

I tagli. I governatori: rischio tasse

Per la sanità in arrivo la stretta da 2 miliardi

Roberto Turno

Tagli fino a 4 mld alle regioni e un convitato di pietra, la spesa sanitaria, che anche se non citata direttamente potrebbe contribuire per forza di cose almeno per 2 mld alla riduzione dei fondi regionali. E una spuntatina alle unghie ai governatori-commissari nelle regioni per i maxi buchi di asl e ospedali: basta politici, manda a dire Matteo Renzi applicando il «Patto salute 2014-2016», è tempo di tecnici, e di livello, il più svincolati possibile dalle logiche di partito nelle regioni canaglia. E stop ai manager spreconi. Anche perché, altra novità, d'ora in poi (meglio, da gennaio) cambiano e si irrobustiscono le regole sui piani di rientro dai maxi disavanzi sanitari.

Regioni e sanità sono chiamate anche da Renzi a dare il loro contributo al risanamento. Col risultato di aprire l'ennesimo confronto-scontro tra palazzo Chigi e i governatori che da Berlusconi-Tremonti in poi, è stato un leit motiv, con l'eccezione della parentesi del Governo di Enrico Letta. Il pressing sul Governo per attenuare, anche sostanziosamente, l'impatto dei tagli sulle regioni, è andato avanti a lungo ieri, ma con risultati nulli. Anche perché poi l'accelerata del premier per irrobustire la manovra sotto la spinta europea, ha lasciato pochi margini ai tentativi dei pontieri salva-tagli. E pure la ministra Beatrice Lorenzin ha dovuto fare buon viso a cattivo gioco.

La spesa sanitaria, e tanto meno il Fondo 2015 da 112 mld,

non è citata in alcun modo nella manovra. Ma sarà giocoforza per i governatori dover incidere in quella che è la parte preponderante dei loro bilanci, fino all'80% del totale. Non a caso Sergio Chiamparino aveva anticipato a Il Sole-24 Ore le sue valutazioni: «Tagli insostenibili: si riduce l'Irap ma ci costringono ad aumentare tasse, tariffe e a ridurre i servizi». Un gioco di specchi, ha ribadito ieri il governatore della Campania, Stefano Caldoro: «Sia il Go-

STOP AI POLITICI

Mai più presidenti commissari ad acta nei sistemi sanitari sotto tutela del Governo per i maxideficit di Asl e ospedali

verno ad aumentare tasse e ticket». Parole respinte al mittente da Renzi, però, che non a caso ha ricordato in serata in conferenza stampa la famosa "siringa" nordista o sudista (a seconda dei prezzi): «Le regioni hanno spazio per non aumentare le tasse. Non credo che quel grande riformista che è Chiamparino le aumenterà». Scommessa tutta da vincere.

Intanto nelle regioni sotto scacco per l'extra spesa si prepara una rivoluzione: basta con i governatori-commissari ad acta per il risanamento dei conti e del sistema-salute locale. E via a un sistema di allerta sui conti delle regioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ambulatori aperti nel weekend «Meno file al pronto soccorso»

► La Regione rivoluziona la sanità: spariscono anche le ricette su carta

«Si tratta di una bomba atomica che però salva e salverà le vite». Così Nicola Zingaretti, governatore del Lazio, ha presentato l'accordo con i medici di famiglia che consente di avviare una serie di innovazioni per la sanità. Nel

dettaglio: da fine dicembre, gradualmente in tutti i municipi di Roma, nasceranno studi dei medici di base aperti nei weekend, con la riorganizzazione delle Unità di cure primarie si punta anche a decongestionare i pronti soccorso. Finisce l'era delle ricette

rosa cartacee, sostituite da quelle on line (a dicembre prima sperimentazione a Fiumicino). Inoltre, per abbattere le liste di attese da dicembre i medici di base nel richiedere esami o visite specialistiche dovranno indicare il codice d'urgenza.

Evangelisti all'interno

Medici di base anche nel weekend

► Zingaretti riorganizza la sanità del territorio: ogni municipio avrà un ambulatorio distrettuale aperto sempre, pure nei festivi ► Per razionalizzare le liste d'attesa il dottore dovrà indicare la reale urgenza dell'esame, addio alle ricette sulla carta

IL PIANO

Oggi per un piccolo malanno, soprattutto al sabato e alla domenica quando il medico di base non c'è, si corre in pronto soccorso. L'effetto? Lunghe file e strutture dedicate all'emergenza ingolfate. Da dicembre ci sarà un'alternativa: in ogni municipio nascerà un «ambulatorio distrettuale», gestito dai medici di base, aperto al sabato, la domenica e nei giorni festivi dalle 10 alle 19. Gradualmente saranno proposti in tutti i quindici municipi, poi arriveranno anche in provincia. Dal primo dicembre parte un'altra novità che deve ridimensionare e razionalizzare le liste di attesa: i medici che firmano la prescrizione della visita specialistica o dell'esame dovranno indicare una classe di priorità, perché a volte si può attendere senza problemi, altre volte aspettare troppo a lungo è inaccettabile. Sono state scelte quattro definizioni (U come urgente e dunque entro le 72 ore); B (urgenza breve, entro 10 giorni); D (difficile, entro 30 giorni per le visite e 60 per le prestazioni ambulatoriali); P (senza priorità, prestazioni programmate per i pazienti cronici).

ON LINE

Altra innovazione: non ci sarà più la «ricetta rosa» (sono 90 milioni all'anno nel Lazio), sarà introdotta la ricetta on line, «dematerializzata». Il medico consegnerà solo un promemoria con i dati, la farmacia tramite il codice fiscale dal pc saprà quali sono i medicinali prescritti. Si parte con una fase sperimentale dal primo novembre per 30 giorni a Fiumicino e Viterbo: se i risultati saranno positivi saranno coperti anche gli altri territori.

Sono queste - in sintesi - alcune delle novità più importanti per la sanità romana e laziale, presentate ieri in Regione. In realtà i progetti erano già conosciuti ma ora si fa sul serio, anche perché è stato siglato l'accordo con i sindacati dei medici di base (Fimmg, Smi, Snam e Intesa sindacale) per quella che viene definita «La riorganizzazione dell'assistenza territoriale e la medicina d'iniziativa». Così, ieri mattina il governatore Nicola Zingaretti ha sottolineato senza timidezze l'importanza dei passi che si stanno compiendo: «L'accordo è una bomba atomica che però salva e salverà le vite, una delle innovazioni più importanti della sanità del Lazio del do-

poguerra. Ci saranno poliambulatori aperti sabato domenica e nei festivi, quando si andrà dal medico non ci sarà solo la prescrizione della cura, ma anche la prenotazione delle eventuali analisi; sarà poi il medico a definire la priorità per le analisi e quindi finisce una follia per cui se si ha un tumore ci si mette in fila insieme a chi si è fatto un taglietto a una mano. Ci sarà la presa in carico del paziente, quindi il cittadino che esce dallo studio medico non sarà solo: sarà il medico a fare le prescrizioni

per le cure di cui ha bisogno».

PERCORSI

Il nuovo sistema - illustrato anche dal direttore della cabina di regia Alessio D'Amato e dal presidente della Commissione sanità, Rodolfo Lena - prevede anche la riorganizzazione delle unità di cura primarie; percorsi di cura per i pazienti cronici (sono 400 mila nel Lazio, tramite il medico di fiducia potranno accedere a pacchetti predefiniti di esami periodici); informazioni sul medico più vicino reperibili on line. «Scommettiamo su noi stessi» ha ricordato il leader dei medici di base della Fimmg, Pier Luigi Bartoletti.

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le novità

Gli ambulatori dei medici di base da dicembre saranno aperti dalle **10 alle 19** anche sabato, domenica e festivi

Le ricette diventano **online**, in farmacia basterà indicare **il codice fiscale** (sperimentazione a Fiumicino e Viterbo)

A partire da dicembre, per esami e visite, sulle ricette va indicata la classe di priorità: **urgente, programmata, breve, differibile**

Cosa cambia



Gli orari

Gli ambulatori distrettuali saranno aperti sempre, anche la domenica e i festivi, dalle ore **10 alle 19**.



In farmacia

Non servirà la ricetta di carta, basterà indicare il numero del codice fiscale per ottenere i farmaci prescritti.



Le priorità

Il medico dovrà indicare nella prescrizione la classe di priorità della prestazione

**SIGLATO L'ACCORDO
CON I SINDACATI
DI CATEGORIA
ZINGARETTI: «È UNA
DELLE INNOVAZIONI
PIÙ IMPORTANTI»**



Ebola, l'Europa teme il contagio «I malati vanno curati in Africa»

►Obama convoca vertice d'emergenza, l'Italia stanziava 50 milioni

ROMA L'Europa e gli Stati Uniti stanno pensando di far curare i pazienti contagiati da Ebola nei luoghi dove hanno contratto l'infezione per evitare spostamenti e altri possibili con-

tatti. La decisione che verrà probabilmente presa sarà dunque quella di curare i malati nei luoghi del contagio. Il presidente Obama, intanto, durante un vertice alla Casa Bianca ha esortato i leader dei Paesi Ue a

un maggiore impegno. E oggi a Bruxelles ci sarà un vertice dei ministri della Salute per decidere la strategia anti-infezione. L'Italia ha stanziato 50 milioni per la lotta contro il virus.

Massi e Pompetti a pag. 15

Ebola, la Ue frena sui rimpatri dei malati

►Oggi a Bruxelles il vertice dei ministri della Salute europei ►L'annuncio di Renzi: stanziati 50 milioni per i paesi colpiti
La proposta: curare nei luoghi del contagio chi è stato infettato Rafforzati i controlli negli aeroporti, task force anti-virus

L'EMERGENZA

ROMA Europa e Usa insieme contro l'epidemia di Ebola. Il presidente Obama, durante un vertice alla Casa Bianca, ha esortato i leader dei Paesi Ue a un maggiore impegno. «Parlando con i colleghi del G7 abbiamo convenuto un impegno addizionale dell'Italia per la vicenda Ebola con il Regno Unito in Guinea e Liberia. E' stato stanziato un contributo di 50 milioni. Chi cerca di giocare sulla paura dà un messaggio ingiusto» ha annunciato Matteo Renzi alla fine del Consiglio dei ministri.

LE CURE

Oggi, a Bruxelles, riunione dei ministri della Salute per decidere la strategia anti-infezione. Una settimana fa, poche ore dopo aver avuto la certezza che l'infermiera spagnola, Teresa Romero, era stata contagiata in ospedale, a Madrid, il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha convocato un incontro con i colleghi europei.

Nel frattempo, si contano altre due infermiere Usa infettate dopo aver assistito pazienti arrivati dall'Africa. Pazienti che sono stati portati nei paesi di origine per essere assistiti e curati. In Spagna come negli Stati Uniti. A Madrid, ad agosto Teresa Romero, faceva parte dell'équipe che seguiva i due missionari Manuel Garcia Viejo e Miguel Pajares en-

trambi morti ad agosto. Nell'ospedale del Texas, a Dallas, si trovano in isolamento due infermiere che sono entrate in contatto con Tomas Eric Duncan, infettato in Liberia dove accompagnato al pronto soccorso una donna incinta che si sentiva male.

I FOCOLAI

I contagi nelle corsie lontano dai focolai stanno facendo pensare, sia l'Europa che gli Stati Uniti, di far curare i pazienti nei luoghi dove hanno contratto l'infezione. Per evitare spostamenti e altri possibili contatti. La decisione più importante che potrebbe uscire dall'incontro di oggi, dunque, è quella di curare i malati nei luoghi del contagio. Potenziando gli ospedali locali. L'Italia, comunque, è pronta ad intervenire con due aerei militari C130 organizzati per il trasporto dei malati all'Istituto Spallanzani di Roma per le cure.

Ieri, a Palazzo Chigi, summit di Beatrice Lorenzin con i ministri dell'Interno Angelino Alfano, degli Esteri Federica Mogherini, della Difesa Roberta Pinotti e dei Trasporti Maurizio Lupi. Obiettivo: preparare la riunione di stamattina e arrivare con proposte concrete da discutere con gli altri esperti di salute pubblica. E' stata, dunque, battezzata una nuova task force anti-Ebola. In vista anche dello spostamento delle procedure di controllo e accoglienza degli immigrati da Ma-

re Nostrum a Frontex.

Aeroporti e porti i luoghi "sensibili" da tenere sotto controllo. Ma anche centri di informazioni per i viaggiatori (all'Enac il compito di distribuire a terra e in volo dépliant sull'infezione) e di assistenza. Corsi e intensificazione delle forze negli ambulatori Usmaf, uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera. Complesso, per il nostro Paese, pensare a sorveglianza più stretta dal momento che dai Paesi africani a rischio e l'Italia non esistono voli diretti. Chi arriva da quelle zone è sicuramente passato da altri scali europei come quelli francesi (la Francia intende attivare un «dispositivo di controllo» dei voli che arrivano dalle zone-focolaio), inglesi o tedeschi. In Africa, secondo l'ultimo bollettino dell'Oms, le vittime sono arrivate 4.493 su 8.997 casi registrati in Liberia, Sierra Leone, Guinea, Nigeria e Senegal.

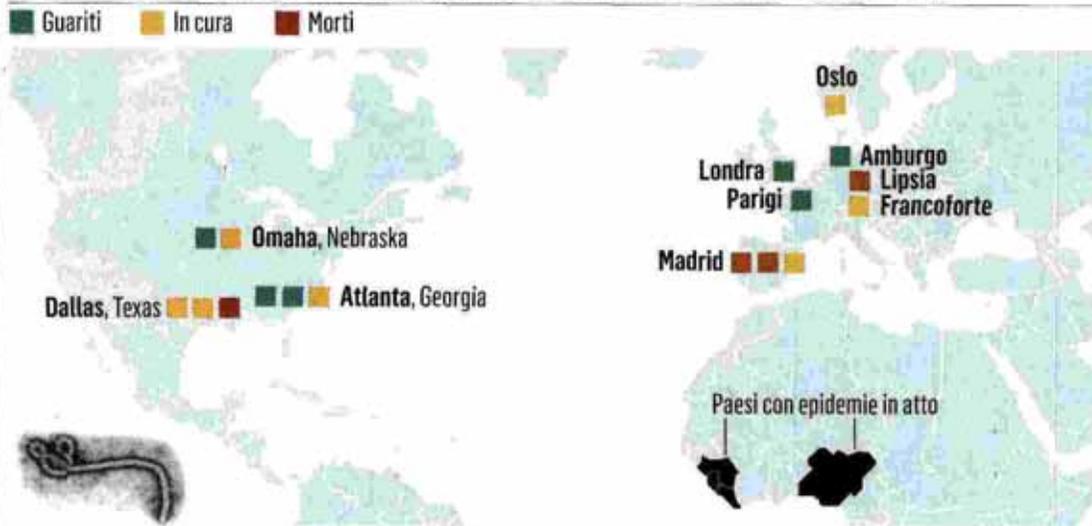
L'ORDINANZA

A Padova, una decisione proprio contro gli immigrati che arrivano da queste zone. «Stiamo lavorando - parole del sindaco Massimo Bitonci - ad un'ordinanza che vieti la dimora a Padova, anche occasionalmente, di persone provenienti da Paesi dell'area africana, se non in possesso di certificato attestante lo stato di salute». Agli altri sindaci veneti Bitonci ha chiesto di prendere la stessa decisione.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Casi confermati di Ebola fuori dall'Africa occidentale



Stati Uniti	Data di arrivo	Stato	Spagna	Data di arrivo	Stato
Cooperante	2 agosto	Guarito	Missionario	7 agosto	Morto
Missionario	2 agosto	Guarito	Prete	22 settembre	Morto
Medico	5 settembre	Guarito	Infermiera	6 ottobre	In cura
Medico	9 settembre	In cura	Germania	Data di arrivo	
Visitatore	30 settembre*	Morto	Medico	27 agosto	Guarito
Cameraman	5 ottobre	In cura	Medico	3 ottobre	In cura
Aiuto-infermiere	11 ottobre*	In cura	Dipendente Onu	9 ottobre	Morto
Aiuto-infermiere	14-15 ottobre*	In cura	Norvegia	Data di arrivo	
Inghilterra	Data di arrivo		Cooperante	6 ottobre	In cura
Infermiera	24 agosto	Guarita	Francia	Data di arrivo	
			Infermiera	19 settembre	Guarita

Fonte: NYTimes *data diagnosi

ANSA centimetri

**OBAMA CHIEDE PIÙ IMPEGNO AI PARTNER
LORENZIN: «IMPORTANTE LA TRACCIABILITÀ DEGLI SPOSTAMENTI DEI PASSEGGERI»**





FOCUS

Le risorse Tagli ai ministeri Sanità, stretta da 2 miliardi

► La spending review vale 15 miliardi, 6 spettano alle amministrazioni centrali
► Dalle Regioni 4 miliardi, congelati gli aumenti del Patto per la Salute

IL PROVVEDIMENTO

ROMA Deficit, tagli e nuove tasse su rendite e giochi. Per recuperare i 36 miliardi necessari (30,9 quelli netti se si escludono le risorse già stanziati nel vecchio provvedimento del bonus) il governo mette mano a tutto l'armamentario possibile. Che la costruzione sia stata complessa, tuttavia, lo dimostra anche l'errata corrige che in tutta fretta il Tesoro ha dovuto consegnare in Parlamento per eliminare dal Def le stime sugli effetti recessivi che la spending review avrebbe avuto sui conti pubblici. Il motivo è chiaro. Nelle slides presentate da Renzi ieri, alla voce tagli di spesa sono iscritti ben 15 miliardi di euro. Anche in questo caso, però, bisogna scomputare i 2,7 miliardi dei tagli già previsti dal precedente decreto sul bonus e conteggiati dal governo nel totale. Ma restano sempre più di 12 miliardi di tagli. Da dove arriveranno? Sei miliardi circa saranno a carico dello Stato, dei ministeri.

GIRO DI VITE

Una cifra elevata e, quasi sicuramente, non limitata al solo taglio del budget dei dicasteri ma allargata a molte delle proposte messe nero su bianco dal commissario alla spending review, Carlo Cottarelli, dallo spegnimento delle luci alla razionalizzazione delle Forze di polizia. Uno sforzo pesante sarà chiesto anche alle Regioni. Nei loro bilanci dovranno essere trovati 4 miliardi di risparmi. Secondo Renzi, in realtà,

si tratterebbe solo di 2 miliardi, in quanto già a legislazione vigente i budget dei governatori il prossimo anno sarebbero lievitati di 2 miliardi. Tra le righe dovrebbe significare che potrebbe essere bloccato il programmato aumento del Fondo sanitario. Ma anche i restanti due miliardi di tagli potrebbero avere ripercussioni indirette sulla sanità. La sfida sarà riuscire a risparmiare sugli acquisti di farmaci e dispositivi medici, altrimenti l'unica strada sarà quella di aumentare le tasse regionali, come ha ammesso il ministro dell'Economia Pier Carlo Padoan.

TUTTE LE NOVITA'

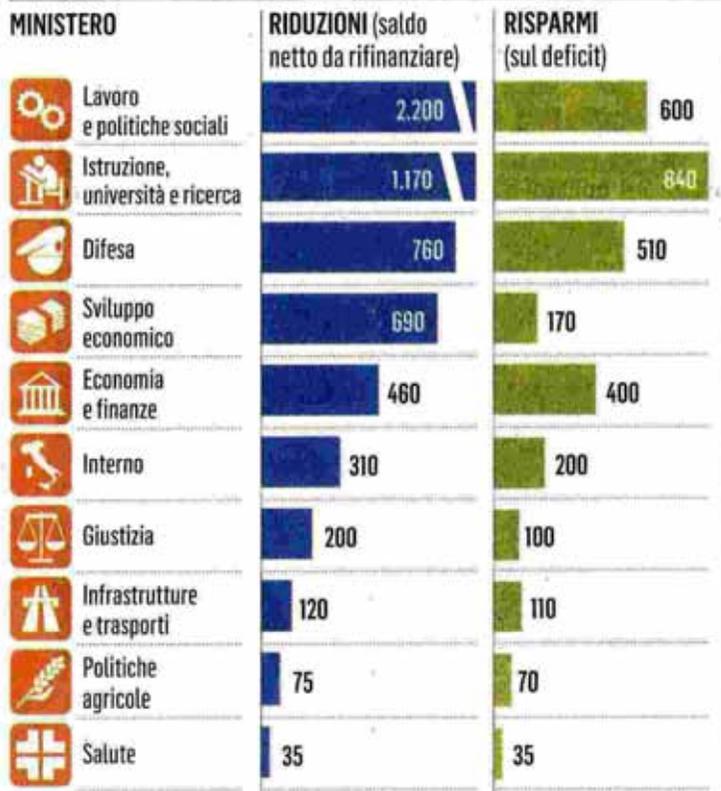
Ai Comuni, invece, sarà richiesto uno sforzo minore: 1,2 miliardi di euro. A fronte di questo i sindaci avranno un maggiore spazio nel patto di stabilità interno per un miliardo e il governo si farà anche carico del pagamento delle spese dei tribunali oggi a carico dei Municipi. Un analogo sforzo, un miliardo di euro, sarà richiesto anche alle Province. In questo caso molto si agirà sul personale, che grazie alla riforma Madia potrà essere spostato ad altri impieghi. Ma se l'elenco dei tagli di spesa è lungo, anche le «nuove entrate» daranno un contributo sostanziale alla legge di stabilità. Dalla lotta all'evasione arriveranno 3,8 miliardi di euro. Novecento milioni arriveranno dal «reverse charge», l'inversione contabile, il meccanismo per cui a versare l'Iva in alcuni casi non sarà più il compratore ma il venditore. Da questa misu-

ra il governo si attendeva di più, fino a 2 miliardi. Ma l'Europa ha frenato l'allargamento dell'operazione legando le mani al governo. C'è poi un capitolo ribattezzato «fisco amico». La legge di stabilità rivoluzionerà i meccanismi di accertamento da parte dell'Agenzia delle Entrate ma, contemporaneamente, introdurrà anche dei nuovi meccanismi per fare la pace (a sconto) con il Fisco. La copertura della manovra non sarà tuttavia, solo spending e lotta all'evasione. C'è anche un capitolo, corposo, di nuove entrate. Tradotto significa nuove tasse. Ad essere colpiti saranno innanzitutto i Fondi pensione, per i quali il prelievo salirà dall'11,5% al 12,5% (Renzi ha derubricato questa operazione ad aumento della tassazione sulle rendite, anche se in realtà si tratta di risparmio previdenziale). Stretta anche per le Fondazioni di origine bancaria la cui tassazione agevolata sarà ritoccata. Giro di vite da un miliardo di euro anche sui giochi. Il pay out, ossia la vincita restituita ai giocatori sulle New slot, sarà ridotta dal 74% al 70%. Contemporaneamente dovrebbe essere anche ritoccato il Preu; il prelievo unico erariale che potrebbe aumentare da 1 a 5 punti percentuali a seconda del gioco. Una parte consistente della legge di stabilità, come ampiamente anticipato nei giorni scorsi, sarà comunque finanziata lasciando salire dal 2,2 al 2,9% il deficit del prossimo anno. Un allentamento che da solo vale 11,5 miliardi.

Andrea Bassi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I tagli ai ministeri Legge di Stabilità



Dati in milioni di euro

ANSA centimetri

MAGGIORI IMPOSTE SU FONDAZIONI BANCARIE E FONDI PENSIONE IL PRELIEVO SALE DALL'11,5 AL 12,5%



Il caso Gli aiuti «targati» Ncd

Lorenzin promette: famiglie esenti dal ticket

L'ipotesi: niente imposta sui farmaci da dicembre. Fondo di 500 milioni per i nuclei numerosi

Francesca Angeli

Roma Il governo Renzi mette sul piatto mezzo miliardo di euro nella legge di Stabilità per sostenere le famiglie numerose. In più entro la fine dell'anno dovrebbe scattare l'esenzione dal ticket sui farmaci sempre per i nuclei familiari.

Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, lo aveva promesso qualche settimana fa: questo governo varerà un piano per la natalità, per incentivare le coppie a fare figli. Un piano che comprende aspetti sanitari, sociali ed economici. La possibilità di creare un fondo *ad hoc* per il sostegno alle famiglie numerose e la cancellazione del ticket è il primo passo concreto in questa direzione.

Non sono mancate nei mesi scorsi aspre polemiche nei confronti del governo Renzi accusato di preoccuparsi di tutto, com-

preso il riconoscimento delle unioni civili per i gay, ma non delle famiglie sempre più in difficoltà. Critiche avanzate soprattutto da associazioni e organizzazioni a sostegno della famiglia di ispirazione cattolica.

E dato che il disegno di legge sulle «nozze gay» va avanti ed il premier non intende mollare su questo punto si ipotizza che il supporto di 500 milioni di euro alle famiglie potrebbe rappresentare una sorta di «merce di scambio» offerta al Nuovo centrodestra in cambio di un sì alle unioni civili. Insomma Angelino Alfano, notoriamente contrario a qualsiasi forma di riconoscimento per le unioni omosessuali, non alzerebbe le barricate in cambio di concreti interventi a favore della famiglia. Ipotesi che, ad esempio, il Forum delle Famiglie respinge come «ridicola» perché non può esserci alcuno «scambio tra l'arti-

colo 29 della Costituzione (quello sulla famiglia, ndr) e un piatto di lenticchie».

Le associazioni familiari accolgono comunque come «una buona notizia» lo stanziamento di mezzo miliardo. Il Forum delle Famiglie però si augura che il governo faccia di più visto che «il confronto tra questi 500 milioni family friend e i 10 miliardi ancora riservati agli individui non è particolarmente confortante».

Le famiglie avrebbero gradito una modulazione diversa anche dei famosi 80 euro. La proposta era quella di avere una detrazione contenuta, intorno ai 50 euro per single e famiglie senza figli, e una analoga ma incrementata di 10 o 20 euro per ogni figlio o familiare a carico.

Le modalità di erogazione sono ancora da definire ma il governo starebbe ipotizzando la formula della «card», simile al quello social card ideata dall'ex ministro Tremonti.



L'ANNUNCIO
Il ministro
Beatrice Lorenzin



**LA MANOVRA
di Matteo**

ZAIA

«Ho già ricorso contro i governi Berlusconi sono pronto a rifarlo»



LA REPLICA

Alessandra Moretti
assicura: non si toccano
nè salute nè scuola

L'allarme delle Regioni

«Così si taglia la Sanità»

*Il governatore veneto: la scure colpisce anche i virtuosi, ma non aumenterò l'Irpef
Il suo collega toscano: abbiamo già dato pesantemente al bilancio dello Stato*

Daniela Boresi

MESTRE

Alla fine lo spauracchio si è materializzato. Quel taglio di 30 miliardi, di cui 4 alle Regioni, legato alla legge di stabilità che a detta delle regioni virtuose rischia di mandare "gambe all'aria" il pareggio di bilancio in sanità. Lo avevano infatti sempre sostenuto: se si faranno ancora tagli lineari scordiamoci un sistema sanitario efficiente e universalistico come siamo riusciti a mantenere fino ad ora. E il primo a tuonare non poteva che essere Luca Zaia, governatore di una regione "benchmark" (punto di riferimento) che anche quest'anno ha lavorato di cesello per non mettere il meno davanti al bilancio della sanità di 8 miliardi, 600 milioni e rotti e che, per come stanno andando le cose, potrebbe anche essere costretto a mettere l'Irpef. Già lo aveva detto in sede di Conferenza Stato-Regioni che la sanità non poteva più sopportare un depauperamento delle risorse e gli avevano fatto eco più o meno tutte le regioni. E ora dice di voler alzare le barricate. «Co-

stringerci a mettere l'Irpef per la legge di stabilità da 30 miliardi? Non esiste proprio. - tuona Zaia - Come non intendo tagliare servizi sanitari. Cosa dico ad un disabile, che non potrò più pagare gli extra Lea? Io impugno, e lo farò in tutte le sedi ammissibili e penso proprio di non essere solo». In effetti un'altra Regione virtuosa (e pure di centrosinistra) come la Toscana ha storto il naso. «Spero davvero che a Palazzo Chigi si rendano conto che le Regioni hanno già dato abbondantemente al bilancio dello Stato. La Toscana ad esempio nel 2010 aveva una spesa libera pari a 2,1 miliardi, cifra che oggi si è abbassata a 1,65», sottolinea Gianfranco Simoncini, coordinatore per la Conferenza delle Regioni degli assessori al lavoro. Ed è proprio quella mannaia sulla "spesa libera" che impensierisce il governatore della Lega. «Non sollevo il problema perché c'è la sinistra a Roma, bene ad esempio il taglio dell'Irap, lo diciamo da sempre. Ma ora è un fatto di responsabilità. - aggiunge - Quanto Berlusconi mise i 10 euro di ticket io

ricorsi alla Corte Costituzionale e dal 2011 è un inanellamento quotidiano di tagli». Una alternativa a quelli che rischiano di essere tagli lineari per Zaia di chiamano "costi standard". «Con le Regioni avevamo già fatto alcune proiezioni: applicandoli si risparmierebbero 30 miliardi l'anno - aggiunge il governatore - Tagliando sprechi e non servizi». L'assessore alla Sanità Luca Coletto, coordinatore nazionale gli assessori, è ancora più drastico. «Tagli? Si rischia di dover dire addio ai Livelli essenziali d'assistenza, agli impegni assunti nel nuovo Patto nazionale della Salute - commenta - Dov'è la lealtà del governo verso le Regioni? Una preoccupazione che non sfiora l'europarlamentare del Pd Alessandra Moretti che di tagli lineari proprio non parla. «Nella legge di stabilità, che sembra confezionata su misura per l'economia veneta - sottolinea - La vera rivoluzione è che tutto questo viene fatto senza intaccare i servizi essenziali come sanità e scuola, che in passato sono stati oggetto di pesanti tagli lineari da parte del governo forzaleghista».

© riproduzione riservata



VIRTUOSO

Luca Zaia:
basta tagli a
chi li ha già
fatti ed ha i
conti a
posto, ora si
agisca solo
sulle Regioni
che
continuano
a sprecare



Ebola, un protocollo per tutti gli ospedali sui casi sospetti

Ora dovranno segnalare anche i "contatti" a rischio
Previsti controlli telefonici e isolamento a casa

ALESSANDRA CORICA

UN PROTOCOLLO sulle misure da attivare, in base alle direttive del ministero della Salute e della Regione. Lo hanno presentato i vertici dell'Asl di Milano agli ospedali. Obiettivo, far sì che tutti siano pronti qualora si debba gestire un caso sospetto di Ebola (un paziente che presenta uno dei sintomi, e che è stato in uno dei Paesi a rischio negli ultimi 21 giorni), o qualcuno che è stato a contatto nelle ultime tre settimane con un malato,

sospetto o conclamato.

In base al protocollo tutti gli ospedali dovranno segnalare all'Asl non solo gli eventuali casi sospetti, ma anche tutti i "contatti", i soggetti che pur non presentando sintomi sono stati vicini a un malato (o presunto tale). Tre i livelli di rischio: se basso, il paziente dovrà essere tenuto sotto controllo solo telefonicamente. Se il rischio è intermedio l'ospedale dovrà prescrivere

l'isolamento a casa, mentre se è alto il ricovero. Per gli esami di laboratorio, il paziente dovrà essere inviato al Sacco, centro di riferimento nazionale con lo Spallanzani di Roma. «Ma non c'è motivo di essere in allarme — dice il professor Massimo Galli, che dirige il reparto di Malattie Infettive 3 del Sacco —. Noi siamo pronti, ma visto che qui non arrivano voli diretti dai Paesi a rischio, le probabilità che la malattia arrivi sono basse. Non solo: in Italia le comunità di persone provenienti da quelle zone sono poco popolose. Quindi è bassa anche la probabilità che qualcuno rientri qui, infetto, dopo una visita nel proprio Paese d'origine».

Entro il 20 ottobre tutti gli ospedali dovranno anche completare la revisione delle procedure e comunicarlo alla Regione. «Finora le persone che si sono presentate nei pronto soccorso sono state correttamente valutate dal punto di vista infettivologico e, quando indicato, sono stati sottoposti ai test — ha ribadito, due giorni fa, l'assessore alla Salute Mantovani — Tutti sono risultati negativi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LE PROTEZIONI
Una delle tute in dotazione per chi dovrà trattare i pazienti o i casi sospetti



Contagiata un'altra infermiera a Dallas

Ebola, allarme globale: Obama chiama Renzi e i leader europei

■ Aumenta l'allarme per la possibile diffusione del virus Ebola. Ieri negli Stati Uniti è stato registrato un secondo caso di contagio. Un supervertice in videoconferenza ha messo in contatto il premier italiano Matteo Renzi, il presidente americano

Barack Obama, la cancelliera tedesca Angela Merkel, il presidente francese Francois Hollande e il premier britannico David Cameron. Al centro dei colloqui la lotta all'Ebola e al terrorismo internazionale.

Francesca Cerati > pagina 43

Un nuovo caso in Texas

Obama: riunione d'emergenza Videoconferenza coi leader Ue

LE CONTROMOSSE

La Svizzera potrebbe inviare 90 persone tra militari e civili, oggi a Bruxelles vertice dei ministri della Salute sulla tracciabilità dei passeggeri di **Francesca Cerati**

Un contatto tra il guanto protettivo e il viso: tanto è bastato all'infermiera spagnola Teresa Romero, probabilmente, per rimanere contagiata da ebola. Ed evitare ogni tipo di contatto tra guanti, tute ed equipaggiamento protettivo con il viso, in particolare occhi, naso e bocca, è proprio una delle indicazioni che l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) dà al personale sanitario per evitare di essere contagiato. Dopo che le procedure di sicurezza sono state messe sotto accusa, l'Oms sul suo sito pubblica una serie di manuali e indicazioni su come proteggersi, rivolte a operatori e cittadini, specificando che se seguite in modo preciso, evitano il contagio. E il tema per stabilire se e quale violazione del protocollo di sicurezza abbia portato al contagio dell'infermiera americana, alla quale ieri se n'è aggiunta una seconda - Amber Joy Vinson di 29 anni - sempre dell'ospedale di Dallas (dove nei giorni scorsi è morto Eric Duncan, il paziente zero americano) è quello che ha spinto il presidente americano Barack Obama

a rinviare il viaggio elettorale previsto in New Jersey e Connecticut per convocare un vertice d'urgenza su Ebola, al quale parteciperanno i responsabili di dipartimento e agenzie che stanno gestendo l'emergenza. Decisione forse dettata anche dal fatto che da un sondaggio del Washington Post-ABCNews due terzi circa degli americani sono preoccupati che il virus si diffonda su larga scala, malgrado le ripetute rassicurazioni delle autorità statunitensi sulla sicurezza del sistema di assistenza e prevenzione sanitaria nel paese.

Pur consapevoli della letalità del virus, va ricordato che l'incidenza in Usa e in Europa è, a oggi, pari a un caso su 300 milioni. Dove invece l'epidemia continua a essere una reale emergenza è sempre in Guinea, Liberia e Sierra Leone, con 8.973 casi e 4.484 decessi. Per fermare la diffusione di Ebola la Gran Bretagna ha deciso di inviare la nave dalla Royal Navy "Argus", con a bordo fino a 100 letti e un equipaggio di circa 400 persone, tra cui 80 medici. La nave salperà venerdì da Falmouth, in Cornovaglia, diretta in Sierra Leone. Anche la Svizzera potrebbe inviare nelle regioni colpite dell'Africa occidentale un distacco di 90 persone tra militari e civili, tutti volontari, e fino a due-tre elicotteri, in appoggio alle autorità locali e alla missione internazionale sotto l'egida delle Nazioni Unite. L'impiego di militari e civili sul posto dovrebbe servire anche ad aiutare gli Stati africani a potenziare il monitoraggio dei passeggeri in uscita, co-

me suggerito dai tecnici della Commissione europea che al contrario non consigliano agli Stati membri di adottare controlli ai viaggiatori in arrivo dai Paesi colpiti dall'Ebola negli aeroporti o nelle stazioni.

E proprio oggi a Bruxelles nel vertice dei ministri della Salute Ue si discuterà della "tracciabilità" dei passeggeri che, provenienti dai paesi africani a rischio Ebola, dovrebbero giungere in Europa attraverso voli non diretti, ma che prevedono scali in altri aeroporti. La linea sostenuta a livello europeo sarebbe comunque quella di prevedere la possibilità di trattamenti medico-sanitari tempestivi in loco, ovvero in Africa, per gli operatori sanitari che dovessero risultare contagiati dal virus. «Da un punto di vista scientifico è questa l'unica soluzione per cercare di avvicinare allo zero il rischio di contagio: trattare i malati sul posto» commenta Maria Rita Gismondo, responsabile del Laboratorio di microbiologia dell'Ospedale Sacco di Milano, punto di riferimento anti-Ebola in Italia insieme allo Spallanzani di Roma.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



EBOLA

SIAMO PRONTI?



Lo stiamo aspettando. Perché, avvertono gli esperti, il virus potrebbe arrivare anche in Italia. Impedire l'epidemia è possibile, a patto di stringere i controlli e agire subito, dagli aeroporti agli ospedali.

COPERTINA

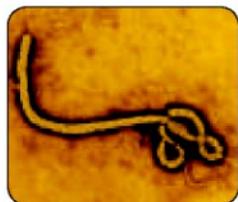
di Bianca Stancanelli e Chiara Palmerini

Un virus la cui mortalità supera quella della peste nera medioevale. Ospedali africani poco attrezzati, con medici e infermieri impreparati a gestire migliaia di casi. Malati che rifiutano le cure e spargono il contagio. Un'infezione dilagata nelle città. Un Occidente distratto che ha sottovalutato i focolai finché l'epidemia non è diventata fuori controllo.

Una sequenza di errori, fatalità e imprevisti: la tempesta perfetta. Che oggi lambisce Stati Uniti ed Europa. Nel momento in cui scriviamo, è morto a Lipsia, in Germania, un dipendente dell'Onu contagiato in Liberia; negli Stati Uniti, le persone sotto osservazione perché entrate in contatto con Thomas Duncan, il paziente «zero», sono salite a 70, e l'infermiera che lo ha curato non è fuori pericolo.

Una volta salito a bordo di un aereo, Ebola può colpire ovunque. Di fronte a un nemico così potente, stiamo affilando le armi. Ma siamo davvero preparati? Stati Uniti, Canada e Gran Bretagna (a Heathrow) hanno deciso di effettuare il controllo della temperatura ai viaggiatori provenienti dai paesi africani colpiti dal virus. Da noi per ora non è così. Ma misurare la temperatura a chi è stato nelle zone a rischio basta a fermare il contagio? Ovviamente no. Una persona può avere il virus annidato nel sangue ma essere nel periodo di incubazione, senza febbre. Solo quando, giorni dopo, entrerà nella fase conclamata della malattia, scatterebbe l'allarme. E potrebbe essere tardi in una guerra dove la tempestività nell'agire è invece fondamentale.

Negli ospedali, medici e infermieri si dicono allertati, hanno avuto direttive, letto protocolli, imparato (forse) a usare le tute protettive. Hanno posti letto e ambulanze attrezzate. Se, o meglio quando, si verificherà un caso reale, tutto l'ingranaggio dovrà funzionare. La grande incognita, anche in questo caso, resta quella di un paziente che vada in giro prima di essere intercettato. Ipotesi tutt'altro che remota. E risalire a tutti i contatti, a quel punto, sarebbe un'impresa. La Nigeria, dopo 20 casi di Ebola, oggi è libera dal contagio. Ma per quei 20 casi, ha dovuto rintracciare e controllare oltre mille persone. Saremo anche noi così efficienti?



Ebola al microscopio.



Il virus Ebola ti preoccupa?
Di' la tua sulla pagina Facebook di Panorama.

IL PRIMO FILTRO: GLI SCALI AEREI

A Monrovia (Liberia) ai viaggiatori provenienti dalle zone a rischio viene controllata la temperatura. In caso di febbre, la persona non vola. Stati Uniti, Canada, Gran Bretagna (Heathrow e Gatwick) e Cina (Hong Kong) hanno deciso la stessa misura nei loro aeroporti, sui passeggeri in arrivo da Liberia, Guinea e Sierra Leone.



Termometro ad Infrarossi

Temperatura presa con termometro a infrarossi (senza contatto)

I controlli negli aeroporti

Si chiama Passenger locator form. È una scheda in 35 voci. Serve per indicare nome, cognome, numero di volo, posto occupato a bordo, telefono, email, indirizzo in patria e all'estero, nome e numero di familiari e compagni di viaggio, telefono per contatti di emergenza. È uno degli strumenti messi in campo dalla Iata (l'associazione internazionale delle compagnie aeree) per prevenire il contagio da virus Ebola. Così come l'obbligo per tutte le compagnie che hanno voli con i paesi a rischio (Guinea, Liberia, Sierra Leone) di tenere per 21 giorni, il tempo limite d'incubazione del virus, la lista dei passeggeri con l'indicazione del loro posto a bordo. Scudi di carta contro un virus subdolo e ad alto rischio. Basteranno?

La parola d'ordine, per ora, sembra tranquillizzare. «Viaggiare da e per i paesi affetti da Ebola comporta un basso rischio» rassicura sul suo sito l'Oms. Negli scali di partenza, in Africa occidentale, i controlli sono obbligatori: test della temperatura per i passeggeri; rifiuto dell'imbarco per chiunque manifesti sintomi di contagio e per i familiari al seguito. Ma pure negli scali d'arrivo la precauzione è d'obbligo. Anche in Italia, dove non atterrano voli da nessuno dei paesi dove infuria l'epidemia. Gli unici collegamenti diretti sono con la Nigeria, dove l'epidemia è stata bloccata: tre voli la settimana da e per lo scalo romano di Fiumicino, con una media di 200 passeggeri a bordo, e un volo cargo (solo merci) plurisettimanale della Turkish Airlines sulla rotta Istanbul-Lagos-Milano Malpensa. «Ci sono poi i voli privati: per esempio, quelli delle aziende che rimpatriano i loro tecnici dai paesi a rischio. A Linate ne abbiamo avuto più di uno» avverte Alberto Germani, dirigente dell'Usmaf (Ufficio



sanità marittima e aerea di frontiera). E spiega che, l'8 settembre scorso, il suo ufficio ha spedito un'ordinanza a tutti gli operatori al lavoro su Linate e Malpensa, obbligandoli a comunicare in anticipo equipaggi e passeggeri di qualunque volo diretto con i paesi a rischio dell'Africa occidentale. «Il sistema è sotto controllo» sostiene Giuseppe Daniele Carrabba, direttore centrale per il coordinamento degli aeroporti dell'Enac, l'ente nazionale per l'aviazione civile, che d'intesa con il ministero della Salute sovrintende all'organizzazione dei piani anticontagio. «L'unico anello debole è il passeggero partito da una nazione a rischio e atterrato in un grande aeroporto europeo che fa tre ore d'attesa, poi s'imbarca su un volo per l'Italia e lì sviluppa i sintomi». È proprio nei voli indiretti che può nascondersi l'insidia, come ha raccontato il fotografo di *Vanity Fair* che, tornato dalla Liberia, ha fatto scalo a Bruxelles e poi è atterrato a Malpensa senza nessun controllo della temperatura: procedura, per ora, non prevista negli scali europei (lo stanno facendo, con non poche difficoltà, in quelli inglesi).

Agli equipaggi è richiesto di tenere gli occhi aperti. Se il comandante segnala un caso sospetto a bordo, l'aereo viene dirottato verso uno dei quattro aeroporti sanitari italiani: Linate, Malpensa, Ciampino e Fiumicino. Dei quattro, i due in funzione 24 ore su 24 sono i due scali maggiori. Una volta atterrato, l'aereo viene avviato verso una piazzola speciale e resta con i portelli chiusi. L'unica persona autorizzata a salire a bordo è il medico dell'Usmaf. Se il caso segnalato si rivela davvero sospetto, il passeggero viene fatto scendere, caricato su un'ambulanza ad alto

Controllo della temperatura su un passeggero africano.



CHE COS'È EBOLA

Una febbre emorragica con un'alta percentuale di mortalità:

da **50** a **80%**

Incubazione: da 2 a 21 giorni.

Contagio: avviene quando appaiono i sintomi. Per contatto diretto con sangue e altri fluidi



biologici di un malato o di un morto (saliva, sangue, urina, vomito) o con ambienti contaminati da tali fluidi. Il contagio può verificarsi anche per via sessuale fino a 7 settimane dopo la guarigione, perché il virus resta più a lungo nello sperma.

Sintomi: nella prima fase febbre, prostrazione, cefalea, nausea, vomito, diarrea. Poi danni a reni, fegato, sistema respiratorio, sistema nervoso centrale. Emorragie interne e cutanee.



COPERTINA

biocontenimento e ricoverato negli ospedali specializzati (a Roma, lo Spallanzani; a Milano, il Sacco). Gli altri passeggeri vengono avviati sul cosiddetto «canale sanitario». Spiega Alberto Germani: «A Malpensa si tratta di una struttura di 1.500 metri quadrati, con percorsi obbligati senza ritorno che avviano ai controlli sanitari e due sale d'attesa: per 210 e 180 posti rispettivamente. Ci sono anche tre ambulatori e tre camere di isolamento con porte che si aprono con codice alfanumerico». A Fiumicino, il canale sanitario prevede che i passeggeri siano avviati su un corridoio separato e tenuti lontani dai viavai dello scalo. Ognuno, naturalmente, dovrà compilare la Passenger locator form: servirà per rintracciare il passeggero nei 30 giorni dopo il volo.

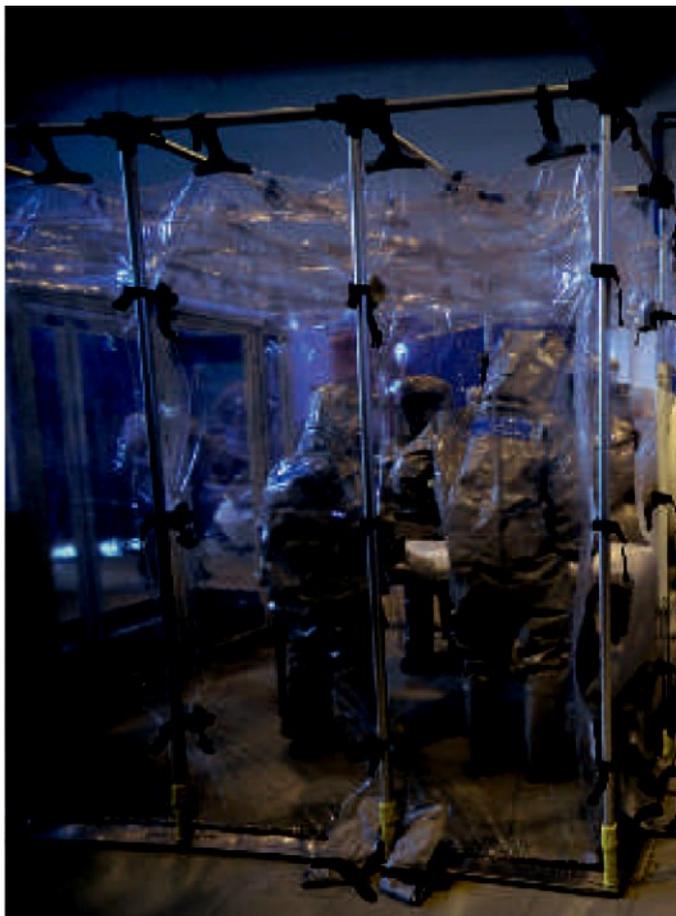
Procedure efficienti? L'occasione per testarle sono i falsi allarmi o i casi sospetti, come è successo il 12 settembre a Malpensa per un volo da Lisbona (un senegalese che si era sentito male) e il 14 ottobre a Fiumicino (una donna e la sua bambina di 4 anni con la febbre, su un aereo proveniente da Istanbul). In entrambi i casi sono scattati i controlli previsti: è arrivata la squadra dell'Usmaf e tutti i passeggeri di quei voli hanno dovuto compilare dei moduli con le proprie generalità prima di lasciare l'aeroporto.

I controlli negli ospedali

Se dovesse sbarcare un vero malato, i piani per fronteggiare nei nostri ospedali un caso zero di Ebola sembrano, almeno sulla carta, pronti. Il ministero della Salute ha diramato una circolare con le informazioni che, attraverso gli assessorati alla Salute delle regioni, dovrebbero arrivare fino agli ospedali, ai pronto soccorso, al 118, ai medici di base. Anche se in alcuni casi si lamenta la carenza di informazioni sulle linee guida. Per i piani anti Ebola si sta rivitalizzando la rete dormiente messa in piedi ai tempi della Sars, la polmonite comparsa in Cina nel 2002, e le procedure e le attrezzature predisposte contro la minaccia del bioterrorismo.

Inutile dire che la teoria è diversa dalla pratica, e la realtà può essere imprevedibile. Lo scenario più probabile è dover affrontare il caso di un operatore sanitario che si è contagiato curando i malati in Liberia, Sierra Leone o Guinea. L'ipotesi peggiore è quella del paziente infetto che, con i sintomi della malattia e in grado di contagiare, se ne va in autobus o in metropolitana. «È il timore più grande: che capiti davvero un caso e non venga subito intercettato» dice Massimo Galli, direttore della divisione III di malattie infettive e tropicali all'ospedale Sacco.

Chiamando il pronto soccorso di alcuni ospedali e chiedendo come si stanno preparando per Ebola, dopo qualche esitazione e un giro di telefonate per



Emergenza simulata Un'esercitazione con tute protettive e...

raggiungere un responsabile autorizzato a parlare, non si ha la sensazione di cogliere qualcuno di sorpresa. Gli esperti sottolineano che l'Italia ha una buona rete di reparti di infettivologia e una tradizione di medici preparati sulle malattie tropicali; oltre a una specie di prova generale messa in piedi per emergenze passate che poi non sono diventate realtà.

«Da agosto, a chi chiama il 118 con febbre e sintomi compatibili con Ebola viene chiesto se negli ultimi 21 giorni è stato in uno dei paesi dove è in corso l'epidemia, di cui ci arriva ogni settimana l'aggiornamento da parte del ministero» assicura

Marco Salmoiraghi, direttore sanitario dell'Areu (Azienda regionale emergenza urgenza) della Lombardia. Se una persona ha sintomi sospetti, scatta un livello di attenzione superiore al normale. In parole povere, gli operatori che hanno a che fare con il paziente devono bardarsi con le tute e le attrezzature che ci siamo abituati a vedere nelle immagini relative all'epidemia.

Molti ospedali hanno preparato o aggiornato i piani di emergenza. «In parte

NEGLI STATI UNITI
A Dallas (Texas), dove l'infermiera che si è contagiata dal paziente zero Thomas Duncan è ancora in pericolo, i controlli si concentrano su tre categorie: il personale ospedaliero, una parte dei pazienti ricoverati nello stesso ospedale, e parenti e conoscenti della donna (in totale, 70 persone).



o paziente all'aeroporto militare di Pratica di Mare, Roma.

I FARMACI

Sono molecole sperimentali.

1. Thomas Duncan, morto a Dallas, era stato curato con il **Brincidofovir**.

Efficace in laboratorio, non lo ha salvato.

2. Un altro farmaco è il siero **ZMapp**, utilizzato per l'infermiera spagnola e somministrato ad agosto su due missionari americani e altri 7 pazienti. Non si sa con certezza, però, se sia stato risolutivo nella loro guarigione.

3. Tkm-Ebola, dato a settembre a Richard Sacra, medico contagiato in Liberia e poi guarito. Sacra è stato trattato anche con il sangue di Kent Brantly, altro sopravvissuto.

4. Un farmaco cinese della **Sihuan Pharmaceutical Holdings Group**,

che attende il via libera dalla Fda (forse entro l'anno).

5. Plasma proveniente da pazienti guariti.

IL VACCINO

Il primo vaccino, **cAd3-Zebov**, è stato messo a punto dalla società Okairos, nei laboratori del Ceinge, Centro di ingegneria genetica di Napoli. Nel 2013 Okairos ha ceduto i diritti alla GlaxoSmithKline. Trials clinici sono in corso in Stati Uniti, Gran Bretagna e Mali (Africa). «Si tratta di volontari sani cui viene dato il vaccino per sapere se è sicuro e se stimola il sistema immunitario» spiega Riccardo Cortese, fondatore di Okairos. Verso la primavera 2015 si potrà forse somministrarlo ai medici che lavorano in Africa.

Un secondo candidato è un **vaccino canadese**, testato all'Istituto di ricerca dell'Esercito di Silver Spring, Maryland. Ha dimostrato, sugli animali, un'ottima efficacia nel prevenire il contagio.

sono materiali che abbiamo già, in parte stiamo acquisendo nuove tute, maschere facciali con i filtri, sovrascarpe, guanti, visiere e copricapo. Stiamo addestrandolo gli operatori e individuando percorsi sanitari isolati per i casi sospetti» dice Alessandro Barsotti, dirigente medico che coordina gli interventi per l'Azienda ospedaliera universitaria pisana.

In teoria, un paziente di Ebola sosterebbe per poco in una delle stanze preparate nei reparti di infettivologia. Un caso «probabile» e a maggior ragione un caso «confermato», verrebbero trasportati e trattati nei due centri autorizzati a gestirli (e gli unici adeguatamente attrezzati), l'Istituto Spallanzani di Roma e l'ospedale Sacco di Milano. Le stanze per i pazienti (15 posti letto al Sacco, 16 allo Spallanzani) hanno la pressione orientabile verso l'interno o l'esterno a seconda della necessità e sono a tenuta stagna. Ci sono percorsi separati per il paziente, per i materiali in entrata e uscita e per il personale. Chiunque ha a che fare con il malato o con le sue cose, deve essere equipaggiato con i dispositivi di protezione personale. Ma indossarli bene non basta; il rischio di contaminarsi durante la svestizione esiste se non vengono compiute le manovre corrette, come sembra sia successo all'infermiera spagnola e a quella americana. Con Ebola, basta

una distrazione per innescare una spirale di rischio difficile poi da arginare. «C'è una sequenza precisa per vestizione e svestizione. Al Sacco facciamo addestrare gli operatori davanti allo specchio, con un osservatore che segnala e fa ripetere eventuali manovre sbagliate» dice Giuliano Rizzardini, direttore del dipartimento di malattie infettive del Sacco.

Dovesse arrivare un caso, ci sarebbe poi da rintracciare e tenere sotto controllo le persone che hanno avuto a che fare con lui. In gergo si parla di «contatti». «C'è un protocollo dell'Oms, i piani sono predisposti» spiega Galli. «Nel caso, verrebbe istituito un gruppo di lavoro tra ministero e assessorato alla Sanità della regione interessata». Tra chi potrebbe venire a sapere di un caso di Ebola ci sono anche i medici di famiglia. Sono informati? «Alcune Asl hanno mandato informazioni, ma non tutte» ammette Pier Luigi Bartoletti, vicesegretario della Fimmg, Federazione italiana medici di medicina generale. Anche a loro è però chiaro un concetto: il primo fattore da considerare è la provenienza dai paesi a rischio. Non più la Nigeria, che dopo un focolaio con 20 casi e 8 morti, a giorni dovrebbe essere dichiarata, ufficialmente, Ebola free. L'unico segnale, per ora, che una delle peggiori crisi sanitarie del secolo può essere superata. ■

COPERTINA

Dopo errori, ritardi, mancanza di mezzi, oggi l'Occidente sta facendo di tutto per stroncare l'epidemia nei paesi di origine. Perché è lì che si gioca il nostro destino.

di Franca Roiatti

MA LA GUERRA VA VINTA IN AFRICA



Alla fine Membri della Croce rossa rimuovono il corpo di una vittima a Monrovia. Molti malati muoiono a casa o in strada.

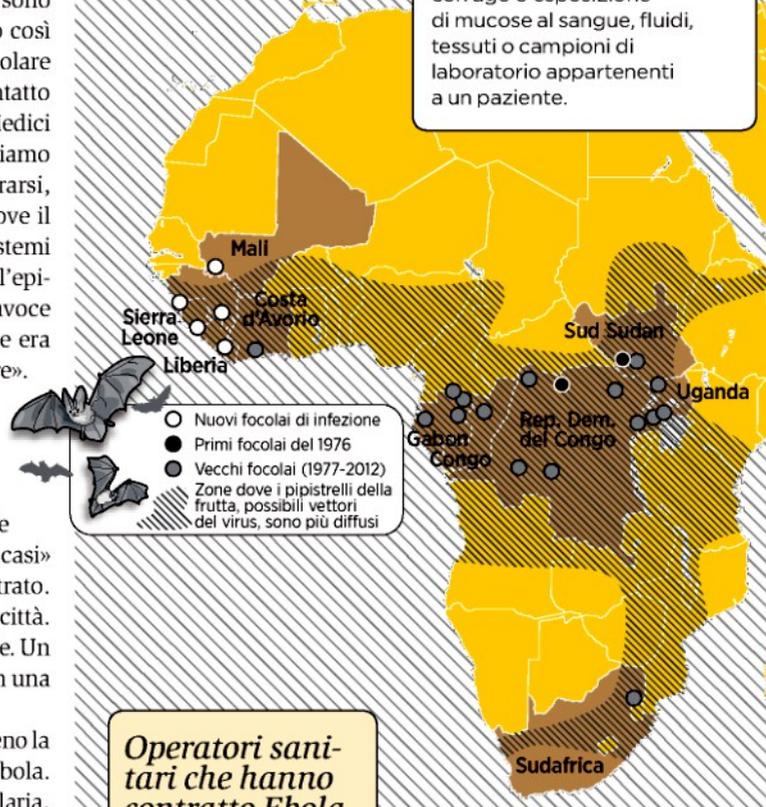
«Il mondo non ha mai visto qualcosa di simile e il tempo è il nostro principale nemico». Non nasconde la preoccupazione Anthony Bambury, capo del Unmeer, la missione Onu di risposta all'emergenza Ebola, la prima del genere nella storia dell'organizzazione. A riprova, lamentano molti operatori, che da marzo, quando fu diagnosticato il primo caso in Guinea, troppi errori sono stati commessi. «Il fatto che il virus si sia diffuso così rapidamente in grossi centri ha reso più difficile isolare i malati e rintracciare tutte le persone venute in contatto con loro» spiega Loris De Filippi, presidente di Medici senza frontiere (Msf) Italia. «Ma noi per mesi abbiamo lanciato l'allarme. La situazione ha continuato a deteriorarsi, soprattutto in Liberia e Sierra Leone. Anche in Guinea, dove il contagio sembrava essersi fermato, sta riprendendo». «I sistemi sanitari dei paesi coinvolti erano già allo stremo prima dell'epidemia» si giustifica con Panorama Akunda Pallangyo, portavoce di Unmeer. «Inoltre c'è voluto tempo anche per capire che era Ebola e non altro. Ora però sappiamo ciò che dobbiamo fare».

Fermare i contagi è tutt'altro che semplice visto che la stessa Oms ammette che in Liberia la difficoltà di incrociare i risultati dei test di laboratorio con il controllo clinico dei casi rende quasi impossibile sapere a che ritmo procede la diffusione del virus. «A Monrovia mappavo l'origine dei casi» racconta Saverio Bellizzi, epidemiologo di Msf appena rientrato. «Di solito ci si aspetta picchi in alcune zone, non in tutta la città. Ogni quartiere risulta colpito, senza differenze di ceto sociale. Un membro del team un giorno è rientrato da un sopralluogo in una baraccopoli e mi ha detto. "La situazione è dantesca"».

Sul fronte delle cure non va molto meglio: mancano almeno la metà degli oltre 4 mila posti letto necessari per i malati di Ebola. Ai pazienti vengono dati farmaci contro febbre, vomito e malaria, visto che molti ne soffrono, antibiotici e soprattutto sali minerali. Non i farmaci sperimentali, ancora non disponibili in quantità sufficienti. «Dal 2001 siamo a Goderich, vicino a Freetown, con un centro traumatologico e pediatrico di riferimento per l'intero paese» ricorda Luca Rolla, infermiere genovese, coordinatore di Emergency in Sierra Leone. «Appena è scoppiata l'epidemia gli ospedali privati hanno chiuso, e medici e infermieri statali hanno

Casi totali	9.000
di cui morti	4.447
I TRE PAESI PIÙ COLPITI	
	Infezioni Decessi
Guinea	1.350 778
Liberia	4.076 2.316
Sierra Leone	2.950 930

L'Oms stima che a dicembre il numero di nuovi contagi da Ebola potrebbe salire a 5-10 mila a settimana.



IL CONTAGIO

RISCHIO MOLTO BASSO
Contatto casuale con un paziente febbrile ma deambulante e autosufficiente: soggiornare insieme in un'area comune o in un mezzo pubblico.

RISCHIO BASSO
Stretto contatto con un paziente febbrile: visita medica, misurazione della temperatura o della pressione.

RISCHIO ALTO
Stretto contatto senza appropriate misure di protezione personale (inclusa la protezione degli occhi) con un paziente che sta tossendo o vomitando, che perda sangue dal naso o con diarrea; puntura con ago o esposizione di mucose al sangue, fluidi, tessuti o campioni di laboratorio appartenenti a un paziente.

Operatori sanitari che hanno contratto Ebola

416

233 morti.

LO SCENARIO MIGLIORE

11 mila-27 mila casi a gennaio 2015

Possibile solo se il 70 per cento dei malati vengono curati in modo tempestivo e adeguato, in centri isolati e con funerali a livelli massimi di sicurezza. Circa il 18 per cento dei pazienti in Liberia e il 40 per cento in Sierra Leone ricevono un trattamento di questo genere.

E QUELLO PEGGIORE

540 mila-1,4 milioni di casi a gennaio 2015

È la previsione di Thomas Frieden, direttore dei Cdc (Centers for disease control di Atlanta), se il virus continuerà, come in questi ultimi mesi, a diffondersi senza incisive misure di contenimento.

CHE COSA C'È, CHE COSA MANCA

Nei tre paesi maggiormente colpiti da Ebola, Liberia, Sierra Leone e Guinea, servono letti, operatori sanitari, mezzi di trasporto per i morti e finanziamenti.



LETTI



NON CHIUDIAMO LE FRONTIERE

È giusto controllare i passeggeri, inutile isolare i paesi colpiti.

L'emergenza Ebola va affrontata in Africa. E non (o non solo) per ragioni filantropiche: se l'epidemia non si esaurisce là, prima o poi ci ritroveremo con un problema, più grosso, qui. *Panorama* ha chiesto ad **Alessandro Vespignani**, che alla Northeastern University di Boston si occupa di previsioni sull'evoluzione dell'epidemia, che cosa dobbiamo aspettarci.

Che scenari si prospettano per i prossimi mesi?

I dati sono di quasi 9 mila casi al 15 ottobre, in linea con le nostre simulazioni. Per la fine del mese si va da 18 mila casi, nello scenario migliore, a 55 mila nel peggiore.

Servirebbe chiudere del tutto i voli con i paesi colpiti?

Il traffico è già ridotto del 70-80 per cento nella zona. Ulteriori cali servirebbero solo a ritardare di qualche settimana l'arrivo dei casi. Chiusure complete del traffico aereo renderebbero ancora più difficoltoso l'arrivo degli aiuti nei paesi colpiti, e dovrebbero essere accompagnate da un ponte aereo militare su grande scala.

C'è grande enfasi sul rafforzare i controlli negli aeroporti...

Nelle pandemie precedenti non ha funzionato. Ma in questo caso, dato che Ebola non si trasmette nella fase di incubazione, controllare e tracciare i viaggiatori provenienti da zone a rischio può essere utile per isolare i casi di infezione in modo rapido.

Che probabilità ci sono che Ebola arrivi in Italia?

Nell'ordine del 5-10 per cento, fino alla fine di ottobre.

Da novembre, se l'epidemia non rallenta, le cose diventano più preoccupanti. Però stiamo parlando di un numero limitato di casi e il nostro sistema sanitario è in grado di isolarli. I problemi sono nel lungo termine (4-8 mesi) se non si riuscirà a contenere l'epidemia in Africa. Lì si sta combattendo la battaglia decisiva per tutti.

(Chiara Palmerini)



DAL 1976...

La prima diagnosi di Ebola fu fatta nel 1976, su campioni di sangue infetto provenienti dalla Repubblica democratica del Congo. A maneggiare i campioni, in un laboratorio dell'Università belga di Antwerp, erano un giovane medico, Peter Piot, e due colleghi. Il sangue era quello di una suora colpita da febbre emorragica mentre era in missione in quel paese. Il medico, senza saperlo, rischiò grosso: una delle provette, contenute in un thermos di plastica con il ghiaccio, durante il viaggio si era rotta. L'unica cautela di Piot, che pensava di fronteggiare una «semplice» febbre gialla con manifestazioni emorragiche, fu indossare guanti di lattice.

Una volta isolato il virus, i medici capirono che si trattava di qualcosa di diverso: al microscopio, apparve un lungo virus a forma di verme. Piot inviò i campioni all'Oms. Quell'anno, il virus uccise 280 persone nel Congo, quasi il 90 per cento dei malati. Ebola è il nome della valle dove scoppiò la prima epidemia.

...A OGGI

Negli anni passati, focolai isolati di Ebola si erano presentati nell'Africa centrale, in villaggi rurali circondati dalla foresta; si pensa che a trasmettere il contagio siano stati i pipistrelli della frutta. Ma l'infezione non è mai uscita dai confini. Come si è arrivati all'epidemia attuale? Secondo David Bausch della Tulane university di New Orleans, nei paesi oggi colpiti c'erano già stati, nei mesi scorsi, casi di infezione non riconosciuti: non tutti i malati hanno febbre emorragica, talvolta i sintomi si limitano a vomito, diarrea, febbre. Nell'epidemia di questi ultimi mesi, si pensa che il paziente zero sia stato un bambino di due anni del villaggio di Guéckédou, tra Liberia, Sierra Leone e Guinea; il piccolo è morto lo scorso 6 dicembre, contagiando madre, sorella e nonna, tutte decedute. L'infezione si è poi propagata durante il rito funebre e diffusa nelle zone circostanti, come un incendio.

COPERTINA



disertato il lavoro per paura del contagio: spesso non avevano protezione adeguata e non conoscevano le procedure. A fine settembre abbiamo aperto un centro dedicato al trattamento di Ebola a Lakka, con 22 posti letto». Ma secondo il presidente della Sierra Leone Ernest Koroma ci vogliono, solo nel suo paese, almeno 1.500 posti letto, e 5 mila medici e infermieri addestrati. Il personale sanitario dei paesi colpiti dall'epidemia ha pagato un prezzo altissimo: più di 400 sono stati contagiati, la metà sono morti.

«Nella sede di Bruxelles addestriamo ogni settimana 300 persone di qualsiasi istituzione decida di inviare volontari in Africa occidentale» aggiunge De Filippi «Msf ha 3 mila operatori sul campo, ma non bastano e siamo allo stremo. Devono intervenire gli stati». Per dirla con le parole del segretario generale dell'Onu Ban Ki-moon serve uno sforzo «20 volte maggiore». Sul campo, calcola l'Oms, c'è il 30 per cento del personale necessario. L'emergenza è talmente acuta che perfino la lentissima burocrazia dell'Onu si è arresa: chiunque abbia un minimo di esperienza e decida di partire per Guinea, Liberia o Sierra Leone, viene assunto in poche ore.

«I primi 100 marines americani sono sbarcati in Liberia, dove costruiranno 17 centri di trattamento; 165 medici cubani faranno funzionare le strutture realizzate dall'esercito inglese in Sierra Leone» snocciola Pallangyo. «L'assemblea generale Onu ha stanziato 50 milioni di dollari per Unmeer, altri fondi sono arrivati da Norvegia e Svezia, l'Ue sta mandando tonnellate di materiali. Servono esperti internazionali, per questo è fondamentale che non vengano bloccati i collegamenti aerei con i paesi colpiti».

«Ad aprire il piano di risposta prevedeva un budget di 1 milione di dollari, a luglio erano 20 milioni, ora siamo a 2 miliardi. Se il virus continua a diffondersi in aree densamente abitate e la gente non viene curata adeguatamente la questione diventerà molto più complessa da gestire» precisa a *Panorama* Maurizio Barbeschi, scienziato dell'Oms che ha partecipato alla missione di risposta rapida a Ebola in Nigeria, un successo visto che il virus è stato bloccato nonostante fosse arrivato a Lagos, città con oltre 20

milioni di abitanti. «I primi contagiati erano quasi

tutti operatori sanitari» prosegue Barbeschi. «Abbiamo insegnato a pazienti, infermieri e medici ad affrontare paura ed emergenza, mettendoli nelle condizioni di andare avanti da soli».

Il piano messo a punto dall'Onu e dall'Oms prevede che ciascun paese abbia strutture simili di risposta all'emergenza. «L'obiettivo è riuscire a isolare entro 60 giorni il 70 per cento dei casi e seppellire in modo sicuro il 70 per cento dei cadaveri, quando la virulenza del virus è all'apice» delinea Barbeschi. «Arrivando a bloccare la diffusione della malattia entro 6-9 mesi».

Cruciale è soprattutto assistere il prima possibile i malati. Per questo si stanno approntando centri sanitari di quartiere: appena una persona ha la febbre viene portata in una di queste strutture dove vengono prestate le prime cure, in attesa del test. Se positivo a Ebola, sarà ricoverata in un centro di trattamento. In questo modo si riduce l'esposizione dei familiari al virus.

L'entità del disastro sanitario costringe a cercare soluzioni mai tentate prima: «Abbiamo cominciato a distribuire nei quartieri più poveri e popolosi di Monrovia kit igienici contenenti cloro in polvere, mascherine e guanti, spiegando alle famiglie con malati come usarli e limitare le possibilità di contagio» conclude Bellizzi. La sfida più complessa è quella di diffondere la conoscenza della malattia tra la gente e vincere la diffidenza. In Nigeria i tecnici dell'Oms hanno coinvolto capi religiosi e tribali convincendoli a limitare la partecipazione delle persone ai raduni. In Guinea messaggi di prevenzione del contagio sono stati diffusi attraverso i sermoni. Istruzioni sull'igiene sono state condensate in sms e trasmissioni radio.

L'Unmeer considererà conclusa la sua missione «42 giorni dopo che l'ultimo malato di ebola sarà guarito» assicura Pallangyo, ma risollevare i paesi devastati da questa epidemia richiederà tempi molto lunghi. La Banca mondiale stima che le perdite economiche della regione toccheranno almeno i 32,6 miliardi di dollari entro il 2015.