

**COMITATO PARLAMENTARE DI CONTROLLO
SULL'ATTUAZIONE DELL'ACCORDO DI SCHENGEN, DI
VIGILANZA SULL'ATTIVITÀ DI EUROPOL, DI CON-
TROLLO E VIGILANZA IN MATERIA DI IMMIGRAZIONE**

RESOCONTO STENOGRAFICO

AUDIZIONE

10.

SEDUTA DI MARTEDÌ 11 NOVEMBRE 2014

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE LAURA RAVETTO

INDICE

	PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:	
Ravetto Laura, <i>presidente</i>	2
Audizione del Ministro della salute Beatrice Lorenzin, nelle materie di competenza del Comitato, con particolare riferimento alle politiche della salute connesse all'immigrazione (Svolgimento e conclusione):	
Ravetto Laura, <i>presidente</i>	2, 14, 15, 16, 17, 20
Arrigoni Paolo (LN-Aut)	16
Brandolin Giorgio (PD)	16, 17
Conti Riccardo (FI-PdL XVII)	15
Fautilli Federico (PI-CD)	17
Lorenzin Beatrice, <i>Ministro della salute</i> ..	3, 14 16, 17

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE
LAURA RAVETTO

La seduta comincia alle 14.10.

(La Commissione approva il processo verbale della seduta precedente).

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

(Così rimane stabilito).

Audizione del Ministro della salute Beatrice Lorenzin, nelle materie di competenza del Comitato, con particolare riferimento alle politiche della salute connesse all'immigrazione.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione del Ministro della salute Beatrice Lorenzin, nelle materie di competenza del Comitato, con particolare riferimento alle politiche della salute connesse all'immigrazione.

Ringraziamo particolarmente il Ministro della sua presenza, perché, oltre ad essere un Ministro oltremodo impegnato — la ringraziamo, quindi, della disponibilità, che immaginiamo sia stata difficile da trovare nella sua agenda — sappiamo anche che relazionerà tra due giorni in Aula. Il Ministro offrirà, quindi, al Comitato l'opportunità di anticipare con lei alcuni temi che probabilmente porterà all'attenzione dell'Assemblea.

Ministro, immagino che lei sappia tutto di questo Comitato bicamerale, ragion per cui non mi dilungherò. In particolare, come è ovvio, noi abbiamo incentrato la nostra attenzione sull'operazione *Mare Nostrum* e oggi ci concentriamo sull'operazione *Triton*. Abbiamo ascoltato in merito tutti gli *opinion leader* e, quindi, naturalmente, voi Ministri competenti; abbiamo ascoltato più volte il Ministro dell'interno, è venuto il Ministro degli affari esteri, abbiamo ascoltato tre ambasciatori dei Paesi coinvolti nelle operazioni che riguardano le tematiche dei flussi di migranti e, quindi, dello spostamento degli stessi. Naturalmente, abbiamo ascoltato anche i soggetti chiave a livello locale, come il presidente dell'ANCI e molti sindacati di città che risultano maggiormente coinvolte dai flussi.

Per noi la sua presenza è di particolare importanza, perché in tutte le audizioni sono emersi elementi riferibili alla situazione della salute dei nostri cittadini, ma anche, giustamente, alla tutela della salute dei migranti che arrivano da noi, ovvero alle situazioni relative al loro recupero in mare.

In particolare, nell'ultima audizione del Ministro Alfano uno dei colleghi ha posto al Ministro una domanda specifica sulle operazioni di *screening* sanitario attuate all'interno dell'operazione *Triton*. Noi sappiamo che tali operazioni venivano molto egregiamente espletate a livello di *Mare Nostrum* dalla nostra Marina militare. La preoccupazione odierna è se la stessa attenzione venga riservata anche da imbarcazioni che non appartengono alla Marina militare italiana.

La prima domanda, quindi, è se potesse fornirci delle informazioni su quali sono i protocolli adottati, come riesce a supervi-

sionare questo discorso e se ci sono stati – immaginiamo di sì – incontri e accordi con altri Ministri.

In particolare, sappiamo che lei è stata a Bruxelles il 16 ottobre, avendo convocato una riunione insieme al Commissario europeo per la salute e la politica dei consumatori Tonio Borg. In tale sede voi avete concordato delle misure di prevenzione anche per gli operatori umanitari (penso a quelli italiani) che vanno verso i Paesi che vedono situazioni epidemiche, per esempio Ebola. Vorrei sapere se può fornirci indicazioni su questo incontro.

Sappiamo anche che ha presenziato all'importantissima Conferenza della salute nell'area del Mediterraneo, il 27 e il 28 ottobre, dove ha incontrato tutti i Ministri dell'area nordafricana. Vorremmo sapere se ci può dire qual era l'oggetto di questo incontro e quali sono gli accordi o le indicazioni che, come Ministri, avete assunto.

Sappiamo anche che lei svolgerà un'informativa il 13 novembre e, quindi, con particolare riferimento alla situazione del nostro Paese, vorremmo che ci fornisca delle indicazioni, da una parte, come dicevamo prima, su *Mare Nostrum* e, dall'altra, sul livello di informazione degli operatori sanitari.

Noi abbiamo visto molti servizi televisivi a volte recanti notizie non tranquillizzanti, probabilmente non complete e non conformi alla realtà. Vorremmo che ci fornisca indicazioni su come sono informati questi operatori quando accolgono i migranti in mare e che ci aiutasse a capire quali sono le misure effettive che sono state adottate a livello protocollare, per esempio se negli aeroporti sono stati installati dei *monitor* o se sono state costituite delle *task force*.

Se non le chiediamo troppo, ma capiamo che qui arriviamo probabilmente in un'area di estrema riservatezza, sono emerse dalla stampa indicazioni su un ente di ricerca italiano che sarebbe addirittura in fase avanzata nello studio di un farmaco che potrebbe aiutare nell'ambito del virus Ebola. Le chiediamo se può darci informazioni su questo tema.

Inoltre, il Comitato ha particolarmente a cuore la situazione dei minori non accompagnati nel nostro Paese. Ogni Ministro che abbiamo ascoltato ci ha spiegato, per le sue aree di competenza, quali sono i protocolli e le regolamentazioni che ha posto in essere riguardo a questi soggetti, che sono, naturalmente, in una situazione di particolare fragilità. Vorremmo sapere se il suo Ministero ci può dare indicazioni sui propri protocolli in merito. Do la parola al Ministro Lorenzin per il suo intervento introduttivo, al termine del quale lasceremo spazio dalle domande da parte dei colleghi. Poi, se il Ministro lo riterrà, potrà rispondere subito, altrimenti potrà inviare delle risposte scritte o tornare in replica. Grazie, Ministro.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Grazie, presidente. Grazie anche di avermi invitato in questa importante Commissione. Questa è una possibilità di confronto, ma anche di comunicazione della nostra attività che è utile a tutti, anche a me.

Cercherò di rispondere puntualmente a tutte le domande, in modo tale anche da illustrarle nella mia relazione. Svolgerò anche alcuni interventi a braccio, in modo da rispondere intanto alle domande che voi mi avete fatto, che sono peraltro molto importanti, poiché mi portano a chiarire qual il sistema di difesa dal punto di vista sanitario e di igiene pubblica, che l'Italia ha predisposto e che sta predisponendo non solo a livello nazionale, ma anche a livello internazionale.

Se mi permettete una piccola chiosa, la questione del virus Ebola ha reso evidente al grande pubblico un dato noto, il fatto, cioè, che i virus non conoscono frontiere. Il tema della salute pubblica, dell'igiene pubblica e della copertura vaccinale non riguarda solo Ebola, ma moltissime altre malattie. Non è più e non può essere più soltanto un tema nazionale o locale: è un tema di strategia globale.

Questo è il motivo per cui ci siamo incontrati al GHSA di Washington, a settembre dello scorso anno, e abbiamo fatto

un importante *meeting* di lavoro a livello di G7 più 1, proprio qui a Roma. C'è la necessità, di fronte a un mondo globale, in cui le persone viaggiano con gli aeroplani, con le merci, insieme ai *container* e alle navi, di predisporre dei sistemi di sicurezza, dei sistemi di *alert* che non possono più essere soltanto nazionali.

Ebola è l'elemento più eclatante, ma vi assicuro che ci sono virus che provocano molti più decessi a livello mondiale e che hanno meno notorietà, ma che tuttavia devono essere combattuti in modo estremamente forte.

La gestione dei flussi migratori sotto l'aspetto sanitario, in particolar modo con riferimento al periodo di prima accoglienza delle persone e a tutta la durata della loro permanenza nei centri e nelle strutture dedicati, richiede un approccio coordinato da parte di tutte le amministrazioni che presentano profili di competenza in materia per potenziare la tutela della salute pubblica sia dei nostri cittadini, sia dei migranti stessi.

Va anche considerata la complessità degli scenari epidemiologici internazionali, con l'emergenza e la riemergenza di malattie infettive che sono in grado di determinare la reintroduzione di infezioni in Paesi indenni. D'altra parte, non è possibile ignorare come la permanenza nei centri per migranti sia in grado di determinare un impatto negativo sullo stato di salute di persone già di per sé vulnerabili.

L'arrivo di un elevato numero di immigrati nel territorio nazionale in tempi relativamente brevi, ha richiesto e tutt'oggi richiede alle autorità sanitarie uno sforzo notevole per identificare e gestire tempestivamente gli eventi che hanno impatto sullo stato di salute delle persone e che possono avere conseguenze sia a livello individuale, sia a livello della comunità ospitante.

Allo stesso tempo, è necessario che, con riguardo alle persone che arrivano e soggiornano nel nostro Paese, sia assicurata un'assistenza sanitaria in linea con le loro necessità e nel rispetto dei principi dell'ordinamento nazionale e — direi — anche internazionale. La consapevolezza che ab-

biamo raggiunto durante l'informale greco e oggi durante il semestre a guida italiana, è rivolta anche nei confronti di Paesi membri come, per esempio, quelli dell'area scandinava, che si sentono distanti dal problema di questi grandi flussi, posto che in realtà, l'impatto dei grandi flussi migratori che possono entrare, dal mare come nel nostro caso, ovvero dalla Turchia, dove adesso si sta aprendo un nuovo canale, alla fine diventa una questione riguardante non più soltanto il singolo Stato.

C'è una movimentazione delle persone, così come un utilizzo dei sistemi di volo, degli aeroplani e dei mezzi di comunicazione, ragion per cui questa diventa una questione che riguarda tutta l'Europa. Questo è stato il salto di qualità che, anche dal punto di vista sanitario, abbiamo predisposto durante il semestre a guida italiana, di cui poi vi parlerò.

Riguardo ai controlli sanitari sui migranti al momento del loro arrivo in Italia, evidenzio come, nell'ambito dei propri compiti istituzionali in materia di profilassi internazionale delle malattie infettive, il Ministero della salute abbia partecipato attivamente con i propri medici all'operazione *Mare Nostrum*. Noi non eravamo obbligati a parteciparvi, perché il compito del Ministero della salute è quello di fare azione di sorveglianza nel territorio nazionale nell'ambito delle proprie competenze.

Il passaggio di *Mare Nostrum* e l'intensificazione dei flussi, che sono stati veramente ingenti, ci hanno convinto, però, della necessità da parte del Ministero di poter mandare i propri operatori e i propri medici in supporto all'aiuto della validissima componente della Marina militare. Abbiamo avuto dei medici militari bravissimi, ma grazie all'interazione anche con i medici del Ministero della salute si è potuto fare un lavoro non solo più forte, con un sistema di epidemiologia e di sorveglianza che ci è stato molto utile e che non vogliamo abbandonare.

Noi abbiamo mandato, quindi, i nostri medici allo scopo di anticipare, già durante la navigazione a bordo dell'unità

della Marina militare, l'effettuazione dei controlli volti ad accertare la presenza di segni e sintomi sospetti di malattie infettive che richiedono, ai sensi del Regolamento sanitario internazionale dell'Organizzazione mondiale della sanità, la messa in atto di misure di sanità pubblica nei confronti dei migranti recuperati in mare.

Altri controlli sono stati effettuati a terra dagli Uffici di sanità marittima, area e di frontiera (USMAF) del Ministero della salute, nell'ambito delle loro ordinaria attività di vigilanza sanitaria transfrontaliera, direttamente o in collaborazione con le Aziende sanitarie locali.

L'operazione, anche dal punto di vista scientifico ed epidemiologico, che si è messa in campo con *Mare Nostrum* è straordinaria. Non esiste e non è esistito un livello di *screening* di massa fatto in modo così massivo e sistematico nel mondo. Peraltro, questo ci ha permesso anche di sperimentare, perché ci siamo trovati di fronte a falsi allarmi e false emergenze — per fortuna — e abbiamo potuto anche attuare alcuni *stress test* che ci sono serviti per delle simulazioni. Per fortuna si trattava di un caso di varicella, ma per un po' di ore c'è stato un caso di sospetto vaiolo delle scimmie. Non solo abbiamo verificato così la possibilità del trasbordo in alto contenimento in condizioni climatiche avverse di un malato che è arrivato vivo e sano a destinazione senza alcun tipo di contaminazione esterna, ma avevamo anche già predisposto un meccanismo per realizzare la quarantena in mare per 260 persone. Questa è una situazione di altissima complessità, per la quale l'Italia è stata anche ringraziata. Abbiamo avuto un riconoscimento internazionale per la capacità che abbiamo dimostrato di mettere in campo.

Tra l'altro, vi fornisco anche alcune informazioni non conosciute: le nostre sono le uniche navi militari con a bordo camere operatorie e sistemi diagnostici capaci di effettuare *screening* sanitari, tant'è vero che noi prestiamo non solo soccorso e aiuto in questi casi umanitari, ma anche supporto in altre situazioni. Nel mese di luglio scorso ho conosciuto la

dottoressa che ha salvato la vita a un infartuato. Era il capitano di un'altra nave, che noi eravamo andati a soccorrere.

Si tratta di un sistema che, in realtà, è un fiore all'occhiello per il nostro sistema salute dal punto di vista anche della Marina e che potrebbe essere utilizzato molto di più, anche nel campo delle relazioni che noi mettiamo in atto dal punto di vista politico.

Di seguito vi fornisco alcune specifiche informazioni circa le modalità operative con cui sono stati garantiti i controlli sanitari sulle persone soccorse in mare.

Un iniziale *triage* è stato effettuato al momento del soccorso dallo stesso personale medico o, in alternativa, dove presente, dal personale del Corpo italiano di soccorso dell'Ordine di Malta, supportato, in caso di necessità, da personale medico della Marina militare. I codici rossi e gialli sono stati evacuati al porto più vicino con motovedette o, in casi estremi, con elicottero militare.

All'arrivo in banchina è intervenuto il sistema 118 per il trasporto in ospedale. Il personale USMAF ha verificato il sospetto per malattie soggette al Regolamento sanitario internazionale, a cui ho fatto già riferimento, prima dello sbarco in banchina e prima dell'avvio verso i centri di immigrazione.

A bordo è avvenuto, quindi, un primo *screening* importante. Io ho visto personalmente come ciò viene effettuato. C'era una separazione delle persone che mostravano una sintomatologia da quelle che avevano soltanto un problema dovuto a condizioni di viaggio drammatiche. Poi, i soggetti venivano visitati dai medici e intervistati dai mediatori culturali.

Questo era un momento molto importante, anche per capire lo stato vaccinale dei singoli soggetti, ossia per capire quali soggetti, sia adulti, sia bambini, fossero stati sottoposti nell'arco della loro vita a vaccinazioni per noi fondamentali, come, per esempio, la polio, la meningite e il tetano. In alcuni casi sono state effettuate vaccinazioni sia sugli adulti, sia sui minori.

Una volta in banchina, l'Azienda sanitaria competente per territorio ha coordi-

nato le attività di *triage*, avvalendosi, ove necessario, del personale sanitario della Croce rossa italiana, da cui noi abbiamo avuto un grande aiuto. Sottolineo che l'assistenza sanitaria è stata garantita, poi, anche nei centri di accoglienza governativi e nei centri di accoglienza straordinaria.

Un'attenzione particolare meritano le attività svolte sui minori non accompagnati. In questo caso, infatti, le prefetture hanno individuato le strutture dove far accomodare i minori non accompagnati e le Aziende sanitarie di riferimento hanno ricevuto comunicazione e provveduto a verificare l'esistenza dei requisiti igienico-sanitari.

A questo punto intervengono le AASSLL di competenza, nella maggior parte dei casi le AASSLL siciliane e in altri le AASSLL calabresi. Per un maggior livello di dettaglio rinvio al decreto del 23 settembre 2004 sulla situazione della salute della regione Sicilia recante «Adozione del Piano di contingenza sanitario regionale migranti», con testo del 3 ottobre 2014, che vi ho portato e vi lascio, perché è estremamente interessante capire come si sono mosse e con quale capacità di intervento le Aziende sanitarie siciliane. Ho già fatto riferimento più volte agli USMAF. Ritengo, pertanto, opportuno fornire anche qualche elemento informativo in proposito.

Noi abbiamo 12 USMAF centrali e 25 territoriali. Gli USMAF sono situati all'interno dei porti e degli aeroporti e costituiscono un filtro contro le malattie, atteso che sono le prime strutture chiamate a fare vigilanza igienico-sanitaria su mezzi, merci e persone in arrivo sul territorio nazionale e comunitario.

Negli USMAF lavorano al momento 448 persone, di cui 79 medici. Si tratta di una dotazione, soprattutto quella medica, che io ritengo non adeguata. Per tale ragione vi anticipo che sono convinta della necessità di proporre un'iniziativa normativa. Abbiamo presentato a tal proposito un articolo nella legge di stabilità che garantisca un potenziamento degli stessi uffici.

Io sono convinta che tale iniziativa troverà un positivo riscontro in Parla-

mento, anche perché, quella di avere un *turnover* dei medici degli USMAF, oltre a essere una necessità oggettiva che noi abbiamo è anche una richiesta che viene molto fortemente dalle Aziende sanitarie di frontiera, che ovviamente hanno questa necessità.

Immaginatevi, peraltro, che sono tutte regioni in blocco del *turnover* e che, quindi, oltre ad avere un sotto-organico dovuto alla realtà contestuale, si trovano anche a dover gestire un incarico di emergenza che richiede personale altamente qualificato, tra cui esperti di igiene pubblica, virologi ed esperti di malattie infettive.

Ricordo poi, sempre in tema di misure per il contrasto delle malattie infettive come il virus Ebola, per fare solo l'esempio più eclatante, che io ho chiesto e ottenuto da parte del Ministero dell'economia e delle finanze adeguate risorse finanziarie per il potenziamento delle dotazioni dei dispositivi di sicurezza individuale che devono assicurare la doverosa protezione a tutti quei medici e paramedici, i quali sono quotidianamente impegnati in un encomiabile compito di sanità pubblica. Mi riferisco al tema delle mascherine, dei guanti e degli stivali di protezione, che è utile per Ebola, ma anche per tutte le altre malattie infettive.

Ritornando al tema dei controlli sanitari sui migranti, ricordo che oltre 120.000 migranti sono arrivati via mare dall'inizio dell'anno, di cui circa 80.000 da quando è iniziata la diretta partecipazione del Ministero della salute all'operazione *Mare Nostrum*, con propri medici. I nostri medici hanno fatto 17.000 controlli a bordo e 48.000 a terra. Mi riferisco a quelli del Ministero, ovviamente. Gli altri sono stati effettuati dai medici della Marina militare, dai medici di associazioni come la Croce Rossa e da altre organizzazioni.

I casi sospetti di malattie infettive di interesse del Regolamento sanitario internazionale sono stati prontamente e appropriatamente gestiti secondo le modalità sopra sintetizzate, al pari di ogni altra situazione sanitaria richiedente immediata attenzione, sia che si trattasse di malattie

infettive (morbillo, scarlattina e varicella), di affezioni respiratorie, di sindromi febbrili non accompagnate da altri sintomi, di congiuntiviti, di casi di scabbia e di pediculosi conseguenti alle disagiate condizioni di vita prima e durante gli imbarchi, sia che si trattasse di condizioni patologiche quali ustioni, traumatismi, cardiopatie, diabete, esiti di poliomielite o altre affezioni neurologiche o di condizioni fisiologiche, come, per esempio, lo stato di gravidanza. Sono nate decine e decine di bambini a bordo delle navi e devo riferirvi che i nostri medici venivano chiamati « gli angeli bianchi ». Questo per testimoniare il livello anche umano e l'interesse per la salute del singolo, ma anche per quella della collettività, con l'avvio dei casi riscontrati verso adeguati luoghi di cura.

Segnalo, inoltre, che, per rendere più efficace la sorveglianza sanitaria nel particolare contesto degli interventi adottati nei riguardi del flusso migratorio, fin dal 2011, anno di massiccio afflusso di immigrati irregolari, il Ministero della salute, con la circolare del 7 aprile 2011, ha diramato istruzioni affinché fossero garantiti in parallelo sia sistemi ordinari di sorveglianza delle malattie infettive, sia sistemi di sorveglianza sindromica, finalizzata cioè a rilevare tempestivamente situazioni specifiche tali da richiedere l'adozione immediata di misure di sanità pubblica.

Nell'ambito della gestione delle problematiche sanitarie merita di essere ricordato anche il documento di raccomandazioni elaborato dal gruppo di lavoro tecnico istituito presso il Ministero della salute nel 2012 « Raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole ». Tale documento offre una visione globale degli aspetti di preparazione, sanificazione e igiene dell'acqua e degli alimenti, nonché sul trasferimento dei migranti che necessitano di cure mediche e trattamenti sanitari verso altri siti e dell'accertamento dell'età di soggetti, soprattutto non accompagnati, di cui si sospetta la minore età.

Va anche segnalata la partecipazione del Ministero della salute ad alcune attività progettuali svolte in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità e con l'Organizzazione internazionale per le migrazioni. Nello specifico, il Ministero della salute ha sottoscritto un accordo con l'OMS e ha finanziato un progetto triennale, *Public Health Aspects of Migration in Europe*, la cui durata è stata estesa fino alla fine del 2015 e che prevede lo sviluppo di alcune attività.

La prima è il rafforzamento della capacità di risposta degli Stati membri della regione europea dell'OMS a emergenze sanitarie legate ad aumenti di flussi migratori.

Questo è un problema grandissimo. La regione europea riguarda noi e anche un pezzo del Nord Africa. Noi, al momento attuale — lo dirò poi a proposito della Conferenza sulla salute nell'area del Mediterraneo — abbiamo una situazione di grandissimo *stress* sanitario, oltre che geopolitico, con guerre, guerre civili e rivolte, nonché l'assenza di strutture sanitarie complesse, che, ovviamente, aiuta l'evolversi delle epidemie.

Immaginate soltanto in che condizioni sono in questo momento i campi profughi in Turchia e in Giordania, dove arrivano migliaia e migliaia di persone dalla Siria, dalla Libia e da altri Paesi che sono in questo momento in stato di conflitto, con ceppi di epidemie, come, per esempio, la polio, la tubercolosi di stampo aggressivo e altre malattie. È evidente che una situazione di non controllo in questi campi può provocare, oltre a condizioni al di là dei protocolli sanitari internazionali, un pericolo per tutti.

Da questo punto di vista, la giornata di confronto che noi abbiamo avuto all'interno dell'agenda del semestre europeo è stata fortemente voluta, perché nel passaggio da *Mare Nostrum* a *Triton* c'è stata una presa di atto e di consapevolezza da parte dell'Europa sul fatto che la sponda del Mediterraneo non è un problema solo dell'Italia, di Malta, della Grecia o di Cipro, ma è una questione che riguarda tutti.

Questa consapevolezza è ancora più importante dal punto di vista sanitario. Per questo motivo noi stiamo cercando di portare avanti insieme all'OMS, e adesso con un nuovo intervento della Commissione europea, degli interventi di assistenza e monitoraggio sanitari *in loco*. Tenete conto che questo riguarda tutte le strategie di supporto alle vaccinazioni per gli esseri umani, ma anche per gli animali.

Noi abbiamo ora la più grave epidemia di afta in Nord Africa, particolarmente in Libia e nei Paesi limitrofi. L'afta è devastante per le nostre produzioni zootecniche. Se dal Nord Africa l'afta dovesse arrivare in Italia, avrebbe un'incidenza sulla zootecnia europea rispetto alla quale l'avaria sarebbe uno scherzo e comporterebbe un disastro economico di portata veramente globale, oltre che essere pericolosa.

In una fase di destabilizzazione come questa, l'Italia può utilizzare la tradizione che ha avuto in decenni. Noi siamo stati *leader* in tutti i Paesi del Medio Oriente e nei Paesi nordafricani nel settore veterinario, con i nostri Istituti zooprofilattici. In una fase di destabilizzazione geopolitica l'Europa, tramite l'Italia, si può fare portavoce di progetti per cercare almeno di realizzare un contenimento sanitario, anche nell'interesse dell'economia dei nostri stessi Paesi e, in particolare, del nostro, che nel settore agroalimentare e zootecnico ha uno degli elementi principali nell'assetto economico.

Si prevede, poi, la creazione di un *database* in tema di sanità pubblica e migrazioni. Ovviamente, questo è un *database* nazionale, ma deve essere europeo. Noi abbiamo la necessità di conoscere il flusso delle persone, di avere esattamente l'idea di chi viene, di dove va e di dove si sposta e se è vaccinato. Dobbiamo conoscere lo stato di salute e sapere se è vaccinato sulla poliomielite, perché abbiamo il problema dell'effetto gregge. L'entrata di persone non vaccinate può provocare un salto del virus.

Adesso il principale problema sulla mancanza di vaccinazioni lo abbiamo sulla popolazione occidentale, in particolare in

Italia, dove abbiamo registrato un calo dell'effetto di copertura vaccinale. Le persone pensano, infatti, che, poiché una malattia non c'è più, non valga la pena di correre il rischio dello 0,01 per mille di possibilità di effetto avverso, non comprendendo che il motivo per cui oggi non ci sono malati di poliomielite in Italia è proprio la vaccinazione.

C'è anche la meningite. Arrivano tante *babysitter* con la meningite. I casi sono tantissimi. Poi c'è il problema della tubercolosi, soprattutto di quella che viene dalla Romania, dall'Est Europa, che è una tubercolosi a ceppo resistente: è un tema.

Noi non solo non dobbiamo abbassare la guardia, ma abbiamo bisogno di iniziare una nuova politica delle vaccinazioni, forte quasi quanto quella degli anni Sessanta, anche per non abbassare il livello di sicurezza che abbiamo raggiunto in questi decenni nei nostri Paesi. Non è un problema solo italiano, è un problema europeo, è un problema degli Stati Uniti e del Canada, dove l'alto benessere ha fatto venire meno la soglia di attenzione da parte della popolazione.

Occorre, poi, la stesura di linee guida basate sull'esperienza maturata soprattutto nel territorio italiano, ma anche in altri Paesi, con un'esposizione simile ai flussi migratori. Occorre, quindi, un'unica linea guida per tutti.

Ancora, si prevede l'istituzione di un osservatorio su salute e migrazioni, nonché la disseminazione e condivisione delle conoscenze e delle esperienze maturate anche con aspetti formativi e di *capacity building*. L'accesso ai dati e la possibilità di avere veramente un sistema epidemiologico reale su cui lavorare è la base per qualsiasi operazione fatta bene.

Infine, è prevista la definizione di un programma a lungo termine da parte dell'Ufficio regionale europeo dell'OMS. Ricordiamoci che noi abbiamo la sede dell'OMS a Venezia, cioè l'abbiamo qui in Italia. È un elemento che noi, anche dal punto di vista delle politiche della salute, dobbiamo saper sfruttare.

Il Ministero della salute partecipa, inoltre, al Progetto *Equi-health*, coordinato

dall'Ufficio regionale dell'Organizzazione internazionale per le migrazioni per l'Europa, che ha l'obiettivo di promuovere la salute delle popolazioni migranti vulnerabili richiedenti asilo e irregolari analizzando, mediante apposite visite sul campo realizzate non solo in Sicilia, ma anche a Malta, in Spagna, in Grecia e in Croazia, le condizioni di rischio di salute e le relative buone pratiche esistenti per rispondere alle istanze dei migranti che vengono accolti nell'area mediterranea.

A questo proposito, durante le due giornate sulla salute nell'area mediterranea, tema che rientra nell'agenda del semestre, l'Italia ha sostenuto la necessità dell'intercettazione dei migranti dei Paesi in sicurezza. Occorre, cioè, riuscire a intercettarli prima, almeno dal punto di vista sanitario, in modo tale da poter avere uno *screening* reale della situazione.

Abbiamo, poi, stipulato un progetto di collaborazione con i medici arabi residenti in Italia, che esercitano qui, insieme alle Nazioni Unite e all'OMS. Questo per riuscire a ovviare ad alcuni aspetti di mediazione culturale e anche per stabilire maggiori contatti con i Paesi di origine.

Inoltre, va segnalato che stiamo verificando l'esistenza di un nuovo canale di ingresso di immigrazione, come è emerso da questo incontro, attraverso la Turchia e i Paesi baltici. C'è, quindi, un nuovo canale di flusso. Anche da lì bisogna riuscire – parlo, ovviamente, dal punto di vista sanitario, posto che non mi occupo di altri aspetti – ad avere un'intercettazione dei migranti per poterli testare dal punto di vista epidemiologico.

Che cosa succede adesso, dopo che finisce *Mare Nostrum*? Per noi era estremamente importante dare continuità (parlo, ovviamente, per noi dal punto di vista sanitario, perché lascio ad altri le altre considerazioni). Passando da un'operazione in cui abbiamo avuto il controllo totale rispetto a ciò che accadeva nell'area, a un'operazione diversa, abbiamo bisogno come Italia (lo dico adesso per la sicurezza del nostro sistema) di mantenere uno stesso livello di controllo. Per fare questo abbiamo stipulato un protocollo con il

Ministero della difesa e con il Ministro dell'interno, di cui ora vi racconto gli elementi di dettaglio.

L'operazione *Mare Nostrum* si è formalmente conclusa il 31 ottobre 2014. Tuttavia, il Governo ha convenuto sulla necessità che sia assicurato un *phasing out* dell'operazione, che si protrarrà per i prossimi due mesi e che per tale periodo sarà parallelo alla nuova operazione *Triton*, a guida dell'Agenzia europea *Frontex*. Tale operazione vedrà la partecipazione di circa 20 Stati europei, tra i quali l'Italia, con l'obiettivo precipuo di controllare le frontiere europee sul Mediterraneo per contrastare l'immigrazione clandestina e i traffici dei mercanti di morte. Voglio tranquillizzarvi, quindi, sul fatto che la fine dell'operazione *Mare Nostrum*, come vi accennavo, non si tradurrà nel venir meno dei controlli sanitari sui migranti, le cui modalità di effettuazione vi ho già illustrato.

Questa è l'occasione per annunciarvi che il Ministero della salute sta definendo un protocollo di intesa – che adesso lascerò alla presidente – con il Ministero dell'interno e il Ministero della difesa per garantire il prosieguo dei predetti controlli sanitari. Più in particolare, i Ministeri coinvolti stanno programmando linee di attività per cooperare nell'attività di assistenza alle persone sbarcate nel territorio nazionale e negli ambiti dei flussi non programmati d'ingresso, al fine di rafforzare le misure e gli interventi per la tutela della salute attraverso accertamenti sanitari da effettuare direttamente nei luoghi di sbarco o in prossimità degli stessi.

Il Ministero della salute si è avvalso del supporto degli enti vigilanti, ivi compreso l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà. Ciò ha garantito il supporto dei mediatori culturali, particolarmente prezioso al fine di poter comunicare con i migranti e anche di individuare da dove venissero – occorreva anche capire, per esempio, se fossero vaccinati, il che non è una cosa banale – per assicurare presso apposite strutture sanitarie allestite nei luoghi di

sbarco, ovvero in presidi medici mobili individuati e messi a disposizione a cura del Ministero dell'interno, la disponibilità di personale medico e sanitario necessario per lo svolgimento degli accertamenti sanitari, garantendo la massima celerità ed efficienza degli interventi.

È evidente, però, che tali accertamenti saranno un po' più lenti, perché un conto era fare tutti gli *screening* sopra le navi, un altro è farli a terra. Credo, però, che con un'organizzazione ordinata si potrà anche aspettare qualche minuto in più per la sicurezza di tutti. Si tratterà, poi, di individuare la dotazione delle attrezzature mediche e degli strumenti e dispositivi di protezione idonei all'effettuazione in sicurezza degli stessi accertamenti sanitari.

Si effettuerà il potenziamento dei medici dell'USMAF e di alcune delle regioni che sono in blocco del *turnover*, che avranno anche un incremento del personale medico. Il fatto che noi abbiamo chiesto questi 5 milioni per le dotazioni dei sistemi di protezione e sicurezza, dovrebbe metterci in grado di fare degli *screening* non solo per Ebola ma anche per le altre malattie.

Ribadisco soprattutto il tema delle altre malattie. Il rischio che una persona che ha contratto il virus Ebola arrivi attraverso questi canali è un rischio bassissimo, per la natura stessa della malattia, per il tempo di incubazione e per il modo che ha di manifestarsi. Per noi è molto più importante, da quel punto di vista, la sorveglianza degli aeroplani e degli aeroporti e soprattutto la sorveglianza degli aeroporti in uscita, cioè dai Paesi di provenienza.

A questo proposito rispondo alla domanda sull'incontro del 16 ottobre. Questa è stata una mia iniziativa, come presidente di turno. Noi abbiamo richiesto non solo un coordinamento, in base proprio a Schengen, del controllo dei flussi delle persone, dei viaggiatori, dalla Sierra Leone o dalla Liberia nei voli diretti, ma anche un *database* per sapere queste persone dove vanno dopo.

Vi faccio un esempio. Se una persona parte dalla Sierra Leone e atterra a Parigi,

non si sa se poi vada a Roma o a Zurigo, mentre è un fatto se rimane lì a Parigi. Occorre, quindi, riuscire ad avere una comunicazione attraverso il *database* sullo spostamento di viaggiatori, almeno dai Paesi in cui essi arrivano, per aumentare il periodo di *contact tracing*. Ogni singolo volo dovrebbe mantenere la lista dei passeggeri per un periodo più lungo di ulteriori ventun giorni per poter fare un'azione di ricerca nel caso in cui qualcuno dovesse sfuggire alle maglie.

Questa è un'operazione che sembra complicatissima — lo è, ovviamente — perché richiede uno sforzo complesso, ma noi la facciamo quotidianamente su altre patologie di cui nessuno sa niente. C'è stato un caso di colera; la persona infetta, un italiano, non dice che sta male; arriva con quaranta di febbre di ritorno da un viaggio e sta male; gli avevano già diagnosticato il colera nel Paese da cui veniva, ma ha preso il volo lo stesso, poi ha preso il pullman ed è tornato nella sua ridente cittadina, dove stava per morire; diagnosticato il colera, è partita tutta l'azione dell'USMAF, che ha rintracciato tutte le persone con cui il passeggero era stato in aereo e nel pullman.

Vi cito un caso concreto che abbiamo avuto qualche mese fa, ma ce ne sono tantissimi, riguardanti anche meningite ed altri virus. C'è un'azione di allenamento in questo senso delle nostre strutture che, ovviamente, su Ebola ha un livello di allerta e di sensibilità ugualmente alto, se non ancora più alto.

Da questo punto di vista nel Consiglio europeo ci sono state varie posizioni. Tutti abbiamo concordato con la posizione di rafforzare i controlli in uscita. Oggi ci sono due tipi di azione. A tutti i passeggeri che partono dalla Sierra Leone viene misurata la febbre, tanto è vero che il 16 ottobre erano stati controllati più di 17.000 passeggeri, se non sbaglio (vado a memoria, quindi potrei fare un errore). Di questi 17.000, quelli sospetti fermati e non fatti partire erano 77; di questi 77 nessuno aveva Ebola. Questo per dirvi che in partenza c'era una griglia di controllo che ora è stata ulteriormente rafforzata.

L'altro aspetto su cui stiamo lavorando con l'OMS è una maggiore sensibilizzazione dell'ONG, cioè su protocolli attuali. In virtù dei protocolli, se una persona malata ha avuto un contatto diretto con un paziente, ci chiama. Noi mandiamo l'aereo militare italiano attrezzato (siamo tra i pochi Paesi ad avere un aereo militare in alto isolamento), imbarchiamo questi soggetti e li portiamo, in un percorso totalmente isolato, fino allo Spallanzani, dove poi verranno trattati, curati e — speriamo — potranno guarire.

Devo dire che, fino ad oggi, fortunatamente, non abbiamo avuto alcuna segnalazione e richiesta per cittadini italiani. Ci siamo riservati di decidere caso per caso per quanto riguarda i cittadini provenienti dagli altri Paesi o dalle organizzazioni internazionali. Questa è una decisione che si prende caso per caso, insieme: non la prende il Ministro della salute, bensì la Presidenza del Consiglio, insieme al Ministro degli affari esteri e al Ministro della difesa, dipendendo, poi, dalle valutazioni che vengono fatte. Fino ad oggi non abbiamo fatto questo intervento, mentre l'ha fatto la Germania. Sono state delle scelte interne.

Inoltre, abbiamo rafforzato le segnalazioni a bordo degli aerei, sia sui voli diretti, sia sui voli che si svolgono in tutta l'area Schengen, con informazioni dettagliate di arrivo negli aeroporti e soprattutto a bordo, cosicché, se una persona pensa di rientrare tra le tipologie a rischio, sa dove andare e cosa fare.

Da oggi dovrebbe essere anche attivo — anzi, mi riferiscono che è attivo da domani — il numero verde del Ministero della salute. Abbiamo impiegato venti giorni per implementarlo, perché abbiamo dovuto formare le persone che rispondono al telefono per fornire qualsiasi tipo di informazione ai cittadini in caso di problematiche legate a Ebola.

Tenete conto che abbiamo avuto, nei primi giorni soprattutto, purtroppo per l'esposizione mediatica che c'è stata, decine e decine di segnalazioni. C'è un grande timore e i medici di famiglia sono stati presi

d'assalto, con paure totalmente ingiustificate ma comprensibili, vista l'alta esposizione emotiva rispetto a questo virus.

Nel frattempo, abbiamo avuto ogni giorno decine di segnalazioni false rispetto a strutture ospedaliere, che però ci hanno permesso di fare degli *stress test* e di valutare le misure che devono essere potenziate.

In più, abbiamo fatto degli *stress test* nei nostri principali USMAF, soprattutto a Fiumicino, Malpensa e Linate, dove arrivano voli di caratura internazionale e dove abbiamo il canale sanitario. Abbiamo attuato misure ancora più stringenti per verificare lo stato di preparazione del personale. Questi *stress test* stanno continuando e si stanno realizzando anche negli altri USMAF. In più, noi stiamo facendo anche simulazioni con i militari, con gli aerei e stiamo facendo simulazioni allo Spallanzani. Stiamo cercando di aumentare il livello di attuazione anche pratica dei protocolli, perché più si fanno e più si è preparati ad affrontare il rischio.

Inoltre, sempre nell'elenco che vi facevo prima degli impegni che abbiamo preso, vogliamo individuare la dotazione delle attrezzature mediche e degli strumenti e dispositivi di protezione. A tal fine sono stati stanziati fondi nella Legge di stabilità che noi riteniamo sufficienti.

Passiamo adesso a un argomento di vostro particolare interesse, quello della prevenzione dei rischi sanitari per gli operatori della pubblica sicurezza e per gli altri soggetti impegnati nel recupero e nell'accoglienza dei migranti. A tale proposito fornisco le seguenti informazioni, segnalando, tuttavia, che la valutazione dei rischi lavorativi è a carico del datore di lavoro, che è chiamato anche a elaborare il documento di valutazione dei rischi professionali.

Ciò premesso, la Direzione centrale di sanità della Polizia di Stato ha riferito che è da tempo impegnata nell'analisi degli eventuali rischi per la salute degli operatori di polizia direttamente impiegati con la popolazione migrante. Le valutazioni effettuate hanno consentito di definire adeguati protocolli di comportamento, fi-

nalizzati alla riduzione dei rischi di infezione e di attivare programmi di sorveglianza sanitaria sugli operatori esposti.

Con gli specifici interventi finora realizzati sono state definite le linee guida per il personale di polizia sulle misure igienico-comportamentali a cui attenersi nello svolgimento dei servizi, inclusa l'indicazione dell'eventuale utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, quali guanti in lattice e, all'occorrenza, mascherine facciali, da impiegare nei casi di contatti diretti e ravvicinati, oltre, ovviamente, allo stato di vaccinazione, che io ripeto su alcune patologie essere la cosa più importante di tutte.

L'attività di prevenzione si è concretizzata anche in un programma per la sorveglianza sanitaria della malattia tubercolare negli operatori di polizia impiegati nelle attività con i migranti, con l'esecuzione di specifici accertamenti diagnostici nelle condizioni di rischio, anche potenziale, di infezione.

A tale programmazione si è affiancato, inoltre, un Piano di monitoraggio dei suddetti accertamenti per la definizione del reale rischio di infezione tubercolare negli operatori di polizia nei servizi con i migranti.

La stessa Direzione centrale di sanità della Polizia di Stato è in costante contatto con i medici della Polizia di Stato delle sedi ove avvengono gli sbarchi e di quelle dove sono trasferiti i migranti, attivando puntuali e reciproci scambi sulle eventuali criticità di carattere sanitario.

Inoltre, di fronte a potenziali rischi di natura biologica i questori delle sedi nelle quali vengono trasferiti i migranti possano impiegare i medici della Polizia di Stato per monitorare tempestivamente la situazione, consentendo di attuare, laddove necessario, ogni misura di tutela nei confronti del personale, con particolare riguardo agli esperti di informazione sanitaria, alla fornitura e al corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale. Tale procedura consente un adeguato contenimento del potenziale rischio biologico

per il personale impegnato in tale attività, al di là delle misure cautelative già adottate in termini di profilassi.

Da ultimo, colgo anche in questa sede l'occasione per ribadire l'indiscussa rilevanza delle campagne vaccinali per la popolazione in generale e, nello specifico, per il personale di pubblica sicurezza.

Per questa ragione, tra le misure di prevenzione vanno certamente menzionate le vaccinazioni. Al riguardo preciso che il Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014, oltre alle vaccinazioni offerte attivamente e gratuitamente a tutta la popolazione, con i successivi richiami, inserite nel calendario nazionale, contiene anche un apposito capitolo relativo alle vaccinazioni per i soggetti ad alto rischio, anche per ragioni occupazionali. Tra questi rientrano, senza dubbio, gli operatori della pubblica sicurezza e gli altri soggetti impegnati nel recupero e nell'accoglienza dei migranti.

In materia esiste un Piano europeo per le vaccinazioni. Con riguardo, in particolare, alla malattia della poliomielite, è opportuno segnalare che l'Italia è ufficialmente certificata *polio-free* dal 21 giugno 2002, in quanto è un Paese libero dalla polio fin dagli anni Ottanta.

Vi faccio, però, un esempio personale, a titolo di esemplificazione. Poiché io, per via della mia professione, vado nei centri, salgo a bordo delle navi in cui ci sono i migranti e mi reco in luoghi a rischio, vi testimonio il fatto che ho effettuato il richiamo per la polio e per il tetano. Si tratta di questioni di salute per cui anche il personale a rischio si deve risottoporre a una serie di vaccinazioni, così come per l'epatite, ovviamente.

Tuttavia, in considerazione del fatto che l'Organizzazione mondiale della sanità ha dichiarato, in data 5 maggio 2014, che la recente diffusione di poliovirus selvaggio al di fuori di aree considerate endemiche fino allo scorso anno rappresenta un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, il Ministero della salute, in data 25 luglio 2014, ha emanato una lettera circolare avente per oggetto « Aggiornamento delle raccomandazioni di

immunoprofilassi in relazione alla protratta emergenza immigrati dall'Africa settentrionale e del rischio di reintroduzioni di poliovirus in Italia».

In particolare, con la predetta circolare il Ministero della salute ha raccomandato di proseguire le attività previste dal sistema di sorveglianza sindromica già in essere, di implementare, ove opportuno, la sorveglianza ambientale del poliovirus, di rafforzare le attività correlate alla sorveglianza delle paralisi flaccide acute e di attenersi al seguente protocollo di immunoprofilassi per i bambini immigrati da zero a quattordici anni: il bambino che non è mai stato vaccinato, andrà vaccinato seguendo il nostro vigente calendario nazionale; per il bambino che è stato vaccinato regolarmente nel Paese d'origine e il cui stato vaccinale sia sufficientemente documentato, dovrà farsi riferimento al vigente calendario nazionale per l'eventuale completamento del ciclo vaccinale primario o per i richiami; se la documentazione è insufficiente e lo stato vaccinale è dubbio, si dovranno somministrare i vaccini previsti dal vigente calendario nazionale.

Per quanto concerne gli adulti immigrati provenienti da Paesi affetti, o che dovessero diventare tali per il cambiamento del profilo epidemiologico, sono state dettate le seguenti raccomandazioni: in presenza di lesioni a rischio di tetano, occorre l'effettuazione della profilassi antitetanica post-esposizione; per tutti occorre la verifica dello stato vaccinale nei confronti della polio, che dovrà essere documentato da certificazione di vaccinazione valido; per i soggetti che dichiarano di non essere mai stati vaccinati, vale l'effettuazione della vaccinazione antipolio, secondo il ciclo completo; per i soggetti sprovvisti di adeguata documentazione e con stato vaccinale dubbio, vale la somministrazione di almeno una dose di vaccino antipolio.

Questo è un esempio, ma vi lascio anche i protocolli che abbiamo steso su altri virus, per dirvi come lo stato di attenzione che stiamo effettuando in questo momento sull'area, cioè sul flusso dei

migranti e sulle patologie delle infezioni attualmente in corso dai Paesi di origine, sia a grande spettro.

Il fatto di essere riusciti, oltre all'attività dell'OMS, a inserire anche questo tema in un'attività del semestre europeo, già a partire dal semestre greco, è molto importante. Come Italia, faremo in modo, oltre alle conclusioni del 1° dicembre sulle vaccinazioni, di continuare questo progetto anche nella staffetta che seguirà e, quindi, nel prossimo anno-anno e mezzo, considerando quello che sta avvenendo anche nell'area mondo.

Tale area non è solo l'Africa. L'Africa è la parte oggettivamente più visibile e più drammatica. Con riguardo a Ebola — lo dico a seguito di tre mesi di grande lavoro, anche a livello internazionale — se ci fosse stata la capacità da parte delle Nazioni Unite e delle organizzazioni internazionali preposte, ad effettuare almeno uno standard di salute infrastrutturale basico in West Africa, non ci troveremmo in queste condizioni. Questa è una lezione che dobbiamo imparare. È veramente una lezione importante, perché il prezzo che poi si paga in vite umane non solo incalcolabile, ma in conto economico vale quante volte di più: 2.000, 3.000 o 4.000? Non è quantificabile. Per non parlare, poi, dei danni economici dati soltanto dai blocchi commerciali con il West Africa. Secondo una relazione di poco tempo fa della Camera di commercio di Milano, abbiamo avuto una perdita di centinaia di milioni di euro per le nostre aziende. Tutto, quindi, si tiene.

Dal punto di vista della salute pubblica bisogna cercare, almeno su alcuni elementi base, di raggiungere e penetrare l'area di nostro interesse nel modo più importante. Come Italia, abbiamo una tradizione e una capacità tecnica che ci pongono veramente al *top*. Questa è una delle caratteristiche di cui possiamo andare fieri e che ogni tanto possiamo anche rivendicare a livello internazionale.

Non mi sono dimenticata di rispondere sui vaccini. Per quanto riguarda la questione dei vaccini, a livello di mondo, tra le varie cure che sono state trovate, ci sono

i vaccini per quanto riguarda proprio la vaccinazione reale, quella che non fa contrarre il virus. Poi ci sono delle forme di vaccini terapeutici, esattamente come quelli su Ebola, oltre all'applicazione oggi di *stock* di farmaci, che vengono impiegati in modo diverso rispetto all'utilizzo originale e che sono nati per le emorragie. Lo ZMapp è un *cocktail* tra farmaci che erano destinati alla polmonite o a casi simili e anticoagulanti.

In Italia abbiamo fatto una scoperta molto importante, effettuata proprio da un consorzio italiano in collaborazione con la Glaxo. Questa terapia ha passato la fase 1 e la fase 2. L'EMA ha richiamato, però, un po' tutti alla prudenza per il fatto che, nell'applicazione di massicce dosi di farmaci in queste aree, bisogna avere finito almeno i protocolli normali, così come avviene per tutti i tipi di farmaci.

Nonostante questo, sono state messe a disposizione migliaia di dosi dei vari prodotti, sia di questo italiano sviluppato dalla Glaxo, sia di quelli americani (ce n'è anche uno russo e forse anche un altro). C'è, quindi, una grande attenzione su questo tema e noi pensiamo anche di avere, come ci ha detto l'OMS, per metà del 2015 una risposta, dal punto di vista clinico, definitiva.

Certo, da qui al 2015 il tempo per chi si ammala è veramente lunghissimo. Per fortuna, nelle ultime settimane abbiamo avuto una leggera riduzione del virus, il che ci fa ben sperare. Da una parte questo dipende dalla patologia stessa del virus, cioè dal modo in cui è costruito. A un dato punto esso tende ad abbassarsi, anche perché si trasmette da una persona all'altra. Se muoiono tutti, capite che, purtroppo, è veramente terribile. Dall'altra parte, esso dipende dall'intervento che si sta facendo, cioè da quello di riuscire finalmente ad attuare i canali sanitari, ossia il *contact tracing*.

L'aspetto drammatico è che, per esempio in Sierra Leone, se muoiono 200 persone al giorno per Ebola, altre mille ne muoiono per tutto il resto, perché nessuno viene toccato: muori perché hai un attacco cardiaco e nessuno ti tocca; muori perché

hai fame. Il bambino, se muore la sua mamma, non ha nessuno che lo cura e che si prende cura di lui, ovvero gli dà da mangiare. È una situazione veramente drammatica. L'arrivo, adesso, di massicci aiuti da parte delle organizzazioni internazionali e anche di un'organizzazione di *management* sanitario, che era proprio quello che mancava, sta cominciando a portare i primi risultati.

Speriamo veramente di riuscire a lavorare in modo tempestivo, anche perché, come è stato detto dalle Nazioni Unite, dall'OMS e dai maggiori virologi del mondo, il problema di Ebola è che si tratta di un'epidemia che non si deve trasformare in una pandemia. Bisogna evitare assolutamente che il virus esca dai confini della regione in cui si è realizzato e che superi un *tot* numero di contagi, perché se supera un *tot* numero, poi diventerà esponenziale. Non si passerà, cioè, da 20.000 a 20.001, 20.002 e 20.003, bensì da 20.000 a 100.000 e da 100.000 a 1.000.000. A quel punto sarebbe una pandemia e vi potete immaginare tutti il disastro di proporzioni ancora non ben comprensibili che si verificherebbe.

PRESIDENTE. Grazie, Ministro. Devo dire che questa è stata una delle audizioni più ricche di anticipazioni, notizie ed elementi che abbiamo fatto al Comitato. Peraltro, rispetto anche ad altri Ministri che abbiamo ascoltato — per carità, tutti molto preparati — lei ha trasmesso la sensazione di avere non soltanto la conoscenza, ma anche il controllo di tutta la situazione, ragion per cui la ringraziamo.

Io lascio subito la parola ai colleghi. Mi permetto di anticipare, però, una questione, su cui non so se lei potrà dirci qualcosa. Lei ha citato più volte lo Spallanzani, che immagino essere un centro di eccellenza. È l'unico in tal senso o è quello su cui lei ritiene che si debba focalizzare l'attività o l'attenzione?

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Rispondo subito. Noi abbiamo due centri nazionali per le malattie infettive che hanno mezzi ad alto contenimento al

top, lo Spallanzani a Roma e il Sacco a Milano. Lo Spallanzani è anche quello deputato all'analisi biologica del virus e, quindi, è quello che ha la filiera, oltre a essere considerato l'ospedale centro di riferimento per l'area geografica anche dall'OMS.

Ha una tradizione e una capacità nel trattamento dei virus e in Ebola ha una particolare esperienza, perché lo Spallanzani ha tre unità immobili in Sierra Leone e, quindi, ha una capacità molto forte sia nell'analisi del virus, sia nell'individuazione e nel trattamento dei pazienti.

Questo non vuol dire che non ci siano altri centri in Italia. Noi, però, consideriamo i 21 posti letto nelle due strutture come punto di riferimento nazionale. Abbiamo, poi, in ogni regione, ospedali che hanno l'alto isolamento e che hanno la capacità di fare almeno un primo trattamento di persone con patologie infettive ad alto rischio.

Nel caso di Ebola abbiamo un protocollo per il quale, una volta che ci è segnalato il soggetto, lo andiamo a prendere e lo portiamo allo Spallanzani. Abbiamo costruito, ovviamente, un cerchio chiuso per motivi di sicurezza, considerando il fatto che noi abbiamo una disponibilità di posti letto ad alto contenimento. Siamo il primo Paese in Europa ad avere questo numero.

Lo Spallanzani ha una struttura che si era realizzata qualche anno fa e che prevedeva la realizzazione del più alto centro di biocontenimento in tutta l'area mediterranea e in tutta Europa, con 100 posti. Mancano circa 10 milioni di euro per portarla alla conclusione. In quel caso lo Spallanzani diventerebbe il centro di riferimento per tutta l'area dell'OMS. Ovviamente, questo vi fa capire il livello scientifico e tecnologico che l'Italia ha in questo settore. Poi c'è l'altro aspetto, cioè la gestione di queste epidemie, la gestione di questi virus nel momento in cui vengono studiati e analizzati. Tali virus creano grande timore nelle popolazioni. È normale che sia così, ma noi abbiamo

anche la capacità tecnologica per fare quello che fanno pochissimi Paesi al mondo.

Questo è un *know-how* scientifico che, proprio per la nostra posizione geografica, noi non possiamo né perdere, né dimenticarci di avere, né dimenticarci di far valere. Come vi dicevo prima, se riusciamo a essere *leader* e propulsivi nel controllo della verifica e del monitoraggio dell'area, siamo i primi ad averli in casa. Abbiamo anche un interesse non solo di tipo scientifico o di ricerca, ma anche proprio di sicurezza per i nostri cittadini.

PRESIDENTE. Prima di dare la parola ai colleghi, salutiamo il dottor Claudio Rizza, che è il portavoce del Ministro, e l'avvocato Maurizio Borgo, capo dell'ufficio legislativo. Do quindi la parola ai colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

RICCARDO CONTI. La raffica di domande che le ha posto il presidente all'inizio del suo contributo così esaustivo, mi consente di farle solo due brevissime richieste di approfondimento. In primo luogo, non ho capito bene se voi avete un rapporto diretto o indiretto, ovvero se ce l'avete o non ce l'avete, con i servizi di sicurezza su questi problemi. Credo che ci saranno valutazioni dei nostri servizi sulla complessità della situazione, visto che lei ha ragione quando dice che non c'è solo Ebola e che non ci sono frontiere che possano trattenere queste malattie. Non è tanto semplice mettere frontiere rispetto a queste malattie.

L'altro chiarimento che gradirei avere è se effettivamente, rispetto a Ebola e ad altre epidemie possibili, ad altri casi simili, l'apparato di sicurezza e di sorveglianza, che lei dice che lo Stato ha messo in essere in questo periodo — probabilmente c'è da tempo e non penso che riguardi solo i migranti che arrivano con il barcone, ma riguarderà tutti — riguardi, per esempio, anche chi parte da un aeroporto privato, cioè chi magari con un aereo privato arriva in un Paese dell'Est e poi viene qui da noi. Tutte queste situazioni sono trac-

ciate e tracciabili o si è cominciato dal migrante che arriva con il barcone e il resto deve essere ancora fatto? Grazie.

PAOLO ARRIGONI. Grazie, Ministro. È proprio di ieri la notizia che il Marocco ha annullato, mi pare, l'evento Coppa d'Africa. Questo a testimoniare che l'allarme e l'attenzione sul fronte, in particolare, dell'Ebola sono alti. Lei se la sente di poter escludere per il nostro Paese delle misure drastiche quali, per esempio, le chiusure dei voli da quei Paesi, soprattutto quelli dell'Africa occidentale, che sono più caratterizzati sul fronte dell'Ebola?

A me pare che, come casi attualmente registrati fuori dell'Africa occidentale, siamo intorno alla quindicina in America, Spagna, Germania e Norvegia. Ricordo che, quando è emerso il caso dell'infermiera spagnola — mi pare che ci fossero quattro casi — si è palesata una manifestazione degli operatori sanitari, i quali hanno accusato le autorità di averli scarsamente informati in ordine alle procedure da adottare per affrontare il virus Ebola.

Proprio facendo riferimento a quello che lei ha detto, ovvero che noi abbiamo due strutture di eccellenza, lo Spallanzani e il Sacco, che sono sul pezzo per affrontare questa infezione, dal punto di vista delle altre strutture sanitarie, il personale è stato correttamente formato e attrezzato per affrontare adeguatamente anche i primi sintomi?

Lei ha detto in passato che quelle situazioni che si sono manifestate si sono rilevate poi dei falsi allarmi. Se questi non fossero stati falsi allarmi, il personale, lo ripeto, sarebbe stato adeguatamente formato e attrezzato per individuare il virus?

L'ultima domanda è connessa a un'interrogazione che io le ho indirizzato all'inizio del mese di ottobre e che faceva seguito ad alcune manifestazioni di protesta che i sindacati di polizia nella mia provincia, quella di Lecco, avevano fatto. Gli agenti di polizia sono chiamati nelle varie questure ad accogliere e gestire, e in non poche ore, i migranti, per poi distribuirli nei vari Centri di accoglienza.

Questi agenti di polizia locale hanno denunciato di non avere le attrezzature necessarie per operare in sicurezza in tal senso. Lei, invece, prima ha detto che dalle varie questure sono state diramate delle circolari e che sono stati fatti dei protocolli. Volevo capire se c'è un problema di carenza di comunicazione tra quanto fatto dal ministero e dalle varie questure, oppure se questi protocolli e circolari sono stati diramati recentemente per mettere in condizione gli agenti di polizia, e in generale i volontari, che operano sul fronte dell'accoglienza di lavorare in tutta sicurezza sul tema delle malattie infettive. Grazie.

PRESIDENTE. Senatore, io credo che quest'ultimo argomento sia più inerente il Ministero dell'interno. Comunque il Ministro Lorenzin risponderà certamente.

PAOLO ARRIGONI. Io ho indirizzato l'interrogazione sia a lei, sia al Ministero dell'interno.

PRESIDENTE. Perfetto. Il Ministro risponderà per le aree di sua competenza. Era una mia osservazione.

GIORGIO BRANDOLIN. Anch'io ringrazio il Ministro per l'esauriente relazione, svolta anche — uso altre parole rispetto al presidente — con entusiasmo, competenza e partecipazione, e per le cose che ci ha detto questo pomeriggio. La ringrazio per questo e anche per le informazioni che ci ha fornito. Pongo due brevissime domande, come sempre è mio uso.

In primo luogo, lei ha parlato di un nuovo canale per i flussi di immigrazione e ha menzionato la Turchia e ha aggiunto poi i Paesi baltici. Forse sono i Paesi balcanici, mentre quelli baltici sono Paesi di arrivo.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Probabilmente ho letto male io.

GIORGIO BRANDOLIN. Lo chiedo per capirci, perché è un flusso che mi inte-

ressa. La mia regione è proprio interessata da quel flusso. Vorrei sapere da dove deriva questa sua affermazione.

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Da informative particolari così risulta. Comunque, mi dicono « balcanici ».

GIORGIO BRANDOLIN. Lo immaginavo, perché conosco quel corridoio. Abbiamo avuto anche audizioni, che io ricordo, da Sarajevo. Vorrei sapere se le notizie che lei ci ha fornito oggi siano attendibili. Io pensavo che in un dato senso — almeno così ci era stato detto, ormai otto mesi fa, dal rappresentante che ha sede a Sarajevo — quel flusso si fosse bloccato. Questa era la prima domanda.

Quanto alla seconda, lei ha risposto bene alle domande della presidente relativamente al passaggio da *Mare Nostrum* a *Triton* e ci ha anche ben spiegato che siamo pronti, al di là del passaggio della Marina italiana e delle Marine dei 27 Paesi europei, con presidi medici mobili sul nostro territorio relativamente alle persone salvate, prese o recuperate e portate sul nostro territorio.

Con gli altri Paesi europei — probabilmente queste persone possono anche essere portate in Grecia, a Malta o in Francia — c'è un coordinamento su questo tema, c'è un'azione comune che avete coordinato tra le azioni che lei ha fatto, negli incontri prima europei e poi con i Paesi del Nord Africa? Grazie.

FEDERICO FAUTTILLI. Pongo una domanda, anche se, purtroppo, non sono stato in grado di ascoltare il Ministro nella completezza del suo intervento. In base a ciò che ho ascoltato, lei ha parlato, Ministro, di tre unità dello Spallanzani presenti in Africa. Parlo di unità mobili presenti in Africa. In quali Paesi si trovano?

Inoltre, se non ricordo male, ha parlato di un lavoro di monitoraggio di queste unità mobili o anche di intervento sul territorio nei confronti della malattia. Con riferimento sempre a questo, perché solo tre unità? Non è possibile aumentare questa presenza?

Dico questo perché io credo che questa presenza in Africa sia estremamente importante, anche ai fini di una tutela dei cittadini del nostro Paese. Questa mi sembra una politica estremamente giusta e corretta sia per l'Africa, sia per l'Europa. Perché non rafforzarla e non renderla ancora più diffusa?

Grazie.

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

BEATRICE LORENZIN, *Ministro della salute*. Comincio dall'ultima domanda. Le tre unità mobili dello Spallanzani rientrano all'interno dell'attività di collaborazione dello Spallanzani con l'OMS, ma non c'è solo questo in termini di attività italiane. Noi abbiamo le ONG, che stanno lavorando alcune sulla diagnostica, altre sul trattamento dei pazienti, altre ancora sull'aspetto umanitario, che è altrettanto importante, per i motivi che vi dicevo prima: dare da mangiare, nutrire le persone. Siamo arrivati a un punto, nel momento in cui la malattia è entrata nelle grandi città e ha abbandonato le zone rurali, che non lavorano più. Nessuno esce di casa e, quindi, c'è una situazione veramente drammatica.

Questo è un progetto. L'Italia ha stanziato 50 milioni di euro dati all'OMS. È un impegno che ha preso il Presidente del Consiglio con i vertici politici mondiali. Inoltre, noi realizzeremo 100 posti letto in Sierra Leone.

Peraltro, stiamo attivando un'azione di cooperazione tra di noi. Le attività sono coordinate dall'OMS, ma, per esempio, in Sierra Leone, dove siamo presenti noi e gli inglesi, è inutile che ci sovrapponiamo, ragion per cui si effettua anche un'attività di coordinamento e di collaborazione tra di noi, come Paesi. Noi siamo più forti, per esempio, nella diagnostica, per le motivazioni che vi dicevo prima. Siamo capaci di diagnosticare la malattia in tre ore e di intervenire.

Poi c'è tutto il tema dell'accesso ai farmaci, dell'idratazione del paziente e dei percorsi. I centri, anche quelli che avete

visto forse in TV, come sono organizzati? Dentro i centri non c'è alcun caso di contagio degli operatori. Il contagio degli operatori, purtroppo, è avvenuto all'esterno, nella vita comune, o perché si presta soccorso a qualcuno, o perché si va a mangiare. Nella grande città è stato questo il problema.

Io ne approfitto ancora una volta per ringraziare gli operatori, che lavorano in condizioni veramente ad altissimo livello di *stress*, non solo per quello che fanno, che già di per sé basterebbe — non si può immaginare che sia un lavoro normale vivere una condizione del genere — ma anche perché sono tenuti a modelli di comportamento stringenti: non si danno la mano, non si abbracciano, non ci sono scambi di effusioni, non si toccano fra di loro, non toccano le stoviglie, tutto ciò che utilizzano è usa e getta. Anche nello scambio della normale vita quotidiana, se uno offre un caffè, ci sono dei protocolli molto rigidi. Una persona non può lavorare in queste condizioni oltre un dato tempo.

Questo è uno dei motivi per cui uno degli appelli più forti che adesso vengono dalla comunità internazionale non riguarda i soldi, ma la gente. Per questo io avevo chiesto, per esempio, di costruire — adesso vedremo in questa fase più avanzata — anche dei luoghi di compensazione *in loco* per gli operatori, perché diventa molto difficile poter vivere in queste condizioni, con un *turnover* che permetta di garantire l'attenzione e il livello di allerta necessario.

Noi abbiamo avuto 500 morti tra gli operatori nell'area, perché molti lavoravano in condizioni estreme, cioè senza guanti, senza cuffie e senza la possibilità di avere neanche la mascherina, in mezzo ai liquami. C'è stata, almeno nella prima fase della malattia, una situazione veramente estrema, che ha mietuto tante vittime, non solo tra i pazienti, ma anche tra i medici che sono accorsi da ogni parte del mondo e da altri Paesi della stessa Africa per dare un supporto.

Veniamo alle domande. Sono molto interessanti. È stato chiesto se noi abbiamo un rapporto diretto o indiretto con

i servizi. Ovviamente, entrambe le cose. Noi, come Ministero della salute, gestiamo tutto un comparto che riguarda la biosicurezza. È un comparto meno conosciuto, ma attivo.

Siamo anche in allerta dal 2011 per gli attacchi di bioterrorismo. Abbiamo una struttura che si occupa di questo. Sono note le questioni dell'antrace, ma ce ne sono anche altre su cui lavora questo settore.

Per questo motivo anche gli spostamenti, alcune strategie di attacco e alcune informazioni arrivano in modo informale dagli operatori sul campo, in Turchia o altrove, mentre altre arrivano tramite segnalazioni che ci vengono effettuate dai ministeri competenti.

Il controllo degli aeroporti per la parte epidemiologica, così come l'ho descritto, non è nato per Ebola, c'era già. Abbiamo avuto un rafforzamento delle misure con l'operazione *Mare Nostrum*, quando abbiamo visto l'arrivo di migliaia di persone, con riferimento alle misure a bordo e a quelle di frontiera, ma l'allerta sulla parte aeroportuale è sempre molto forte.

Su Ebola, abbiamo rafforzato questo lato proprio perché, come dicevo all'inizio del mio intervento, è molto più facile che una persona contagiata arrivi per mare, con navi merci, o con un normale aeroplano. Gli altri muoiono prima. Ricordiamoci che non tutti i cittadini del West Africa sono in grado di pagarsi un biglietto aereo e che, quindi, è molto più probabile che i virus arrivino o con alti funzionari, con alte cariche governative, o con cooperatori e operatori.

Il tema dei controlli degli aerei privati e degli aeroporti privati è molto interessante, non solo per Ebola, perché ovviamente si tratta di uno di quegli spazi in cui i controlli sono meno assidui rispetto alle grandi operazioni di massa. Noi ci siamo attivati anche su questo, ovviamente, con una copertura di tutto il territorio.

È stato chiesto se siano prevedibili misure drastiche verso l'Africa occidentale. Assolutamente no. Noi non siamo il Marocco. Giustamente abbiamo un livello

di sicurezza e di capacità di gestione dei flussi in termini di sicurezza pubblica e igiene pubblica molto alto: è il più alto del mondo. L'Europa è il continente, da questo punto di vista, insieme agli Stati Uniti, più avanzato, ma noi abbiamo una grande tradizione in questo settore.

Inoltre, noi non abbiamo voli diretti dall'Africa occidentale in Italia. L'unico volo che avevamo era dalla Nigeria. La Nigeria, come avete visto, in dieci giorni ha eradicato il caso di contagio, che tra l'altro era arrivato con un operatore che si era spostato.

Perché in Nigeria e in Senegal sono riusciti in pochissimi giorni a isolare la malattia? Perché hanno un sistema sanitario di base. Non stiamo parlando della Svizzera o dell'Italia, stiamo parlando di un sistema sanitario di base. Non appena hanno avuto il primo caso, hanno fatto il *contact tracing*, hanno fatto l'isolamento, hanno effettuato la diffusione di massa e la malattia non è andata avanti. Il problema è quello.

Per questo motivo i casi che ci sono stati in Occidente sono tutti casi importati: è l'errore umano. Purtroppo, uno può fare tutte le simulazioni possibili, ma l'errore umano — non siamo *robot* — ci può sempre stare. Chi ha letto Asimov, poi, sa che i *robot* possono fare errori ancora più gravi, ma il punto qual è? I casi che ci sono stati in Germania sono stati casi importati. Si è trattato di un malato che, anche se arrivato in Europa, poteva morire, perché purtroppo non in grado di guarire.

Il caso della Spagna è stato proprio un errore, un errore grosso, dovuto al fatto che già l'ospedale in sé era in fase di dismissione e il personale ausiliario non era preparato bene. L'infermiera probabilmente non aveva un addestramento adeguato e non ha rispettato le misure di sicurezza. Non solo, una volta che si è toccata, non si è messa in autoisolamento. In quel caso c'è stata una concatenazione di errori molto grandi, che però è servita anche di insegnamento a tutti. Abbiamo fatto altri *stress test*.

Questo per dire che è inutile immaginare misure drastiche se non ci sono le condizioni o le necessità per farlo. Per me è molto più importante avere dei controlli in uscita e in entrata molto forti.

Vi raccontavo prima delle modalità che si effettuano negli aeroporti. Per esempio, ci sono anche modalità aggiuntive. Air France, che ha il volo diretto, ha mandato lì i propri operatori sanitari, che fanno un ulteriore *screening* e un ulteriore controllo a bordo. Già hanno innalzato il livello. Lo stesso stanno, più o meno, facendo le compagnie europee che hanno voli diretti.

In più c'è il tema, secondo me ancora più importante, proprio del filtro da effettuare con le organizzazioni. Si tratta di un rapporto ancora più forte di controllo nel momento in cui aumenteranno gli operatori sanitari del mondo internazionale nel West Africa. Se prima c'erano 100 persone, che poi diventano 5-6-7.000, è evidente che si deve avere una maglia di controllo molto più forte. Questo è stato uno degli argomenti che abbiamo dibattuto il 16 ottobre.

Per quanto riguarda la protesta del sindacato di polizia, anche se non è una mia competenza e non è un mio settore, io sono il Ministro della salute e, quindi, mi preoccupa di tutti. Noi abbiamo avuto diversi incontri con la polizia in questi mesi, incontri tecnici, in cui abbiamo suggerito modelli operativi, ci siamo confrontati e abbiamo offerto il nostro supporto. So che hanno provveduto non solo alla formazione, ma anche all'approvvigionamento dei guanti e delle cose necessarie. Noi abbiamo richiesto un ulteriore stanziamento per i nostri operatori. Da questo punto di vista, per quello che so, c'è la massima sensibilizzazione da parte dei vertici della polizia.

Per quanto riguarda il coordinamento tra gli Stati membri, questa è una domanda molto interessante. È evidente che io, come Ministro, mi occupo di quello che avviene nella mia nazione, ma in realtà noi abbiamo avuto il grido d'allarme anche di nazioni che non sono in grado di sopportare un ulteriore sforzo. Pensiamo al taglio enorme, dal punto di vista proprio eco-

nomico-finanziario, che ha avuto la Grecia. I cittadini greci hanno dovuto sopportare negli ultimi anni una situazione veramente al limite da tutti i punti di vista e, quindi, sono in grande difficoltà.

Per questo motivo l'attività di coordinamento c'è. C'è uno scambio continuo di informazioni a livello europeo, di cui sono promotori non solo la DG SANCO, per quanto riguarda la salute, ma, in questo caso, anche la Direzione per la cooperazione umanitaria. Ebola dovrebbe essere una competenza di cooperazione umanitaria, oltre che sanitaria, essendo una questione che riguarda tanti aspetti.

Questo per riprendere il ragionamento che ho fatto all'inizio, cioè come il tema della malattia e della salute non sia un tema compartimentale, ma richieda una politica della salute che sia una politica globale e internazionale, cioè che non

abbia confini. Bisogna riuscire ad agire prima che le cose si verifichino. È l'unico modo veramente importante e che funzioni per evitare disastri. Penso di avere risposto a tutto. Grazie.

PRESIDENTE. Ringraziamo molto lei, Ministro. Grazie anche ai colleghi. Dichiaro chiusa l'audizione.

La seduta termina alle 15.35.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE
DELLA CAMERA DEI DEPUTATI

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
il 26 giugno 2015.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

