

CONTAGIATO UN MEDICO IN SIERRA LEONE, OGGI ARRIVA A ROMA

# Ebola, ora l'Italia affronta il «paziente zero»

di **Claudio Viscoli**

**B**ene. Adesso siamo in ballo anche noi. Abbiamo il primo caso di Ebola in Italia, un co-

raggiato collega che opera con Emergency in Sierra Leone. Del tutto inaspettato? No, affatto. Come dibattuto poche settimane fa a Genova, nel Congresso

nazionale della Società italiana di malattie infettive, la possibilità che uno dei tanti volontari italiani operanti in Africa Occidentale si potesse ammalare esiste-

va, perché, specialmente in quel contesto logistico ed assistenziale, il rischio non poteva essere azzerato. **Continua ► pagina 31**

**Federico Mereta ► pagina 31**

## IL PARERE DELL'INFETTIVOLOGO

# «È uno stress test, ma il sistema reggerà»

di **Claudio Viscoli**► **Continua da pagina 1**

**Q**uello era il vero scenario possibile, non certo l'immigrato disperato in arrivo sulle coste della Sicilia. Il collega verrà prelevato da un aereo dell'Aeronautica e andrà all'Ospedale da sempre più attrezzato in Italia per queste emergenze, e cioè l'Istituto Nazionale di Malattie Infettive "Spallanzani" di Roma. Sia il sistema di prelievo del malato in "zona di operazioni", sia i colleghi infettivologi dello Spallanzani sono da tempo pronti per l'emergenza. Qualcuno di loro era già stato in zona per prepararsi meglio. La Malattia da Virus Ebola certamente fa paura agli operatori sanitari e mette a dura prova professionalità, coraggio e resistenza fisica. Il malato non può essere avvicinato a meno di due o, forse meglio, tre metri senza indossare pesanti dispositivi di protezione individuale. Verrà ricoverato in camere da cui l'aria non può uscire, munite di anticamera-filtro. Gli esami di laboratorio, probabilmente ridotti al minimo, verranno verosimilmente effettuati con macchinari dedicati. Non un centimetro di pelle dell'operatore deve essere scoperta. Se esiste il rischio che goccioline di aerosol si sollevino mentre il paziente viene accudito, meglio indossare vere e proprie tute munite di respiratore, in cui l'aria, aspirata dall'esterno, venga filtrata attraverso filtri assoluti, in modo da azzerare il rischio che le goccioline vengano a contatto con le superfici mucose. Le operazioni di vestizione e svestizione dei dispositivi di protezione, precedute dalla disinfezione, sono lunghe e minuziose; sempre operare in due, in modo che un collega controlli l'altro, meglio se davanti ad uno specchio, per potersi autocontrollare. Anche se per breve tempo, il virus riesce a sopravvivere anche su superfici inanimate e quindi nulla deve uscire dalla stanza, se non in sacchi apposti e sigillati.

Secondo i dati dell'OMS, quasi 15.000 persone hanno contratto Ebola in Africa Occidentale, con oltre 5.000 morti, ma i dati sono sottostimati perché nessuno riesce a tenere una contabilità attendibile, dato il completo collasso delle strutture sanitarie e di controllo in quei paesi. La letalità vera, in quei contesti, si aggira probabilmente attorno al 60%. I casi fuori dei paesi colpiti sono stati pochissimi. Dopo un periodo di incubazione di 12 giorni in media (massimo 21) durante il quale, è bene ricordarlo, il malato non è contagioso, compaiono dolori articolari, mal di testa, febbre. Il malato comincia ad essere contagioso, anche se scarsamente, all'inizio. Nei casi gravi, non sempre quindi, la malattia evolve con vomito, diarrea e, più di rado, emorragie. Il malato perde liquidi e sali sia all'esterno, sia all'interno, del corpo. L'ossigeno fatica ad arrivare ai tessuti. Scende la pressione sanguigna. I liquidi e i sali dovranno essergli restituiti per via endovenosa e la pressione sostenuta, cosa ardua da fare in un contesto africano, ma relativamente facile da noi. Se ciò non accade, o se la perdita è troppo cospicua, i vari organi ed apparati del nostro corpo cominciano a cedere progressivamente, fino a quella che chiamiamo, traducendo dall'inglese, "insufficienza multipla d'organo". A questo punto il malato è molto contagioso. Il virus Ebola, a partire probabilmente dall'ormai tristemente famoso "fruit bat" o pipistrello della frutta, come molti altri virus animali si è adattato a vivere nell'uomo, anche se malvolentieri. In principio, negli anni '70, si temeva che il contagio potesse avvenire per via aerea, come per l'influenza, ma poi, fortunatamente, si capì che avveniva solo per contatto con sangue e fluidi corporei. Da quando lo conosciamo aveva causato epidemie circoscritte, in zone per lo più rurali, dove la possibilità di diffusione era abbastanza limitata. Aveva causato morti, specie tra gli operatori sanitari, ma non ap-

pena ristabilito un minimo di controllo sui contatti e adeguate procedure di protezione per medici e infermieri, l'epidemia era stata circoscritta abbastanza facilmente. Questa volta è andata diversamente, quasi certamente per il contesto nel quale si è diffuso: un contesto cittadino, in zone densamente popolate, in presenza di popolazioni in continuo movimento, nell'ambito di un inconsistente sistema sanitario. Tutta la comunità medica infettivologica italiana è vicina ai colleghi dello Spallanzani e al nostro malato. Il nostro sistema viene sottoposto a uno "stress test", come si usa dire in contesti bancari, ma io sono certo che reggerà alla grande.

*Infettivologo Università di Genova  
 e IRCCS San Martino-IST Genova*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

