corretta informazione, ma, per fornire una corretta informazione, non bisogna creare allarmismo. Se si crea allarmismo, si ottiene poi nella gestione delle epidemie sanitarie esattamente l'effetto opposto di quello che, invece, si deve ottenere, cioè la sicurezza dei cittadini.

Per quanto riguarda, invece, la produzione e la ricerca dei vaccini, è una questione grandissima, che riguarda la

capacità dell'Europa, e non solo dell'Italia, di finanziare e di investire in ricerca. È stato il tema dell'informale del semestre di Milano, ossia come impattano l'innovazione, la ricerca e gli investimenti nella ricerca in medicina, come aumentare gli investimenti e la ricerca in medicina, come portare più investimenti in ricerca in Italia. Ne abbiamo discusso anche con gli altri Paesi europei per quanto riguarda la questione generale e ne stiamo discutendo a casa nostra per quanto riguarda la situazione in Italia.

Per noi è vitale riuscire a fare questo e trovare anche nuovi modi di finanziare la ricerca, in una fase di contrazione della spesa pubblica. È ovvio che la ricerca rimane una priorità. È inutile dirlo. Bisogna saperla mettere in campo nel modo giusto, con le risorse giuste e anche trovando nuovi strumenti.

Su questo punto io penso che avrò l'occasione di parlarvi. Penso che l'onorevole Vargiu mi inviterà in Commissione anche per affrontare questo tema in un modo anche più informale, con un dibattito aperto con i deputati su una prospettiva di riforma del sistema della ricerca e soprattutto di ottimizzazione di quello che noi abbiamo, ossia gli IRCCS, gli istituti, l'università, nonché di introduzione dei *Grant Office* in tutti gli istituti e di potenziamento della capacità di partecipazione ai bandi.

Su come poi la ricerca sia più attrattiva o meno, questo è un grande tema, ma è il tema che riguarda sempre Paesi abbandonati come alcuni in Africa, in cui ci sono epidemie che stavano lì e che covavano sotto la cenere. Poiché non erano attrattive, si sono fatti meno investimenti, il che è un problema.

Quando a Washington, pubblicamente, in televisione, il Presidente degli Stati Uniti ha detto che l'epidemia di Ebola è la dimostrazione del fallimento delle strategie di cooperazione internazionale in Africa negli ultimi vent'anni, lo ha detto il Paese più forte al mondo in questo settore, cioè gli Stati Uniti.

L'intervento in Africa è un intervento globale — ci sono i giapponesi, ci sono i

malesi e adesso ci saranno fondi cinesi — e viene gestito dall'OMS delle Nazioni Unite per quanto riguarda il coordinamento delle attività. Noi, come Europa, abbiamo chiesto, ovviamente, di avere *report* su come vengono impiegati i nostri soldi e ci confrontiamo sulle azioni di coordinamento. Io l'ho chiesto anche nella giornata di ieri all'OMS. Sono sicura che i nostri europarlamentari sapranno ulteriormente agire anche nel contesto più appropriato.

Adesso siamo in una fase di stanziamento dei fondi e di primi interventi. Dopodiché, a consuntivo, potremo fare tutte le analisi. Direi che oggi il problema principale è riuscire a mandare le risorse nel modo giusto, che è anche una mia preoccupazione. Vorrei assicurare, cioè, che non ci sia una dispersione di energie, che le risorse siano fra di loro coordinate e che non ci siano interventi *spot* o a macchia di leopardo, fatti anche con la buona volontà da un singolo Paese, ma

che poi non vengono coordinati con gli altri. In questo momento l'OMS sta coordinando le attività insieme alle Nazioni Unite e Navarro è il responsabile per l'area europea.

Per il resto, per quanto riguarda la sicurezza dei nostri sistemi, avremo modo sicuramente di venire in Parlamento e di poterne ragionare in modo più ampio e più diffuso in una seduta dedicata al tema.

PRESIDENTE. Ringrazio il Ministro Lorenzin e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 10,35.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
il 15 dicembre 2014.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

PAGINA BIANCA

€ 2,00



17STC0006760