



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**27 Ottobre2022**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

GUARDIA DI FINANZA

## Pfizer sotto indagine in Italia, avrebbe nascosto al Fisco 1 miliardo e 200 milioni

27 Ottobre 2022

*La replica dell'azienda: «La società è in regola con il pagamento delle tasse e conforme ai requisiti richiesti»*



La Guardia di Finanza starebbe procedendo ad una verifica fiscale nei confronti della filiale italiana di Pfizer, la multinazionale farmaceutica, con l'ipotesi che la società avrebbe nascosto almeno 1,2 miliardi di euro di profitti trasferendo denaro a dei rami di azienda in altri paesi. A riportare la notizia è Bloomberg.

La Guardia di finanza avrebbe ipotizzato che la sede Pfizer situata appena fuori Roma, Pfizer Italia Srl, avrebbe trasferito del capitale in eccesso alle società affiliate negli Stati Uniti e nei Paesi Bassi per evitare il pagamento delle tasse sugli utili che possono arrivare fino al 26%. La filiale italiana della Pfizer avrebbe inviato dei capitali alle società affiliate estere Pfizer Production LLC e Pfizer Manufacturing LLC, con sede nel Delaware.



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

L'indagine sui profitti della società farmaceutica sarebbe iniziata a febbraio e coprirebbe il periodo 2017, 2018 e 2019, ovvero prima della pandemia di Covid, che ha visto Pfizer tra i protagonisti del contrasto alla malattia con il suo vaccino. «Le autorità fiscali italiane controllano e indagano regolarmente sulle tasse Pfizer e l'azienda collabora con tali controlli e indagini», ha affermato a Bloomberg il portavoce della società Pam Eisele. Poi ha aggiunto: «Pfizer è in regola con il pagamento delle tasse e conforme ai requisiti richiesti dall'Italia».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

**quotidiano**sanità.it

## Covid. Gimbe: “Continua calo dei contagi: la media attuale è di circa 34mila casi al giorno a fronte dei 42mila di due settimane fa”

***Nella settimana 19-25 ottobre ci sono stati 236.023 nuovi casi a fronte dei 275.628 della settimana scorsa. Il calo riguarda tutte le regioni ad eccezione della Sicilia dove si è registrato un incremento dei contagi del 3,3%. Sostanzialmente stabile l'occupazione dei posti letto in area medica (+113) e, dopo 3 settimane, tornano a scendere le terapie intensive (-22). Lieve aumento dei decessi (559 vs 544) con una media di 80 al giorno***



**27 OTT** - Prosegue anche questa settimana il calo dei nuovi casi in tutta Italia tranne che in Sicilia. Lo rileva il nuovo report settimanale di Gimbe che rileva, nella settimana 19-25 ottobre 2022, rispetto alla precedente, una diminuzione di nuovi casi (236.023 vs 275.628) (figura 1) e un lieve aumento dei decessi (559 vs 544) (figura 2). Calano i casi attualmente positivi (499.999 vs 543.207) e le persone in isolamento domiciliare (492.661 vs 535.960); sostanzialmente stabili i ricoveri con sintomi (7.106 vs 6.993), in lieve calo le terapie intensive (232 vs 254) (figura 3).

**In dettaglio, rispetto alla settimana precedente, si registrano le seguenti variazioni:**

- Decessi: 559 (+2,8%), di cui 14 riferiti a periodi precedenti
- Terapia intensiva: -22 (-8,7%)
- Ricoverati con sintomi: +113 (+1,6%)
- Isolamento domiciliare: -43.299 (-8,1%)
- Nuovi casi: 236.023 (-14,4%)
- Casi attualmente positivi: -43.208 (-8%)





**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

**Nuovi casi.** “Per la seconda settimana consecutiva – dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione GIMBE – si registra un calo dei nuovi casi settimanali (-14,4%): da oltre 275 mila della scorsa settimana scendono a quota 236 mila, con una media mobile a 7 giorni di quasi 34 mila casi al giorno” (figura 4). Due settimane fa la media giornaliera era di quasi 42 mila nuovi casi.

Ad esclusione della Sicilia (+3,3%), il calo dei nuovi casi riguarda tutte le Regioni (dal -3,8% del Lazio al -34,5% della Provincia Autonoma di Bolzano) (tabella 1). In 99 Province si registra una diminuzione dei nuovi casi (dal -0,6% di Palermo al -37,2% di Biella), mentre in 8 Province si rileva un aumento dei casi: dal +1,2% di Cagliari al +38,7% di Trapani. L'incidenza supera i 500 casi per 100.000 abitanti in 27 Province: Venezia (680), Rovigo (665), Biella (660), Belluno (656), Padova (650), Treviso (630), Vicenza (614), Bolzano (589), Terni (581), Udine (571), Ferrara (552), Como (551), Gorizia (551), Alessandria (550), Torino (547), Perugia (544), Trento (538), Pordenone (537), Sondrio (536), Varese (528), Reggio nell'Emilia (524), Verona (519), Ravenna (515), Verbanocusio-Ossola (511), Pavia (508), Trieste (508) e Piacenza (507) (tabella 2).

**Nuove varianti.** “L'[ECDC](#) - sottolinea Cartabellotta - raccomanda a tutti i Governi di proseguire con la campagna di vaccinazione primaria e con tutti i richiami previsti, di rafforzare il sequenziamento, in termini di campionamento, frequenza e tempestività e di continuare il monitoraggio di tutti gli indicatori (contagi, ospedalizzazioni, ricoveri in terapia intensiva, decessi), specialmente negli over 65”.

**Reinfezioni.** Secondo [l'ultimo report dell'Istituto Superiore di Sanità](#), nel periodo 24 agosto 2021-19 ottobre 2022 in Italia sono state registrate oltre 1,28 milioni di reinfezioni, pari al 6,8% del totale dei casi. La loro incidenza nella settimana 12-19 ottobre è del 15% (n. 42.575 reinfezioni), in calo rispetto alla settimana precedente (16,4%).

**Testing.** Si registra una diminuzione del numero dei tamponi totali (-6,3%): da 1.504.956 della settimana 12-18 ottobre a 1.410.261 della settimana 19-25 ottobre. In particolare i tamponi rapidi sono calati del 7% (-88.351) e quelli molecolari del 2,7% (-6.344) (figura 5). La media mobile a 7 giorni del tasso di positività si riduce dal 12,3% all'11,1% per i tamponi molecolari e dal 19,4% al 17,6% per gli antigenici rapidi (figura 6).

**Ospedalizzazioni.** “Sul fronte degli ospedali – afferma **Marco Mosti**, Direttore Operativo della Fondazione GIMBE – tornano a scendere le terapie intensive (-8,7%) dopo tre settimane consecutive di aumento, mentre si stabilizzano i ricoveri in area medica (+1,6%)”.

In termini assoluti, i posti letto COVID occupati in area critica, dopo aver raggiunto il massimo di 254 il 17 ottobre sono scesi a 232 il 25 ottobre; in area medica, dopo aver raggiunto il minimo di 3.293 il 24 settembre, hanno raggiunto quota 7.106 il 25 ottobre (figura 7).

Al 25 ottobre il tasso nazionale di occupazione da parte di pazienti COVID è dell'11,2% in area medica (dal 5,1% del Molise al 35,8% di Umbria e Valle D'Aosta) e del 2,5% in area critica (dallo 0% di Molise e Valle D'Aosta al 5% dell'Abruzzo) (figura 8).

“Tornano a scendere gli ingressi giornalieri in terapia intensiva – puntualizza Mosti – con una media mobile a 7 giorni di 29 ingressi/die rispetto ai 34 della settimana precedente” (figura 9).

**Decessi.** In ulteriore lieve aumento il numero dei decessi: 559 negli ultimi 7 giorni (di cui 14 riferiti a periodi precedenti), con una media di 80 al giorno rispetto ai 78 della settimana precedente.



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

**Vaccini: nuovi vaccinati.** Nella settimana 19-25 ottobre calano i nuovi vaccinati: 1.411 rispetto ai 1.576 della settimana precedente (-10,5%) (figura 10).

**Vaccini: persone non vaccinate.** Al 26 ottobre (aggiornamento ore 06.27) sono 6,8 milioni le persone di età superiore a 5 anni che non hanno ricevuto nemmeno una dose di vaccino (figura 11), di cui:

- 5,97 milioni attualmente vaccinabili, pari al 10,4% della platea (dal 7,9% del Lazio al 13,9% della Valle D'Aosta);
- 0,83 milioni temporaneamente protette in quanto guarite da COVID-19 da meno di 180 giorni, pari all'1,4% della platea (dall'1% della Valle D'Aosta al 2,4% del Friuli Venezia-Giulia).

**Vaccini: fascia 5-11 anni.** Al 26 ottobre (aggiornamento ore 06.16) nella fascia 5-11 anni sono state somministrate 2.604.758 dosi: 1.407.900 hanno ricevuto almeno 1 dose di vaccino (di cui 1.288.257 hanno completato il ciclo vaccinale), con un tasso di copertura nazionale al 38,5% con nette differenze regionali: dal 21,1% della Provincia Autonoma di Bolzano al 53,9% della Puglia (figura 12).

**Vaccini: terza dose.** Al 26 ottobre (aggiornamento ore 06.16) sono state somministrate 40.247.068 terze dosi con una media mobile a 7 giorni di 3.971 somministrazioni al giorno. In base alla [platea ufficiale](#) (n. 47.703.593), aggiornata al 20 maggio, il tasso di copertura nazionale per le terze dosi è dell'84,4%: dal 78,4% della Sicilia all'88,3% della Lombardia. Sono 7,46 milioni le persone che non hanno ancora ricevuto la dose *booster* (figura 13), di cui:

- 5,1 milioni possono riceverla subito, pari al 10,7% della platea (dal 7,2% del Piemonte al 18% della Sicilia);
- 2,36 milioni non possono riceverla nell'immediato in quanto guarite da meno di 120 giorni, pari al 4,9% della platea (dal 2,5% della Valle D'Aosta al 7,3% del Veneto).

**Vaccini: quarta dose.** Secondo quanto disposto dalla [Circolare del Ministero della Salute del 23 settembre 2022](#), la platea per il secondo richiamo (quarta dose) è di 19,1 milioni di persone: di queste, 13,2 milioni possono riceverlo subito, 1,8 milioni non sono eleggibili nell'immediato in quanto guarite da meno di 120 giorni e 4,1 milioni l'hanno già ricevuto.

Al 26 ottobre (aggiornamento ore 06.16) sono state somministrate 4.092.138 quarte dosi, con una media mobile di 35.944 somministrazioni al giorno, in aumento rispetto alle 35.486 della scorsa settimana (+1,3%) (figura 14). In base alla [platea ufficiale](#) (n. 19.119.772 di cui 13.060.462 over 60, 3.990.080 fragili e immunocompromessi, 1.748.256 personale sanitario e 320.974 ospiti delle RSA che non ricadono nelle categorie precedenti), aggiornata al 17 settembre, il tasso di copertura nazionale per le quarte dosi è del 21,4% con nette differenze regionali: dal 10% della Sicilia al 33% del Piemonte (figura 15).

**Vaccini: quinta dose.** Gimbe ricorda che al momento non è ancora disponibile nessun dato ufficiale sulle somministrazioni.



Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## IL COVID E LA CINA

### A Wuhan torna l'incubo del lockdown L'Ema avverte: in arrivo nuove ondate

Pechino

Torna il lockdown a Wuhan, la megalopoli cinese che per prima ha fatto i conti con la pandemia di Covid-19. Le autorità hanno deciso di isolare un distretto in cui vivono 900mila persone. È scattato da ieri l'obbligo di rimanere in casa per gli abitanti di Hanyang, come riporta *Bloomberg* sulla base delle informazioni ottenute da una portavoce delle autorità sanitarie locali. Le restrizioni, che prevedono lo stop per i servizi non essenziali, andranno avanti almeno fino a domenica. Tutto dopo che due giorni fa sono stati confermati 18 contagi da coronavirus nella megalopoli del gigante asiatico che insiste sulla politica "Zero Covid" e che con il Con-

gresso del Partito comunista cinese appena concluso ha visto un ulteriore consolidamento del potere di Xi Jinping. Intanto il responsabile della strategia vaccinale dell'Agenzia europea dei medicinali (Ema), Marco Cavaleri ha lanciato un nuovo allarme: «Nelle prossime settimane è prevista una nuova ondata di casi Covid legata a nuove sottovarianti di Omicron».



## Il Covid

Allarme varianti  
l'Ema: è in arrivo  
la nuova ondata

Ettore Mautone

**C**ovid, l'allarme dell'Ema: nuova ondata a novembre. Individuata un'altra variante di Omicron: ancora da valutare la pericolosità ma è molto contagiosa. *A pag. 11*

IL FENOMENO

# La lotta alla pandemia

# Covid, l'allarme dell'Ema: nuova ondata a novembre

► Individuata un'altra variante di Omicron ► Svolta nei vaccini: presto Sanofi e Hipra  
L'incognita gravità, ma è molto contagiosa sul mercato con la revisione dei sieri proteici

Ettore Mautone

La pandemia non è finita e il ceppo Omicron di Sars-Cov-2 continua a generare nuove varianti discendenti. Secondo l'ultimo rapporto dell'Ema (agenzia europea dei medicinali) il Coronavirus si prepara a scatenare da qui alle prossime settimane una nuova ondata epidemica. Ad annunciarlo è Marco Cavaleri, responsabile della strategia vaccinale dell'Agenzia: «La scorsa settimana - ha sottolineato - la variante di Omicron BQ1 è stata identificata in almeno 5 Paesi in Europa e l'Ecdc (ente europeo di controllo e prevenzione delle malattie) prevede che questo ceppo e soprattutto la sua sottovariante BQ1.1 (Cerberus) diventeranno dominanti a partire da metà novembre o inizio di di-

cembre».

### LE NUOVE VARIANTI

Di questa nuova variante si sa ancora poco in termini di intensità di malattia che è in grado di provocare ma quanto a capacità di diffondersi il solo fatto che tenda a diventare rapidamente dominante conferma che ha una contagiosità superiore. «Non sappiamo ancora se questo nuovo ceppo causerà una malattia più grave rispetto alle varianti BA4 e BA5 - spiega Franco Bonaguro, virologo napoletano referente per l'Italia del Global virus network - ma sappiamo che è portatore di molte mutazioni che si aggiungono alle tante già presenti in Omicron 5 e che conferiscono una discreta capacità di sfuggire all'immunità guadagnata sia dalle vaccina-

zioni sia da una guarigione da una precedente infezione, aggiungendo anche quasi tutte le classi di anticorpi monoclonali disponibili».

### IL CEINGE

Ad accendere i fari sulle nuove varianti ci sono i ricercatori del Ceinge di Napoli: Massimo Zollo, genetista e coordinatore della Task Force Covid 19 del centro di ricerca partenopeo e Angelo





Boccia, bioinformatico, insieme a Marco Miceli collaboratore del laboratorio di virologia, attraverso l'analisi delle sequenze genetiche del virus depositate dall'Italia nella banca dati internazionale Gisaid, hanno appurato che attualmente nel nostro paese i ceppi circolanti sono in maggioranza (93,7 %) BA.5 (Omicron. 5) ma nella stessa famiglia si affacciano come detto i nuovi discendenti. La BA 2.75 (Centaurus) oggi è al 1,8% (in Italia) e la BQ.1.1 (Cerberus) già al 7%. Sono trascorsi poco più di venti giorni da quando quest'ultima versione del virus è stata avvistata per la prima volta e già ha cominciato a macinare contagi su contagi. Attualmente è responsabile del 35% dei casi di Covid in Francia e circa il 7% in Gran Bretagna, Germania, Danimarca oltre che l'Italia. Un motore del virus dunque che sta per riaccendersi. «Sars-Cov-2 non è un virus stagionale e può diffondersi e colpire in ogni periodo dell'anno - spiega Andrea Ballabio del Tigem - l'unico vantaggio delle temperature più miti è che si sta maggiormente con le finestre spalancate. Di varianti ce ne saranno sempre finché la circolazione sarà globale». A confer-

mare che non sia questo il momento di rilassarsi è anche Hans Henri Kluge, direttore generale dell'Organizzazione mondiale della Sanità, preoccupato anche dei circa 17 milioni di pazienti alle prese con il long Covid.

## CERBERUS

«La presenza di Cerberus in Europa è preoccupante in quanto questa sottovariante è in rapida ascesa - avverte Zollo - è ipotizzabile un trend di crescita con raddoppio nell'arco di un paio di settimane. Per ora non ci sono dati clinici, ma sarà importante monitorare le ospedalizzazioni nelle prossime settimane». Uno scenario in cui si torna ad alzare l'attenzione sui vaccini: «Il rischio maggiore - sottolinea Giuseppe Remuzzi, direttore dell'Istituto Mario Negri, di recente ospite a Napoli per una lettura magistrale all'Ordine dei medici - è che la larga circolazione virale provochi qualche fiammata di un ceppo che si avvicina all'assetto del suo predecessore Delta. Il vaccino protegge dalla malattia grave e dunque è bene praticare la quarta dose dai 50 anni in su in particolare quando si è fragili. Tutti i vaccini proteggono in modo sostanziale ma se

disponibili è meglio preferire le versioni dei farmaci più aggiornate. Per la terapia i farmaci più efficaci sono gli antinfiammatori. Utili anche i fluidificanti delle mucose a base di carbocisteina che inibiscono una proteina di cui la spike ha bisogno per attivarsi». Per quanto riguarda i vaccini per bambini l'Ema raccomanda di vaccinare principalmente i piccoli con malattie di base per proteggerli dal ricovero e dalla malattia grave. Intanto sono in arrivo le revisioni per due vaccini proteici adattati contro i nuovi ceppi del Covid e che non usano Rna messaggero: per quello Sanofi la possibile conclusione è prevista a novembre mentre l'iter di Hipra si conclude nelle prossime settimane.

**IL VIROLOGO REMUZZI  
INVITA A NON  
ABBASSARE  
LA GUARDIA:  
QUARTA DOSE UTILE  
PER GLI OVER 50**



Il quartier generale dell'Ema ad Amsterdam



CURATE I MALATI

«Troppi no vax  
nelle intensive»  
Ma il problema  
sono le terapie

ALESSANDRO RICO  
a pagina 4

# Torna la litania sulle intensive piene di non vaccinati Ma il vero nodo sono le cure

La Fiaso lancia l'allarme sui renitenti. Eppure, i dati mostrano la scarsa protezione della quarta dose. Per uscire dal cortocircuito, si punti su terapie precoci e antivirali

di **ALESSANDRO RICO**

■ Giorgia, parlati di vaccini. **Roberto Speranza** e il Pd accusano il premier di strizzare l'occhio ai ribelli dell'iniezione, disinteressandosi della campagna per le quarte dosi. E proprio mentre s'inaspriscono gli attacchi della sinistra profilattica, la Fiaso presenta i nuovi dati sui ricoveri Covid. Riesumando un tormentone pandemico: in corsia finisce chi ha rifiutato le punture.

Il 33,3% dei ricoverati in terapia intensiva, dice la federazione delle aziende ospedaliere, è composto da no vax. Quota che, nei reparti ordinari, si attesta al 20%. Sgomberiamo subito il campo da un equivoco: è vero che, se il 33,3% dei malati gravi non s'era mai re-

cato negli hub, il 66,7 aveva porto il braccio; e che, tra quelli in condizioni non critiche, a essersi sottoposto all'inoculazione è, addirittura, l'80%. Tuttavia, l'incidenza relativa dei casi seri è molto più alta tra i non vaccinati, che sono una percentuale minoritaria della popolazione.

L'inghippo non sta nel famigerato paradosso statistico. Il punto è che gli esperti, tanto nei bollettini Iss quanto nei report della Fiaso, stimano i tassi





# VERITÀ

di rischio paragonando i vaccinati ai renitenti. Facile, così: ci manca che un farmaco, pensato per immunizzare, non schermi dalla patologia grave. La questione vera riguarda il raffronto tra i vaccinati a vario titolo. La Fiaso afferma: chi si è fatto iniettare l'antidoto, eppure ha avuto bisogno di assistenza in ospedale, aveva ricevuto l'ultimo *shot* oltre sei mesi fa ed è sprovvisto di quarta dose. Ma il secondo booster fa davvero la differenza?

Guardando l'ultimo report di Epicentro, si scopre, ad esempio, che nella fascia 60-79 anni, la quota di contagiati con quarta dose è pressoché identica a quella dei non vaccinati. Si tratta di gente che, arrivata al quarto richiamo, si sente invincibile e si abbandona alla promiscuità? Negli over 80, il bilancio è peggiore. L'incidenza di 1.933 quadridosati infetti ogni 100.000 persone supera quella di tutte le altre categorie di vaccinati: vecchi, nuovi e con terza dose.

Ma concentriamoci sul numero cruciale: quello degli ingressi in rianimazione. In fondo, lo scopo del vaccino è evitare che un individuo si ammali in modo serio. Anche da questo punto di vista, purtroppo, il beneficio della quarta dose appare limitato.

L'incidenza dei ricoveri in terapia intensiva, nei quadridosati tra 60 e 79 anni, è di 0,8 casi ogni 100.000 abitanti. Di poco inferiore a quella rilevata nei tridosati (1,2) e nei vaccinati con due dosi da oltre 120 giorni (1,4). Ma in chi ha ricevuto il doppio *shot* da meno di quattro mesi, l'incidenza è pari allo zero. Cosa se ne deduce? Che il vaccino protegge nell'immediato (il tasso d'incidenza, tra i no vax, è di 3,2), però il valore aggiunto dei successivi richiami è ridotto.

Tra i nonnini ultraottantenni, inoltre, ci sono 1,5 ricoveri tra i quadridosati contro 1,7 nei tridosati e 1,9 nei vaccinati meno recenti. Il tasso resta sem-

pre zero tra chi si è deciso a correre all'hub meno di quattro mesi fa. Quanto ai decessi, si rileva finalmente una differenza più marcata, negli over 80, specie rispetto ai bidosati vecchi e nuovi. Nessun vantaggio apprezzabile, all'opposto, per gli italiani tra 60 e 79 anni.

Alle performance non esaltanti dei sieri - quelli tarati sul virus di Wuhan e quelli aggiornati per contrastare Omicron 5, testati soltanto sui topi - si somma una considerazione sulle tempistiche dei booster. All'inizio, l'ipotesi prevalente era che i richiami dovessero essere effettuati una volta l'anno, insieme all'antinfluenzale; adesso, di fatto, sono diventati quadrimestrali. O peggio: il presidente Usa, **Joe Biden**, è guarito dal Covid a inizio agosto e si è sottoposto alla quinta dose questa settimana, cioè dopo meno di 90 giorni. Con un atteggiamento oscillante tra l'angoscia e l'humor nero: «Potrei morire domani», aveva sospirato. In definitiva, è immaginabile che si continuino a riempire i magazzini di fiale - insieme alle tasche di Big Pharma? - Che si spingano ultrasessantenni e fragili di ogni età a vaccinarsi, a intervalli che stanno diventando sempre più ridotti?

Un'alternativa al circuito perverso promosso da **Sperranza**, invero, esiste. È un'idea di per sé banale, ma per come sono andate le cose, sarebbe una rivoluzione copernicana: curare i malati. Non solo facilitando le prescrizioni degli antivirali; anche e soprattutto organizzando quella filiera di terapie precoci, da affidare ai medici di famiglia e da cominciare mentre il paziente è an-



# VERITÀ

cora a casa, che è stata snobbata dai governi Conte bis e Draghi.

Giusto ieri, su *Cureus*, veniva pubblicato un paper sul trattamento domiciliare per Covid di un novantottenne non vaccinato. Un uomo affetto da fibrillazione atriale parossistica, che assumeva già degli anticoagulanti. In pratica, il candidato perfetto a finire prima sotto ossigenazione artificiale e poi sottoterra.

L'équipe di dottori italiani che lo ha seguito, alla comparsa dei primi sintomi, gli ha somministrato antinfiamma-

tori, vitamina D, vitamina C, vitamina K2, quercetina, zinco e, più avanti, desametasone (un altro potente antinfiammatorio) e antibiotico. Durata della terapia: 14 giorni. Al ventesimo, il paziente si era negativizzato.

Ci rivolgiamo al nuovo titolare del dicastero, **Orazio Schillaci**. Che è ancora un'incognita, ma almeno non si presenta in Aula imbavagliato, come il suo predecessore. È urgente uscire dal dogma nocivo del vaccino *sola salus*. Serve

un cambio di paradigma. Ministro, lei ce l'ha il coraggio di realizzarlo?





IL MINISTRO SCHILLACI

«Covid, dico sì  
a un'inchiesta»

di Virginia Piccolillo

a pagina 11

# «Sul Covid qualcosa da capire c'è Inaccettabile una sanità ingiusta»

di Virginia Piccolillo

**ROMA** La commissione d'inchiesta sul Covid? «Beh, qualcosa da capire c'è. Soprattutto sulla fase di approvvigionamento durante la pandemia: mascherine e altro».

Il primo caffè alla buvette del Senato il neoministro della Salute, Orazio Schillaci, lo prende nel giorno in cui impazzano le polemiche sul passaggio che Giorgia Meloni ha dedicato alla gestione del Covid (la «più restrittiva» e che ha «avuto i dati peggiori in termini di mortalità e contagi», accusa la premier) e sull'auspicio di una commissione d'inchiesta che indaghi su quella gestione in cui c'era chi «non si risparmiava in corsia» e «chi faceva affari milionari». Parole definite da Enrico Letta «da brividi».

Inevitabile la domanda a Schillaci su un parere. Da tecnico, ancor prima che da ministro. Visto che lui, ex preside della facoltà di Medicina ed ex rettore di Tor Vergata,

indicato da FdI, è un medico: «nucleare, come Ferruccio Fazio», specifica lui stesso, alludendo al ministro della Salute nel governo Berlusconi IV. E il parere è favorevole.

Il neoministro non scende nel merito della replica, venuta dall'opposizione, che ai dati di quel disastro ha contribuito soprattutto la performance della Lombardia, guidata dal centrodestra. «Chi lo ha detto? Il discorso è più complesso», lascia cadere. Evitando di finire impantanato subito nelle polemiche politiche. Del resto difficilmente può essere sospettato di simpatie no vax, avendo fatto parte nel periodo della pandemia del Comitato scientifico dell'Istituto superiore di sanità e lavorando a fianco di Silvio Brusaferrò. A nominarlo era stato lo stesso ministro della Salute, Roberto Speranza.

Quindi poco ha a che vedere lui con l'appello pronunciato ieri in Aula dall'ex titolare della Salute, Beatrice Lorenzin: «Cessi il conflitto tra politica e scienza». Al quale, per altro, Meloni ha replicato: «Sono d'accordo. Ma la scienza non è religione. Non c'era-

no evidenze scientifiche alla base dei vostri provvedimenti».

Quello che intende fare Schillaci — lo dice chiaramente — è «occuparsi dei problemi concreti della Sanità». E i primi provvedimenti ai quali intende dedicarsi sono quelli, anticipa, destinati «a combattere le lunghe liste di attesa, a occuparsi dei malati oncologici e di tutto ciò che in questo momento contribuisce a rendere il sistema ingiusto». «In tutti gli indicatori internazionali attualmente appare chiaro che l'aspettativa di vita di chi ha un reddito più alto è più lunga di chi ce l'ha più basso. Cioè chi ha meno mezzi muore prima di chi può permettersi cure private. E questo è inaccettabile», fa notare il ministro-medico.

Cinquantasei anni, romano, revisore per oltre 50 riviste scientifiche internazionali, dal 2017 è presidente dell'Associazione italiana di medicina nucleare e Imaging molecolare. Da chi lo conosce è descritto come discreto, puntuale, preciso e infaticabile.

Laureato nel '90 alla Sa-

pienza, è primario del Policlinico di Tor Vergata oltre a essere professore ordinario e, dal 2008, direttore della scuola di specializzazione in medicina nucleare. Durante il suo mandato come rettore ha deciso di puntare «sulla qualità e l'internazionalizzazione della ricerca, anche industriale».

Poi, al momento della nomina a ministro si è dimesso.

E ieri, in una lettera di saluto al suo staff, ha scritto che l'incarico di ministro «rappresenta un alto onore e può consentirmi di mettere a frutto nell'interesse di tutti i cittadini italiani l'esperienza maturata come medico, come docente e come responsabile di un ateneo importante come il nostro». «Naturalmente — ha aggiunto — la nuova responsabilità al servizio della Repubblica non mi permette di proseguire nell'impegno di rettore, ma vi assicuro che continuerò a seguire con l'attenzione e la passione di sempre la vita dell'ateneo per dare il mio sincero contributo ogni volta che mi verrà richiesto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**23.4**  
i milioni  
di casi registrati in Italia  
dall'inizio della pandemia.

Fino a oggi i decessi  
sono stati 178.846

**In tutti gli indicatori internazionali  
l'aspettativa di vita di chi ha redditi  
più alti è più lunga di chi non li ha  
Cioè chi ha meno mezzi muore prima**





*Il caso*

# Adesso tutti vogliono la commissione sul Covid ma è lite su guida e poteri

Anche i dem aprono  
“Si indaghi pure sulle  
Regioni del Nord”  
I 5S: “No a uso politico”

**di Michele Bocci**

Già due proposte di legge per avviare una commissione bicamerale d'inchiesta sulla gestione dell'emergenza sanitaria provocata dal Covid. Le hanno depositate il 18 ottobre la Lega e il 24 Fratelli d'Italia. Ma sono favorevoli ad istituirla anche Italia Viva e Azione e da ieri è arrivata pure la disponibilità da parte del Pd. «Sul Covid facciamo questa commissione – ha detto Francesco Boccia al Senato – Sarà utile aprire la discussione in modo serio per capire cosa è accaduto nel Paese, siamo pronti ad un confronto». L'esponente del Partito democratico chiede anche che «allora si parli di tutto, anche delle responsabilità delle Regioni del Nord», amministrate dal centrodestra, come la Lombardia. Dai 5 Stelle invece, nessuno parla di commissione d'inchiesta, ma dal movimento fanno sapere che non si opporranno alla sua istituzione. «Ma non ne deve essere fatto un uso strumentale, cioè politico».

Martedì alla Camera Giorgia Meloni (che ieri ha aggiunto che «alla base dei provvedimenti non c'erano evidenze scientifiche», sconfessando Cts, Istituto superiore di sanità e Consiglio superiore di sanità, tra gli altri) ha subito ribadito l'intenzione di fare una indagine parlamentare,

argomento forte in campagna elettorale. Ha detto che qualcuno, mentre i medici salvavano vite, «faceva affari con mascherine e respiratori». L'esempio fa riferimento a presunti illeciti, da procedimento penale, e non dà l'idea di quello che poi è davvero stato presentato da Fdi. Nella proposta del deputato Galeazzo Bignami si chiede che la commissione approfondisca la «gestione dell'emergenza sanitaria causata dalla diffusione pandemica del virus SARS-CoV-2 e sul mancato aggiornamento del piano pandemico nazionale, strumento importante oltre che necessario per fare chiarezza su quanto accaduto». Ci si concentra quindi sulle scelte tecnico-politiche, in particolare quelle iniziali, prese anche dalla task force per l'emergenza istituita il 22 gennaio 2020, quando il presidente del consiglio era Giuseppe Conte.

Per ora Fratelli d'Italia non si muove con la Lega, anche perché il partito di Salvini fu tra quelli che nella scorsa legislatura emendarono pesantemente un testo della commissione sanità della Camera che voleva approfondire il tema della gestione del Covid. E in effetti le due proposte, anche se alla fine arriveranno allo stesso obiettivo, sono un po' diverse. La Lega, con Riccardo Molinari, presidente del gruppo alla Camera, ha presentato il suo progetto di

legge per una bilaterale aggiornando quello proposto nella scorsa legislatura. «L'estrema rapidità con la quale il Covid 19 si è diffuso, causando vittime e una crisi sanitaria ed economica senza precedenti, getta non poche ombre sull'operato del governo nazionale e sulla tempestività delle misure da questo adottate per prevenirne la diffusione».

Secondo Bignami «il presidente della commissione può essere anche un esponente dell'opposizione». Anche il ministro per i rapporti con il parlamento, Luca Ciriani, è sulla stessa posizione Matteo Renzi di Italia Viva risponderà però che «la commissione dovrebbe essere guidata da uno di Fratelli d'Italia, non da uno nostro – dice – Ho tutto l'interesse ad avere la commissione ma se devo essere onesto intellettualmente è più giusto che la guidi chi era all'opposizione». Carlo Calenda di Azione ritiene che la commissione «possa essere utile a patto che poi voltiamo pagina». Puntare sulle responsabilità di Giuseppe Conte «sarebbe sbagliato. Renzi oltretutto era nel governo Conte».

**Leghista Riccardo Molinari**



PANDEMIA • La proposta della premier (e l'avviso alla Lega)

# Commissione Covid-19 Asse tra Meloni e Renzi

» **Ilaria Proietti**

I parlamentari di Fratelli d'Italia giurano che sarà un'inchiesta "ad ampio spettro", che si indagherà, nello specifico, "sugli sciacalli del Covid che hanno fatto affari sulla pelle degli italiani grazie a una gestione opaca dell'emergenza da parte del Conte-2". Ma pure sulle misure adottate a livello regionale "dai governatori". E chi vuol intendere, intenda. E la Lega ha inteso benissimo: l'annuncio di Giorgia Meloni della prossima istituzione di una commissione parlamentare d'inchiesta sulla gestione del Covid, potrebbe essere un boomerang per il presidente della Lombardia, Attilio Fontana, di cui si deve decidere il destino ora che il governo è fatto e il centrodestra dovrà a breve occu-

parsi delle candidature per le prossime Regionali.

**MA LE PAROLE** di Meloni che destano più di una preoccupazione tra i salviniani, sono musica per le orecchie soprattutto per Matteo Renzi ora che c'è da decidere a chi, tra i partiti di opposizione, andranno le presidenze del Copasir e della Vigilanza, su cui punta nemmeno troppo velatamente. Laddove dovessero prevalere gli appetiti di Pd e M5S - è la minaccia dei suoi - Italia Viva rivendicherebbe a buon titolo la guida della commissione sul Covid, onde mettere sulla graticola in un sol colpo, l'ex presidente del Consiglio Giuseppe Conte e l'ex Commissario Domenico Arcuri, l'ex ministro della Salute Roberto Speranza e pure il suo mentore, Massimo D'Alema, su cui si punta il dito per il ruolo di intermediario di acquisti di ventilatori dalla Cina e di regista occulto del fu campo largo

Pd-M5S. "Nei prossimi mesi usciranno cose su D'Alema che renderanno chiaro che si è coagulato a un certo punto attorno alla sua figura" aveva detto sibillantemente Renzi giusto un paio di settimane fa.

**PER TUTTI** questi motivi la commissione in questione è un'occasione d'oro: "Vediamo se la fanno, dove la fanno, come la fanno", ha detto ieri lasciando intendere che il nodo vero saranno poteri e competenze dell'organismo su cui potrebbe saldarsi la comunanza di interessi di Italia Viva con Fratelli d'Italia. Sulla questione, del resto, Meloni e Renzi occhieggiano fin dai tempi in cui la prima era all'opposizione e l'altro in maggioranza. Dovendosi però arrendersi all'inedita alleanza Pd-M5S-Lega, che aveva fatto abortire sul nascere ogni proposta di istituire la commissione sul Covid. All'epoca l'idea che all'organismo fosse affida-

to il compito di indagare sull'intera gestione dell'emergenza (a partire dalla mancata istituzione della zona rossa a Nembro e Alzano Lombardo, e dal mancato aggiornamento del piano pandemico nazionale oggetto dell'inchiesta della Procura di Bergamo) anziché il solo accertamento delle origini del virus, aveva consigliato di lasciar perdere. E con le motivazioni più varie: i pentastellati avevano lumeggiato il rischio che l'attività della commissione d'inchiesta potesse sovrapporsi alle indagini degli inquirenti, il Pd sostenendo che fosse meglio soprassedere per evitare polemiche politiche strumentali. La Lega rinviando a tempi migliori, ossia quando fosse terminata l'emergenza. Che ora è finita, ma può fare ancora danno. Anche ad Attilio Fontana.

**EMA: "NUOVA ONDATA PRESTO IN ARRIVO"**

**NELLE PROSSIME**

settimane è prevista una nuova ondata di casi Covid "legata a nuove sottovarianti di Omicron. La pandemia non è ancora finita". Lo ha detto il responsabile della strategia vaccinale dell'Agenzia europea dei medicinali (Ema), Marco Cavaleri. "Invitiamo i cittadini a vaccinarsi subito, soprattutto se a rischio"



## Sanità È di nuovo allarme sulle risorse All'appello mancano 15 miliardi di euro

Le Regioni e i sindacati sottolineano l'insufficienza di personale per avviare le riforme del Pnrr e smaltire le liste d'attesa. E il caro energia affossa i bilanci degli ospedali

Ilaria Storti

PAGINA

3

**LE REGIONI** non hanno personale per avviare le riforme del Pnrr e smaltire le liste d'attesa

# Per la sanità è di nuovo allarme risorse All'appello mancano 15 miliardi di euro

**D**opo due anni di pandemia che hanno portato la sanità in primo piano e in cui in molti si sono accorti degli effetti nefasti delle politiche dei tagli lineari, la sanità rischia di uscire dai riflettori. Ma il sistema ha ancora bisogno di riforme e di risorse. Secondo il consigliere scientifico del ministero della Salute per la pandemia da Covid-19 Walter Ricciardi, le risorse "mancano completamente". Le Regioni quantificano l'ammanto in 15 miliardi. Cifra che deriva da quanto scritto sulla Nadeff, che fissa un rapporto Pil/spesa sanitaria in calo fino al 6,1% nel 2025. La conseguenza è l'impossibilità di assumere personale (già carente) e, anche alla luce del caro energia, di far andare avanti la macchina. I governatori sottolineano la necessità di tenere in considerazione il "livello" del fabbisogno sanitario nazionale, i

maggiori costi delle fonti energetiche", una "riforma della medicina territoriale" e gli investimenti. "In Toscana - sottolinea il presidente regionale Eugenio Gianini - paghiamo solo per le bollette degli ospedali e dei centri sanitari 200 milioni in più, quindi è necessario che nei primi interventi del governo ci sia questa attenzione, altrimenti saltano i sistemi sanitari delle Regioni".

La mancanza di risorse rischia di rendere praticamente impossibile attuare la riforma del territorio disegnata dal decreto ministeriale 77 e prevista dal Pnrr. Senza personale, per fare un esempio, le Case della Comunità saranno vuote. C'è poi l'enorme problema storico delle liste d'attesa, che si è aggravato con la saturazione degli ospedali legata al Covid. Senza personale aggiuntivo non si può potenziare l'offerta per smaltire l'arretrato e, in generale, per soddisfare una domanda, crescente, vista la demografia del Paese.

Il tema delle risorse, dunque, è il primo scoglio per neo ministro Schillaci, che eredita una situazione peggiore di quella lasciata in altri comparti. Il governo uscente, secondo Ricciardi, non ha preventivato nuove risorse adeguate. "Servono 5 miliardi all'anno per i prossimi 4 anni - aggiunge il consigliere di ministero -. Non è una spesa impossibile, basti considerare che per il superbonus si sono spesi 37 miliardi. Sarebbe bastato mettere 5 miliardi da parte togliendoli al superbonus ad esempio. Ci vuole qualcuno che abbia il coraggio di togliere i soldi da altri capitoli e metterli sulla sanità". Certo, ci sono gli investimenti nel Pnrr sulla sanità ma si tratta di soldi che andranno soprattutto alle strutture e non al personale.





# Conquiste del Lavoro

Quantobene.it | Formazioni | 2018 | 100 | 100

Soldi comunque benedetti perché, evidenzia Ricciardi, “il 60% degli ospedali italiani non è a norma in materia antisismica, ad esempio”. Ma gli ospedali hanno bisogno anche di organici. C'è bisogno di assumere, ma anche che le università “sfornino” più medici. Non solo. C'è bisogno di fermare la fuga di personale all'estero.

Negli ultimi 5 anni, secondo i dati sindacali, i trasferimenti di medici in altri paesi sono sestuplicati.

**Ilaria Storti**





## UNA RIFORMA PER SUPERARE L'INEFFICIENZA

## SANITÀ, UN'ECCELLENZA A METÀ

di Giuseppe Lauria Pinter

**A**l termine di una campagna elettorale basata più sulle emozioni che sui programmi, un tema rimasto sospeso tra retorica e demagogia, un po' importante e un po' di sfondo, è la salute. Un tema di grande rilevanza pubblica, con differenti livelli di analisi.

Il primo riguarda il costo delle prestazioni sanitarie, ripartito nel contributo *out-of-pocket* (quanto spendiamo per cure private), spesa intermediata (assicurazioni private), spesa pubblica (alla quale contribuiamo con le tasse) e ticket per i cittadini non esenti. Oltre all'Italia solo Spagna, Portogallo, Danimarca, Polonia, Grecia e Malta non applicano compartecipazioni al costo delle visite di medicina generale e ai ricoveri ospedalieri, previste negli altri Paesi in varie forme, da quote fisse a percentuali con un importo massimo annuale. Ad esempio, assumendo una spesa di circa 2.500 euro per un ricovero medico di 5 giorni, i cittadini italiani non pagano nulla, belgi e finlandesi circa 220 euro e i francesi fino a 600. Il peso relativo di queste voci varia in base al modello di governance che un Paese ha adottato. In quelli privi di controllo pubblico sulle tariffe di esami diagnostici e terapie il costo è molto elevato. In cima alla lista Stati Uniti e larga parte dell'Africa, due universi sociali accomunati dall'accesso all'assistenza medica definito dalla copertura assicurativa, il cui massimale dipende dalla disponibilità economica dei singoli cittadini. Il concetto di accesso universale alle cure è essenzialmente questo: essere determinato o meno dal reddito.

Il secondo punto attiene al principio di equità, cioè la garanzia di accesso per qualunque cittadino, indipendentemente da reddito e residenza, alle diagnosi e terapie più avanzate. La medicina personalizzata offre benefici sempre maggiori ed è facile prevedere che con il progressi-

vo aumento della disponibilità di cure la spesa non potrà che aumentare. Allo stesso tempo, con le attuali regole di sistema, gli unici elementi scalabili sono l'allocazione della spesa pubblica e il contributo *out-of-pocket*. La prima è aumentata nel triennio 2020-2022, a seguito della pandemia, da 7 a 16 miliardi rispetto al 2019, con una prevista riduzione di circa 1 miliardo per anno nel triennio 2023-2025, che la manterrà intorno al 6% del Pil, lontano dalla media europea e dall'impegno del 9% di Francia e Germania. Al contempo, la spesa *out-of-pocket* è aumentata, oggi al 23% (di cui solo 60% per prestazioni di elevato valore per la salute) ma è iniqua sia per l'impatto indirettamente proporzionale al reddito (nei fatti costa meno a chi ha aliquote fiscali più elevate, cioè guadagna di più), sia al confronto con la media europea del 16% circa. È molto più elevata rispetto a Francia e Germania, che hanno sistemi misti con assicurazione pubblica obbligatoria, dove oscilla tra il 10 e il 12%. Nella sostanza, quando il sistema sanitario è ampiamente finanziato dallo Stato i cittadini spendono molto di più per prestazioni private come conseguenza della difficoltà di accesso alle pubbliche.

Questo porta al terzo punto: quali criticità contribuiscono a rendere il sistema poco efficace rispetto agli obiettivi? La spesa pubblica paga consumi intermedi (per esempio amministrazione, utenze, farmaci e dispositivi ospedalieri) e personale medico, infermieristico e del comparto. Negli ultimi 10 anni, mentre i consumi intermedi sono progressivamente cresciuti, la spesa per il personale si è contratta. Ora il Sistema Sanitario deve affrontare l'enorme crisi di gestione causata dalla mancanza di personale, ampiamente prevedibile, su cui ovviamente ricade in buona parte la difficoltà di accesso alle prestazioni. Sono aumentati i posti per medici in formazione, ma ci vogliono 10 anni per formare uno specialista che entrerà in una delle circa mille strutture ospedaliere, il 51% pubbliche e il 49% private accreditate. Il passato Parlamento, con il Decreto Calabria, ha permesso di assumere medici in for-

mazione e dare proroghe oltre i 40 anni di servizio e i 70 di età. In un sistema amministrativamente ingessato, che non è nato per essere competitivo e non si è sviluppato secondo logiche meritocratiche, il risultato è l'attuale mancanza di specialisti e medici di medicina generale, lo spolamento dei reparti a maggiore rischio come il Pronto soccorso, il ricorso a gettonisti che in poche notti guadagnano quanto uno stipendio. Rientrare da questa situazione implica lucidità strategica.

Assistenza, formazione e ricerca sono inseparabili e il loro equilibrio dovrebbe essere garantito dall'uniformità di intenti e programmazione tra i ministeri della Salute e dell'Università e Ricerca, un evento che non si è mai compiuto appieno e che è stato irraggiungibile perfino all'ombra del Pnrr, i cui esiti sul piano del concreto avanzamento dell'area biomedica si valuteranno (forse tra le lacrime) a breve. Su questo, la partecipazione del Sistema Sanitario al complesso mondo della ricerca, devoluta agli Irccs, ha la necessità di una profonda riforma, possibile sul piano teorico ma che ha bisogno di coraggio per trasformarsi in realtà.

Trasferire in modo concreto il concetto che la salute è un bene primario richiede la razionalizzazione della spesa pubblica per garantire l'efficienza del sistema. Questo rende necessario introdurre dinamicità di analisi del rapporto costi-benefici, confronto di competenze tecniche, programmazione di obiettivi a lungo termine che rendano solido il Paese nel tempo. Un Paese, il nostro, in cui i singoli sono competitivi mentre il sistema non lo è. Questa è una sfida che il nuovo governo deve affrontare. Sulla qualità eccellente della nostra sanità non c'è dubbio. Ma se questa eccellenza resta inefficiente e iniqua, non è forse un'eccezione a metà?

© RIPRODUZIONE RISERVATA





DA UN'INDAGINE EMERGE CHE 8 ITALIANI SU 10 IGNORANO LA DEFINIZIONE

# Approccio "one health" per il dopo pandemia

**I**n Italia l'approccio "one health" è al centro del Pnrr, con 500 milioni destinati alle Regioni per salute ed emergenza climatica, ma c'è ancora molto da fare, anche dal punto di vista dell'informazione: 8 italiani su 10 ne ignorano la definizione - secondo un'indagine Swg-Federchimica Aisa - oltre ad avere una scarsa consapevolezza dei principi e del valore dell'interconnessione tra salute umana, animale e ambientale. Ieri a Roma gli esperti in medicina veterinaria, sanità pubblica e sicurezza alimentare hanno incontrato i giornalisti in occasione del corso di formazione professionale continua "L'interconnessione tra salute umana, animale, ambientale e il rapporto tra zoonosi e pandemie", primo appuntamento del progetto Be Informed - Accademia di formazione per giornalisti di Boehringer Ingelheim.

Il progetto è promosso dal Master Sgp dell'università di Roma Sapienza in collaborazione con Associazione nazionale medici veterinari italiani (Anmvi), con l'obiettivo di fornire ai professionisti

dell'informazione tutti gli strumenti ed elementi per informare e comunicare correttamente sulle dinamiche della "one health". «Si stima che, negli ultimi 30 anni circa il 70% delle malattie infettive umane emergenti siano zoonosi o malattie trasmesse da vettori», dichiara Bartolomeo Griglio, responsabile Prevenzione, sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare, Regione Piemonte. «La prevenzione e il controllo delle malattie in grado di determinare epidemie tra gli esseri umani e gli animali contribuiscono a mantenere l'integrità del nostro ecosistema, a beneficio di tutti gli esseri viventi, garantendo la biodiversità».

Un ruolo primario nell'applicazione dei principi della "one health" lo gioca la medicina veterinaria, che in questo senso deve essere considerata un cardine della sanità pubblica. Fondamentale la prevenzione e il controllo delle zoonosi anche negli animali da compagnia, che in Italia sono più di 62 milioni: 1 famiglia su 3 ne ha almeno uno in casa. «L'approccio "one

health" mobilita molteplici settori della società e dell'economia: il medico veterinario è presente in tutti questi settori non solo perché cura gli animali, ma anche come attore della prevenzione sanitaria pubblica», spiega Daniela Boltrini, vicepresidente Anmvi.

Il concetto di salute unica passa anche dal controllo della sicurezza alimentare - si legge in una nota -. Riuscire a garantire alla futura popolazione di 10 miliardi di persone alimenti sicuri e una dieta sana entro i confini planetari rappresenta la sfida più importante della "one health" in ambito alimentare. Ed è notizia di questi giorni che Oms, Fao, con Unep (Programma delle Nazioni Unite per l'ambiente) e l'Organizzazione mondiale per la salute degli animali (Woah) hanno varato un piano congiunto, che si concentrerà da qui al 2026 sulla capacità dei sistemi sanitari di lavorare in ottica "one health" e sul controllo di zoonosi endemiche, emergenti e riemergenti, delle malattie tropicali.





# Concepito, perché la capacità giuridica

*Cosa dice davvero la storica proposta di legge di Carlo Casini, ripresentata a inizio legislatura e causa di polemiche. Che non devono far perdere di vista la realtà*

MARINA CASINI

Come si è arrivati alla proposta di legge che estende all'essere umano concepito il riconoscimento della capacità giuridica che tanto sta facendo discutere in questo inizio di legislatura e qual è il suo significato? Anche se per molti è cosa nota, è bene ricordarlo sia per i più giovani sia perché il trambusto mediatico porta confusione più che chiarezza. Questa proposta è nata in seno al Movimento per la vita italiano ed è stata fortemente voluta e sostenuta da Carlo Casini, come attestano molti suoi scritti, alcuni dei quali pubblicati proprio sulle pagine di *Avvenire*. Forte fu anche il sostegno del Forum delle associazioni familiari di cui era presidente Luisa Santolini. La proposta chiede la modifica dell'art. 1 c.c., che attualmente subordina alla nascita la capacità giuridica, in questi termini: "Ogni essere umano ha la capacità giuridica dal momento del concepimento. I diritti patrimoniali che la legge attribuisce al concepito sono subordinati all'evento della nascita". La proposta sviluppa un tema di permanente e fondamentale importanza a livello mondiale: l'uguaglianza tra tutti gli esseri umani. Solo per comprenderne la portata a livello italiano, si tenga presente che l'art. 22 della nostra Costituzione stabilisce che "nessuno può essere privato, per ragioni politiche, della capacità giuridica, della cittadinanza, del nome": neppure un solo essere umano può essere privato della capacità giuridica. Il riferimento alle ragioni politiche evoca dolorosamente quelle razziali che, proprio nell'art. 1 c.c., avevano aggiunto un terzo comma poi giustamente abrogato nel 1944: "le limitazioni alla capaci-

tà giuridica derivanti dalla appartenenza a determinate razze sono stabilite da leggi speciali". Ebbene, la proposta fu presentata la prima volta alla Camera dei deputati il 20 luglio 1995 come proposta di legge di iniziativa popolare 197.277 le sottoscrizioni tra le quali quelle di 400 docenti universitari e di 16 rettori di università e annunciata sulla *Gazzetta Ufficiale* del 5 gennaio precedente con la firma di un comitato di sole donne. Nonostante il serio e prolungato dibattito suscitato e la condivisione di personalità di cultura "laica", come Giuliano Amato e Antonio Baldassarre che presero parte ad un importante convegno sul tema che si tenne a Firenze il 1° febbraio 1997 con la partecipazione anche di Luisa Santolini, Francesco D'Agostino e Carlo Casini, la proposta non è stata mai messa all'ordine del giorno del Parlamento, ma diversi parlamentari e senatori la fecero propria presentandola sistematicamente nelle legislature successive. Lo scorso anno, in occasione dell'anniversario della Convenzione sui diritti del bambino, la senatrice Paola Binetti organizzò una conferenza stampa, moderata da Angelo Picariello di *Avvenire*, per rilanciare la proposta. Erano presenti diversi politici: Lucio Malan, Alessandra Gallone, Erica Rivolta, Lorenzo Cesa e Maurizio Gasparri che, come è noto, nei giorni scorsi l'ha ripresentata, e gliene siamo grati, subendo attacchi veramente ingiusti. Questo breve excursus per sottolineare la solidità del fondamento storico, culturale e giuridico (non è spazio adesso per approfondire) della proposta che vuole estendere il principio di uguaglianza anche a coloro che esistono, ci sono, ma che semplicemen-

te sono così piccoli da poter essere facilmente scartati, ignorati, cancellati. Cosa c'è di più progressista di questa iniziativa?

Chi teme che la legge sull'aborto venga "toccata", può stare tranquillo. La Corte Costituzionale con la sentenza n. 35 del 1997 ha riconosciuto il diritto alla vita del concepito proprio affrontando il tema della legge 194. Il riconoscimento si lega benissimo alla proposta di legge in questione, perché dove c'è un diritto, c'è capacità giuridica. Domandiamoci allora: il presupposto ideologico della 194 è la negazione della umanità del concepito e del suo diritto alla vita? I più tra coloro che sostennero e sostengono la 194 ritengono che si tratti di una legge che intende difendere la vita nascente (lo Stato tutela la vita umana sin da suo inizio, è scritto nella legge), la maternità, la salute della donna o rimangono neutrali rispetto alla questione sul concepito (qualcosa o qualcuno?). E allora, perché inquietarsi? Se la riforma dell'art. 1 del codice civile servisse a irrobustire la responsabilità dei genitori, della società e della politica nei confronti di coloro che sono in viaggio verso la nascita, con misure che abbracciano la sua mamma in una logica di condivisione delle difficoltà, sarebbe davvero un grande passo avanti. Chi lo desidera, può chiedere al MpV italiano materiali per approfondire.

**Presidente  
del Movimento per la Vita italiano**







Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## IL COMMENTO/1

# Il diritto alla vita non è né di destra né di sinistra

GIUSEPPE LORIZIO

I diritti umani possono solo e semplicemente ancorarsi alla vita, diversamente si tratterebbe di "non-diritti anti-umani". Qui non è in gioco l'essere di destra o di sinistra...

A pagina 3

**VALORI E POLITICA** Molte posizioni non sostenute da argomenti giuridici o etici solidi. E spesso dimenticati i principi fondanti della nostra società

# Aborto, ricentriamo il confronto

Tre proposte al centrodestra: applicare bene la 194, alti accanimenti ed eutanasia, sanzionare l'omofobia

## IL DIRITTO ALLA VITA NON È DI DESTRA NÉ DI SINISTRA E LA RAGIONE CI DICE CHE COSA DISCENDE DA ESSO



GIUSEPPE LORIZIO

La notizia proveniente dalla patria dell'Illuminismo e della rivoluzione (la Francia) che l'aborto, almeno al momento, non possa rientrare fra i diritti costituzionali di quella nazione, significa, tra l'altro, che una scelta di morte non deve, né dovrebbe mai, essere affermata fra i diritti fondamentali dell'uomo, inteso come esser umano (uomo e donna). Qui non è in gioco l'essere di destra o di sinistra, si tratta invece di ascoltare la voce della "ragione", che il secolo dei Lumi ci ha insegnato a esercitare per continuare a sostenere che i diritti umani possono solo e semplicemente ancorarsi alla vita, diversamente si tratterebbe di "non-diritti anti-umani". Ed è proprio su questo diritto alla vita che si è legiferato nel momento in cui, nel nostro Paese, si è depenalizzata la pratica abortiva, onde evitare che il dramma delle donne, per qualsiasi motivo, costrette a praticarla, finisse col produrre ulteriore morte, con gli aborti clandestini, praticati dalle cosiddette "mammane". Medici senza frontiere, in questo senso mi sembra giustamente puntare il dito contro l'«aborto non sicuro». de-

nunziando il numero delle vittime della clandestinità. Da tale situazione non si esce, però, affermando un diritto alla morte. E l'aborto è sempre tragedia.

Il fatto che determinate scelte, meramente "razionali", coincidano con quanto insegna, nella sua tradizione e nel suo magistero, la Chiesa cattolica, non dovrebbe meravigliare, per il semplice motivo che la fede cristiana, nella sua forma cattolica, è sempre stata amica della ragione, allorché esercitata ed espressa laicamente con onestà intellettuale. Del resto, quando leggo sui media che alcuni esponenti dell'attuale maggioranza in Italia sarebbero "ultra-cattolici" non so se sorridere o indignarmi. Un cattolico non potrà mai essere "ultra", appellativo che si riserva ai frequentatori e tifosi degli stadi. Se qualcuno sta offrendo questa rappresentazione sarebbe utile un chiarimento, abbandonando la sciarpa identitaria per dire che non si è ultra, ma semplicemente credenti in politica.

A proposito dell'aborto, non si tratta tanto del "diritto positivo", bensì di quella, spesso bistrattata disciplina, che rappresenta anche un orizzonte speculativo teologico e filosofico, che si designa col nome di "filosofia del diritto", di cui il collega e amico recentemente scomparso Francesco D'Agostino è stato illustre rappresentante laico perché cattolico e cattolico perché laico. Un pensiero radicalmente filosofico e per questo rigorosamente laico non può sottrarsi dal distinguere la vita dalla morte, onde arginare la progressiva invasione del nulla, che, nella mirabile rappresentazione di *La storia infinita* di



Michael Ende, attenta l'universo della fantasia vitale, col rischio di sprofondare l'universo e l'uomo in un abisso.

Da questo quadro teorico, e dalla presa d'atto che nessuna delle forze politiche attuali si propone di cambiare la legge 194, risultano almeno tre conseguenze per l'azione del governo che si è appena insediato su altrettanti temi definiti eticamente sensibili.

La prima conseguenza si configura nel senso del ripensamento dell'applicazione della 194 stessa, offrendo - come "Avvenire" propone da tempo - strutture e risorse perché si rimuovano le cause sociali, economiche e direi culturali, che inducono le donne alla pratica abortiva. E facendolo in modo continuo e non solo episodico.

La seconda conseguenza riguar-

da il fine vita. Se vogliamo sottrarci dalla complicità con chi lavora per diffondere una cultura della morte, dobbiamo a nostra volta impegnarci tutti per evitare al tempo stesso ogni accanimento terapeutico, ma anche ogni induzione al cosiddetto "suicidio assistito". È il messaggio che lancia anche il film di Rodolfo Bisatti "Al Dio ignoto", dove, in un hospice per malati terminali, fra una partita a scacchi e occasioni di preghiera ispirate alla famosa poesia di Friedrich Nietzsche (che porta il titolo dello stesso film), si esprime il distacco nel dire "Arrivederci!" a chi ha accompagnato il morente.

Infine, terza conseguenza, ritengo che davvero sia necessario, proprio in virtù del diritto inalienabile alla vita e non alla morte, che il Parlamento si pronunzi sull'omofobia,

indicandola come un vero e proprio crimine e richiamando un'unica ineludibile condizione: che non si criminalizzi chi continua a pensare, credere e annunciare che la famiglia e il matrimonio non appartengono né a una cultura patriarcale né a comportamenti violenti nei confronti di chi vive drammaticamente o serenamente esperienze difforni. In questo orizzonte la famiglia che riconosce l'alterità del maschile e del femminile non sarà mai un vessillo col quale inveire sulle altrui condizioni e appartenenze, ma una proposta serena e accogliente di un modello umano nel quale l'essere altro (uomo e donna) risulta iscritto nella stessa corporeità e fisiologia delle persone, che, comunque e sempre, meritano atten-

zione e rispetto.

**Teologo, Pontificia  
Università Lateranense**





**IL COMMENTO/2****L'aborto non è  
un diritto:  
lo dice la legge****E. BILOTTI E F. VARI**

La giurisprudenza è incompatibile con l'idea che l'autodeterminazione della donna in ordine alla prosecuzione della gravidanza rientri alla categoria del diritto soggettivo.

A pagina 3

Consulta e leggi sono chiare sulla vita, l'unico limite è la salute della donna

**ATTENTI, L'INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA  
NEL NOSTRO ORDINAMENTO NON È «DIRITTO»****EMANUELE BILOTTI**

**C**on sempre maggior frequenza, nel dibattito pubblico, si assiste alla riconduzione dell'aborto nella categoria del diritto soggettivo. Ma alla luce della giurisprudenza costituzionale italiana e della legge n. 194 del 1978 è davvero corretto parlare di un diritto di abortire?

Il diritto soggettivo è una delle prime nozioni che gli studenti di giurisprudenza apprendono: si tratta di quella particolare forma giuridica mediante la quale l'ordinamento tutela un interesse della persona in maniera piena, e cioè garantendone senz'altro la realizzazione, ma lasciando al contempo tale realizzazione alla scelta insindacabile dello stesso soggetto portatore dell'interesse tutelato. Alcuni studiosi dell'800 parlavano in proposito di una «signoria del volere». Ciò posto, è corretto ricondurre a questo schema elementare anche l'interruzione della gravidanza per come è regolata nel nostro ordinamento? Per rispondere occorre partire, come detto, dalla giurisprudenza della Corte costituzionale. Essa, fin dagli anni 70, ha riconosciuto il «fondamento costituzionale» del diritto alla vita del concepito.

Inoltre, una sentenza degli anni 90, scritta da Giuliano Vassalli, ha dichiarato inammissibile una richiesta referendaria che mirava a eliminare i limiti posti all'aborto dalla legge 194, facendo valere l'argomento che «il diritto alla vita, inteso nella sua estensione più lata», è da iscrivere «tra quei diritti che oc-

**FILIPPO VARI**

cupano nell'ordinamento una posizione, per dir così, privilegiata, in quanto appartengono "all'essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana"». Si tratta di valori che «non possono essere sovvertiti o modificati nel loro contenuto essenziale» neppure attraverso l'apposita procedura di revisione costituzionale. Occorre, peraltro, riconoscere che lo stesso giudice delle leggi ha bilanciato il diritto alla vita del concepito con il diritto alla salute della donna. In ogni caso, in nessuna pronuncia della Corte costituzionale si trova l'espressione diritto di aborto.

Anche la legge n. 194 del 1978 si apre con l'affermazione che «lo Stato... tutela la vita umana dal suo inizio». E prevede una serie di limiti al ricorso all'aborto. La garanzia del diritto alla vita e la tutela della vita umana «dal suo inizio» escludono dunque che il rapporto della donna col figlio possa essere compreso semplicisticamente secondo una logica di tipo proprietario: una logica che consentirebbe l'integrale privatizzazione della scelta di interrompere la gravidanza.

Per sostenere l'esistenza di un diritto di aborto non si può neppure far valere che l'art. 1 del codice civile individua nella na-

tura umana «dal suo inizio» escludono dunque che il rapporto della donna col figlio possa essere compreso semplicisticamente secondo una logica di tipo proprietario: una logica che consentirebbe l'integrale privatizzazione della scelta di interrompere la gravidanza.

Per sostenere l'esistenza di un diritto di aborto non si può neppure far valere che l'art. 1 del codice civile individua nella na-





scita – e non nel concepimento – il momento di acquisto della capacità giuridica. Una lettura sistematica di tale norma ci fa infatti comprendere come essa debba correttamente essere riferita ai soli diritti patrimoniali. A conferma di ciò va poi ricordato che la legge n. 40 del 2004 si apre con il riconoscimento del concepito tra i soggetti di diritto.

La ricostruzione ora tracciata è, dunque, chiaramente incompatibile con l'idea che l'autodeterminazione della donna in ordine alla prosecuzione della gravidanza possa essere ricondotta alla categoria del diritto soggettivo.

Vale infine la pena di ricordare che, oltre alla decisione della Corte Suprema Usa del giugno scorso, che ha negato che l'aborto

sia oggetto di un diritto fondamentale (in quel caso era stato in precedenza legato alle privacy), anche in altri ordinamenti democratici, come quello tedesco o quello austriaco, la situazione è analoga: l'aborto è consentito entro limiti precisi e non è pertanto oggetto di un diritto della donna.

**Giuristi, Università Europea di Roma**





# La lotta al Covid

## Vaccini, la destra revisionista “La scienza non è una religione”

Meloni in Aula: “Nessuna evidenza sulle dosi ai dodicenni, ma li abbiamo vaccinati”  
Verso la fine dell’isolamento per gli asintomatici. E decolla la commissione d’inchiesta

**IL CASO**  
**PAOLO RUSSO**  
ROMA

**S**ulla gestione dell'emergenza Covid si va verso una commissione d'inchiesta, che ora tutti sembrano volere, dal centrodestra al Pd, passando per il Terzo polo. Solo che mentre Lega (che propone una Bicamerale) e Fdi puntano il dito contro i presunti ritardi del Conte II nell'assumere le iniziative di contrasto al virus, i Dem vogliono mettere sul banco degli imputati le regioni di centrodestra, colpevoli a loro dire di aver remato contro le necessarie misure restrittive.

«Questa commissione sarebbe dovuta nascere la scorsa legislatura – sottolinea il ministro per i Rapporti col Parlamento Luca Ciriani – Matteo Renzi l'aveva annunciata, ma poi non se ne è fatto nulla con la campagna elettorale. Io penso che potrebbe anche essere che la guidi un esponente dell'opposizione». Una dichiarazione che suona come un assist a Italia viva che aveva espresso «grande soddisfazione» per l'intenzione di Fdi di istituire la commissione. Il leader di Iv al momento fa un passo indietro: «Vediamo se, dove e come la

fanno, per paradosso avrebbe una sua logica anche se a guidarla fosse un esponente di Fdi, uno che era all'opposizione nella scorsa legislatura». L'alleato Carlo Calenda ne minimizza la portata, dicendo «può essere utile, ma senza colpevolizzare Conte per poi voltare pagina».

Non solo con i precedenti governi, ma anche con gli organismi tecnico-scientifici, come Iss e Cts, è sembrata prendersela Giorgia Meloni nel suo discorso bis al Senato. «Riconosciamo il valore della scienza, certo – ha detto la premier – per questo non la scambiamo con la religione. Quel che contestavamo delle scelte prese da precedenti governi è che non ci fossero evidenze scientifiche alla base di alcuni provvedimenti. Non c'erano certezze che i vaccini facessero bene ai ragazzi di 12 anni, ma li abbiamo vaccinati, quando tutti erano d'accordo che a loro facesse bene lo sport, ma gli abbiamo impedito di farlo. Abbiamo impedito una cosa sulla quale c'erano certezze e obbligato a un'altra, la vaccinazione, sulla quale non c'erano evidenze scientifiche». Parole nel segno della discontinuità nella gestione dell'epidemia, che sembrano escludere un ritorno a forme di restrizione anche nel caso il virus dovesse rialzare la testa. Tanto che al ministero della Salute c'è chi dà le ore contate alla quarantena per i positivi asintomatici.

Un cambio di rotta che parte da una diversa interpretazione delle strategie adottate in passato, anche se centrodestra e Pd, da punti di vista opposti, mirano entrambi a una commissione bicamerale. Il testo presentato ieri

dalla Lega, primo firmatario il capogruppo alla Camera Riccardo Molinari, prevede infatti che la commissione sia composta da venti senatori e da un egual numero di deputati. A sorpresa l'apertura è arrivata dal fronte opposto, ma Francesco Boccia ha rilanciato: «Facciamola pure la bicamerale d'inchiesta, ma allora si parli di tutto, anche della responsabilità delle Regioni del Nord». Tanto per far capire che alla fine l'indagine potrebbe ritorcersi paradossalmente contro i partiti di maggioranza. Anche perché mentre in Parlamento si discute su come far luce sull'azione di contrasto alla pandemia, le procure di Bergamo, Milano e Pavia vanno avanti con le inchieste giudiziarie. E uno dei fascicoli milanesi coinvolge proprio il presidente di Regione Lombardia Attilio Fontana, mentre la consulenza alla procura di Bergamo è stata firmata dal microbiologo Andrea Crisanti, ora senatore Pd.

Nella proposta leghista, che non dispiace a Forza Italia e Fdi, l'attenzione si concentra invece soprattutto sui primi mesi del 2020 quando, secondo i firma-





# LA STAMPA

tari, le informazioni provenienti dalla Cina facevano già a inizio anno prevedere il peggio. Nonostante questo, il governo non bloccò gli ingressi indiretti dalla Cina e «non risulta sia stato fatto nulla nel mese di gennaio 2020 per quanto riguarda gli approvvigionamenti di mascherine, guanti, camici e visiere di protezione». Né ci si sarebbe mossi per potenziare le terapie

intensive. Oltre che indagare su eventuali carenze della fase iniziale di contrasto alla pandemia la Commissione dovrebbe poi «verificare la qualità e il prezzo dei dispositivi di protezione individuale e medici».

Tutte cose che si ritrovano anche nella proposta di legge targata Fdi presentata due giorni fa, che allarga però lo spettro dell'indagine anche ai mali strutturali

del nostro servizio sanitario nazionale. Compresa «la disomogeneità dei provvedimenti adottati dalle Regioni», frutto di quel federalismo sanitario che piace invece tanto a Salvini. —

## Le indagini principali

1

L'ex commissario straordinario Domenico Arcuri rischia il processo a Roma per abuso d'ufficio. Coinvolte 4 società e 10 persone.

2

L'indagine della procura di Roma su Arcuri riguarda la maxifornitura di mascherine dalla Cina durante la prima fase dell'emergenza.

3

A Bergamo si indaga sulla chiusura dell'Ospedale di Alzano Lombardo, sull'assenza di un piano pandemico e sulla zona rossa.

4

A Milano la procura ha fatto ricorso contro il proscioglimento di Fontana per frode in forniture. Riaperta l'indagine sui morti al Trivulzio.



### Ministro della Salute

Orazio Schillaci, 56 anni, romano, medico nucleare, primario e professore ordinario, ex rettore dell'Università di Roma Tor Vergata, è il successore di Roberto Speranza

XINHUA / AVALON.RED / AGF



**FABRIZIO PREGLIASCO** Il virologo: "Avanti anche con l'antinfluenzale"

## “Era giusto proteggere i giovanissimi dalla premier un messaggio sbagliato”

L'INTERVISTA  
ROMA

«**Q**ualcuno ancora oggi non riesce a spiegarmi quale fosse - ha sostenuto Meloni - l'evidenza scientifica di non far fare sport ai ragazzi non vaccinati, quando non c'era nessuna certezza che i vaccini facessero bene ai 12enni». A spiegare perché era invece giusto vaccinarli è il virologo della Statale di Milano, Fabrizio Pregliasco.

**Veramente abbiamo fatto male a vaccinare i ragazzi?**  
«Il virus nella prima fase ha fatto finire in ospedale e -sia pure

in misura minore - ha provocato morti anche tra giovani e giovanissimi. I dati su ospedalizzazioni e decessi da Covid tra bambini e ragazzi in età scolare sono sovrapponibili a quelli per malattie come la varicella e il morbillo per le quali infatti ci si deve vaccinare. Ora il virus è diventato meno aggressivo e penso che ci si possa limitare a somministrare il ciclo primario, ossia le prime due dosi, soltanto a fragili e immunodepressi. Perché è bene ricordare che se con Omicron i vaccini non proteggono dal contagio lo fanno sempre bene rispetto al rischio di sviluppare forme gravi di malattia, che è più elevato tra i fragili, a prescindere dall'età».

**Non teme che queste parole spingano ancor più le famiglie a non vaccinare i loro figli?**

«Purtroppo sì, sono messaggi che portano a una disaffezione rispetto a una campagna vaccinale che tra i più giovani non è mai decollata, tanto che tra i 5 e gli 11 anni solo il 35% ha completato il ciclo primario».

**A chi andrebbe somministrato il vaccino per i più piccoli da sei mesi a sei anni appena approvato dall'Emm?**

«La valutazione andrebbe fatta con il pediatra di famiglia, ma mi concentrerei sui piccoli con problematiche respiratorie e cardiovascolari, diabete, obesità. Includendo anche quelli che vivono in casa con nonni o genitori fragili».

**Si possono fare anche insieme all'antinfluenzale?**

«Sì, e l'antinfluenzale è fortemente raccomandato oltre che gratuito per i piccoli tra i

sei mesi e sei anni, che hanno tassi di ospedalizzazione come conseguenza dell'influenza sovrapponibili a quelli dei sessantenni. Si possono fare insieme in un'unica seduta, giacché non provocano maggiori reazioni avverse rispetto a quelle lievissime normalmente rilevate dalla singola vaccinazione». PA. RU. —

Le frasi di Meloni favoriscono una disaffezione rispetto alla campagna vaccinale



**FABRIZIO PREGLIASCO**  
RICERCATORE DI VIROLOGIA  
ALLA STATALE DI MILANO





## La società sarebbe indagata in Italia: profitti nascosti e trasferiti all'estero

# Un miliardo di dubbi su Pfizer

••• Pfizer sarebbe al centro di un'indagine in Italia, la società farmaceutica avrebbe nascosto almeno 1,2 miliardi di euro di profitti. La Guardia di Finanza avrebbe ipotizzato che la sede Pfizer situata appena fuori Roma, avrebbe trasferito il capitale a società affiliate negli Usa e Paesi Bassi. La replica della società: «Pfizer è in regola con il pagamento delle tasse».

Di Capua a pagina 9

### LOTTA AL COVID

La replica della casa farmaceutica: «Siamo in regola con il pagamento e conformi ai requisiti richiesti»

# I profitti segreti di Pfizer

Secondo l'agenzia Bloomberg avrebbe evitato di versare le tasse sugli utili in Italia per 1,2 miliardi

#### GIANNI DI CAPUA

••• Pfizer sarebbe al centro di un'indagine in Italia: la società farmaceutica avrebbe infatti nascosto almeno 1,2 miliardi di euro (1,2 miliardi di dollari) di profitti trasferendo denaro a dei rami di azienda in altri Paesi. Lo riporta l'agenzia Bloomberg. La Guardia di Finanza avrebbe ipotizzato che la sede Pfizer situata appena fuori Roma, Pfizer Italia Srl, avrebbe trasferito il capitale in eccesso alle società affiliate negli Stati Uniti e nei Paesi Bassi per evitare il pagamento delle tasse sugli utili che possono arrivare fino al 26%. La replica della società farmaceutica è arrivata direttamente a Bloomberg: «Pfizer è in regola con il pagamento delle tasse e conforme ai requisiti richiesti dall'Italia». Intanto una nuova ondata di Covid è attesa in Europa

nelle prossime settimane. «La pandemia non è ancora finita», ha avvertito Marco Cavaleri, responsabile della strategia vaccinale dell'Agenzia europea dei medicinali, ricordando che sono passati mille giorni da quando l'Organizzazione mondiale della sanità ha dichiarato il Covid-19 un'emergenza sanitaria di rilevanza internazionale. «Molto è stato fatto: oggi abbiamo 6 vaccini disponibili per la vaccinazione primaria, 4 vaccini adattati e 8 terapie approvate nell'Unione europea», ha rimarcato Cavaleri, ma con l'arrivo dell'autunno si è registrato in Europa un generale aumento delle ospedalizzazioni e delle infezioni. Da qui l'invito dell'Ema a tutti i cittadini a vaccinarsi subito, «soprattutto se la loro situazione di salute li espone a un rischio più elevato di sintomi gravi».

La raccomandazione è estesa anche ai bambini, in primis quelli «con patologie», per poterli proteggere dal ricovero in ospedale o dalla morte, anche se, ha precisato Cavaleri, la decisione di immunizzare o meno anche i più piccoli spetta ai singoli Stati. A influire sulla prossima ondata attesa sono le nuove varianti di Omicron: BQ1 e la sua sottovariante BQ1.1. Secondo le previsioni dell'Ema, diventeranno i ceppi dominanti tra la metà di novembre e l'inizio di dicembre. La settimana scorsa BQ1 è stata identificata in almeno cinque Paesi in Europa, ha spiegato Cavaleri, al momento non si sa se sarà più trasmissibile o se causerà sintomi più gravi rispetto alle altre varianti di Omicron BA4 e BA5. Quello che è noto è che ha una maggiore capacità di aggirare l'immunità





data dai vaccini e dall'aver contratto il Covid, anche nella variante Omicron, e che resiste agli anticorpi monoclonali disponibili. Intanto, l'Agenzia europea dei medicinali sta lavorando alla revisione di due nuovi vaccini adattati alle ultime varianti. Per quello di Sanofi si prospetta una possibile conclu-

sione a novembre, mentre per quello di Hypra il via libera potrebbe arrivare già nelle prossime settimane. Importante sarà anche contenere la diffusione dell'influenza. Ema si aspetta che i due virus circoleranno insieme in autunno e in inverno. «Le persone vulnerabili saranno

così maggiormente a rischio», da qui l'invito a chi ne ha diritto ad approfittare della vaccinazione congiunta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### *L'allarme dell'Ema*

*«La pandemia non è ancora finita». In Europa è attesa nelle prossime settimane una nuova ondata del virus*

### *Le varianti*

*Preoccupano i ceppi che si sono sviluppati e che hanno una maggiore facilità a eludere l'immunità data dai vaccini*

### **Al vertice della società**

Albert Bourla è il Ceo di Pfizer



# Mente sana con cuore sano

## Una buona circolazione «difende» il cervello

di **Daniilo di Diodoro**

**C**ontrastare i fattori di rischio cardiovascolare, come l'elevata pressione arteriosa, il diabete, l'obesità e il fumo di sigaretta, non protegge solo da eventi quali ictus e infarto, ma serve anche a ridurre la probabilità di andare incontro a decadimento psichico o a una vera e propria demenza, come la malattia di Alzheimer.

È quanto indica uno studio pubblicato sulla rivista *Neurology* da parte di un gruppo di ricercatori guidati da Bryn Farnsworth von Cederwald dell'Università di Umeå in Svezia. E quanto più velocemente i fattori di rischio tendono ad accumularsi, tanto più rapidamente si procede verso il danno cognitivo. Si tratta di uno studio di grandi dimensioni, che ha coinvolto oltre 1200 persone di 55 anni di età media che per 25 anni sono state osservate clinicamente ogni quinquennio, attraverso specifici test di memoria, questionari sullo stile di vita ed esami di laboratorio per la valutazione delle condizioni generali di salute. In tal modo è stato possibile rilevare che nel corso dello studio il 6 per cento delle persone

aveva sviluppato una demenza di Alzheimer e il 3 per cento una demenza di origine vascolare. Incrociando questo dato con quelli provenienti da stili di vita e stato generale di salute, i ricercatori hanno determinato che l'aumento nel tempo del rischio cardiovascolare esponeva a un maggior rischio di infarti, ictus, ma anche di danno cognitivo. In particolare il rischio di sviluppare una demenza di Alzheimer è risultato moltiplicato da 3 a 6 volte, mentre quello di sviluppare una demenza vascolare è risultato moltiplicato da 3 a 4 volte.

### **I fattori coinvolti**

All'interno di questo gruppo in cui c'è stato nel tempo un aumento del rischio cardiovas-





scolare è stato osservato un incremento dei casi di declino del funzionamento della memoria anche in assenza di vere e proprie forme di demenza. Si tratta di dati che mostrano chiaramente quali rischi cognitivi si corrono se non si pone attenzione a tenere sotto controllo fattori come obesità, fumo di sigaretta e pressione arteriosa, in buona parte dipendenti da scelte personali riguardanti lo stile di vita. Un invito a porre maggiore attenzione a questi fattori modificabili di rischio viene anche da un articolo pubblicato su *Lancet Neurology* da Priya Palta della Division of General Medicine del Columbia University Irving Medical Center di New York assieme ad alcune collaboratrici. L'articolo si concentra sulla pressione arteriosa, un fattore di rischio facilmente modificabile con interventi sulla dieta e sul livello di attività fisica, ed eventualmente, quando necessario, con l'assunzione di farmaci antipertensivi.

## Prospettive

L'ipertensione, la pressione arteriosa elevata, è un fattore di rischio presente in quasi un miliardo e mezzo di persone al mondo, ed è stata identificata dalla Commission on dementia prevention, intervention, and care della rivista *Lancet* come uno dei 12 fattori di rischio potenzialmente modificabili e che è responsabile di circa il 40 per cento dei casi di demenza che si riscontrano nell'intero pianeta. E per l'immediato futuro si aspettano ulteriori incrementi di questo fattore di rischio, specialmente tra le popolazioni a più basso livello socioculturale.

«Esistono raccomandazioni di salute pubblica e linee guida per il trattamento antipertensivo, finalizzate a migliorare la salute generale e quella cardiovascolare, ma non esistono specifiche linee guida per il governo della pressione arteriosa finalizzate a ottimizzare la salute cognitiva» dicono le autrici dell'articolo. «Malgrado le limitazioni metodologiche degli studi osservazionali e interventistici esistenti, e la mancanza di un chiaro consenso sugli obiettivi di pressione arteriosa ottimali per la conservazione della salute cognitiva, iniziative per promuovere questo

tipo di salute e ridurre il rischio di malattia di Alzheimer e di altre forme di demenza, attraverso il controllo di specifici fattori di rischio, sarebbero un'importante opportunità per la prevenzione primaria delle demenze».

In effetti, alcuni studi sperimentali hanno già dimostrato che interventi finalizzati a modificare gli stili di vita e la dieta, l'apporto di sale in particolare, possono ridurre l'incidenza di disturbi cognitivi. Un esempio è il trial Finger, durato due anni, realizzato su oltre 2.500 persone di età tra i 60 e i 77 anni. Durante lo studio un gruppo ha ricevuto generiche indicazioni su come mantenere uno stato di salute, mentre l'altro gruppo ha seguito uno specifico programma che comprendeva dieta adeguata, sedute di attività fisica, training cognitivi e monitoraggio del rischio vascolare.

## Le valutazioni

La conclusione dei ricercatori è stata che si è evidenziato un buon effetto dello specifico programma di prevenzione sulle abilità cognitive generali e anche su obiettivi secondari, come le funzioni esecutive e la velocità di processamento delle informazioni.

«Studi successivi simili, come il Mapt trial e il PreDiva trial non hanno mostrato benefici nel ridurre il declino cognitivo o il rischio di demenza» dice ancora Priya Palta, «ma questo indica solo che c'è necessità di valutare meglio, attraverso studi ulteriori, l'efficacia reale di questo genere di programmi di prevenzione». Nel frattempo, chiunque può già iniziare a prendersi cura della propria salute cardiovascolare e anche cognitiva, già semplicemente riducendo l'apporto di sale (si veda l'articolo a pagina 12 per approfondimenti). Secondo indicazioni della Società Italiana di Nutrizione Umana, si può ad esempio fare attenzione alle etichette degli alimenti che si acquistano per scegliere quelli con meno sale aggiunto, ridurre l'uso di piatti industriali già preparati, sughi pronti e prodotti in scatola, evitare di portare a tavola la saliera, e invece fare spuntini con frutta e non con snack salati, bere semplice acqua per la reidratazione dopo attività sportiva leggera.





# Se entra in gioco lo stress cambiano anche i battiti

C'è un rapporto tra tensioni croniche (nella sfera personale o lavorativa) e l'insorgere di patologie cardiovascolari come le aritmie, fino ad arrivare in casi estremi a eventi acuti fra cui l'infarto del miocardio

**C**uore e cervello sono molto meno distanti di quanto sembri, almeno dal punto di vista funzionale, soprattutto quando l'organismo è esposto a tensioni. «Lo stress può essere "buono", detto eustress, quello che attiva la mente e il corpo per rispondere alle richieste che ci circondano, o "cattivo", detto distress, che, invece, porta a un esaurimento delle risorse e a dannose risposte maladattative per il fisico e per la mente» dicono Maria Teresa La Rovere del Dipartimento di Cardiologia dell'Irccs Istituti Clinici Scientifici Maugeri di Montescano e Pavia, e Alessandra Gorini del Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità dell'Università degli Studi di Milano e Maugeri di Milano-Camaldoli, coautrici di un articolo pubblicato su *Autonomic Neuroscience*. «Gli stress cattivi, a loro volta, possono essere acuti - secondi, giorni o settimane - e cronici, per situazioni protratte nel tempo. Gli stress acuti seguono ad esempio un incidente, la morte di una persona cara, un accadimento catastrofico, come un terremoto, ma anche eventi come una partita di calcio della squadra del cuore o la nascita di un figlio. Quelli cronici riguardano soprattutto la sfera lavorativa, come eccessivi impegni, la sfera personale, come dissaccordi coniugali, la sfera familiare, come il doversi prendere cura di un malato cronico, la sfera sociale, come una condizione di solitudine. In tempi più recenti, sono emersi nuovi fattori di stress, connessi ai social media o alla pandemia Covid-19. Gli stress acuti tendono nella maggior parte dei casi a scatenare eventi acuti

cardiovascolari in soggetti con pregressa patologia cardiovascolare, anche non nota, mentre lo stress cronico contribuisce alla progressione di malattia nel lungo termine». Il fatto più drammatico è l'evento cardiovascolare acuto, come un infarto del miocardio, un'aritmia o una morte cardiaca improvvisa, in conseguenza di uno grave stress acuto. «Molti studi ne riportano dopo disastri naturali, come il terremoto di Los Angeles del 1994, che nello stesso giorno provocò un aumento di cinque volte di morti cardiache improvvise rispetto alla settimana precedente. Dati analoghi sono stati rilevati anche durante l'attacco alle Torri Gemelle e persino in relazione a eventi sportivi particolarmente coinvolgenti, come la finale dei mondiali di calcio del 2006. Una forma particolare di patologia cardiovascolare da stress acuto è la sindrome di Takotsubo, che simula l'infarto miocardico, pur non essendo causata dall'ostruzione delle coronarie. Colpisce particolarmente le donne ed è nota anche come "sindrome del cuore infranto».

Per quanto riguarda salute cardiovascolare e stress cronico, particolarmente significativi sono gli studi sullo stress in ambito lavorativo. «Ad esempio, lo studio Interheart, realizzato a livello mondiale con circa 25 mila partecipanti, ha dimostrato una relazione "dose-risposta" fra stress lavorativo e aumento del rischio di infarto miocardico, con lo stress periodico che conferisce un certo grado di rischio e lo stress permanente che conferisce rischio più elevato» dicono ancora La Rovere e Gorini.

A mediare tra esposizione allo stress e organismo sono due impor-

tanti assi neuroendocrini: l'asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrene che produce il cortisolo e l'asse simpatico-midollare del surrene che produce le catecolamine, adrenalina e noradrenalina. «L'esposizione allo stress causa l'attivazione del sistema nervoso detto "simpatico", responsabile del rapido aumento del battito cardiaco, della pressione arteriosa e della sudorazione, mentre si riduce l'afflusso di sangue ai visceri - il meccanismo che ci fa "stringere lo stomaco" - e provoca anche altre risposte fisiologiche che preparano "alla fuga". Le catecolamine e il cortisolo indotti da stress provocano cambiamenti fisiopatologici emodinamici, immunologici, infiammatori e vascolari che, se lo stress è acuto, possono indurre ischemia miocardica, infarto e aritmie; se è cronico contribuiscono all'aumento della pressione arteriosa, fattore di rischio per l'aterosclerosi coronarica. Senza contare che lo stress cronico facilita stili di vita "malsani", come per esempio fumo, dieta scorretta, scarso esercizio fisico, ridotta aderenza all'assunzione di farmaci e ai programmi di screening».

**Daniilo di Diodoro**





L'ARMADIETTO DELLE MEDICINE

# I cibi "industriali" aumentano i rischi

## PIÙ MALATTIE VASCOLARI E TUMORI SE GLI ALIMENTI SONO TROPPO LAVORATI

**Silvio Garattini**Presidente dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri", Milano — [lettereoggi@oggi.it](mailto:lettereoggi@oggi.it)

**A**lcuni ricercatori italiani, fra cui Giovanni DeGatano e Licia Jacoviello, a partire dal 2005-2010 nella Regione Molise hanno raccolto una serie di dati di popolazione attiva. Si tratta del progetto Moli-sani su 24.325 persone con età superiore ai 35 anni, di cui il 52% donne. Lo scopo è la ricerca dei fattori di rischio genetico e ambientale riguardanti la comparsa e la progressione di malattie cardiovascolari, cerebrovascolari e tumori. I dati raccolti attraverso 248 domande riguardavano fra l'altro l'alimentazione includendo la frequenza di uso di 188 differenti costituenti alimentari. Grazie all'analisi dei dati a ogni costituente veniva dato un valore da -15 per i componenti più "salutari" a +40 per quelli più dannosi e poi veniva inserito in uno dei quattro gruppi

dalla dieta salutare alla meno appropriata.

Il risultato? La differenza fra il gruppo con la migliore e quello peggiore era del 4,3% per la mortalità da tutte le cause. Dati simili per la mortalità cardiovascolare, mentre non venivano evidenziate differenze statisticamente significative per quella cerebrovascolare e da tumori.

Si è potuto classificare il consumo di cibo anche sulla base della componente dell'industrializzato (cibi sottoposti a manipolazione con aggiunte di sapori, colori, emulsionanti e riposti in confezioni in plastica). Si ottenne in questo caso una differenza assoluta del +9,7% per la mortalità da tutte le cause, del +5% per la cardiovascolare e del +3% per la cerebrovascolare.

Lo studio Moli-sani ha il grande merito di proporre una valutazione globale della qualità del cibo sotto l'aspetto nutrizionale e dei processi industriali a cui è sottoposto. Dal punto di vista dell'interesse pubblico, è importante sottolineare la necessità di maggiori campagne di informazione, limitando la pubblicità di chi vende, nella speranza che le etichette dei prodotti in termini nutrizionali vengano omogenizzate in tutti i Paesi europei.

**ANTIDIABETICI E COLECISTITI**

Gli effetti collaterali, meglio sarebbe

dire tossici, non sono mai disponibili subito dopo la messa in commercio di un nuovo farmaco. Occorre che passi del tempo. Alcuni autori cinesi hanno analizzato 82 studi clinici per un totale di 104.833 partecipanti con diabete di tipo 2, quello dell'adulto, trattato con vari antidiabetici. In particolare i Dpp-4 inibitori (come il sitagliptin), i Glp-1 recettori agonisti (per esempio, liraglutide) e i Sglt-2 inibitori (come il empagliflozin) che agiscono sulle concentrazioni di glucosio e della emoglobina-glicata. Lo studio mirava a stabilire se questi farmaci avessero un effetto sulle patologie della colecisti e delle vie biliari. I Dpp-4 inibitori inducono da 2 (controlli) a 21 (trattati) malattie composte della colecisti o delle vie biliari e da 5 (controlli) a 27 (trattati) colecistiti per 10 mila pazienti. I Glp-1 recettori agonisti si comportano come i Dpp-4 inibitori, mentre gli Sglt-2 inibitori non mostrano questi effetti.

Il medico ha quindi la possibilità di scegliere un prodotto adeguato a seconda dei fattori di rischio di colecisti e vie biliari del paziente, e i pazienti possono collaborare segnalando subito disturbi di questo genere. **OG**





SANITÀ

# Trovare le cure non basta

di MARA MAGISTRONI

**N**on c'è dubbio che una delle emergenze sanitarie del prossimo futuro sia quella delle malattie neurologiche: le demenze - prima fra tutte Alzheimer e Parkinson - e tutte le forme di sclerosi sono oggi causa di disabilità e di morte a livello globale, con una spesa che si aggira intorno agli 800 miliardi di dollari nei soli Paesi a maggior tasso di industrializzazione. Una sfida che in Italia deve fare i conti con l'invecchiamento della popolazione, con la presenza di oltre 14 milioni di pazienti cronici e con un servizio sanitario che ha difficoltà a disegnare dei percorsi dedicati all'assistenza dei malati neurologici. Anche perché di terapie efficaci o di strumenti di prevenzione ce ne sono davvero pochi.

Il sistema nervoso è rimasto per anni ai margini della ricerca scientifica a causa della complessità dei suoi meccanismi e molti sono stati gli errori di valutazione commessi. Ora però qualcosa sta cambiando e, dopo i risultati positivi sul fronte della sclerosi multipla e dell'atrofia muscolare spinale, la comunità scientifica è fiduciosa che nei prossimi anni possano arrivare delle buone notizie anche sul fronte delle demenze. Ecco perché le neuroscienze saranno un importante banco di prova per l'evoluzione e la trasformazione dei sistemi sanitari di tutto il mondo. Il "laboratorio" del domani per eccellenza, in cui convivono grandi scoperte della scienza e nuove dinamiche nella gestione della cronicità ad alta complessità.

All'idea del laboratorio si ispira

il *Neurology management lab-NeuroMLab*, il Lab che Sda Bocconi School of Management e Biogen hanno realizzato dal 2020 con il supporto della Società Italiana di Neurologia (Sin), nato per far fronte all'esigenza di innovazione anche nella pratica clinico-assistenziale territoriale nell'ambito delle malattie neurologiche.

«La diagnosi e la cura delle malattie neurologiche è complessa, e solo un'adeguata preparazione neurologica consente di formulare corrette diagnosi e proporre le terapie più adatte», spiega Alfredo Berardelli, presidente Sin e direttore della Clinica neurologica, Sapienza Università di Roma. «Il neurologo, tuttavia, ha necessità di svolgere la propria attività in strutture assistenziali appropriate e - prosegue l'esperto - esistono punti di debolezza del nostro sistema sanitario che la recente pandemia ha acuito. È necessario modernizzare gli ospedali con nuovi impulsi a innovazione, ricerca e nuovi modelli organizzativi. Bisogna anche migliorare l'assistenza territoriale con il potenziamento di reti assistenziali per le malattie neurologiche acute e croniche»

Le priorità e i modelli di sanità emersi nel corso dell'emergenza pandemica sono stati al centro dei lavori del Lab nel biennio 2020-2021. «Il percorso del Neurology Management Lab ha un solco oramai storico e un itinerario che si rinnova biennialmente alla luce degli eventi che attraversano la sanità italiana», dice Valeria Tozzi, associate professor of Practice of government health and not for profit division alla Sda Bocconi School of Management.

«Il biennio di lavori 2022-2023 concentrerà la propria attività su temi cruciali come la riforma sanitaria tracciata dal Pnrr e la crescente complessità dei percorsi di presa in carico dei pazienti neurologici. L'obiettivo delle ricerche che saranno sviluppate è quello di analizzare sfide e opportunità e individuare possibili soluzioni per un miglioramento concreto dei modelli di gestione dei pazienti con malattie neurologiche ad alta complessità».

A partire dalle esperienze osservate e da quanto emerso dalla letteratura sul tema, verranno presentate proposte per la costruzione di un sistema di raccolta e condivisione delle informazioni, che tenga conto del contributo delle realtà coinvolte, territoriali e ospedaliere, nel percorso di cura del paziente neurologico.

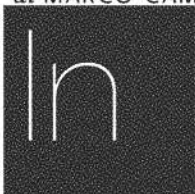
«Negli anni il *Neurology management lab* ha creato e consolidato uno spazio di condivisione multidisciplinare, ha così favorito lo sviluppo di sinergie essenziali per affrontare la realtà estremamente complessa della neurologia e per individuare gli strumenti e le pratiche più adatte a cogliere nuove opportunità di miglioramento», conclude Tozzi. «Il servizio sanitario nazionale è oggi impegnato in uno sforzo senza precedenti per l'implementazione della sanità territoriale nel contesto del Pnrr: le ricerche del Lab mirano a sviluppare nuovi elementi ed evidenze che supportino la definizione di percorsi di cura e di assistenza di prossimità in ambito neurologico, cercando nel contempo di definire parametri comuni e condivisi di misurazione della complessità che contraddistinguono questa area medica».





# Salvati da una scarica elettrica

di MARCO CAMBIAGHI



un futuro nemmeno troppo lontano risponderemo al telefonino, oppure a una mail, solo con il pensiero, e allo stesso modo cambieremo i canali alla tv. Elon Musk ne è convinto e lo promette sul sito di Neuralink. Come? Facendoci impiantare un elettrodo nel cervello.

Se i vaccini per il Covid hanno creato tanti anticorpi, in tutti i sensi, chissà che cosa faranno gli oppositori a un chip che legge il pensiero. Il neurofisiologo spagnolo José Manuel Rodríguez Delgado, dopo aver impiantato uno strumento simile in un toro nel lontano 1964, e averlo bloccato nel momento in cui stava per caricare un torero schiacciando un bottone, si prese la prima pagina del *New York Times*, ma ricevette per anni lettere con insulti di ogni tipo. Il risultato ottenuto da Delgado conteneva diversi vizi di forma, e tuttavia la strada era segnata. I quasi 90 miliardi di neuroni che costituiscono il nostro cervello utilizzano segnali elettrici per comunicare ed è questo il motivo per cui in molti pazienti di Parkinson e di altre patologie neurologiche la stimolazione cerebrale profonda - vale a dire l'impianto di elettrodi in precisi nuclei encefalici - è una realtà terapeutica sin dalla fine degli anni '90.

Schiaccio il bottone giusto o ricollego i cavi correttamente ed ecco che si torna a stare meglio. Vorrebbe essere questo il modo ideale per curare una malattia: il lessico elettrico non è però solo una metafora. È il cuore dell'argomento. Ricorrere all'elettricità per curare, soprattutto il cervello, ma non solo. L'elettricità - o meglio i campi elettrici - sono infatti indispensabili per il corretto sviluppo dell'organismo così come per la contrazione muscolare o la guarigione delle ferite.

«Oggi esistono tecniche di stimolazione cerebrale totalmente non invasive e sicure, che si aggiungono ad altre come la stimolazione con elettrodi profonda considerata il gold standard per diversi disturbi farmaco-resistenti come Parkinson e tremore», sostiene Simone Rossi, professore di Neurofisiologia all'Università di Siena, esperto internazionale di neuromodulazione e autore de *Il cervello elettrico*, edito

da Cortina. Queste tecniche sono basate su stimoli elettrici o magnetici che si applicano esternamente al cranio e sono in grado di modulare l'attività delle aree cerebrali sottostanti. Non stiamo parlando di un cervello bionico. La neuromodulazione con stimoli elettrici o magnetici è ormai una pratica comune - come abbiamo visto nelle pagine precedenti per quanto riguarda i disturbi del comportamento alimentare - ed è diventata una branca delle neuroscienze in continua espansione.

E applicare correnti elettriche come terapia non è un concetto nuovo. Il medico romano Scribonius Largus, intorno al 40 d.C., utilizzava torpedini e anguille elettriche per trattare gravi forme di emicrania e si ipotizza che già gli antichi Egizi ne fossero a conoscenza. E, allora, si parla tanto di medicina del futuro e si usa un concetto vecchio di secoli? «Rispetto ai farmaci che agiscono ovunque nel cervello, con diversi effetti collaterali, la neuromodulazione si può focalizzare», chiarisce Emiliano Santarnecchi, professore di neurologia e radiologia al Massachusetts General Hospital a Boston, dove dirige il programma di Neuroscienze di precisione e neuromodulazione: «Inoltre, poiché prima di stimolare si deve capire bene dove stimolare, queste tecniche fanno sì che si vada sempre più nella direzione della medicina personalizzata: a seguito di analisi di imaging, come la risonanza, decido che stimolo una particolare regione cerebrale in un particolare modo... e non un'altra».

Come tutte le nuove applicazioni terapeutiche, il consenso non è omogeneo. «Negli Stati Uniti - spiega Santarnecchi - ci sono terapie accettate dalla Food&Drug Administration: per esempio, dal 2008, la stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS), destinata al trattamento della depressione e anche per il disturbo ossessivo compulsivo e per alcune forme di dipendenza». Quanto al prossimo futuro, gli esperti dibattono dell'utilizzo delle tecniche di neuromodulazione anche in individui sani. «Il concetto è quello del Brain Health, la salute cerebrale,

soprattutto per contrastare i processi dell'invecchiamento, così come la combinazione di neuromodulazione e altri trattamenti, dai farmaci all'attività fisica».





IL PROGETTO

# Trauma cranico Proviamo con le staminali

Un intervento precocissimo, da farsi subito dopo l'incidente, potrebbe rallentare la progressione del danno e favorire i processi di riparazione. Dopo 10 anni di studi, adesso si comincia a sperimentare la terapia sugli umani. In tre ospedali lombardi

di NICLA PANCIERA

N

on è soltanto una malattia acuta. Il trauma cranico scatena nel cervello un processo cronico che porta a infiammazione e, in almeno un caso su tre, a neurodegenerazione. Per arginarlo non abbiamo ancora terapie efficaci. Ma una speranza arriva dalle cellule

staminali, che sembrano essere in grado di amplificare gli eventi di riparazione spontanea di risposta al trauma con una efficacia e una sicurezza tali da giustificare uno studio clinico su pazienti in coma dopo trauma cranico, frutto di una collaborazione tra clinici e ricercatori di base.

Con le staminali si interviene sul campo di battaglia che riguarda l'encefalo, battaglia che vede da un lato la progressione del danno e dall'altra la capacità autorigenativa: «Finora gli studi clinici condotti con le staminali per migliorare gli esiti di un trauma cranico sono stati condotti a distanza di mesi dall'evento: intervenendo immediatamente, ovvero in acuto, ci aspettiamo di contrastare maggiormente la progressione del danno strutturale, funzionale e metabolico», spiega il responsabile del progetto Giuseppe Citerio, direttore della Neuro-rianimazione e del dipartimento di Neuroscienze dell'Asst-Monza e professore di anestesia e rianimazione dell'Università di Milano Bicocca. Lo studio, il primo a intervenire così precocemente, si è aggiudicato un grant della Regione Lombardia da un milione e duecentomila euro.

Un risultato possibile grazie a «un decennio di studi su modelli animali, in cui abbiamo capito che le cellule staminali, se trapiantate nel cervello o infuse nel circolo sanguigno, non si integrano nel tessuto cerebrale, a tutto vantaggio della sicurezza dell'intervento. La loro azione terapeutica si esercita invece attraverso il rilascio di particolari molecole in grado di stimolare la riparazione e la neuroprotezione del cervello traumatizzato», spiega Elisa Zanier, responsabile del laboratorio Danno Cerebrale Acuto e Strategie Terapeutiche dell'Istituto Mario Negri, dove lavora allo sviluppo di nuove terapie per riparare il tessuto cerebrale danneggiato. «Nei nostri laboratori abbiamo documentato che le cellule staminali iniettate nel sangue riducono i disturbi motori e della memoria indotti da un trauma cranico».

Il progetto prevede il reclutamento dei pazienti con trauma cranico grave ricoverati nelle terapie intensive del San Gerardo di Monza, del Policlinico di Milano e del Papa Giovanni XXIII di Bergamo, con il supporto organizzativo dell'Università di Milano Bicocca. I pazienti verranno trattati entro 48 ore dal trauma con placebo o cellule mesenchimali totipo-





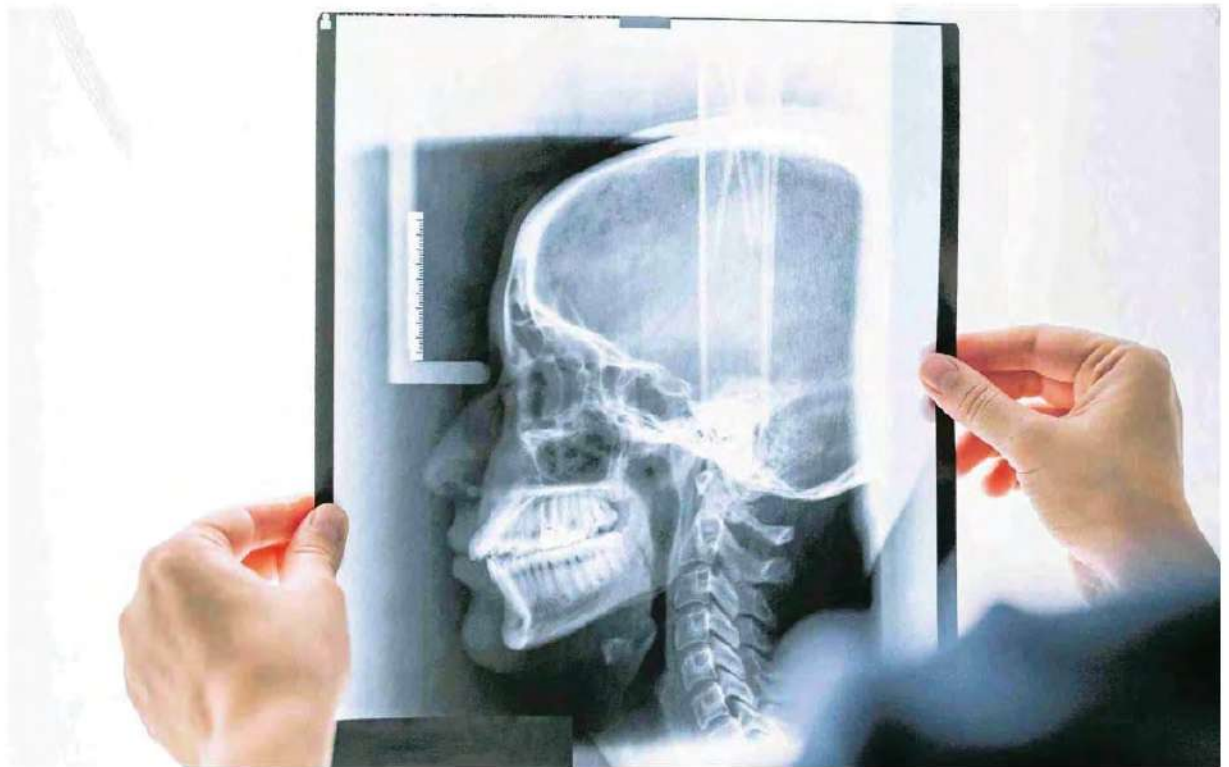
tenti prodotte nella cell factory di Monza. L'efficacia dell'intervento sarà valutata dal punto di vista sia neurologico, tramite risonanza magnetica eseguita dal Centro Rm3Tesla del San Gerardo e test neuropsicologici, sia biochimico, con l'analisi dei biomarcatori eseguita dal Mario Negri. «Un'indagine così dettagliata consentirà anche di accelerare la comprensione della biologia del danno cerebrale in termini di potenziale rigenerativo e risposta plastica del cervello», spiega Elisa Zanier, «oltre ad aprire la strada a un trattamento per una condizione che è al momento orfana» e per la quale si procede unicamente con il sostegno alle funzioni vitali, prima, e la riabilitazione, dopo.

«La mortalità è diminuita, ma aumentano le disabilità importanti, fisiche e cognitive, anche a esordio tardivo», dice Giuseppe Citerio, uno dei massimi esperti di traumatologia cranica. A dirlo è anche una commissione speciale di esperti, una *Lancet Neurology Commission*. I lavori della Commissione, chiamata a fare il punto sulla ricerca e la gestione clinica del trauma cranico e sulle sfide ancora aperte, sono appena stati pubblicati su *Lancet* in concomitanza del meeting europeo del Center-TBI.

Citerio è tra gli autori: «Parliamo di un grave problema sanitario mondiale. La prevenzione e la diagnostica hanno fatto passi avanti e lo stesso si può dire, in parte, anche della capacità di identificare i sottogruppi di pazienti a prognosi migliore per i quali è opportuno proseguire le terapie intensive per più tempo». Ma molto rimane da capire per migliorare le ricadute cliniche: «Circa il 90% dei traumi sono categorizzati di media gravità ma in un caso su due permangono deficit a sei mesi dall'evento. Il trauma cranico nelle donne ha una prognosi peggiore con più alta frequenza di eventi neurodegenerativi: perché questo accada non è ancora del tutto chiaro», conclude Citerio.

## CHE COS'È

Il trauma cranico è la prima malattia neurologica per incidenza e prevalenza; è la prima causa di mortalità nei giovani e la prima causa acquisita di demenze. In Europa ci sono 82mila decessi annui, nel mondo i costi diretti e indiretti sono 400 miliardi di euro l'anno. Le principali cause sono gli incidenti automobilistici, le cadute e le aggressioni. Nei più giovani anche lo sport, soprattutto calcio, rugby, football e pugilato, dove subito dopo un trauma, anche lieve, bisogna fare il possibile per evitarne un secondo. È in forte aumento negli anziani: in Europa, gli over 65, sempre più attivi, sono fino al 40% dei pazienti ospedalizzati e il 26% dei ricoverati in terapia intensiva.



**1 Virus**  
Sezione di una nanoparticella lipidica che trasporta l'mRNA del virus

**2 Radiografia**  
Un medico esamina una radiografia alla testa

**3 Fegato**  
Scansione di tomografia assiale computerizzata su fegato canceroso di un 45enne





# Ho messo la vita su un chip

Un cuore, un fegato, persino il cervello: in un microcircuito. Memorie biodegradabili per veicolare farmaci. E la capsula robotica RoboCap. Così cambia la medicina rigenerativa

di GIULIANO ALUFFI

**E**ssere un uomo che arriva dal domani ha dei vantaggi: se vogliamo spiegare così gli oltre 1400 brevetti registrati da Robert Langer. Ma venire dal futuro può anche causare problemi di incomprensione tra i contemporanei: «All'inizio mi prendevano per pazzo. Gli ingegneri come me non erano molto apprezzati né valorizzati nella ricerca medica», ricorda Langer, che oggi è un pioniere a tutti gli effetti. E per le sue ricerche sui biomateriali, per aver sviluppato la nanomedicina, con le sue innovazioni sul rilascio controllato di molecole curative, è stato insignito del Premio Balzan 2022, che riceverà il 25 novembre a Roma dalle mani di Sergio Mattarella.

**In parecchie occasioni lei si è dimostrato in anticipo rispetto al suo tempo. Oggi cosa vede?**

«Tra le cose che più mi affascina non c'è la medicina rigenerativa e in particolare l'ingegnerizzazione dei tessuti. Ovvero usare le cellule staminali per costruire da zero nuovi tessuti e organi. Con questo approccio possiamo costruire, per esempio, nuova pelle per gli ustionati o nuovi vasi sanguigni per gli infartuati. E potremo un giorno anche avere organi e tessuti su un chip. Questa è un'area che è ancora un po' avanti sul nostro tempo, ma molti team sono al lavoro, compreso quello del Mit. Un'altra

area dove nei prossimi anni vedremo grandi sviluppi è quella delle terapie genetiche, che per me significano sia l'editing genetico con la tecnologia Crispr/Cas9 che la medicina con RNA messaggero che abbiamo usato per i vaccini anti Covid e con cui Moderna sta sviluppando terapie vaccinicche contro i tumori solidi».

**Qual è stato il suo contributo all'ingegneria dei tessuti, e quali applicazioni sono oggi tratte dalla sua idea?**

«Nei primi anni '80 io e il chirurgo Joseph Vacanti abbiamo proposto l'idea di creare delle "impalcature" tridimensionali che imitassero la struttura portante di un organo o tessuto e che permettessero alle

cellule, se circondate dal giusto mezzo e dai giusti stimoli, di organizzarsi nel modo desiderato. Questo perché se tu semplicemente inserisci delle cellule staminali in un punto del corpo, ma non dai loro una struttura che le sorregge, le cellule non riusciranno a costruire un tessuto o un pezzo d'organo. Quello formulato da noi era un principio fondamentale, che poi è stato seguito e messo in pratica da molti. E ha portato alla pelle artificiale e a molte altre applicazioni che sono ora in fase di sperimentazione clinica, come la costruzione di nuovi vasi san-

guigni, di un nuovo pancreas e a modi per recuperare l'udito. Per facilitare l'opera si può prendere un tessuto (anche da un donatore) e rimuovere le cellule, lasciando solo la matrice extracellulare, e poi usare questa come impalcatura perché le staminali del paziente possano organizzarsi nel tessuto che serve. In altri casi può essere che alcune sostanze prodotte dalle cellule possano essere utili come fattori di crescita per le staminali. E l'idea di base oggi serve anche a realizzare i cosiddetti "tessuti e organi su un chip". Dei ricercatori hanno già sviluppato un tratto gastrointestinale su chip e un fegato su chip. E al Mit alcuni miei studenti hanno realizzato un "cuore su chip", mentre io insieme alla neuroscienziata Li-Huei Tsai stiamo sviluppando





un "cervello su chip".

## **Quale è il vantaggio di avere organi (o parti d'organi) e tessuti su chip?**

«Permetterà di accelerare la sperimentazione dei farmaci, evitando di ricorrere agli animali e accorciando la sperimentazione clinica umana. Con organi e tessuti su chip si possono condurre migliaia e migliaia di esperimenti in tempi molto ridotti. E si potranno imparare anche più cose sulla biologia di base, perché potremo studiare la risposta dei nostri organi e tessuti in condizioni differenti da quelle naturali».

## **1.400 brevetti dati in licenza a oltre 400 aziende farmaceutiche: come trova ispirazione?**

«Spesso le idee mi vengono osservando cose in campi del tutto scorrelati dalla medicina. Un giorno, leggevo su *Life* un articolo, intitolato "Le auto del futuro": spiegava che in caso di ammaccature sul cofano dovute a un incidente, un giorno, grazie a speciali materiali, si potrà semplicemente riscaldare l'ammaccatura e il metallo riprenderà la forma originaria, facendo svanire il difetto. Può sembrare fantascienza, ma io sapevo che era un fenomeno noto: la memoria della forma. Allora ho pensato: potremmo usare lo stesso principio per produrre dei polimeri "intelligenti" da inserire nel corpo. Ho discusso quest'idea con uno dei miei dottorandi, Andreas Lendlein, e abbiamo dato il via a un progetto per realizzare materiali biodegradabili dotati

di memoria della forma e attivabili sia attraverso un cambio di temperatura che per effetto della luce, pubblicando diversi studi su *Science e Nature*».

## **Può farci qualche esempio?**

«Se hai una ferita a un organo interno e necessiti di una sutura, oggi serve un'operazione chirurgica per aprire lo spazio necessario a ricucire. Noi abbiamo ideato un filo biodegradabile che può essere inserito nell'organismo in modo minimamente invasivo e poi, attivato opportunamente, può autoannodarsi. Un'altra applicazione è la rimozione di trombi: basta inserire nel vaso sanguigno un ago che penetri il trombo, e poi far uscire dalla parte opposta il filo polimerico con memoria della forma. A quel punto si può attivarlo via laser e fare in modo che assuma una forma a spirale che permette, ritirando l'ago dalla vena, di trascinarsi dietro il coagulo, rimuovendolo».

## **Un'altra applicazione della sua idea sulla "memoria della forma" riguarda la somministrazione di farmaci...**

«Il problema principale delle pillole è che non possono rilasciare molecole curative per più di un giorno, perché il contenuto dello stomaco viene evacuato quotidianamente. Così chi segue una cura deve prendere pillole ogni giorno, ma molti dimenticano di farlo. Servirebbe una pillola che riesce a rimanere per più giorni nello stomaco. E al Mit, insieme a Giovanni Traverso, abbiamo trovato un si-

stema per ottenere questo risultato: una capsula che, una volta nello stomaco, grazie alla memoria della forma assume una sagoma a stella che ha un diametro maggiore del piloro, ovvero l'uscita dello stomaco. In questo modo la pillola rimane incastrata nello stomaco e continua a rilasciare farmaco. Avendo una forma a stella, non impedisce - ovviamente - al normale contenuto dello stomaco di passare attraverso il piloro. Passate le 2-3 settimane impostate, la capsula si biodegrada».

## **C'è all'orizzonte qualche soluzione ancora più di**

### **frontiera?**

«La RoboCap: una capsula robotica. Le condizioni fisiche nel tratto gastrointestinale possono limitare fortemente l'efficacia dei farmaci orali. È per questo motivo che i diabetici non possono assumere insulina sotto forma di pillole - oralmente l'insulina ha una biodisponibilità inferiore all'1% - ma devono iniettarsela. La nostra capsula robotica, una volta ingerita e arrivata nell'intestino, si attiva e grazie a una struttura a elica inizia a ruotare ripulendo dal muco il punto in cui si trova. A quel punto può rilasciare il farmaco, che così viene assorbito nella quantità ideale. Gli esperimenti su animali mostrano che con RoboCap alziamo in maniera significativa la concentrazione di insulina nel sangue».

© RIPRODUZIONE RISERVATA







Dir. Resp.: Marco Tarquinio

**IL TEMA** Uno studio pubblicato dal «Journal of the American Medical Association» conferma la preferibilità di rimuovere gli ostacoli alla via naturale

## Più rischi di problemi oncologici per i bambini concepiti in provetta

GIUSEPPE GRANDE

I bambini concepiti da fecondazione in vitro hanno un rischio aumentato di cancro in età pediatrica rispetto ai figli concepiti naturalmente. È quanto emerge dallo studio di un gruppo di Taiwan pubblicato ad agosto dalla prestigiosa rivista scientifica *Journal of the American Medical Association* (Jama). Lo studio retrospettivo ha analizzato la storia clinica di oltre 2 milioni di bambini nati a Taiwan tra il 2004 e il 2017 e ha evidenziato che il concepimento mediante fecondazione in vitro si associa ad aumento del rischio per ogni tipologia di cancro in età pediatrica, sia rispetto ai concepiti naturalmente da coppie fertili (aumento del rischio del 58%) che rispetto ai concepiti naturalmente da coppie sub-fertili (42%). Questo dato suggerisce che l'aumento del rischio non deriva dallo stato di infertilità di coppia, che si associa a molte patologie, incluse le neoplasie, ma è da ricondurre alle stesse tecniche. Il rischio di sviluppare tali tumori, pur rimanendo basso nella popolazione pediatrica,

era comunque maggiore nei pazienti concepiti da fecondazione in vitro. Tra i tumori associati a un più alto rischio vengono segnalati tumori epatici, retinoblastoma e leucemie. Gli autori dello studio dimostrano che l'associazione tra fecondazione in vitro e rischio oncologico non è peraltro mediata dal basso peso alla nascita e dal parto pretermine, situazioni a maggior incidenza nelle gravidanze da fecondazione in vitro.

La conclusione è l'invito a un completo consenso informato per le coppie che accedono a Procreazione medicalmente assistita (Pma), che includa anche le informazioni sul rischio – basso ma comunque significativamente aumentato – di cancro in età pediatrica. Parimenti invitano i medici – specie i pediatri – a raccogliere sempre le informazioni cliniche sulla modalità del concepimento, al fine di poter permettere un'attività di sorveglianza per la diagnosi precoce di neoplasie pediatriche.

Si tratta di un ulteriore dato, con un'ampia casistica, sui rischi a lungo termine delle tecniche di fecondazione in vitro, che conferma quanto

ormai numerosi studi mettono in evidenza: un concepimento naturale rappresenta la maniera migliore di concepire per una coppia e la maniera migliore per il figlio di essere concepito, oltre ovviamente a essere l'unica modalità autenticamente rispettosa della vita del figlio concepito e della dignità della procreazione.

Da tale evidenza deriva la necessità dell'impegno della comunità scientifica e della società nell'impegno per prevenire la fertilità e nella costruzione di percorsi di accompagnamento per la coppia infertile finalizzati, dove possibile, al concepimento naturale. Una strada che negli anni, come l'esperienza dei centri di medicina per la procreazione naturale dimostra, si è rivelata percorribile ed efficace, essendo in grado di ottenere il concepimento in oltre il 30% delle coppie trattate, attraverso la diagnosi delle cause impeditive, il loro trattamento e il ripristino della fertilità naturale. Un approccio che dovrebbe essere conosciuto, sostenuto, promosso e valorizzato.

Dai dati emerge anche la necessità che la comunità scientifica si impegni sulla prevenzione dell'infertilità





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

# «Nei nostri bimbi un tesoro nascosto»

Per i piccoli con disturbi del neurosviluppo il nuovo centro della Fondazione Don Gnocchi a Roma. «Con i genitori in cerca delle loro risorse»

PINO CIOCIOLA

Roma

**N**on conta l'esperienza che si ha, perché lei ne ha un bel po', eppure s'è quasi commossa: «Un bambino che avevamo seguito durante il suo percorso di crescita, che poi ho avuto occasione d'incontrare (aveva raggiunto ottimi obiettivi), cominciando una piccola attività professionale, mi ha restituito il senso di quello che facciamo», racconta Laura Iuvone, neuropsichiatra infantile, responsabile del Reparto di Riabilitazione dell'età evolutiva al «Centro Santa Maria della Pace» della Fondazione Don Gnocchi a Roma, il cui nuovo padiglione è stato appena inaugurato.

Il senso di quel che fanno? «In molti casi non è la guarigione totale, ma lavorare perché, con le loro risorse, i bambini si adattino via via alle sfide che devono affrontare ogni giorno». Niente dubbi: «Non ho mai incontrato un bambino senza risorse». Semmai «la maggiore difficoltà è aiutare i genitori a vederle». Appena fuori il Reparto ne sgambettano diversi, di piccoletti, che non arrivano a un metro d'altezza o lo superano appena, e aspettano tocchi a loro. È una bella giornata, le mamme sorridono, chiacchierano, hanno fatto amicizia, mentre dentro altri piccoli stanno per finire le terapie.

Il Reparto è un fiore all'occhiello del Centro, qui vengono seguiti soprattutto bambini con disturbi del neurosviluppo, sarebbe a dire disabilità intellettive, gravi disturbi del linguaggio, paralisi cerebrali infantili, sindromi genetiche, disturbi dello spettro autistico. L'approccio è «basato sullo sviluppo globale del bambino e sulla partecipazione attiva dei ge-

nitore», spiega la responsabile, che «vengono coinvolti nella terapia». Il 75% dei piccoli pazienti è in età prescolare, e c'è una fascia dedicata al primo anno di vita.

I numeri sono grandi. Il reparto accoglie circa trecento bimbi per attività riabilitative continuative e altrettanti per cicli brevi o valutazioni periodiche. Vi lavorano quattro neuropsichiatri infantili, psicologi, un consulente ortopedico e oltre trenta terapisti della riabilitazione con formazioni diverse che permettono di «avere obiettivi specifici e sempre a disposizione gli strumenti giusti». Il nuovo reparto ha spazi completamente «a misura di bambino» - continua Laura Iuvone -, che consentono anche di differenziare le attività che

vi vengono svolte, a seconda delle età e dei diversi obiettivi».

La cosa più difficile? «Andare alla ricerca delle risorse del bambino, perché noi possiamo lavorare su quelle - va avanti la responsabile -. I deficit possono essere affrontati riuscendo a individuare gli «spunti» sui quali costruire un percorso che poi abbia un significato». Perciò «la sfida più importante», specie nei casi più gravi, è «capire da dove dobbiamo partire». Dopo, una volta incamminatisi, salta anche spesso fuori un problema niente male: «Accompagnare i bambini nei contesti esterni». Tant'è che «non sempre le loro difficoltà vengono riconosciute», e lì «può essere difficile dare risposte». Ma non si arrendono: «Abbiamo bisogno di interlocutori esterni che ci permettano di far arrivare il bambino all'età adulta con la piena realizzazione delle sue potenzialità». Per questo, ad esempio, «stiamo mettendo in piedi una rete con i servizi esterni».

Insomma, non se lo nascondono, né lo nascondono: «Il nostro non è un lavoro facile

- dice la Iuvone - e la frustrazione fa parte della nostra quotidianità». Così si cerca di «far muovere con gradualità il bambino nel suo per-

corso» e di «accompagnare anche i genitori». A partire dalla prima fase, a volte difficile, e molto, certamente quella più delicata: quella che «corrisponde col momento diagnostico, nella quale i genitori sono comprensibilmente distrutti e spaventati», spiega la responsabile.

A proposito di mamma e papà: «Abbiamo un progetto di lettura ad alta voce da parte proprio dei genitori, si chiama «Lepre», cioè «Leggimi presto, leggimi con», e ha vinto un finanziamento del Ministero dei Beni Culturali, perché «è l'unico che si rivolge ai bambini con difficoltà», racconta con orgoglio la neuropsichiatra. Che va oltre: «Abbiamo lavorato molto negli anni perché i genitori potessero godere della bellezza di condividere un libro e una lettura con i loro bambini, un grande arricchimento», sia per «lo sviluppo linguistico dei piccoli» sia «per l'interazione» con mamma e papà, ma anche «per la possibilità di affrontare alcuni momenti difficili della giornata».

La video-intervista «Non esistono bambini senza risorse» è sul sito [www.avvenire.it](http://www.avvenire.it) e sul nostro canale Youtube

«Il senso di quel che facciamo? Spesso non è la guarigione ma il lavoro perché i pazienti sappiano adattarsi alle sfide che devono affrontare»





**L'intervista**  
Sironi: dall'Airc  
137 milioni  
per ricercatori  
anche dall'estero

**Maria Carla De Cesari**  
— a pag. 37

# «Da Airc 137 milioni per i giovani ricercatori Attenti a ogni euro»

**L'intervista. Andrea Sironi.** Parla il presidente della Fondazione in prima fila nella lotta contro il cancro: metà dei fondi raccolti arriva dal cinque per mille. Tanti i giovani ricercatori rientrati dall'estero e finanziati nella loro attività

**Maria Carla De Cesari**

«La riforma del Terzo settore rappresenta il riconoscimento pieno di queste realtà che non sono più caratterizzate per differenza rispetto al mondo profit. Va sottolineata l'impostazione basata su trasparenza e disclosure, nella governance e nelle modalità di funzionamento degli enti». Andrea Sironi, presidente della Fondazione Airc per la ricerca sul cancro, sottolinea la svolta del decreto legislativo 117/2017 che riscrive lo statuto del terzo settore non nel segno dell'assistenzialismo ma nel quadro del principio costituzionale della sussidiarietà orizzontale. Corollari, trasparenza e responsabilità.

«Airc - spiega Sironi - dal 1982 rende pubblico il suo bilancio. La riforma oggi stabilisce per tutti i requisiti informativi importanti».

**Nella positività della riforma ci sono dei punti critici? Le**

**norme sul personale, con i meccanismi che limitano l'entità degli stipendi, vi pone problemi?**

Questo punto costituisce l'unica criticità. Non mi riferisco alle regole sui volontari, ma al principio secondo cui la retribuzione del personale non può essere superiore del 40% rispetto a quella prevista dai contratti collettivi. Tra l'altro, i componenti della nostra governance nazionale e territoriale partecipano a titolo volontaristico e nessun dipendente Airc ha una retribuzione superiore al tetto massimo dello stipendio dei dipendenti pubblici. Non possiamo però condividere l'impostazione della riforma sui limiti retributivi che penalizzano la capacità di reperire sul mercato del lavoro le figure altamente professionali di cui abbiamo bisogno per rispondere al meglio alla nostra missione con le necessarie competenze.

**Come Fondazione costituite un benchmark?**

Siamo efficienti e attenti a ogni euro. Il nostro bilancio si attesta su una raccolta annua di 160 milioni ed eroghiamo risorse alla ricerca scientifica per 137 milioni. Le spese costituiscono il 17-18%, mentre i nostri colleghi francesi o tedeschi sono al 20-21 per cento. Abbiamo un sistema di peer review che coinvolge circa 600 revisori nazionali e internazionali: ogni progetto di ricerca è sottoposto a tre di loro. Purtroppo non riusciamo a finanziare tutto ciò che è meritevole. Un'attenzione particolare è rivolta ai giovani ricercatori, perché sappiamo che



proprio loro sono nel pieno della creatività e dell'innovazione.

**Una delle grandi fonti di finanziamento per voi è rappresentato dal 5 per mille. Occorrono correzioni?**

Personalmente sono soddisfatto. Dal cinque per mille arriva quasi la metà della nostra raccolta, grazie alla fiducia di chi firma per Airc sulla base della sua reputazione di serietà e rigore.

**Il 5 per mille funziona perché investite molto nella comunicazione?**

Nel nostro budget il rapporto tra quanto spendiamo in comunicazione e quanto eroghiamo è abbastanza ridotto e concentrato sulla divulgazione e l'informazione del pubblico sui temi propri della nostra missione.

**La collaborazione con le aziende è una risorsa?**

Sono molte le aziende con un forte senso di responsabilità sociale che sostengono Airc in varie forme. Lavoriamo su questo versante con prudenza e saggezza per tutelare la

nostra reputazione.

**Un filone rilevante nella raccolta fondi è rappresentata dai lasciti?**

Si tratta di un canale molto importante, anche collegato alla nostra presenza capillare sul territorio. Il comitato lasciti si riunisce da noi ogni 15 giorni per concretizzare in sostegno alla ricerca ogni tipo di lascito immobiliare o mobiliare. Per noi sono però importanti anche le piccole donazioni, a partire da quelle di 2 euro con un Sms, che consentono a tutti di contribuire alla nostra missione.

**È soddisfatto del bilancio della ricerca?**

Airc ha contribuito a far rientrare ricercatori dagli Stati Uniti, dalla Germania e dalla Francia. Aiutiamo le start up con un finanziamento di un milione di euro, ad allestire un laboratorio, ad assumere un tecnico. Se abbiamo potuto ottenere in tempi rapidi un vaccino contro il Covid, lo dobbiamo alla tecnologia microRna che è stata sviluppata nei vent'anni precedenti

dalla ricerca sul cancro. Siamo in una fase molto delicata, perché siamo convinti di essere vicini alla svolta nelle cure contro molti tipi di cancro. Purtroppo il nostro Paese investe ancora poco in ricerca, anche se ora possiamo contare sulle risorse del Pnrr che però non è focalizzato sulla ricerca oncologica.

**Esercitate un ruolo di supplenza e promozione.**

È triste come tanti giovani, dopo essersi formati in modo eccellente in Italia, prendano la strada dell'estero. Non mi dà pace. Noi cerchiamo di dare continuità alle carriere dei giovani ricercatori che finanziamo, ma va cambiato il sistema: come è possibile che una scienziata affermata all'estero non sia ancora riuscita a trovare una posizione universitaria?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La riforma del terzo settore dà riconoscimento alle realtà non profit. Cruciale la trasparenza**



**Presidente Airc.**

Andrea Sironi alla guida della Fondazione Airc per la ricerca sul cancro

