



ASSOCIAZIONE CULTURALE ONLUS  
"GIUSEPPE DOSSETTI: I VALORI TUTELA E SVILUPPO DEI DIRITTI"  
Via Giulio Salvadori, 16 - 00135 Roma  
Tel +39 06 3389120 cell. 380 8925801  
e-mail: [segreteria@dossetti.it](mailto:segreteria@dossetti.it) - <https://www.dossetti.it/>  
 @dossettionlus  Associazione Dossetti-I Valori  
 Associazione G. Dossetti  
 Associazione Nazionale Onlus Giuseppe Dossetti  
I Valori, Tutela e Sviluppo dei Diritti

## Atti Webinar 5 giugno 2020



**[COVID-19]** [WWW.DOSSETTI.IT](http://WWW.DOSSETTI.IT)

**RICERCA E INNOVAZIONE PER LA SALUTE DEI PAZIENTI**

**CONFERENZA WEBINAR, SÌ A UNA CORRETTA INFORMAZIONE, NO ALLE FAKE NEWS**

L'EVENTO VERRÀ TRASMESSE IN DIRETTA STREAMING SU ZOOM E SULLA PAGINA FACEBOOK "Associazione Dossetti-I Valori"

**VENERDÌ  
5 GIUGNO 2020  
ORE 16.30 - 19.00**

## INDICE

Vittorio Alessandro Sironi	Pag. 4	Sabrina De Carlo	Pag. 26
Silvio Gherardi	Pag. 6	Erasmus Fontana	Pag. 28
Salvatore Amato	Pag. 8	Antonio Mistretta	Pag. 31
Alberto Barachini	Pag. 9	Antonio Magi	Pag. 33
Sua Eccellenza Reverendissima Cardinal Peter Kodwo Appiah Turkson	Pag. 11	Stefano Vella	Pag. 36
Paola Binetti	Pag. 13	Michelangelo Simonelli	Pag. 40
Maria Laura Paxia	Pag. 15	Marta Branca	Pag. 43
Valeria Fedeli	Pag. 16	Francesca Danese	Pag. 46
Fabiola Bologna	Pag. 18	Pasquale Ferrante	Pag. 49
Alessandro Fusacchia	Pag. 19		
Carla Ruocco	Pag. 20		
Francesco Mollame	Pag. 21		
Ruggero Razza	Pag. 23		

# GRIPPE

*Concittadini!*

1918

Contribuite alla lotta contro l'attuale maligna epidemia di grippe osservando le seguenti norme:

1. Riducete la frequentazione delle osterie al minimo possibile!
2. Evitate la frequentazione dei teatri, kursaal, cinematografi, ristoranti, caffè e concerti!
3. Recatevi al lavoro a piedi, evitate tram e ferrovie per quanto possibile!
4. Chi ha in casa ammalati, limiti le relazioni coi suoi simili all'assoluto necessario!
5. Curate la più rigorosa e minuta pulizia personale!
6. Non sputate nelle strade!
7. Tralasciate l'abituale stretta di mano nel salutare!
8. Cambiate frequentemente i fazzoletti!
9. Arieggiate diligentemente le vostre abitazioni; isolate, curate e trattene in casa nel miglior modo possibile i vostri ammalati!
10. Rimanete in casa alla minima indisposizione per non esporre il vostro prossimo al pericolo del contagio!
11. In caso di malattia, passate un periodo sufficientemente lungo di convalescenza!
12. Guardatevi dagli innumerevoli sedicenti mezzi preservativi dalla grippe!

**DIPARTIMENTO CANTONALE IGIENE E LAVORO.**  
Servizio d'igiene

101 years later, back to same situation

Thursday, November 7th, 1918

CORPORATION OF THE CITY OF KELOWNA

## PUBLIC NOTICE

Notice is hereby given that, in order to prevent the spread of Spanish Influenza, all Schools, public and private, Churches, Theatres, Moving Picture Halls, Pool Rooms and other places of amusement, and Lodge meetings, are to be closed until further notice.

All public gatherings consisting of ten or more are prohibited.

D. W. SUTHERLAND,  
Mayor.

Kelowna, B.C.,  
19th October, 1918.

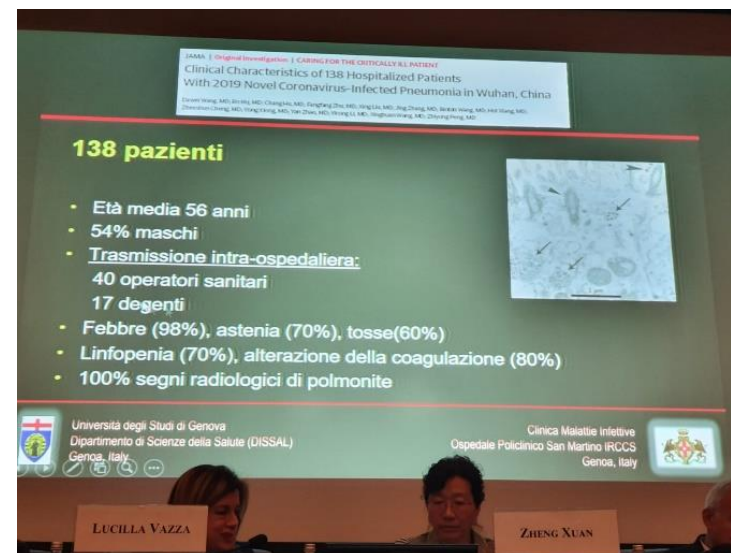
La nostra Associazione, ispirata ai più alti valori del proprio padre spirituale Don Giuseppe Dossetti, è da sempre impegnata nel settore del Diritto alla Salute, a tutela dell'Art. 32 della Costituzione Italiana. Per realizzare i nostri fini statutari abbiamo istituito un Comitato Scientifico, con il quale ci impegniamo in diverse attività nel settore salute con la nostra rete di stakeholders del settore.

Siamo stati i primi, e unici, a parlare di COVID-19 in aula, il 24 febbraio 2020 (\*), con la nostra Tavola Rotonda “#Coronavirus: Dubbi, Certezze e Fake news” organizzata all'interno del Parlamento, come nostra consuetudine, nell'Aula dei Gruppi della Camera dei Deputati: è stato questo l'ultimo evento svolto 'in presenza', prima della sospensione della convegnistica nelle aule di Camera e Senato, all'inizio dell'emergenza Covid. Una tavola rotonda molto partecipata da operatori della Sanità e della ricerca, con più di 300 ospiti in sala, che ha visto la partecipazione di Esperti, Istituzioni e della Vice Ambasciatrice cinese Zheng Xuan (\*).

La contemporanea interruzione degli eventi pubblici ci ha portato ad una riorganizzazione delle nostre attività di informazione e comunicazione attraverso Webinar Conference in modalità virtuale, su piattaforma Zoom. Eventi on-line che ci consentono di continuare ad organizzare occasioni di confronto diretto tra Esperti e Istituzioni, ponendo le basi di dialogo e collaborazione su temi di pubblico e reciproco interesse, nel settore della Salute.

Vi presentiamo, in questo fascicolo, la rassegna delle relazioni presentate nel corso del Webinar “Covid 19: Ricerca e innovazione per la salute dei pazienti. Sì ad una corretta informazione, no alle Fake news”, dello scorso 5 giugno 2020.

(\*) Foto dall'evento del 24 febbraio 2020



## INTRODUZIONE



**Prof. Vittorio A. Sironi**, Responsabile del Dipartimento “Antropologia medica e Storia della salute” Associazione Culturale Nazionale ONLUS “Giuseppe Dossetti: i Valori - Tutela e Sviluppo dei Diritti”, storico e antropologo, insegna Storia della medicina e della sanità, Storia della disabilità e Antropologia medica nell’Università di Milano Bicocca, dove dirige il “Centro studi sulla storia del pensiero biomedico”. Già neurochirurgo presso l’Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, è stato docente di neuroscienze nell’Università statale di Milano. Autore di oltre 250 lavori scientifici su riviste nazionali e internazionali, collaboratore per la storia delle discipline medico-sanitarie e farmacologiche dell’Enciclopedia Italiana Treccani, è membro del comitato scientifico della Revue internationale sur le médicament (Montréal, Canada). Per gli editori Laterza ha fondato e dirige la collana Storia della medicina e della sanità. Ha pubblicato numerosi libri riguardanti la storia della salute e della malattia e la dimensione antropologica della medicina.



### **CAMBIARE IL MODO DI COMUNICARE LA RICERCA SCIENTIFICA: LA LEZIONE DEL COVID-19**

La comparsa e la rapida diffusione planetaria di un nuovo coronavirus (Sars-Cov-2) agli inizi del 2020 ha causato, in poche settimane, l’attuale

pandemia Covid-19. La velocità di propagazione del virus ha evidenziato in modo esplicito la necessità e l’importanza di una comunicazione scientifica tempestiva, fondamentale per organizzare e attuare un’adeguata risposta sanitaria a livello locale, nazionale e mondiale.

“*Open science* e trasparenza da parte di ricercatori, istituzioni, politici, editori scientifici, imprese e società – ha affermato in proposito Oriana Ciani, Associate Professor of Practice alla Bocconi School of Management di Milano – apportano benefici in generale, ma sono ancora più necessari nel contesto dell’attuale emergenza, [in quanto] tutto questo contribuisce ad accelerare lo sviluppo di nuovi sistemi diagnostici, dispositivi e vaccini, a informare il processo decisionale con le ultime evidenze [scientifiche] complete disponibili e, in definitiva, a salvare vite umane nella lotta contro il Covid-19”.

Questo ha determinato un rapido cambiamento nel modo di comunicare la ricerca scientifica. Per rispondere a queste esigenze, durante i primi mesi della pandemia, i *preprint* (versioni preliminari di articoli di ricerca che gli autori condividono, prima di essere pubblicati su una rivista scientifica, per diffondere velocemente metodologia, risultati e scoperte all’interno della comunità scientifica) hanno iniziato a essere diffusi liberamente, in modo da informare rapidamente il mondo accademico, permettendo così di “sfruttare” i successi e i fallimenti della ricerca facendo risparmiare tempo ai ricercatori di tutto il mondo.

Nel giugno del 2020 la Yale University, il Cold Spring Harbor Laboratory e la rivista British Medical Journal hanno annunciato il lancio di *medRxiv*, un servizio di archiviazione e distribuzione online, indipendente e gratuito, dei *preprint* in ambito medico e sanitario, permettendo così un accesso gratuito e tempestivo dell’informazione scientifica. “L’epidemia – mette ancora in rilievo Oriana Ciani – ha aperto definitivamente la strada a un nuovo modo di fare ricerca, comunicare risultati e condividere dati nella comunità

scientifico e oltre, con l'obiettivo ultimo di promuovere l'interesse dei pazienti e dei cittadini".

Accanto a questo primo importante risultato di circolazione del sapere in ambito scientifico, il secondo aspetto fatto emergere dalla drammatica attuale esperienza pandemica riguarda la capacità di un adeguato trasferimento dei dati della ricerca dal mondo accademico a quello del grande pubblico. Spesso giornali, televisione e media in generale riportano i risultati di una ricerca scientifica in modo "trionfalistico", senza chiarirne la natura preliminare e non ancora validata, creando nel pubblico false aspettative. Altre volte le informazioni trasmesse sono incomplete o addirittura errate, perché male interpretate. Altre ancora infine, soprattutto sui social, sono appositamente manipolate creando false e fuorvianti notizie (*Fake news*).

In questa prospettiva di modalità nuove di comunicare la ricerca medico-sanitaria, in un prossimo futuro post-Covid-19, appare inevitabile ripensare anche le modalità di "consulenza scientifica" che scienziati e ricercatori devono svolgere nei confronti dei governi e del mondo politico, che ha il potere decisionale di intervenire sul piano legislativo e attuativo in ambito di programmazione economica, ecologica, sociale, assistenziale e sanitaria. I comitati di esperti che devono affiancare i governanti devono avere sempre maggior peso in ambito decisionale e possedere un profilo sempre più inter- e trans-disciplinare. La modernizzazione di questa modalità di consulenza deve inoltre sempre rifarsi alla trasparenza e alla completezza dell'informazione.

Infine vi è un ultimo insegnamento che si deve trarre dall'esperienza pandemica. E' cresciuta la consapevolezza che la ricerca scientifica può avere e deve fornire un ruolo fondamentale nel determinare la qualità della vita, nella difesa dell'ambiente, nella capacità di creare lavoro e quindi benessere.

La modalità di fare ricerca è fonte esse stessa di innovazione. Gli eventi che stiamo vivendo hanno condotto, nel nostro Paese, a un riavvicinamento fra istituzioni di Governo e ricerca scientifica, poiché è apparso chiaramente che quest'ultima può svolgere un ruolo determinante per uscire dall'attuale pandemia.

E' indispensabile quindi un cambio di mentalità che porti a una svolta significativa. Il valore e il contributo che la ricerca scientifica possono fornire alla crescita della nostra nazione (e all'Europa tutta) è stato puntualizzato nel documento redatto e presentato nel 2019 dall'Accademia dei Lincei: il libro bianco "La ricerca scientifica per una società sostenibile e sicura". Occorre che i nostri politici lo leggano e, soprattutto, lo attuino. Cambiare il modo di fare ricerca nel nostro Paese non è più rimandabile. Un piano nazionale per la ricerca scientifica che porti, oltre che adeguati finanziamenti a sburocratizzare e accelerare le procedure attuative, procedendo a un adeguato reclutamento dei ricercatori e diffondendo un'estesa e corretta informazione alla società, è l'unico modo per promuovere l'interesse dei cittadini e difendere la salute dei pazienti.

In questa prospettiva di cambiamento sul modo di trasmettere i risultati della ricerca scientifica e di sensibilizzare il mondo politico e il pubblico sui problemi che essa incontra un ruolo fondamentale è quello svolto, nei suoi venti anni di vita, dall'Associazione Culturale Dossetti – I Valori, con oltre 100 convegni dedicati alle tematiche (spesso controverse) della salute e ai problemi (sovente non risolti) della sanità. Un'azione di sensibilizzazione rivolta ai governanti e ai parlamentari, alle Istituzioni pubbliche e private, alle associazioni dei pazienti e ai rappresentanti degli operatori sanitari che è stata ed è fondamentale per affrontare, superare e risolvere i nodi della nostra sanità.



**Prof. Silvio Gherardi**, Presidente del Comitato Scientifico Associazione Culturale Nazionale ONLUS “Giuseppe Dossetti: i Valori - Tutela e Sviluppo dei Diritti”. Ceo dell’Azienda *Service Med*. Manager di grande esperienza internazionale, vanta una profonda conoscenza del settore medico

scientifico, dal 1980 è stato Direttore Medico della Wyeth, ha lavorato inoltre per American Cyanamid, Wyeth e Roche. Dal 2000 al 2014 in Baxter, come Presidente e Amministratore Delegato per Italia, Grecia e Malta. Ha svolto attività accademica, presso l’Università degli Studi di Pisa, come Professore incaricato presso la Facoltà di Farmacia.



Vorrei iniziare questa mia introduzione con una frase biblica “Memento, homo, quia pulvis es, et in pulverem reverteris”, che ci ricorda quello che Dio disse ad Adamo ed Eva “Ricordati, uomo, che polvere sei e in polvere ritornerai”. Questo episodio del COVID ha riportato l’attenzione di tutti noi, che spesso pecchiamo di delirio di onnipotenza, pensando di essere immortali ed invincibili, che in fondo basta un piccolo “virus” per mettere in crisi l’intero sistema mondiale. Io credo che, partire da un’analisi critica ed umile di tutto ciò che è successo, ci potrebbe aiutare, e ci aiuterà sicuramente nel futuro, in situazioni come questa, consapevoli che l’emergenza COVID non è ancora finita. Purtroppo, temo, si presenteranno di nuovo emergenze come questa.

Alcune considerazioni.

Intanto abbiamo visto come la nostra classe dirigente non fosse preparata a fronteggiare una situazione del genere. E quando parlo di “classe dirigente” non parlo solo dell’Italia, ma parlo un po’ di tutto il mondo e non solo dei politici, ma degli amministratori e della classe dirigente delle Aziende. Cioè il COVID ha veramente destabilizzato quello che era il nostro “*modus operandi*”.

Anche un’organizzazione mondiale fondamentale, l’OMS, che avrebbe dovuto essere il faro in situazioni di pandemia, purtroppo, ha mancato, in alcune delle sue funzioni. Leggiamo tutti sui giornali internazionali, non solo quelli italiani, le critiche che sono state mosse all’OMS.

Abbiamo visto in Italia che il problema COVID è stato affrontato in 22 modi diversi: uno è quello centrale dello Stato, 21 sono quelli delle singole Regioni Italiane. Non siamo riusciti dall’inizio a trovare un coordinamento, né scientifico né operativo. Lo stesso SSN, che è sicuramente il migliore del mondo, ha però mostrato una serie di limiti che credo sarà doveroso, per l’attuale la classe politica, e non solo, prendere in considerazione. Una serie di limiti che la Classe Politica dovrà necessariamente prendere in considerazione, perché, così come è stata gestita, sembrava quasi che la malattia fosse diversa a seconda della Regione nella quale si manifestava.

Esistono però anche degli aspetti positivi e qui mi concentro prevalentemente sull’Italia. Intanto, il fatto che il popolo Italiano abbia dimostrato una grande maturità e un grande rispetto nei confronti delle disposizioni delle Autorità, anche quando, scherzando tra amici, si diceva “*sono ai domiciliari*”; però lo abbiamo fatto con grande dignità e con grande attenzione. Anche in alcuni casi che andavano un po’ contro le disposizioni. Però siamo stati veramente bravi.

E direi *“creme de la creme”* è quello che abbiamo visto in tutti gli Operatori Sanitari e non solo, perché dietro gli Operatori Sanitari c'è stato anche un esercito che ha supportato gli Operatori Sanitari, la Croce Rossa, le Forze dell'Ordine, le Associazioni di Volontariato. Credo che, veramente, ancora una volta, come Italiani, abbiamo dato una grande prova della nostra capacità, anche di reazione.

E vengo al tema di oggi: la Ricerca.

L'Italia è forse la patria della Ricerca Scientifica, perché non dimentichiamo che Galileo Galilei è il padre del metodo scientifico. E, se ricordate, secondo Galilei, il metodo scientifico nasce dall'*“Osservazione”*.

Ecco io credo che dovremmo rivedere tante cose. Perché noi abbiamo osservato come, a vari livelli scientifici e politici, non siamo riusciti a sviluppare dei criteri univoci di osservazione. Basti riflettere su tutte le contestazioni che ci sono state sul numero dei morti, sul numero dei contagiati, contestazioni che nascono dal fatto che, in alcuni casi, i numeri dei contagiati si basavano sui tamponi, in altri casi, sulla sintomatologia clinica. Sarebbe stato opportuno che qualcuno, non sta a me decidere chi, avrebbe dovuto imporre, e uso una parola forte, *“imporre”*, i metodi di osservazione dei dati. Forse, per una mala interpretazione di alcune circolari ministeriali, si è impedito, o si è voluto mettere da lato, la possibilità di andare a toccare la malattia con mano. Parlo delle autopsie. Io ricordo che, quando studiavo medicina, i miei Professori tutti, sia i clinici, che gli anatomo-patologi mi dicevano *“se vuoi capire dove sta il male, che cosa fa il male, devi vederlo, purtroppo, sul cadavere”*. E noi, per mesi, queste cose non le abbiamo fatte. Da una parte spinti dal desiderio di protezione degli Operatori Sanitari, impedendo però di andare a vedere quella che probabilmente era la eziopatogenesi, che non è solo il virus, ma le conseguenze che il virus ha portato.

Ecco, io credo che la giornata di oggi ci debba aiutare a trovare un punto comune, che è quello che è mancato a livello mondiale, che è quello che è mancato a livello nazionale, che è quello che è mancato a livello di Ricerca. Perché, soltanto trovando un punto comune, che poi può differenziarsi in diversi filoni di azione, potremo trovare la soluzione al Coronavirus, ma, soprattutto, la soluzione a quelle che saranno le future sfide del mondo sanitario. Perché già si comincia a parlare in questi giorni di una possibile prossima epidemia, se non addirittura di una pandemia di aviaria. Vorrei sottolineare che bisogna parlare di emergenze prima di esserci già dentro; è già attiva l'emergenza AMR e l'Associazione Giuseppe Dossetti: i Valori è in prima linea su questo, da anni parliamo del problema della resistenza agli antibiotici, che comporterà incremento di mortalità - si sa che nel 2050 la morte da resistenza alle patologie infettive, causa resistenza agli antibiotici, sarà la seconda causa di morte nel mondo, quindi, addirittura più dei tumori - ecco, io vorrei che la giornata di oggi ci aiutasse, proprio, a trovare questa unità di intenti, a definire questa unità di criteri che solo possono aiutare la Comunità Nazionale e Mondiale a superare eventi come questo del Coronavirus.





**Prof. Salvatore Amato**, responsabile del Dipartimento “Etica in Sanità” dell’Associazione Culturale Nazionale ONLUS “Giuseppe Dossetti: i Valori - Tutela e Sviluppo dei Diritti”, Specializzato in Dermatologia e Venereologia. Per 20 anni Primario di Dermatologia presso l’A.R.N.A.S. Civico di Cristina Benfratelli di Palermo, oggi in quiescenza. Assistente di ruolo ordinario

all’Università di Medicina e Chirurgia di Palermo; da 26 anni Presidente dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Palermo; componente CTS Assess. Salute Sicilia; componente CTS ISS e FNOMCeO. Ha sposato, sin da subito, gli obiettivi dell’Ente, per cui svolge il ruolo di Presidente, pertanto, la sua carriera ordinistica si è basata sullo sviluppo di progetti che coinvolgono direttamente i Professionisti Sanitari, rivolti alla salute del cittadino. Ha reso l’OMCeO di Palermo la casa dei Medici, per tutte le attività e manifestazioni a loro desinate. E’ autore di più di 100 pubblicazioni scientifiche.



Il titolo di oggi “Ricerca e innovazione per la salute dei Pazienti”.

Ma Ricerca e Innovazione, senza il privato, non può andare avanti. Dobbiamo uscire fuori dal concetto che il privato è il demonio. Il problema è che mantenere Ricerca e Innovazione, sostenuta solo dal pubblico, è impossibile.

Guai a gridare al Conflitto di Interesse come qualcosa di negativo, il conflitto di Interesse c’è sempre stato. Io, fino a pochi mesi, facevo parte del CTS

dell’Istituto Superiore di Sanità ed il Prof. Brusaferrò ha posto questi temi da trattare: le Linee Guida e il Conflitto di Interesse. Il conflitto di Interesse è sempre esistito, il problema è evitare che il Conflitto di Interesse debordi verso forme che siano irregolari o poco legittime.

Il Conflitto di Interesse ci sarà sempre. Il problema, torno a dire, è che si operi secondo valori etici, perché, laddove non si può investire con il pubblico, è importante che agisca anche il privato, investendo.

Quando si parla di investimenti non c’è sempre il male dietro l’investimento. Questo è un passaggio importante: uscendo fuori da quelle situazioni per cui, quando si parla di Aziende Farmaceutiche, si dica “*quello è veleno, ci serviamo sotto banco*”: No, niente sottobanco: tutto sia chiaro, tutto sia regolamentato e regolato.

Sa benissimo il Dr. Simonelli quanto sia stato già affrontato, anche nei tempi passati, questo tema e questo è un discorso che deve continuare ad essere portato avanti, sempre come rapporto etico.



**Sen. Alberto Barachini:** Gruppo Forza Italia Berlusconi Presidente – UDC (FIBP-UDC). Presidente Commissione parlamentare per l’indirizzo generale e la vigilanza dei servizi radiotelevisivi. Senatore alla prima legislatura, Barachini è giornalista prima che politico ed ha iniziato la sua carriera come cronista al quotidiano toscano “Il Tirreno”. Dal 1999 ha lavorato per il gruppo Mediaset come caporedattore centrale e conduttore, occupandosi di politica, cronaca italiana

ed estera.



Il tema del contrasto alle *Fake news* riveste per me un grande interesse, sia come giornalista sia per la carica istituzionale di Presidente della Commissione Parlamentare per l’Indirizzo generale e la Vigilanza dei Servizi Radiotelevisivi.

La pandemia da Covid-19, e l’“infodemia” che ne è seguita, ha reso evidente a tutti, da un lato, la pericolosità delle *Fake news*, che sono suscettibili di minare le basi stesse dello Stato democratico, e, dall’altro, l’importanza di una informazione affidabile ed equilibrata, anche nei toni.

Per tale motivo, fin dall’inizio dell’emergenza sanitaria, ho invitato la RAI ad effettuare una comunicazione, con specifico riguardo all’informazione medico scientifica e alle questioni di rilievo per la sanità pubblica,

contraddistinta dal massimo rigore e finalizzata alla trasmissione a tutti i cittadini di notizie corrette ed affidabili.

Ho espresso all’Azienda la necessità che ogni valutazione in ambito scientifico sia sostenuta dalla presenza di esperti e di figure competenti, ribadendo che, soprattutto in questo particolare momento, non possono essere tollerate disinformazione o *Fake news* suscettibili di creare allarmismi o smarrimento nei cittadini già provati dalle restrizioni alla propria libertà personale.

Lo stesso contratto di servizio vigente prevede l’obbligo di attivare strumenti finalizzati a contrastare la diffusione di *Fake news* (articolo 25, comma 1, lettera e), obbligo al quale la RAI ha ottemperato, nel corso dell’emergenza, attraverso la creazione, anche su impulso della Commissione da me presieduta, di una *task force* coordinata dall’allora direttore di RaiNews24<sup>1</sup>, Antonio Di Bella, con il quale ho avuto un confronto costruttivo nei primi mesi della pandemia.

Nella cosiddetta era della disintermediazione, in particolare in relazione ai temi come quello che affrontate oggi, la mediazione scientifica, culturale e giornalistica deve tornare a rivestire il ruolo di autorevolezza che è proprio della competenza e della professionalità. Il servizio pubblico radiotelevisivo non può ignorare o disconoscere tale ruolo e deve, altresì, farsi carico del processo di alfabetizzazione della popolazione, in quanto è fondamentale aiutare le persone a riconoscere le *Fake news*.

In conclusione, la pandemia ha rappresentato e rappresenta un’occasione imperdibile per il servizio pubblico radiotelevisivo, che ha la

possibilità di tornare ad occupare una funzione centrale nell'offerta informativa, costituendo un punto di riferimento per i cittadini.

La RAI può e deve, altresì, aspirare a ricoprire un ruolo chiave nell'ambito della comunicazione digitale, che ancora oggi, purtroppo, costituisce un terreno privo di regole capaci di arginare e contrastare efficacemente e tempestivamente il fenomeno diffuso dell'informazione falsa o distorta, riconducibile spesso di interessi economici di parte che sfruttano un colpevole vuoto normativo.



**Sua Eminenza Reverendissima Cardinale Peter Kodwo Appiah Turkson**, Presidente del Pontificio Consiglio della Giustizia e della Pace ed Arcivescovo emerito di Cape Coast (Ghana), primo Cardinale originario del Ghana. Ha compiuto gli studi di specializzazione in Sacra Scrittura al Pontificio Istituto Biblico di Roma, ha conseguito i master in Divinity e in Teologia presso il «St. Anthony-on-Hudson». Nominato, il 6 ottobre 1992, da Giovanni Paolo II, Arcivescovo Metropolita di Cape Coast, ha ricevuto

l'ordinazione episcopale il 27 marzo 1993. Il 24 ottobre 2009, al termine della II Assemblea speciale per l'Africa del Sinodo dei Vescovi, di cui era stato Relatore Generale, il Santo Padre Benedetto XVI lo ha nominato Presidente del Pontificio Consiglio della Giustizia e della Pace. Il 24 settembre 2013 Papa Francesco lo ha confermato alla guida del Dicastero. Ha ricevuto numerose lauree ad honorem. Parla correntemente sei lingue: fante (lingua nativa), inglese, francese, tedesco, italiano ed ebraico. (cit. Sala Stampa Vaticana)



Di seguito il testo del Saluto Istituzionale inviato dal Cardinale Peter Kodwo Appiah Turkson all'evento:

<< Cari Fratelli e Sorelle,

il tema dell'incontro: "Ricerca e innovazione per la salute dei pazienti", presuppone una riflessione sul diritto alla salute dei malati che, in particolare in questo tempo di emergenza sanitaria mondiale, esige non solo interventi

<sup>2</sup> Francesco, articolo: "un piano per risorgere dopo il Covid-19. Il coraggio di una nuova immaginazione del possibile", in L'Osservatore Romano del 18 aprile

concreti per la sua tutela e realizzazione ma anche una conversione dei cuori che spinga alla solidarietà e alla sussidiarietà tra i popoli.

La pandemia ha fatto emergere la fragilità dei nostri sistemi sanitari e, al contempo, la forza e la generosità di tanti operatori sanitari, volontari, sacerdoti, religiosi e religiose che, a rischio della propria salute, hanno aiutato, curato e dato conforto a tanti malati, come anche di tutti coloro che hanno continuato a lavorare per garantire a tutti noi sicurezza e servizi essenziali.

Da ciò abbiamo potuto trarre un'importante lezione, messa in risalto da Papa Francesco nel suo "piano per risorgere dopo la pandemia"<sup>2</sup>, ossia che nessuno si salva da solo, che solo attraverso gli "anticorpi della solidarietà, della sussidiarietà, della giustizia e della carità è possibile curare il male dell'indifferenza e degli egoismi che generano tante sofferenze che affliggono milioni di persone in tutto il mondo". Papa Francesco prosegue sostenendo che questo è il tempo propizio per incoraggiare una nuova immaginazione del possibile, per discernere e trovare il battito dello Spirito, per dare impulso a dinamiche che possano testimoniare e canalizzare la vita nuova che il Signore vuole generare in questo momento concreto della storia".<sup>3</sup>

Questa crisi è per tutti i popoli un'opportunità da non perdere per immaginare un mondo migliore, un mondo più giusto, più equo, più solidale, più caritatevole affinché le tante pandemie, non solo quella del covid19, ma anche quella della fame, delle guerre, della povertà, generate dai desideri smodati di dominio e di potere di alcuni, non trovino più terreno fertile in questo nostro pianeta spesso offeso nella sua bellezza e bontà.

2020.

<sup>3</sup> Ibidem

In questa direzione va l'iniziativa di Papa Francesco di istituire, presso il Dicastero per il Servizio dello Sviluppo Umano Integrale, una Commissione sul Covid-19, che prevede cinque gruppi di lavoro, per esprimere la sollecitudine e l'amore della Chiesa per l'intera famiglia umana di fronte alla pandemia di Covid-19, soprattutto mediante l'analisi e la riflessione sulle sfide socio-economiche e culturali del futuro e la proposta di linee guida per affrontarle.

Concludo con le parole di Papa Francesco che auspica che, nella nostra capacità di risposta a tutte le pandemie che affliggono il genere umano, "possa rivelarsi l'anima dei nostri popoli, quel serbatoio di speranza, fede e carità in cui siamo stati generati e che abbiamo anestetizzato e messo a tacere, e solo "se ci comporteremo come un unico popolo, come una comunità impegnata di fratelli, potremo avere un impatto reale" sull'intera umanità, e vivere l'alternativa della civiltà dell'amore che è "una civiltà della speranza contro l'angoscia e la paura, la tristezza e lo sconforto, la passività e la stanchezza"<sup>4</sup>. >>

---

<sup>4</sup> Ibidem



**Sen. Paola Binetti:** Gruppo Forza Italia Berlusconi Presidente – UDC (FIBP-UDC), 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanità). Neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta, è stata parlamentare nelle ultime quattro legislature. È professore ordinario di Storia della Medicina, docente di Bioetica e di *Medical Humanities* all'Università Campus BioMedico di Roma. È autrice di oltre 300 pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali. Ha pubblicato, negli ultimi anni, alcuni libri sulle principali questioni di argomento bioetico-biogiuridico e biopolitico.



Diciamo che questa uniformità di intenti nella comunicazione scientifica, anche se era nelle intenzioni, certamente non è stata recepita così dalle persone. Le persone hanno raccolto molte contraddizioni nelle comunicazioni che sono state date e, le contraddizioni, erano all'interno di una comunità scientifica che molto spesso si è maltrattata reciprocamente. Ciò ha creato, inevitabilmente, il terreno buono perché nascessero le più diverse e le più improbabili *Fake news*. E, su questo, voglio dire tre cose. La prima riguarda i test Covid, lo sapete che è partita questa grande operazione, che intende somministrare alla popolazione test sierologici per avere un quadro il più possibile completo di come sia la situazione in questo momento. E qui si è manifestata la difficoltà, di alcuni, di capire la differenza tra i test molecolari e quelli rapidi, per tanto molti tendono a sottrarsi al test.

La seconda difficoltà, si trova a proposito della app *IMMUNI*, che ha fatto più notizia per le sue icone che non per l'efficacia concreta di quello che potrebbe offrire come servizio alle persone, che, chiaramente, è subordinata

al fatto che ci sia davvero uno screening molto esteso. La gente non sa e si chiede: scarico l'app o non la scarico? Faccio il test o non lo faccio? Vado a fare il tampone o non lo faccio? E così accade che ci si chieda se la persona accanto a me sia un paziente asintomatico o sia qualcuno che non sa, nemmeno lui, di essere portatore di patologia. E questo, per me, diventa un effettivo fattore di rischio. Quello che, in altri termini, ci si sarebbe aspettati dalla gestione della comunicazione, non in chiave di una sciocca censura, ma in chiave di una conoscenza delle psicologie, potremmo dire delle masse, una conoscenza delle tipologie dei grandi gruppi, con una maggiore attenzione al fenomeno della complessità.

Io mi auguro che questo evento di oggi venga registrato, perché, come è stato detto, giustamente, prima dal presidente Gherardi: questa non è l'ultima epidemia. Otto anni fa abbiamo avuto l'altra epidemia, la SARS e prima altre, per non risalire alla super citata epidemia dell'asiatica degli anni '50 o alla spagnola degli anni '20. Epidemie ce ne continueranno ad essere.

La difficoltà stessa di non disporre, parallelamente, di una politica positiva nei confronti dei vaccini a fronte della possibilità di poter procedere, invece, verso un'attenzione molto concreta a quella che possiamo chiamare una prevenzione forte, poichè, finora, tutta la prevenzione l'abbiamo fatta usando mascherine, gel e distanza fisica. Invece, ci piacerebbe poter fare una promozione incisiva, attraverso un'intensa e seria campagna di vaccinazione. Oggi, però, tra la vaccinazione da una parte e test dall'altra, le persone sono davvero in uno stato di grande confusione.

Io mi auguro, augurio profondo che faccio anche all'Associazione Dossetti per la sua attenzione particolare al mondo dei valori, e quindi anche alla salute come valore, alla persona come valore, che si riesca, d'ora in avanti, a trasmettere informazioni, "controllate e selettive", e, quando dico

“controllate e selettive”, intendo dire informazioni che vengono prima della teoria creativa dello scienziato, che si attengano ai fatti e che, tra i fatti, si selezionino quelli con il maggior grado di sicurezza, su cui puoi costruire le scelte successive.

Adesso tra la gente parla in modo diverso di andare al mare: chi dice con la mascherina, chi dice senza mascherina, chi è convinto di essere tranquillo un metro nell’acqua, chi è sereno con un metro fuori dall’acqua, altri discutono di andare al ristorante in un modo piuttosto che in un altro; tutto questo è, diciamo, una minuziosa attenzione al dettaglio delle cose da fare e da non fare, che, se non è supportato da una rigorosa e sobria comunicazione scientifica, il rischio è davvero di esasperare la gente e poi di trasformare, anche le informazioni più interessanti, in scappatoie o alibi per non mettere in pratica le misure di protezione.

Mi auguro che da questo evento, non solo per quello che ci siamo detti e per quello che verrà fuori, ma per quello che andrebbe a rappresentare, si possa ricavare davvero un contributo finale di oggi, intendo una sintesi di quello che verrà detto qui con il contributo di tutti, e che si possano far arrivare queste relazioni al computer e al cellulare di ogni persona, perché la gente sappia come regolarsi, sappia a che cosa credere, sappia a che cosa non credere, sappia che cosa non ha capito.



**On. Maria Laura Paxia:** Gruppo parlamentare Movimento 5 Stelle, membro della X Commissione Attività Produttive, Commercio e Turismo e della Commissione parlamentare per l'indirizzo generale e la vigilanza dei servizi radiotelevisivi. Alle elezioni politiche del 2018 viene eletta alla Camera dei Deputati nel collegio uninominale di Catania, sostenuta dal Movimento 5 Stelle. Da sempre si è occupata di comunicazione online, di misurazione dei media digitali ed in generale di progetti innovativi, per i quali ha ottenuto riconoscimenti a livello nazionale ed internazionale. Nel 2015 Maria Laura Paxia crea 'imetrixBi', prima soluzione italiana per la lotta alla contraffazione online e alla pirateria digitale, contribuendo alla più grande operazione condotta dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM).



Cominciamo subito col dire che la grave pandemia che stiamo vivendo ha fatto sì che il virus sia diventato il protagonista principale del nostro mondo. Appare dunque di fondamentale importanza dare una corretta informazione. Proprio perché faccio parte della Vigilanza RAI, non appena è iniziata questa grave emergenza, ho scritto una lettera aperta all'amministratore delegato della RAI, Salini, per chiedere che su un argomento così delicato, l'informazione venisse affidata esclusivamente ad esperti e mi riferisco in particolare a medici, biologi e psicologi e non certamente ad opinionisti che avrebbero potuto distorcere le informazioni, alimentare lo stato di incertezza e confusione, oltre, ovviamente esporre al rischio di possibile diffusione di *Fake news*.

La RAI, ha risposto prontamente alle mie richieste, creando una struttura *ad hoc*, proprio ai fini del contrasto alla diffusione delle *Fake news* e sinceramente mi auguro che la lotta alla disinformazione continui anche successivamente a questa grave pandemia che ha colpito il nostro Paese.

Un'informazione di salute sulla Salute, ovviamente, è l'indice di serietà della comunicazione e, questa serietà, deve appartenere non certamente solo ai programmi RAI, ma, mi auguro, che sia anche alla base di tutti gli organi di informazione a vari livelli e mi preme sottolineare che, in moltissime occasioni, una corretta campagna di informazioni è certamente in grado anche di proteggere tutti noi in questa la lotta al Coronavirus.

Quale membro della Commissione di Vigilanza RAI, posso confermare il mio impegno nel vigilare affinché questa informazione mantenga standard elevati, nella qualità e soprattutto nei confronti di palinsesti e programmi a cui assisteranno i nostri concittadini.

È fondamentale, oggi ancora più di ieri, salvaguardare quest'informazione, perché non dimentichiamo che il potere di una corretta condivisione e la prevenzione dal Coronavirus passano anche, e soprattutto, dalla salvaguardia dei cittadini dalla cattiva informazione.





**Sen. Valeria Fedeli:** Partito Democratico, 11<sup>a</sup> Commissione permanente (Lavoro pubblico e privato, previdenza sociale), Capogruppo PD nella Commissione per l'indirizzo generale e la vigilanza dei servizi radiotelevisivi. Sindacalista dagli anni '70 nella CGIL. Dal 2000 al 2010 è Segretaria Generale della categoria dei lavoratori tessili. Nel 2012 lascia il sindacato tessile europeo, per dedicarsi alla carriera politica. Alle elezioni dello stesso anno, si candida nella lista del Partito Democratico come capolista per il Senato nella Regione Toscana. Senatrice del Partito Democratico dalla XVII legislatura, ha rivestito, dal 21 marzo 2013 al 12 dicembre 2016, la carica di Vicepresidente del Senato con funzioni vicarie, per poi essere nominata Ministra dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca nel Governo Gentiloni.



La prima cosa che noi dobbiamo considerare è la complessità di questa fase storica che viviamo. Il fatto che il digitale, quindi l'informazione che viene veicolata attraverso la rete, sia la novità di questi tempi richiede a tutti, anche alla politica, un impegno e una responsabilità nel contrasto alle *Fake news* e per favorire che attraverso la rete e il digitale passino notizie corrette, verificate, attendibili. Ecco perché penso, sostengo e ripeto che, nei percorsi formativi, è fondamentale introdurre in modo strutturale l'educazione al digitale per le nostre ragazze e per i nostri ragazzi. E non solo. Anche i docenti, gli adulti, devono formarsi ai nuovi strumenti e linguaggi della rete. Lo dico perché penso che questo sia uno degli elementi fondamentali che, con il Coronavirus, si è reso eclatante e necessario. Vorrei sottolineare che,

anche prima del Coronavirus, abbiamo incontrato le stesse problematiche anche sulla questione vaccini. Ne sono convinta, perché c'è un legame stretto tra i diversi strumenti di comunicazione delle informazioni, che sono la base per contrastare le *Fake news*.

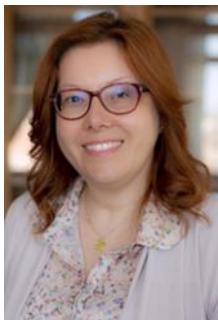
Secondo elemento che io condivido, lo diceva se non ricordo male anche il Presidente del Comitato Scientifico Silvio Gherardi, è che dobbiamo prendere atto del fatto che l'insieme delle classi dirigenti, tutte, si sono trovate impreparate, a diversi livelli, nell'affrontare questa emergenza, la pandemia. E lo dico anche per la classe scientifica, non soltanto per la classe politica, per i giornalisti, per il sistema dell'economia reale. Uno degli elementi che all'inizio ha determinato un forte senso di spaesamento e nelle persone elementi di confusione è esattamente il fatto che ci sono stati linguaggi, posizioni, informazioni differenti anche da parte del mondo scientifico. In un contesto così fluido, privo di punto di riferimento condiviso, le persone entrano in crisi e, o si affidano a quelle informazioni che corrispondono di più alle proprie paure e ai propri punti di riferimento, ma non sono mai scientifiche e validate, oppure si sottraggono in qualche modo dalla responsabilità della conoscenza. Io penso che di questo le classi dirigenti tutte se ne debbano fare carico.

Considero importante quello che diceva il Presidente del Comitato Scientifico Silvio Gherardi e cioè che se noi non abbiamo la consapevolezza che le classi dirigenti, tutte, si sono trovate impreparate, noi tutti rischiamo, nel prosieguo, di non impostare correttamente una corretta e giusta informazione, contrastando le *Fake news* o anche la superficialità dell'informazione. Guardate quello che stiamo vivendo da una settimana a questa parte. Ci sono esperti che dicono "il Coronavirus è stato sconfitto e non c'è più", c'è un'altra parte di esperti che dicono "forse a ottobre, forse anche legato al cambio di clima, può tornare di nuovo una fase di crisi e di difficoltà".

Per quanto mi riguarda abbiamo bisogno di costruire un'unità di criteri come veniva detto prima. Sicuramente è un elemento di novità che andrebbe assunto: che è la responsabilità, la certificazione delle fonti, non solo scientifiche, ma anche di chi fa comunicazione. Vale per la politica, vale per gli scienziati, vale per i giornalisti, vale per chi fa opinione. Io penso che nessuno possa essere escluso da questa responsabilità: ciascuno, secondo le proprie competenze, ciascuno secondo le proprie funzioni, che sono ovviamente diverse, ma tutti quelli che influiscono sui comportamenti delle persone devono essere pienamente consapevoli del loro ruolo e dell'impatto che può avere. Dal mio punto di vista, il primo criterio di un'unità di criteri è questo: è la responsabilità su trasparenza e certificazione, ma insieme, responsabilità, trasparenza e certificazione delle frasi che si dicono, delle informazioni che si immettono.

Chiudo su un altro punto. La pandemia ha anche dimostrato che noi dobbiamo ripensare a tutto il Sistema Sanitario e dobbiamo ripensare anche al valore della Ricerca Scientifica che ha due aspetti. Il primo è che non si può immaginare che dalla scienza ci sia immediatamente certezza, perché, per definizione, la ricerca scientifica si sviluppa nel tempo e quindi richiede investimenti costanti, sostenuti e strutturali.

Il secondo, altrettanto importante, è quello legato a come noi spieghiamo all'insieme della comunità il valore della Ricerca Scientifica: se non si motivano le ragioni di un investimento nella ricerca, che è un investimento economico, che è una cosa importante, se non viene spiegato all'insieme della comunità, molto spesso viene vissuto come uno spreco, perché non se ne vedono immediatamente i risultati. Questo è un altro degli elementi che il Coronavirus ha messo, secondo me, assolutamente in evidenza.



**On. Fabiola Bologna**, Popolo Protagonista-Alternativa Popolare (Ap)-Partito Socialista Italiano (Psi), Segretario della XII Commissione Affari Sociali e Sanità – Camera dei Deputati. Dirigente Medico Neurologo presso l'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo. Presidente Associazione Donne Medico di Bergamo e Consigliere Ordine dei Medici di Bergamo.



Il Coronavirus ha davvero messo in luce tante fragilità: sia quelle delle persone che quelle del Sistema Sanitario Italiano, anche nel suo aspetto comunicativo. Questa fragilità noi la condividiamo con gli altri Paesi: pensiamo soltanto agli Stati Uniti, pensiamo a Londra e all'Inghilterra. Abbiamo visto tutti con quale difficoltà le Istituzioni siano riuscite a comunicare con i cittadini. Ovviamente è facile dire che il compito della Politica e delle Istituzioni, in queste situazioni, è quello di mantenere equilibrio e pacatezza. Ma è anche vero che bisogna dare notizie corrette, basate su dati scientifici. In questo caso, trattandosi in un virus nuovo, che veniva studiato giorno per giorno, chiaramente, venivano fuori sempre notizie diverse, nuove, a volte anche contraddittorie. Anche gli scienziati si trovavano spesso di fronte a diverse ipotesi messe sul piatto e quindi, naturalmente, dovevano capire quale potesse essere l'ipotesi migliore, la più perseguibile.

A questo va aggiunto lo spirito critico che è *"l'anima della scienza"*, cioè il fatto di andare a ricercare i problemi e a dubitare di ogni cosa. La scienza progredisce proprio perché si pone continuamente delle domande,

questo vuol dire che purtroppo, nel momento in cui si veicola questo concetto nella popolazione, se non c'è presa di consapevolezza e, quindi, una base culturale dei cittadini che possano capire, è facile che si generi confusione.

È chiaro quindi che bisogna fare, alla luce di tutto questo, una riflessione su un canale comunicativo che possa essere univoco e comune, non per nascondere qualcosa ai cittadini, ma proprio per dare la consapevolezza di qualcosa che è in divenire, ma che, nello stesso tempo, non spaventi.

Ora noi dobbiamo affrontare una seconda fase perché sappiamo che stanno per arrivare i vaccini, si stanno facendo tante ricerche e, probabilmente, avremo delle opzioni terapeutiche da qui a breve. Quindi ci dobbiamo preparare sulla scorta dell'esperienza che abbiamo accumulato in questi mesi. Mi sono confrontata spesso col Prof. Brusaferrò, il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, proprio sul discorso comunicativo perché è chiaro che anche per loro non è stato semplice affrontare tutti questi ostacoli con le relative sfide comunicative. Dobbiamo fare tesoro di quello che abbiamo visto in questi mesi, di quello che è andato bene e anche di quello che è andato meno bene. Sul piano terapeutico si sta sviluppando e sperimentando sia la cura col plasma iper-immune, sia con gli anticorpi monoclonali, in attesa, speriamo, di avere il vaccino. Dovremo prepararci anche a comunicare bene ai cittadini le varie differenze, i pro e i contro, e quindi, i politici, le Istituzioni e gli scienziati, magari sfruttando proprio le *Task Force* che sono state già avviate in questi mesi, dovranno mettere in atto una comunicazione coerente, che possa essere naturalmente apprezzata dal cittadino, reso consapevole del percorso che andiamo ad affrontare.

Vi ringrazio di questo invito e resto in ascolto volentieri tutti i colleghi e i relatori che sono stati invitati per avere ulteriori spunti.



**On. Alessandro Fusacchia:** Gruppo Misto – Centro Democratico Italiani in Europa, VII Commissione Cultura, Scienza e Istruzione. Dal 2010 al 2012 a Bruxelles, presso il Consiglio dei Ministri dell’Unione europea, ha coadiuvato i ministri delle finanze ungherese, polacco e danese negli incontri del G20. È stato membro fondatore, e fino al 2012, Presidente dell’associazione civica RENA. Nel 2015 è stato promotore dell’associazione Next Rieti, impegnata nel processo di bonifica e riqualificazione dell’area ex SNIA Viscosa di Rieti. Alle elezioni politiche del 2018 viene eletto alla Camera dei Deputati, nelle liste di +Europa nella circoscrizione ESTERO A.



Buonasera, desidero dire due cose. La prima: riprendo un po’ quello che abbiamo detto con alcune colleghe, a partire da Valeria Fedeli del Senato. E cioè “Attenzione”, perché noi abbiamo fatto tante cose nel Paese in questo periodo. Dico questo con affetto, anche per alcuni colleghi, che abbiamo raccontato che tutti potevano esprimere liberamente un’opinione sulla scienza, e così sono partiti i Movimenti No-Vax e così via. Adesso ci siamo spaventati, ci siamo preoccupati *“Attenzione che stiamo facendo passare il messaggio che la scienza è certa, è sempre, come dire, automaticamente verità”*. Quindi, quando ti trovi con due virologi che ti dicono due cose diverse, la gente cade in confusione, perché dice *“pure questi sono delle persone che esprimono delle opinioni”*. Allora attenzione, perché, in questo contesto, dobbiamo ricreare un terzo livello di verità, che è quello che la scienza ha un percorso: la verità della scienza è il metodo

scientifico e di questo ne dobbiamo prendere atto. Capisco che sia poco attrattivo, e soprattutto complicato da spiegare ai cittadini, ma altrimenti non ne usciamo.

La seconda cosa che volevo dire è: non entro in alcune questioni che hanno sollevato le colleghe (la collega Paxia, che sta in Vigilanza RAI, sulle *Fake news* e così via). Volevo, però, prendere ad esempio un aspetto che fa parte di quello di cui stiamo discutendo, anche alla luce del Decreto Rilancio: un emendamento che ho fatto che riguarda la Telemedicina; con Fabiola Bologna e con un’altra collega abbiamo promosso un Intergruppo Parlamentare tra Camera e Senato sull’Intelligenza Artificiale. Noi tutti, secondo me, dobbiamo approfittare di quello che abbiamo capito durante il Covid, in questo periodo, per fare in modo che la fiducia che i cittadini ripongono nel Sistema Sanitario Nazionale e nella ricerca scientifica in materia di salute, non sia solo quando accendono il televisore per sapere se il Covid è finito o non è finito. Ma che si riferisca a quello che la scienza dice, in modo che imparino a fidarsi della scienza e della tecnologia. E questo è un lavoro complesso. Abbiamo dei percorsi iniziati su questo e che dobbiamo proseguire.



**On. Carla Ruocco**, Movimento 5 Stelle, Presidente della Commissione Parlamentare di Inchiesta sul Sistema Bancario e Finanziario. Abilitata alla professione di dottore commercialista, lavora da revisore dei conti revisionando bilanci di società multinazionali, banche ed enti pubblici. Eletta deputata nella XVII legislatura della Repubblica Italiana nella circoscrizione XV Lazio 1. Membro della VI Commissione (Finanze), dal 7 maggio 2013 al 22 marzo 2018, ne ricopre la carica di Vice Presidente dal 7 maggio 2013 al 20 luglio 2015. Dal 21 giugno 2013 al 22 marzo 2018 è stata membro della Commissione parlamentare di vigilanza sull'anagrafe tributaria. Dal 26 marzo 2013 al 7 maggio 2013 è stata membro della Commissione speciale per l'esame di atti del Governo.



L'emergenza COVID, obiettivamente, ha portato il Paese in una situazione molto complessa e soprattutto nuova, mai vista, almeno dalla nostra generazione. Il Governo ha varato dei provvedimenti che sono stati appunto salvifici, ma che ovviamente si sono inseriti in un contesto molto difficile.

Dal punto di vista della Commissione che io presiedo, una delle emergenze che traspare è il discorso della liquidità alle imprese, perché sono Presidente della Commissione d'Inchiesta sul Sistema Bancario, per cui stiamo facendo un gran lavoro di ricognizione e tracciamento per quello che riguarda l'iniezione di liquidità. Siamo di fronte a una prova del sistema bancario e ad una prova della tenuta dell'Europa. E' delle ultime ore l'intervento della BCE che ha implementato di ulteriori 600 miliardi, il

cosiddetto *bazooka*, per l'acquisto di Titoli di Stato. Ora c'è la questione del *Recovery Fund* che, per la prima volta vede l'Europa, finalmente, come un'unica entità dal punto di vista della condivisione dei rischi Paese. Abbiamo delle aste di BTP che vanno molto bene, sto dicendo, ovviamente, le situazioni che vanno bene dal mio punto di vista finanziario.

Dall'altro lato abbiamo un'economia reale che soffre molto. Adesso c'è il Decreto Rilancio che ha messo sul tavolo alcune misure, ma, è evidente, che è un oceano ciò che ci vuole a disposizione, quindi sono delle misure che comunque saranno importanti, ma non sufficienti.

Poi c'è anche il grande tema della scuola, tra i relatori oggi abbiamo un ex Ministro dell'Istruzione. Francamente è un dolore vedere un Paese come l'Italia con le scuole chiuse: non dovrebbe mai avvenire. Io per questo sono molto preoccupata e spero che la situazione si sblocchi il prima possibile. Forse ognuno di noi dovrebbe pensare, in questa grande emergenza, di abbandonare un po' quelle che sono anche le posizioni di ciascuno, per dare tutti insieme qualcosa alla società civile, fare uno sforzo in più. Io ho molta pena francamente per i minori e per i ragazzi che forse sono i grandi dimenticati. Non vorrei che fosse questa la società del futuro.

Spero quindi che presto vengano riportate alla luce le loro esigenze, pur essendo persone che non votano e però disegnano il nostro futuro: saremo noi nelle loro mani, un domani loro dovranno aiutarci ad avere un futuro felice anche per noi.

Io vi saluto e vado in Aula, dove il Decreto Scuola ci aspetta. Spero che questo sarà uno spunto di riflessione per noi e che i lavori possano continuare e proseguire con delle proposte assolutamente *bipartisan* perché questo fa bene al nostro Paese.



**Sen. Francesco Mollame:** Movimento 5 Stelle, Membro 9ª Commissione permanente (Agricoltura), Membro della Commissione parlamentare per le questioni regionali, Membro della Delegazione italiana all'Assemblea parlamentare della Organizzazione per la sicurezza e la cooperazione in Europa (OSCE), Membro sostituto della Commissione di vigilanza sulla Cassa Depositi e Prestiti. Dopo una breve esperienza da ricercatore universitario, inizia a

lavorare come Project Manager nella gestione esecutiva per la realizzazione di diverse opere e infrastrutture in tutto il territorio nazionale. In seguito ad una breve esperienza politica in qualità di candidato sindaco esponente della società civile a Partinico nel 2008, nel 2015 entra a far parte del meetup locale del Movimento 5 Stelle. Nel 2018 è stato eletto Senatore della Repubblica italiana nella circoscrizione Sicilia (collegio uninominale di Marsala) per il Movimento 5 Stelle.



Le più recenti epidemie o pandemie credo che abbiano avuto effetti sicuramente meno dannosi di quella che stiamo vivendo e bisogna risalire a 100 anni fa, quindi alla Spagnola, per avere, per certi versi, qualcosa che assomigli alla nostra attuale pandemia. Mi riallaccio a un concetto, che è stato già più volte accennato, che è l'impreparazione: è l'argomento che praticamente ha creato qualche problematica all'inizio, perché nessuno era preparato ad affrontare questo nemico, questo avversario dell'umanità.

Io ho detto, in un paio di occasioni, che abbiamo vissuto, qualche mese fa, una guerra ed è una metafora che è stata utilizzata da tanti, però, per nostra fortuna, in questo contesto l'umanità sta tutta da una parte. E allora, da questo punto di vista, ci siamo attrezzati e ci siamo attrezzati tenendo conto del parere che ci davano gli scienziati e dei pareri che ancora oggi ci danno gli scienziati, ci danno i virologi, i medici e tanti che, in prima linea, hanno affrontato il virus e lo hanno affrontato a mani nude, all'inizio.

Badate bene, ripeto, non coscienti della virulenza, non coscienti della straordinaria forza di questo virus che si espande molto facilmente, abbiamo visto come, attraverso le micro goccioline che emettiamo dalla bocca soprattutto, e magari anche attraverso le mani, se ci tocchiamo il naso, se ci tocchiamo gli occhi e poi con le nostre mani veniamo in contatto con il prossimo, e ripeto, lo abbiamo affrontato con impreparazione.

Alcuni mesi sono serviti: siamo stati i primi in Europa a dover affrontare questo male e la reazione che praticamente ne è venuta fuori; devo dire che ne è venuta fuori anche, sicuramente, una grande maturità di tutto il popolo italiano perché, e lo sottolineo a Voi come Associazione, noi, come Governo, abbiamo messo al primo posto la vita umana piuttosto che l'economia. Mi pare che abbiamo fatto quanto è nella nostra storia, quanto è nella nostra cristianità. E rispondevo a qualcuno che si esprimeva dicendo *"ci saranno conseguenze per l'economia"* Vedete, la cautela con la quale ci siamo mossi, ha a che fare proprio con il rispetto della vita umana, nel senso che, se un Governo commette un errore con una manovra e causa un disoccupato in più, può intervenire con una manovra correttiva e recuperare il fenomeno della disoccupazione in corso. Ma se la scienza sbagliasse e se, a causa di ciò, si dovessero causare 10.000 morti in più, allora non è con una manovra correttiva li riporta in vita. E allora ritengo che la cautela con la quale il Governo si è mosso sia stata fondamentale.

Quello che auspichiamo è che, per il tema che voi avete affrontato, ci sia la maturità da parte di tanti, a proposito delle *Fake news*, perché gli strumenti, i *social*, sono comunque, come tante nuove tecnologie, dei mezzi e allora, se i mezzi vanno a finire in mano a persone sbagliate, con quei mezzi, con quegli strumenti, si può creare anche un danno. Il danno è alimentato in questo contesto purtroppo, ripeto, dalla impreparazione che c'è stata all'inizio soprattutto - e sono stati spesso gli stessi scienziati ad avere anche delle opinioni discordi su questo virus - opinioni che, per certi versi, continuano ad esserci oggi. E' doveroso cautelarsi da un ritorno che, verosimilmente, alcuni ci dicono, si potrebbe verificare ad ottobrenovembre. Allora, ammesso che ci sia, saremo sicuramente nelle condizioni di poter avere strumenti e armi molto più affilate per cercare di combatterlo, avremo molti più centri di terapia intensiva, avremo molti più letti, gli ospedali hanno lavorato in condizioni, diciamo per certi versi disperate, abbiamo visto quello che è successo in Lombardia, quello che è successo a Bergamo piuttosto che a Milano e che, magari, è successo anche a Torino, perché ad essere state danneggiate sono state di più le Regioni settentrionali. Perché? I motivi sono molteplici ma, uno fra tutti, è l'alta densità di spostamenti.

Vi ricordo che in Regione Lombardia ci sono due aeroporti: Malpensa e Linate, con un alto numero di passeggeri e, siccome il virus non si muove da solo - diceva un'illustre virologa "*il virus non ha le ali e si trasmette soltanto attraverso l'uomo e attraverso i contatti tra gli uomini*" - e ove non fossero avvenuti contatti fisici, sono bastati contatti in termini di vapori e di goccioline d'acqua che emettiamo, e così è accaduto che, in questi posti, abbiamo subito questo fenomeno esponenziale che purtroppo ha causato, come sappiamo tutti, tanti decessi.

Ora stiamo cercando di intervenire sull'economia, lo stiamo facendo con strumenti che sono commisurati all'epoca-periodo che stiamo

attraversando. Poco fa la collega Ruocco faceva riferimento agli *Eurobond*, cioè a tutti quegli strumenti che in Europa stanno si stanno mettendo a punto. Sappiamo tutti che la nostra situazione economica, anzi la nostra situazione finanziaria, piuttosto che economica, non è florida e ci muoviamo con un alto debito pubblico.

Però devo dire che, parafrasando un nostro antenato, si ebbe a dire in Senato, qualche mese fa "*Qui si fa l'Europa o si muore*", quindi io penso che l'Europa la si stia facendo in qualche modo: la BCE, con quello strumento del *Quantitative Easing*, già sperimentato alcuni anni fa, sta intervenendo immettendo nel mercato una grandissima liquidità e, spero, che sia lo strumento che ci possa consentire di affrontare al meglio una crisi che sta falciando tante aziende, soprattutto quelle aziende che sono collegate con lo spostamento di esseri umani. Parlo soprattutto di turismo, parlo di alberghi, parlo dei musei, parlo di ristoranti, e queste attività sono letteralmente in ginocchio. Stiamo cercando di lavorare di buona lena.



**Ass. Ruggero Razza**, Assessore Regionale alla Salute in Sicilia.

È stato tra i fondatori del movimento Alleanza Siciliana, nato su iniziativa di Musumeci, segretario provinciale e componente dell'Esecutivo Nazionale del movimento politico La Destra.



Desidero, anzitutto, ringraziare dell'invito, della preziosa opportunità di confronto, mi ha fatto molto piacere ascoltare da parte di tanti rappresentanti istituzionali di diversa appartenenza e di diversa espressione politica, alcune parole molto significative, che hanno descritto l'animo, e anche il senso di responsabilità, con il quale il nostro Servizio Sanitario Nazionale e Regionale ha affrontato una delle più difficili prove degli ultimi anni. E mi ha fatto molto piacere, questo vorrei dirlo come primo spunto di riflessione, poter vedere che nella collaborazione feconda che c'è stata tra il livello di Governo centrale e livelli di Governo regionali si siano affrontati momenti di grande difficoltà, qualche volta anche di grande scorcamento.

Oggi noi guardiamo alla vicenda dell'epidemia, forse erroneamente, come qualcosa che lasciamo alle nostre spalle. Ma nel momento in cui, dalla fine del mese, ci siamo trovati ad affrontare tanti momenti di difficoltà, probabilmente ci si è resi conto che ci si trovava di fronte ad una condizione doppia. Da un lato una ristrutturazione molto forte del nostro Sistema Sanitario all'interno degli ospedali e, dall'altro lato, assieme alla

ristrutturazione così forte del Sistema Sanitario negli ospedali, emergeva in tutta Italia, direi quasi senza grande differenza da Nord a Sud, una fragilità del Sistema Sanitario nella Medicina Territoriale, nella Medicina Preventiva e essenzialmente nella Medicina del Territorio.

Noi tutto questo con il Ministero lo abbiamo vissuto, in un rapporto di dialogo costante, dovendo qualche volta assumerci delle decisioni difficili, lo dico anche perché, molto spesso, non è stato sufficientemente evidenziato, non avendo qualche volta dei parametri di riferimento, perché ogni situazione si presentava per essere inedita e ogni decisione che si doveva assumere era legata ad un atto di responsabilità molto forte che si era chiamati a mettere in campo.

Io penso che da questa esperienza ne è uscito certamente un rapporto di dialogo profondo tra diversi livelli istituzionali, ma ne è uscito anche un modello di riferimento. Noi abbiamo adottato delle decisioni molto forti. Faccio l'esempio del caso siciliano: abbiamo deciso di incidere molto significativamente sulla mobilità perché il Presidente Musumeci, fin dalla fine del mese di febbraio, aveva chiesto di circoscrivere il più possibile i confini regionali. Abbiamo diminuito la mobilità del trasporto aereo del 90%, abbiamo introdotto un'organizzazione del rientro in Sicilia attraverso il supporto di tecnologie digitali, lo abbiamo fatto attraverso modelli di registrazione, applicazioni, controllo diretto, applicazione dei parametri di isolamento anche a soggetti non positivi. Insomma abbiamo messo in campo tutta una serie di decisioni che poi hanno accompagnato alla fase di calo della curva del contagio, ma hanno, soprattutto, determinato una integrazione di attività tra le decisioni che venivano assunte a livello centrale e le decisioni che poi venivano messe in pratica sia da chi ha la responsabilità del Sistema Sanitario nella propria Regione che al livello di Governo regionale.



Accanto a questo, non sono mancati i momenti di difficoltà legati a due grandi questioni. La prima, agli approvvigionamenti di tecnologie elettromedicali, che sono state molto difficili per la Protezione Civile Nazionale e che, in qualche caso, sono stati resi possibili da uno spirito di attivismo a livelli di Governo regionale. A me è capitato di dover recuperare autonomamente quasi 100 ventilatori polmonari, per garantire l'apertura il numero adeguato di posti letto in terapia intensiva, che per fortuna non sono serviti, ma è uno sforzo che abbiamo fatto autonomamente come Regione Siciliana e che ci si è reso un po' più agevole perché abbiamo potuto usufruire della capacità di rappresentazione di questa nostra esigenza nei luoghi di produzione di queste tecnologie, da parte dell'università di Pittsburgh con la quale la Regione Siciliana ha un consolidato rapporto di collaborazione.

Però certo, potete immaginare quanto possa essere stato difficile vedere da un lato crescere la curva di occupazione dei posti letto di terapia intensiva nelle Regioni del Nord Italia e, dall'altro, vedere come l'approvvigionamento, anche per la Protezione Civile, di strumentazione indispensabile, fosse assai scarno e difficile da poter mettere in campo.

Questo stesso tema lo abbiamo affrontato con un dibattito che ha unito anche gli Ordini dei Medici di tutta Italia nell'approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuale. Ed allora il combinato disposto di queste due circostanze oggettive, che poi probabilmente hanno inciso anche sul numero significativo di sanitari che sono stati contagiati dal Coronavirus, ci chiede però di trarre due insegnamenti. Ed è legato alla capacità del nostro Sistema Sanitario di potersi mettere in linea con il sistema della produzione.

Noi immaginiamo, ed è giusto che sia così, la sanità come un costo che si deve affrontare per rendere conto di un diritto costituzionale che universalmente è riconosciuto a tutti i cittadini. Probabilmente non ci siamo resi conto che, in tutti questi anni, la retorica di un Sistema Sanitario che si

dovesse misurare sulla base del costo della siringa, non sia stata un buon insegnamento, perché direi, con una battuta, innanzi tutto perché la siringa non la facciamo noi, quindi il problema probabilmente si è spostato anche in altre aree del mondo, ma noi abbiamo una quota importante di Prodotto Interno Lordo, che è legata all'ecosistema salute e non abbiamo un sistema manifatturiero nazionale e regionale che possa consentire di essere autonomi nell'approvvigionamento, tanto nelle tecnologie elettromedicali, quanto nei dispositivi di protezione individuale.

Prima questione che, secondo me, il Coronavirus lascia aperta, e che deve interrogare tutti, è l'impatto che una produzione Nazionale ed Europea può avere sui costi, e quindi sul finanziamento, del Fondo Sanitario Nazionale.

L'altra grande questione è di natura tecnologica e di natura digitale: il Sistema Sanitario Italiano ha funzionato meglio dove si era più avanti con la introduzione di tecnologie digitali, ha arrancato di più dove questo non si è verificato. Anche questa è una esigenza molto forte che deve essere avvertita ed io ricordo che, proprio nei giorni scorsi, tanto Demopolis (istituto di sondaggi nazionale) quanto la nota Consulting (altro istituto di sondaggi) hanno entrambi evidenziato che c'è una disponibilità dei pazienti e dei cittadini a fare ricorso a tecnologie digitali in sanità, che ha raggiunto un numero significativo di soggetti.

Poi la terza questione, anch'essa molto importante, riguarda la capacità del nostro Sistema Sanitario di essere organizzato sui territori. E questa, probabilmente è la sfida più difficile, è la sfida di chi - è capitato anche a me al momento dell'insediamento - si è parametrato con una rete ospedaliera ma, da un anno, lavora insieme ad AGENAS ad una rete del territorio - e, posso dirvi che un documento programmatico che organizzi in maniera organica la rete del territorio è cosa molto più difficile, e molto più

complessa, del materiale allenamento di una rete ospedaliera alle norme Nazionali vigenti. Anche le norme Nazionali vigenti devono probabilmente essere riviste. Le Regioni Italiane con il Patto per la Salute hanno chiesto di procedere ad un momento di revisione del Decreto Balduzzi. Il Decreto prevedeva che, dal 2015, data della sua emissione, e nei due anni successivi, quindi nel 2017/2018, si sarebbe dovuto valutare l'impatto della attuazione del Decreto Balduzzi.

Una delle norme che oggi vengono attuate con l'ultimo Decreto Nazionale, proposto dal Ministro Speranza è la ridefinizione del numero del rapporto dei posti letto per abitante sulle Terapie Intensive, sulla Pneumologia e sulle Malattie Infettive. Evidentemente quel tipo di organizzazione merita di essere, oggi, valutata in maniera diversa da come lo era stato allora. L'organizzazione di un Sistema di Sanità del territorio che consenta una spinta alla deospedalizzazione e alla presa in carico dei pazienti cronici è probabilmente una grande emergenza. Si dice che la costituzione delle Unità Sanitarie di Continuità assistenziale, le cosiddette USCA, possa essere l'embrione di questa organizzazione. Io non ho l'esatta convinzione che possa essere così, anche perché i profili formativi sono essenziali e, probabilmente, immaginare che la Medicina del Territorio abbia bisogno di un profilo formativo, che consenta di dare l'impressione che la presa in carico del paziente venga da soggetti fortemente professionalizzati (perché altrimenti si continuerà ad andare in ospedale) sia un'esigenza che deve essere valutata e raccolta.

In ultimo, ed è anche questa una battaglia che tutte le Regioni Italiane hanno provato a portare al tavolo del Ministero della Salute e del MIUR, ed è una grande questione, è l'ingresso alle Facoltà di Medicina, l'ingresso alle Scuole di Specializzazione e la formazione del numero delle Borse di Specializzazione, in relazione al fabbisogno reale di figure professionalizzate. Da questo punto di vista siamo in ritardo e siamo in ritardo in maniera

significativa. Abbiamo dovuto chiedere, e in questa emergenza sono stati utilizzati, che gli specializzandi potessero essere utilizzati nelle strutture ospedaliere. Da tre anni chiedevamo una norma in questo senso e ci si è arrivati soltanto sulla spinta emergenziale. Così come sulla spinta emergenziale ci si è arrivati a porre quell'altro grande problema legato alla platea di migliaia di medici che, negli ultimi dieci anni, sono stati tenuti fuori dalle Scuole di Specializzazione.

Oggi, se noi vogliamo mettere in campo una riorganizzazione progressiva e profonda di un Sistema Sanitario, che sappia fare il tesoro di quello che ha dovuto affrontare nella fase emergenziale, noi non possiamo che mettere in campo queste quattro azioni:

1. migliore modernizzazione del punto di vista dell'utilizzo delle tecnologie;
2. una forza lavoro fortemente formata e professionalizzata;
3. una riorganizzazione delle strutture ospedaliere che tengano conto della esigenza di rivedere il Decreto Balduzzi;
4. una sanità del Territorio che, per essere davvero filtro dell'ospedale, deve essere affidata a figure professionalizzate e riconosciute.

La somma di queste quattro azioni probabilmente ci farà dire, di qui a qualche mese, ma più probabilmente a qualche anno che, non siamo solo stati bravi nell'affrontare l'emergenza sanitaria del Coronavirus, ma che da questa esperienza abbiamo ricavato delle linee di direzione importanti.



**On. Sabrina De Carlo:** Movimento 5 Stelle, componente della I Commissione (Affari Costituzionali), della III Commissione (Affari esteri) della Camera dei deputati, del Consiglio d'Europa e membro e istitutrice della Commissione d'inchiesta per la morte di Giulio Regeni.

Alle elezioni politiche del 2018 è stata eletta deputata del Movimento 5 Stelle. Attivista dal 2014, ha contribuito all'attività dei Portavoce eletti in Friuli Venezia Giulia, facendo da collante tra istituzioni e cittadini.



La Disinformazione e le *Fake news* possono essere pericolose se legate a temi di salute pubblica e, ancor di più, durante un'emergenza sanitaria di enorme portata com'è quella che stiamo vivendo.

Il delicato momento pandemico da noi attraversato, ha creato un flusso sempre crescente di false informazioni, anzitutto in rete e sui *Social*, un flusso particolarmente massiccio da cui non sempre è facile districarsi. No, non è assolutamente facile districarsi e questo vale anche per i più avvezzi ai social network. A tutela e gestione della disinformazione, il Ministero della Salute è intervenuto tempestivamente raccomandando gli utenti di affidarsi sempre a Fonti ufficiali e certificate, per non cadere vittime di informazioni scorrette, tali, da alimentare poi futili ansie e comportamenti errati. A tal proposito, a seguito dello scoppio della pandemia da Covid-19, il

Ministero della Salute ha aperto una sezione del sito ufficiale interamente dedicata a segnalazioni false e frequenti; ci sono state molte iniziative in tal senso: mi viene in mente, ad esempio, quella della Treccani che ha inserito il termine *infodemia* tra i neologismi fornendo così non solo spiegazioni approfondite del termine, ma esempi tangibili di casi in cui l'*infodemia* si è verificata.

Come dicevo, la diffusione di *Fake news* ha implicazioni non solo per la sofferenza immediata della popolazione già alle prese con la pandemia e dunque con un problema sanitario senza precedenti ma, ovviamente, anche per le conseguenti ricadute economiche soprattutto se analizzate sugli effetti, nel tempo, per la salute fisica e mentale.

La risposta allo stress può portare infatti a comportamenti di ricerca e di aiuto sproporzionati in risposta alla minaccia effettiva, determinando sovraccarichi delle strutture sanitarie e dell'uso delle risorse disponibili. Il panico determinato dalle notizie sull'epidemia di Coronavirus ha portato, ad esempio, all'acquisto esagerato di beni di consumo essenziali: Kit di pronto soccorso, acqua in bottiglia, disinfettante per le mani provocandone carenze e forti ripercussioni anche sui costi.

Quanto appena detto, è il risultato degli effetti causati dalla pandemia e da un utilizzo scorretto e sottostimato dei *Social* nelle emergenze come fonti di comunicazione del rischio.

Devo però ribadire il ruolo positivo svolto dai social e dai social media, per esempio grazie all'utilizzo di *#(hashtag)* mirati, divenuti talvolta, utili strumenti di comunicazione pubblica di informazioni selezionate nei periodi di crisi.

Come sappiamo l'influenza spagnola del 1918 colpì un terzo della popolazione mondiale e causò 50 milioni di morti. Cento anni fa le terapie

mediche e le contromisure erano significativamente limitate e lo scambio di informazioni che avrebbero potuto facilitare interventi tempestivi sulla salute pubblica avvenivano principalmente per telefono, posta o interazioni interpersonali.

Un secolo dopo, una nuova pandemia minaccia milioni di vite ed è anche grazie a nuovi metodi di condivisione delle informazioni inserite nelle veloci piattaforme *Social*, se le informazioni sono a portata di mano. Pensate, più di 2,9 milioni di persone utilizzano ad oggi con regolarità *Social Network* anche per lunghi periodi di tempo pur se, bisogna evidenziarlo, a molti manca ancora una completa conoscenza di queste piattaforme e di come esse possono essere sfruttate a pieno supporto delle emergenze. Gli ultimi anni un utilizzo errato dei *Social Network* ha alimentato la creazione di notizie false poi divenute virali, spesso utilizzata da terzi come mezzo di destabilizzazione della Governance nazionale e dunque, come arma politica.

Dopo i primi casi di Coronavirus, un'ampia gamma di *Fake news* si è diffusa attraverso i *Media* e i *Social Media*, rendendo difficile l'identificazione di fonti affidabili di informazione. Tra le notizie false più eclatanti ricordiamo la definizione di inesistenza del virus da parte dell'amministrazione Trump, poi diffusa come un attacco politico da parte di esponenti dell'opposizione, mentre i giganti tra i *Social* più in voga, erano impegnati a regolare i contenuti diffusi alla luce della pandemia.

Eliminare la disinformazione può, d'altro canto, aiutare gli utenti a raccogliere e diffondere informazioni più accurate e a rimanere al sicuro riducendo quelli che sono i rischi per se stessi e per gli altri.

Concludo ribadendo l'assoluta necessità che ha ognuno di fare la propria parte nella lotta alla disinformazione e alle *Fake news*, è importante per tutti noi: verificare anzitutto le fonti e l'attendibilità delle notizie che

condividiamo, evitando così di entrare a far parte di quella catena di informazioni errate col solo scopo di generare panico e preoccupazioni.

Come esponente del Movimento 5 Stelle, sento particolarmente questa pressione; la nostra attività politica è stata da sempre bersaglio di informazioni parziali, spesso frammentate e comunicate in maniera poco veritiera. Nonostante tutto, noi come gruppo abbiamo sempre cercato di diffondere correttamente notizie sul nostro operato e sul nostro lavoro svolto in aula, scegliendo di raccontare il nostro impegno politico in modo dettagliato e trasparente a contrasto di questo fenomeno. Abbiamo fatto e facciamo la nostra parte.

Non basta. Gli utenti dei *Social Network* devono in qualche modo essere indirizzati e capire quali sono le informazioni attendibili da quelle false. Considerando anche i tempi, in futuro, ci informeremo prevalentemente on-line e pertanto ritengo che la responsabilità ricada su tutta la comunità così come ritengo fondamentale iniziare a parlarne in modo costruttivo.



**Ten. Col. Erasmo Fontana**, Comandante Gruppo Carabinieri per la Tutela della Salute di Roma. Dopo l'Accademia di Militare di Modena (175° Corso) ha svolto incarichi di Ufficiale d'inquadramento presso la Scuola Marescialli e Brigadieri e, con i gradi di Tenente e Capitano, ha ricoperto incarichi di Comando presso reparti territoriali della Lombardia (*Bergamo*); Trentino A.A. (*Rovereto-TN*) e Sicilia (*Milazzo-ME*). Successivamente assegnato al Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri dove ha svolto incarichi presso lo Stato Maggiore fino al grado di Tenente Colonnello. Ad inizio anni 2000 ha altresì partecipato a missioni all'estero multinazionali e NATO nel teatro operativo balcanico. È laureato in Giurisprudenza e in Scienze Politiche, nonché titolato di master di 2° livello.



Mi è stato chiesto di rappresentare quella che è stata l'attività del Comando Carabinieri per la Tutela della Salute, i NAS, nell'ambito di questa emergenza.

Prima di tutto è doveroso precisare ruolo del NAS nel Servizio Sanitario Nazionale. La normativa vigente conferisce al Ministero della Salute l'alta vigilanza sui settori di competenza lasciando la fase esecutiva (*regolamentazione di dettaglio controllo e vigilanza*) agli organi territoriali intesi dalle Regioni fino ai Comuni. Il NAS invece è un organo terzo, capillarmente presente sul territorio nazionale che consente al Ministero della Salute di mantenere una capacità di vigilanza esecutiva a livello territoriale su tutte le

materie di competenza: salubrità alimentare; gestione della veterinaria e gestione e qualità del Servizio sanitario. Per lo svolgimento di tali funzioni il personale del NAS ha i compiti di ispezione sanitaria e veterinaria ai quali associa i poteri di polizia giudiziaria e amministrativa derivanti dall'appartenenza all'Arma dei Carabinieri. Tale connubio consente un approccio pluridimensionale alle problematiche.

Nell'ambito della emergenza COVID, questa capacità si è dovuta modellare a seconda delle varie minacce che, epidemia durante, si sono andate a concretizzare mostrando uno strumento flessibile e in grado di modificare il proprio obiettivo ispettivo addirittura *ad horas*, per sostenere l'azione del Ministero della Salute dinanzi ai vari temi critici posti dallo stato emergenziale ovvero corrispondere le istanze dell'Autorità Giudiziaria in settore ad alto livello di specializzazione.

Andando in ordine cronologico, infatti, il Comando per la Tutela della Salute (NAS) è stato immediatamente inserito nella *Task Force* ministeriale costituita agli albori dell'epidemia in CINA (*non ancora in fase emergenziale*) quale consesso in cui hanno interagito autorità politiche, comunità scientifiche e organi interessati (*autorità portuali ed aeroportuali, ad esempio*) coinvolti, direttamente o potenzialmente, nella prima fase della gestione del COVID. Con lo sviluppo dell'emergenza sul territorio nazionale, i NAS hanno coadiuvato gli organi sanitari nelle indagini epidemiologiche e nella trattazione dei tamponi rivelandosi prezioso strumento di soluzione svolgendo contemporaneamente compiti sanitari e di polizia. A titolo di esempio facendo riferimento ai 2 turisti cinesi, primi soggetti in Italia con sintomi di COVID, il NAS ha curato il loro rintraccio nel basso Lazio e collaborato all'organizzazione/esecuzione del trasporto in bio-sicurezza all'Ospedale Spallanzani di Roma. A quanto sopra, aggiungo che nell'ambito delle indagini epidemiologiche, sono stati tantissimi i servizi svolti tra cui la funzione di

vettore qualificato per il recapito all'ISS dei tamponi positivi, per la verifica di secondo livello: cioè nel momento in cui all'interno di una struttura veniva fatto un tampone e veniva valutato positivo, il secondo livello, a inizio epidemia, era a carico dell'ISS e il NAS ha collaborato a questa attività con circa 6 mila trasporti da tutte le tutte le Regioni d'Italia. Logicamente i movimenti principali erano quelli che venivano dalle Regioni del Nord ma le medesime capacità sono state garantite in Sicilia e in Sardegna. A quanto sopra si è aggiunta la gestione congiunta alle ASL locali dell'esecuzione di tamponi in aree periferiche/rurali soprattutto nella ricerca e nel rintraccio dei soggetti a rischio.

Collegandomi all'intervento dell'on. Binetti in tema di test sierologici posso aggiungere l'azione svolta dal NAS nel rintracciare, bloccare e anche reprimere situazioni distorsive e fraudolente che offrivano alla comunità test sierologici non autorizzati ovvero contraffatti. Già a fine marzo, infatti, a fronte dell'incertezza sulla validità scientifica dei citati test e soprattutto sulla loro opportunità esecutiva non possiamo nascondere di aver assistito ad una massiccia veicolazione mediatica e pubblicitaria sulla bontà dei test tale da creare un clima di disinformazione che ha addirittura determinato la cittadinanza a violare la quarantena per andare a fare un test.

Aggiungo anche, in relazione al contributo dell'Onorevole De Carlo, sullo *stress* da informazione: il NAS monitorando il web ha rilevato copiose ricerche e offerte/vendite di Clorochina o l'Idrossiclorochina e, nei casi più importanti, si è proceduto alla chiusura dei citati siti (n.30). La consistenza del fenomeno richiamato può essere meglio calibrata se pensiamo all'affollamento delle farmacie, superando la quarantena, per acquistare la vitamina C o la vitamina D pensando, sulla base delle informazioni superficiali, che fossero antiviruses naturali al COVID.

Ecco tutte queste sono stati alcuni esempi di nostri interventi su larga scala condotti con modalità esecutive discrete ma ad alto livello di efficacia per non creare confusione e contrasti nella popolazione già colpita moralmente dal clima pandemico.

A quanto sopra aggiungo ben 4 milioni di mascherine e DPI, guanti, mascherine chirurgiche, DM sequestrate in quanto contraffatte, ovvero oppure vendute con documenti non idonei o falsi anche a pubbliche amministrazioni. A un certo punto, c'è stata una forte domanda di DPI e quindi il mercato si è aperto anche a condotte fraudolente con operatori in grado di fornire manufatti contraffatti o inadeguati. Sono stati sequestrati ben 25 bancali di DPI che in realtà contenevano cartoni e calcinacci. Potremmo definirlo come il più classico dei pacchi da *"Totò truffa"*.

Vado a concludere sull'aspetto delle case di riposo. Il punto è stato che, all'inizio, vi era la mancanza di organizzazione ma, soprattutto, un aspetto di consapevolezza anche sul corretto utilizzo dei DPI e sulle misure organizzative per gestione del rischio epidemiologico probabilmente non accuratamente trattato nei DVR e nei documenti di gestione rischio sanitario. Nel tempo questa situazione si è andata ad affinare e i modelli organizzativi sono stati maggiormente condivisi. Ma questo non ha evitato di riscontrare situazioni di abbandono, strutture in cui i malati con sintomi erano stati abbandonati dagli stessi operatori per il timore di contagio. Ma quanto sopra descritto rinnova un aspetto importante: le case di riposo non devono essere viste come un settore sensibile solo in periodo COVID. Le case di riposo per noi sono sempre state un obiettivo importante della nostra azione ispettiva perché siamo una popolazione anziana e siamo una nazione dove il Servizio Sanitario si misura anche sul livello di assistenza proprio degli anziani: è un livello di assistenza molto ampio che coinvolge tantissime Autorità, non solo quelle Nazionali, ma anche quelle Regionali e quelle locali, come i Sindaci, e

non possono essere affidate a persone non in grado di gestire chi invece ha bisogno di un'assistenza, addirittura più elevata, per il grado di sensibilità e di debolezza.

Quindi, al di là dell'aspetto RSA COVID, la RSA e i servizi sanitari erogati alle fasce deboli sono e saranno *target* principale.

Concludo: spero di essere stato puntuale nel descrivere in concreto il nostro servizio.



**Prof. Antonio Mistretta**, Collaboratore della Presidenza dell'Istituto Superiore di Sanità, presso il Servizio Comunicazione Scientifica, ed è componente del Gruppo di Comunicazione COVID-19 dell'ISS. Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, è Professore di Igiene presso il Dipartimento "Ingrassia" dell'Università di Catania e Direttore della Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva della stessa Università.



Fin dai primi giorni dell'emergenza sanitaria, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si è posto al servizio delle istituzioni e del Paese, impegnandosi nella risposta a COVID-19.

In alcuni settori il Personale è stato in servizio 24 h su 24, soprattutto nel primo periodo (30 gennaio – 10 aprile), in cui, nei Laboratori dell'Istituto, venivano effettuati i test di conferma dei casi.

Il Presidente, Prof. Silvio Brusaferrò, ha istituito 22 Gruppi di Lavoro, composti da esperti ISS in collaborazione con esperti esterni appartenenti a Istituzioni sanitarie e universitarie, che si sono occupati di molteplici aspetti relativi al COVID-19, ed hanno prodotto oltre 60 Rapporti contenenti indicazioni, raccomandazioni e procedure.

In tema di aggiornamento e formazione, l'ISS ha ospitato settimanalmente in teleconferenza i meeting scientifici "COVID-19, stato dell'arte", con approfondimenti e confronti curati dai principali esperti epidemiologi e clinici. - Sono stati organizzati inoltre 6 corsi di Formazione a Distanza (FAD) su COVID 19, che sono stati seguiti da oltre 250.000 utenti.

L'impegno dell'Istituto ha riguardato anche i dati di sorveglianza integrata, l'analisi dei decessi, di sorveglianza, quali per esempio la *Survey* sui contagi nelle RSA. Anche la procedura di valutazione della produzione delle mascherine è stata affidata all'Istituto Superiore di Sanità dal Decreto Legge Gualtieri n.9 del 2 marzo 2020 (art. 34).

Inoltre, l'Istituto Superiore di Sanità ha istituito una *task force* di Comunicazione con competenze pluridisciplinari, rivolta ai cittadini, per trasmettere in modo semplice e facilmente decodificabile tutte le informazioni validate scientificamente. Il rapporto con la cittadinanza si è articolato grazie ai canali dedicati all'informazione e formazione.

Sin dall'inizio dell'epidemia sono state garantite, attraverso il sito web istituzionale, informazione e contrasto alle *Fake news*, attraverso una continua attività di informazione con oltre 100 primi piani, più di trenta comunicati stampa, oltre trenta infografiche, cinquanta FAQ e sono state organizzate 9 conferenze stampa. La copertura mediatica dell'ISS è stata ragguardevole, sia sui media tradizionali (oltre 76mila tra citazioni ed interviste a Presidente ed Esperti) sia sui social media (oltre 48mila followers per il profilo Twitter ISS).

Per produrre il materiale è stato utilizzato un linguaggio facilmente accessibile e decodificabile da ogni cittadino, nella convinzione che, come ha segnalato l'OMS, non ci troviamo solo di fronte ad una Pandemia, ma, ci troviamo di fronte ad una "INFODEMIA". L'espressione è la traduzione in italiano della parola inglese *infodemic*, derivante dalle parole *information* ed



*epidemic*. Il primo ad usare questo termine, durante l'emergenza SARS del 2003, fu il giornalista e docente di relazioni internazionali David J. Rothkopf, sul Washington Post, con l'articolo *When The Buzz Bites Back* (11 maggio 2003). In quella circostanza di infodemia fu data una definizione operativa: bastano pochi fatti, mescolati in maniera indistinguibile con ipotesi remote, voci non confermate, teorie del complotto e via di questo passo per rendere malato – e, come una vera epidemia, nocivo – l'intero ecosistema dell'informazione.

Rispetto al semplice “sovraccarico cognitivo”, che si verifica quando si ricevono troppe informazioni per prendere una decisione o per sceglierne una specifica sulla quale focalizzare l'attenzione, nel caso dell'infodemia a essere in sovrabbondanza non sono soltanto notizie, informazioni e fonti, ma anche voci ugualmente attendibili e con uguale credibilità a cui poter dare ascolto. L'infodemia è, infatti, diversa da altre forme tipiche di disinformazione e non è sempre sinonimo di post-verità o di *Fake news*. A determinare infodemia nei periodi di crisi possono essere sia le notizie infondate, volutamente manipolate o semplicemente non verificate, ma anche le notizie vere e ufficiali, se in quantità esorbitante e in produzione continua.

Per evitare la diffusione del contagio informativo basta che i cittadini e gli operatori dell'informazione si attengano ad alcune regole base, semplici ma efficaci:

- verificare: quando si condivide una notizia su un account social o la si diffonde attraverso chat, nella fretta di partecipare o fidandosi di chi ci ha inviato un contenuto, si possono diffondere inavvertitamente notizie false;
- controllare l'URL, ossia l'indirizzo della pagina: spesso capita che siti di *Fake news* utilizzino come escamotage l'avvalersi di URL simili a quelli conosciuti dagli utenti;

- controllare l'autore: occorre sempre verificare l'attendibilità dell'autore che ha scritto il post, accertare se ha firmato altri articoli che possono accreditarlo come “conoscitore” del tema;

- controllare la fonte: le fonti non sono tutte uguali ed è importante fare riferimento sempre a quelle istituzionali, attendibili e accreditate.

L'infodemia colpisce di preferenza chi fatica ad accedere ai canali ufficiali di comunicazione (istituzionali e scientifici, primariamente), che sono lo strumento per verificare la veridicità delle notizie: chi non capisce è più fragile e vulnerabile.

Proprio per orientarsi in questa pioggia di notizie in cui si confondono verità, falsità, ipotesi, teoremi e assiomi, il lavoro svolto dall'Istituto Superiore di Sanità ha avuto e continua ad avere un ruolo molto importante.



**Dr. Antonio Magi**, Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma e Provincia; Direttore della Rivista "*Medical Network*"; Docente di Diagnostica per Immagini e Radioterapia.



Sono il Presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, uno dei più grandi di tutta Europa. Desidero entrare nell'argomento di oggi con una visione anche un po' critica di quello che è accaduto.

Ciò che stiamo vivendo in questo momento, con il COVID-19, è una emergenza sanitaria. Oggi di una cosa dobbiamo prendere atto e farne tesoro per trasformare una tragedia, perché di tragedia si tratta, in un insegnamento: non ne siamo ancora usciti, voglio precisarlo, perché, ogni tanto, sento dire che tutto è finito, ma non è così. Il virus è ancora tra noi, proprio oggi c'è di nuovo un aumento di casi, ancora di nuovo in Lombardia, e mi riferisco ai dati ufficiali pubblicati sul sito del Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità. I dati pubblicati su questi portali istituzionali sono ufficiali e debbono indurci a riflettere e fare esperienza di questa emergenza, come dicevo trasformare una tragedia in opportunità. Cerchiamo di capire quello che di 'buono' abbiamo visto nel sistema, insieme a quello che di 'non buono' che abbiamo visto, per correggerlo e cercare insieme di capire come evitare che accada, in futuro, una situazione del genere.

Innanzitutto, dobbiamo imparare, in Italia, "a programmare", a non vivere "quotidianamente alla giornata", ma dobbiamo imparare a programmare, qualunque sia l'evento, specie in ambito sanitario.

Il fatto di non aver programmato, di non avere seguito quelle che erano delle linee, delle guide, che sono date dal buon senso, ci ha portato una situazione di questo tipo: abbiamo sentito prima parlare di mascherine che non si trovavano, di DPI che non si trovavano, di apparecchiature che non si trovavano, di apparecchi per la respirazione che non si trovavano, tante le situazioni particolari che potrei citare, ma ciò che intendo è che le guerre si preparano durante la pace, non durante la guerra. Se noi prepariamo la guerra mentre è in corso entriamo in una situazione di difficoltà, e questo è ciò che accaduto con il Covid.

Ci sono società che, proprio per la loro *mission*, devono essere organizzate, devono avere i Dispositivi di Protezione Individuale, mi riferisco all'AMA di Roma, che, nel momento in cui è scoppiata l'epidemia, ha aiutato l'Ordine dei Medici di Roma a reperire DPI, sì proprio l'Azienda Municipalizzata romana, quella che raccoglie la spazzatura! Loro avevano tutto: tute, calzari, FFP3, perché loro come *mission* avevano tutto, perchè sapevano che, nell'arco della loro attività, potevano trovarsi in una situazione di difficoltà e necessità di protezione dei propri operatori. Ecco questo è un esempio di previsione adeguata.

L'altra cosa che ho sentito, e che condivido pienamente, è il discorso della comunicazione. La comunicazione sicuramente ha creato dei problemi, però voglio ricordare a tutti che non tutti gli scienziati sono buoni comunicatori e non è detto che tutti i buoni comunicatori poi sono degli scienziati. Anche in questo caso, purtroppo, abbiamo avuto queste esperienze. Il problema, in questi casi, è che quando uno esprime il proprio parere, con le proprie modalità di espressione, molto spesso si dicono cose

e concetti che, in realtà, non sono certi. E questo è un danno. E voglio ricordare, come ha detto anche l'Onorevole Bologna, che questo è un virus che noi non conoscevamo, abbiamo dovuto fare *esperienza* in fretta. Come si può essere 'esperti' e parlare di una cosa che non conosciamo? Si finisce per dire cose che, in realtà, non si fanno.

Il Medico ha questo dovere, lo dico da Presidente dell'Ordine, di comunicare quando ha delle conoscenze certe, con delle evidenze scientifiche, che emergono dalle pubblicazioni scientifiche. Quali sono le pubblicazioni scientifiche che abbiamo sull'esperienza COVID in questo momento? Ne abbiamo altre, di altri Paesi che l'hanno avuto prima per ora, cioè, abbiamo dei dati, su cui lavorare.

Il problema resta: come comunicare. Quando si comunica, bisogna essere chiaramente certi, cioè quello che si è comunicato ogni giorno non erano certezze, ma erano ipotesi. È tuttora si ostinano a comunicare ipotesi. Ipotesi sulla cura che funziona, ipotesi sul vaccino se c'è o se non c'è. Dobbiamo essere tutti coerenti e coscienti e sapere che le persone hanno diritto ad ricevere una comunicazione diretta semplice e corretta, possibilmente da un interlocutore che ritiene sia affidabile, perché il rischio è mandare tutti quanti in confusione completa.

Devo dire un'altra cosa molto importante: abbiamo visto che, fortunatamente, quello che era rimasto del Servizio Sanitario Nazionale ha funzionato all'inizio. Purtroppo, sono emerse, in fase più avanzata, diciamo che sul nostro SSN qualche problema è venuto fuori. E abbiamo anche visto quanto sia importante uscire da una mentalità 'ospedale-centrica' per entrare, in nuove modalità, in una attività di tipo territoriale.

Ma voglio andare oltre: non ci può essere solo una attività territoriale e solo attività ospedaliera. La sanità è unica: c'è bisogno dell'ospedale, c'è bisogno del territorio, ognuno per le proprie competenze.

Bisogna cercare di capire di organizzare, con questa tragedia, un nuovo Servizio Sanitario che sia fatto da un *Unicum* per singole specificità, ma comunicante tra le varie strutture, cioè in rete, che permetta di mettere in connessione diretta organizzativa territorio e ospedale. Non c'è solo il Medico di Famiglia che è centrale, non c'è il Medico Specialista Ambulatoriale del territorio che è centrale, non c'è il medico ospedaliero che è centrale: sono TUTTI centrali, sono centrali anche le professioni sanitarie che insieme a noi medici lavorano, ognuno per le proprie competenze.

Io faccio sempre l'esempio dell'aeroplano: l'aeroplano vola perché c'è un pilota che fa il pilota e un copilota che fa il copilota, l'hostess che fa l'hostess e il meccanico prepara i motori dell'aereo, chi mette il carburante e chi mette le valigie. Altrimenti che succede? Non succede mai che chi mette le valigie ogni tanto guidi l'aereo, perché se non gli aerei cascano.

È necessaria un'organizzazione che diventi un'*équipe* multidisciplinare e multi-professionale efficiente. Questo ci deve insegnare il Covid 19.

Un'altra cosa 'critica' ma, nello stesso tempo, molto positiva: ogni volta che sento parlare i rappresentanti delle Regioni sento che, nella loro Regione, ha funzionato tutto benissimo, quindi è inutile che stiamo discutendo qui oggi, tanto siamo preparatissimi, tutto funziona tutto bene e ogni volta qualunque Regione io senta nelle riunioni cui partecipo, la Regione dice: *"Noi siamo stati i primi a chiudere"*, *"Noi siamo stati i primi a fare..."* cioè *"Noi siamo tutto"*. Dobbiamo uscire ogni tanto da quella che è una mentalità di autoreferenzialità. Dobbiamo cominciare a colloquiare, a parlarci per scambiarsi le nostre esperienze positive, e fare tesoro anche delle esperienze degli altri. Nessuno è il tutore della verità. E non voglio negare che le Regioni non abbiano fatto il loro dovere rispetto a quelle che erano le necessità locali, perché l'Italia è fatta di montagne, di isole, di

pianure. È ovvio che non si possa organizzare un'attività nello stesso modo dappertutto.

L'altra cosa che voglio dire è che noi, in questo momento, abbiamo 24 milioni di malati cronici in Italia purtroppo, a causa della chiusura parziale degli ambulatori, malati che noi medici non stiamo più vedendo, e, vi voglio ricordare che i morti per malattie croniche sono, in questo momento, esattamente 10 volte quelli che ora ci sono per il COVID in questo momento (ci sono ogni anno). E, guarda caso, i pazienti malati di COVID, e sono la maggioranza, sono proprio quei pazienti cronici, quei pazienti che hanno più cronicità. Come facciamo a recuperare quelle prestazioni che non abbiamo fatto? Come facciamo a recuperare quelle prestazioni? Qual è la organizzazione? Vogliamo una volta tanto investire finalmente in Sanità? Il lavoro c'è per tutti, c'è sempre il privato, ma serve il pubblico. E questa è una domanda che ci dobbiamo fare tutti, perché probabilmente le *mission* sono anche differenti. È vero anche che, nel servizio pubblico, la fiscalità generale va a ripianare i debiti, ma il privato deve ripianare i debiti che ha fatto o fallisce o fa perdere il posto di lavoro a tante persone.

Però su questo punto noi dobbiamo fare un ragionamento reale, serio e concreto. Quindi cerchiamo di organizzare meglio il tutto: potenziamo la Medicina Generale, potenziamo la Specialistica Ambulatoriale del territorio, potenziamo la Ospedalità, gli ospedali, i medici ospedalieri. Con il blocco del *turnover* noi stiamo perdendo un mare di professionalità. Tra le altre cose, i giovani non sono accanto alle persone più esperte. Noi stiamo perdendo il *know-how* dei medici anziani che hanno l'esperienza che possono passare a questi giovani. E questo fatto è devastante.

L'altro giorno, la Corte dei Conti ha parlato di 9.000 medici che sono andati all'estero. Ma perché? Perché noi li cerchiamo e "dove stanno?". Ma certo che vanno via, se non rendiamo appetibile il servizio, se non diamo una

centralità, anche una logica e anche un'attività professionale che sia gratificante, non soltanto per la parte che si limita all'attività di tutti i giorni, ma anche per avere le strumentazioni, etc..

Io voglio ricordare che, prima del COVID, noi non eravamo Eroi, noi non eravamo Angeli, eravamo molto spesso imputati. E questo lo voglio ricordare a tutti. Addirittura, siamo dovuti arrivare a una legge, che sta per essere emanata, sugli atti di violenza sugli operatori sanitari.

Approfittiamone oggi, che è un momento di recupero, un momento in cui possiamo veramente far rinascere nuovamente un Servizio Sanitario efficiente, ora o mai più.

Non c'è il bianco e nero, ci sono tante e tante sfumature di grigio.



**Prof. Stefano Vella**, medico infettivologo e ricercatore italiano. La sua attività ha da sempre interessato la ricerca, in particolare quella indirizzata alla lotta contro l'AIDS. Autore e/o co-autore di oltre 350 pubblicazioni, è stato inserito, dalla rivista Science, tra i dieci ricercatori più importanti al mondo per qualità delle

pubblicazioni sull'argomento AIDS/HIV, unico italiano, al terzo posto. Già Direttore del Dipartimento del Farmaco prima e del Centro per la Salute Globale, poi, dell'Istituto Superiore di Sanità. È stato Presidente dell'Agenzia Italiana del Farmaco, (AIFA). Dal luglio del 2019 è Adjunct Professor presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. È stato nominato, a gennaio 2020, da MIUR e SALUTE, Rappresentante Italiano al prossimo Programma Quadro di Ricerca Europeo Horizon 2020 Health Cluster. Più volte invitato a parlare di salute globale nel TED.



Vorrei iniziare con una premessa: sono preoccupato, perché non è finita. Lo dico perché a me fa impressione vedere i dati di oggi aumentati, e, non perché stati fatti più tamponi. È chiaro che abbiamo fatto più tamponi e quindi abbiamo più casi: certamente. Ciò non vuol dire che se non facciamo più tamponi il numero degli infettati scende a zero! Questa è la premessa, importante, secondo me.

La seconda cosa: siamo partiti da una epidemia locale, con tanti errori, abbiamo detto dei cinesi "poverelli, mangiano strane cose, quindi gli è

capitata 'sta cosa". Poi però abbiamo capito tutti che, un'epidemia locale in Cina, era diventata un'epidemia globale, una epidemia mondiale, una pandemia! La domanda che ci dobbiamo porre è: se l'epidemia è globale, come possiamo stare tranquilli, adesso che abbiamo riaperto tutto? Non intendo che non bisogna riaprire, sono d'accordo: va riaperto. Ma dobbiamo fare attenzione alla parola 'globale', vuol dire che il virus sta in ogni parte del mondo, cioè è partito da Wuhan, con un caso iniziale, e poi è arrivato in tutta Wuhan, poi è arrivato in tutto il mondo arrivato e anche da noi, questo significa globale. Non c'è posto al mondo dove l'epidemia sia a Zero numeri, ad oggi si contano quasi 7 milioni di contagiati.

Ho voluto fare questa breve premessa per fare il punto della situazione e parlare di che cosa si può fare in termini di trattamenti terapeutici e di vaccini.

Finora la cura più efficace cui ci siamo affidati è stato il nostro Sistema Sanitario, che va rivisto per alcuni aspetti, perché oggi abbiamo capito che l'azione sanitaria anti Covid va fatta va sul territorio e non soltanto in ospedale. Oggi, invece, è il nostro Sistema Sanitario che ci, diciamo, ci ha 'curato'.

Per quanto riguarda la prevenzione, non ci sono ancora i vaccini; finora quello che ha funzionato è solo il distanziamento fisico – lo definisco 'fisico' perché 'sociale' è un termine che non mi piace – e le mascherine, queste due cose, usate insieme, e ci sono stati studi che hanno dimostrato, funzionano. E, di certo, In Italia hanno funzionato, molto efficacemente, se pur con tante conseguenze di carattere anche economico, eccetera, però ha funzionato, è fuor di dubbio. È un plauso va fatto "*grazie cittadini avete fatto un lavoro straordinario*". E tra questi cittadini vanno annoverati i tanti operatori sanitari, molti si sono ammalati di Covid e medici ed infermieri sono morti.

Un accento particolare lo vorrei fare sui molti anche tra gli anziani: qualcuno ha detto “Sarebbero morti lo stesso, erano anziani” “Vabbè quelli stavano in casa di riposo, prima o poi morivano”. Ma solo pensare una cosa del genere è pazzesca, eppure è stato detto! Vabbè lasciamo perdere questa cosa allora adesso che cosa abbiamo davanti al noi?

Ora vorrei parlarvi dei grandi studi Europei sui farmaci di cui mi occupo, il progetto Discovery guidato dalla Francia, il Solidarity, guidato dall’OMS e il Recovery che è lo studio inglese. Ora mi è arrivata la notizia, in qualità di chairman del DSMB (Data and Safety Monitoring Board) cioè di quel comitato che controlla i dati e la sicurezza dei pazienti, dicevo mi è arrivata la notizia che lo studio inglese Recovery ha chiuso il braccio sull’idrossiclorochina. C’è stato un pasticcio terribile sull’Idrossiclorochina perché uno studio fatto male, pubblicato da Lancet: io conosco l’Editor e gli ho rappresentato che questo studio è stato *retracted* poiché era uno studio osservazionale, quindi senza dati solidi, studio che concludeva che la Clorochina non funzionasse, per cui il progetto Recovery si è fermato, l’OMS ha chiuso il braccio della Clorochina perché pur essendo uno studio randomizzato, cioè fatto con tutte le regole su 3.000 pazienti, ha rivelato che, purtroppo, “non c’è evidenza”, come ha detto il Principal Investigator “Simply it doesn’t work”. Una cosa è certa: gli studi sui farmaci non possono essere solo osservazionali, per avere certezze sui risultati di cura. Sono allo studio in questo momento, per la cura del Covid, anche vecchi farmaci: abbiamo usato alcuni vecchi farmaci per vedere se funzionassero o no (per il Covid), per valutare studi veri, non studi osservazionali, ripeto, bisogna fare gli studi fatti bene: questo farmaco non funziona, questo sì.

Tra questi studi, esistono dei farmaci antivirali che hanno dato qualche dato importante positivo, che erano stati prodotti per l’Ebola, potremmo definirlo quindi, in un certo senso, come farmaco teoricamente ‘riciclato’, ma non è così. Però ci sono dei dati importanti sul suo uso nella terapia Covid,

tanto è vero che è stato registrato. La sua azione è sulla diminuzione del tempo di *recovery*, cioè il tempo della guarigione. E questo è un dato. Ricordo, poiché professionalmente ho studiato molto l’HIV, quando arrivarono i farmaci per l’HIV, ma dopo 10 anni dalla sua comparsa, farmaci che hanno cambiato la vita dei pazienti e hanno cambiato la storia, perché, oggi, è difficile morire oggi per l’HIV, perché ci sono i farmaci, e sempre, continuando a lavorare, speriamo di avere i nuovi farmaci.

Molti stanno lavorando sui nuovi antivirali, specifici per il Covid: farmaci chimici, definiamoli molto interessanti, però ancora non testati per l’uomo. Un passo avanti è quello della ricerca sul plasma dei convalescenti, su cui è importante fare studi seri, perché non è sufficiente dire “funziona o non funziona”, il successo dipenderà dalla qualità degli anticorpi del donatore, per questo in alcuni casi il plasma ha funzionato e in altri casi non ha funzionato.

E poi una novità che sta arrivando, sulla quale io sono molto fiducioso, gli Anticorpi Monoclonali. Gli Anticorpi Monoclonali già li conosciamo per la loro applicazione in medicina: vengono usati ad esempio per il cancro, e non solo, i monoclonali sono anticorpi che neutralizzano il virus e che potrebbero essere, insieme ai farmaci chimici, per la cura per chi sta male. Perché questo virus, lo sappiamo, nell’ 80% dei casi dà una malattia lieve, tra l’altro è una delle sue furbizie, perché in quella fase di lievità o di asintomaticità, lui si trasmette agli altri. In questo mi ricorda l’HIV, che è ‘geniale’ come lui purtroppo, cioè che fa l’HIV? ci mette 10 anni e farti star male e, nel frattempo, infetti tutti. E il Covid 19 agisce nello stesso modo. Ciò lo differenzia dalla SARS o dalla MERS, le altre infezioni, di anni fa, sempre da Coronavirus, la SARS e la MERS erano così acute che le persone non trasmettevano, perché erano molto gravi, i malati stavano molto male, chi era contagiato era bloccato in ospedale, quindi non poteva trasmetterle ad altri, se non agli operatori sanitari che erano vicini a lui ed infatti molti hanno

pagato molto pesantemente. Quindi il virus Ebola, che non è mai diventato un'epidemia globale perché è talmente grave, che, infetta soltanto chi sta a contatto con il paziente. La differenza grande è che il Covid, invece, ha questa capacità di essere trasmesso nelle fasi asintomatiche e anche pre-sintomatiche dell'infezione. Quindi la gente sta bene, gira, vede gente, come si dice a Roma, e trasmette. Ecco perché, come dicevo prima, la prevenzione oggi è ancora la mascherina e il distanziamento.

Fondamentale è la sorveglianza come fa l'istituto, come fanno le Regioni, i casi vanno sorvegliati, i picchi vanno sorvegliati. Facendo un paragone con gli incendi dobbiamo, da qui in avanti, spegnere il fil di fumo, e chiamare subito i pompieri. Per questo la sorveglianza sarà essenziale: non possiamo aspettare l'ondata di piena. Non abbandoniamoci al detto "*Adesso fa meno male*", il virus non si è affievolito: sta di fatto che ora si è capito come trattare i pazienti precocemente, infatti alcuni dei farmaci che usiamo, come l'eparina, hanno cambiato la sorte dei pazienti, perché li salva dalle problematiche tromboemboliche, perché il Covid, ormai lo sappiamo, non provoca solo la polmonite, ma dà anche problemi sul sistema cardiovascolare e complicazioni tromboemboliche, sui vasi polmonari - scusate cerco di spiegarlo al pubblico non medico - cioè se i vasi polmonari sono bloccati, cioè quelli che dovrebbero prendere l'ossigeno dagli alveoli, non arriva l'ossigeno. Poiché l'ossigeno passa, attraverso gli alveoli, al sangue e il sangue viene ossigenato; per tanto, se la parte vascolare dei polmoni è bloccata, si può pompare meccanicamente tanto ossigeno ma, in tale situazione compromessa, non passa. Tanto vi ho spiegato per far capire quanto il problema tromboembolico creato nei malati Covid diventi focale per la cura di questi pazienti.

Poi abbiamo a disposizione anche dei farmaci che lavorano su una risposta immunitaria abnorme, questo perché il nostro sistema immunitario, quando ci infettiamo con il Covid vede la presenza di una *cosa strana*, un

virus strano, e perde un po' la testa. Quindi fa una reazione terribile: c'è quella che si chiama la "*tempesta citochinica*", cioè si producono delle molecole che infiammano gli organi, per questo ci sono dei farmaci che sono in grado di bloccare questa reazione immunitaria abnorme, e che hanno funzionato soprattutto sui casi molto gravi.

Ciò che voglio o dire è che oggi si registra una diminuzione della gravità della malattia, un po' perché abbiamo capito che il paziente *va preso* prima, ci sono delle precauzioni da usare all'inizio dello sviluppo dei sintomi, malgrado non abbiamo ancora dei farmaci specifici, ma già il trattamento sintomatico è molto importante.

Un'altra considerazione che desidero fare è i casi (gravi) diminuiscono con iniziare una cura all'inizio dei sintomi, perché è chiaro che, se in un ospedale vengo meno malati, *presi in tempo a casa*, ci sono meno casi (ospedalizzati), è chiaro che così diminuiscono quelli che, purtroppo, vengono ricoverati in ospedale perché molto gravi.

Ora passiamo al discorso vaccini. Ci sono almeno 10 piattaforme tecnologiche diverse. Si passa dal vaccino più semplice - che è un vaccino con virus inattivato - tipo quello dell'Influenza, cioè un pezzettino di virus inattivato viene iniettato per fare sviluppare gli anticorpi. Poi ci sono dei vaccini molto più complessi, che hanno bisogno di un vettore, cioè di un virus buono, tipo l'Adenovirus, che porta un pezzo di virus dentro l'organismo, il sistema immunitario lo sente e si prepara. Quindi ci sono tante piattaforme: alcune sono complesse, alcune sono meno complesse.

Ad oggi ho visto che ci sono 10 vaccini che hanno superato la fase 1/2 cioè quella della sicurezza e della efficacia (immunogenicità). Bisogna adesso testarli per quanto riguarda la protezione e, questa, è una fase che a volte ha bisogno di più tempo, a meno di inventarci un modo innovativo di saltare una fase. Vi cito l'esempio del vaccino per l'Ebola, oggi abbiamo due vaccini

per l'Ebola già autorizzati, il vaccino per Ebola è stato testato durante l'epidemia perché era urgente ed ha effettivamente funzionato, ed è stato poi registrato dopo, ma il test è stato fatto sui pazienti.

Vero è che, oggi, abbiamo meno pazienti per testare la protezione da Covid, questo è uno dei problemi del vaccino, perché non essendoci più tanti pazienti (per fortuna) sarà necessario andare nei Paesi dove ci sono tanti pazienti, e, questo, provocherà una serie di polemiche e si dirà "perché vai a sperimentare in Brasile?". Poi c'è il grande problema della produzione, servono due tre miliardi di dosi al mondo. La domanda potrà essere "ma serve vaccinare tutti?", io penso che, all'inizio, bisogna vaccinare chi è più a rischio: gli operatori sanitari e, necessariamente, tutti gli anziani. E ricordiamoci che bisogna vaccinarci anche per l'Influenza a tappeto, e prima di ottobre, perché, se torna questo virus all'influenza sarà un problema molto grave di diagnosi e sintomi sovrapponibili. Il rischio è che, ogni caso di Influenza vera, andrà al Pronto Soccorso e bisognerà distinguere se è il COVID oppure non è il COVID. Per questo bisognerà abbattere l'epidemia influenzale, batterla sui tempi, perché questa, lo sappiamo, viene tutti gli anni, per questo dovremo distinguere le due malattie.

Io mi sono occupato sempre di Salute Globale. Vi dico la verità, molti all'inizio, quando io ho voluto creare il Centro di Salute Globale in ISS, erano contrari, come si dice a Roma, "di che stai a parlà ... ma che è sta cosa!". Eccola cos'è questa Salute Globale, ecco la risposta al quesito, di quanti si chiedevano cosa fosse: la Salute Globale è una sola, è chiaro che è difficile che i virus si fermino alla dogana, che abbiano il passaporto, che è il problema di questa pandemia, di quello che sta succedendo. In sintesi la Salute Globale è la salute di tutti.

Un altro tema è l'accesso, che abbiamo cercato di affrontare anche per l'HIV; vi ricordate che c'è stato un momento in cui, nel mondo occidentale,

se questa malattia diciamo era trattata diminuivano i morti, nei nostri Paesi, mentre in Africa continuavano, invece, a morire, come sappiamo. Ad un certo punto abbiamo deciso di portarci i farmaci anche lì a prezzi, non dico stracciati, ma azzerati, anche grazie alle Industrie che hanno capito che lì i farmaci andavano dati e basta mentre gli utili relativi alla ricerca ecc. venivano fatti nel mondo occidentale. Allora qui c'è un problema di accesso anche per il Covid, accesso a tutto quello che arriverà, sia farmaci che vaccini, bisognerà che questi siano accessibili a tutti e non solo ai più ricchi. Ecco questo è una delle cose, sono convinto che ci sarà un grande impegno da parte del pubblico, ma anche da parte dell'Industria, non credo che qualcuno farà utili su questo, non lo credo proprio. Certo sarà necessario finanziare le spese, perché quello che si investe, va ripagato, però non credo che ci sarà un problema di utili su una cosa così clamorosa.

Ecco vi ho parlato dei farmaci e dei vaccini e anche della mia preoccupazione che questo virus, in realtà non se n'è ancora andato. In Italia sta diminuendo, ai numeri di oggi, è vero, però, ancora abbiamo un certo numero di casi che mi preoccupano perché ci vuole, come ho detto prima, un soffio per riaccendere l'incendio!





**Dr. Michelangelo SIMONELLI**, Senior Government Affairs Director c/o GILEAD Sciences.



Sono il responsabile delle Relazioni Istituzionali per GILEAD Sciences, un'Azienda che, dalla sua nascita, 30 anni fa, si occupa di ricerca e sviluppo nel settore della virologia, dai tempi della ricerca sulla terapia anti-retrovirale per l'HIV: oggi non si muore più di AIDS e abbiamo una gestione delle cronicità di questa malattia. Vi parlo di HIV, perché, ciò che sta succedendo in questi mesi con l'emergenza Covid, mi riporta indietro agli anni iniziali dell'HIV.

La nostra Azienda riconosce nella ricerca, nell'accesso inclusivo ai trattamenti, e nel valore della collaborazione come motore di cambiamento, gli strumenti prioritari per migliorare i paradigmi di trattamento delle malattie e di gestione del paziente.

L'impegno costante in ricerca ha contribuito a trasformare patologie, debilitanti e mortali, in malattie croniche gestibili, ed ha consentito di raggiungere, per alcune delle principali malattie infettive, tassi di guarigione fino al 96%: da oltre trent'anni, infatti, GILEAD è in prima linea per la ricerca

sui virus con l'obiettivo di rispondere alle emergenze di salute pubblica mondiali, sin dai tempi degli studi sulla terapia antiretrovirale per l'HIV che vi ho citato, la cui storia della malattia è stata efficacemente e gradualmente trasformata permettendone la cronicizzazione. Vorrei citare anche la ricerca sull'HCV, per la quale GILEAD ha prodotto la prima terapia in grado di eliminare la patologia causata, in quasi la totalità dei casi.

Da anni l'Azienda si è anche focalizzata sui virus emergenti quali Ebola, SARS-COV, MERS-COV, arrivando ad acquisire un'esperienza e una competenza che sono risultate fondamentali per il lavoro su un farmaco contro la malattia causata dal SARS COV-2.

Il benvenuto istituzionale inviato a questa iniziativa dal cardinale Turkson, mi ricorda la Sua iniziativa in Tanzania, per il controllo della diffusione dell'epidemia da HIV, con la costruzione di ospedali, la formazione di volontari, i nostri progetti di "Test and Treat" destinati a testare e trattare, rapidamente, i positivi all'HIV. Noi abbiamo voluto supportare, come Azienda, questo progetto, non solo con il supporto economico di 30 milioni di dollari, ma anche, come il professor Vella ora ricordava, per distribuire i farmaci senza alcun profitto, con il fine di limitare il contagio nei Paesi poveri. GILEAD lavora quotidianamente per garantire l'accesso alle cure e il superamento degli ostacoli che separano i pazienti dai farmaci di cui hanno bisogno. Sono molteplici le iniziative sostenute dalla società, come la fornitura di farmaci contro l'HIV nei Paesi dove l'AIDS rimane un problema irrisolto, la costruzione di nuove strutture ospedaliere in questi stessi Paesi, nonché l'avanzamento del *testing treatment* possibile grazie allo stanziamento di 30 milioni di dollari.

Desidero ora parlare dell'importanza delle relazioni istituzionali, che sono la base di lavoro per costruire queste progettualità, relazioni che

definiscono i rapporti pubblico-privato per gestire, le emergenze sanitarie nei momenti di crisi come questa da Covid 19 che stiamo attraversando.

I progetti per l'HIV, cui vi ho accennato ora, sono un importante frutto delle relazioni Istituzionali Pubblico-Privato, per ottenere questi risultati. Questi progetti sono il risultato pratico di una fattiva collaborazione, che può instaurare, ai fini della salute pubblica, rapporti solidi di fiducia reciproca, per la serietà con cui vengono affrontate alcune tematiche. Mi riferisco ai buoni rapporti stabiliti, per questi progetti, con il Ministero della Salute, l'AIFA, l'Istituto Superiore di Sanità, il Consiglio Superiore di Sanità, un rapporto tale che ci ha consentito di ricevere ed attuare delle linee di indirizzo, facendo in modo che, la nostra azione, come Azienda, fosse il più possibile mirata e vicina a quello che bisognava fare nel momento in cui abbiamo dovuto affrontare l'emergenza COVID 19. Le linee di indirizzo di cui vi ho appena parlato, frutto dei rapporti già sviluppati con le Istituzioni cui vi ho accennato, sono risultati utilissime oggi, perché, come diceva prima il professor Vella, alcuni presidi farmacologici studiati da GILEAD nel tempo, come nel caso del virus Ebola studiato da GILEAD, ci ha indotti a pensare, se, i frutti di quella 'vecchia' sperimentazione, potessero essere utili a sviluppare nuovi progetti di ricerca utili nel trattamento per i malati di Covid 19.

A questo proposito ci siamo subito attivati nel donare, gratuitamente, il nostro farmaco a progetti di ricerca per uso compassionevole, di ricerca individuale. Poi, per far fronte alla grande richiesta che derivava dai tanti casi drammatici, che tutti abbiamo seguito nelle Terapie Intensive, abbiamo intrapreso progetti di ricerca, che si chiamano "Expanded Access", passando, dall'utilizzo individuale, verso progetti che contenessero centri medici, non solo l'individuo, perché serviva, in quel momento drammatico, allargare il numero dei trattamenti. Grazie, anche, alla collaborazione con la società scientifiche, siamo stati in grado di individuare dove ci fosse una criticità ed un maggiore ricovero in reparti e Terapie Intensive. Ciò ci ha consentito di

mirare la nostra azione di sostegno. Sono stati reclutati 12 centri in Italia: il numero più alto in Europa, che ha prodotto importanti studi clinici. Il tutto nel corso di ore e settimane concitate che ha richiesto il massimo impegno per tutti. Desidero sottolineare che il rapporto con AIFA, l'Agenzia del Farmaco, è stato straordinario, perché questi sono i momenti in cui il pubblico al privato possono e devono lavorare insieme, e devono dare soluzioni concrete là dove c'è ne sia bisogno.

Ho parlato della parte della ricerca, ma, non abbiamo fatto solamente questo: voglio parlarvi di come l'Azienda si sia attivata, in emergenza, nella risposta alla grande richiesta di produzione: l'Azienda ha investito per ampliare la capacità produttiva e soddisfare l'elevata domanda che si è creata sul mercato, su gruppi italiani importanti in questo settore, a loro ci siamo rivolti, per soddisfare il fabbisogno rapido del farmaco. Preciso che questo era un farmaco di ricerca e di sperimentazione, non ancora in commercio, ed oggi non lo è ancora, quindi, per questo, ci siamo dovuti avvalere anche di centri che potessero accelerarne la produzione per darci una mano.

GILEAD ha anche avviato delle iniziative di responsabilità sociale, nell'immediatezza, per far fronte proprio all'emergenza di quei mesi: GILEAD ha donato un milione e mezzo alla Protezione Civile, abbiamo riconvertito i nostri programmi di ricerca e di *Community Grant*, come li chiamiamo noi, alle associazioni che si sono rese immediatamente operative nel mondo del COVID, cioè a quelle che erano a fianco dei medici di Terapia Intensiva e dei medici di Medicina Generale. Siamo stati immediatamente coinvolti nell'operare in termini di responsabilità sociale come abbiamo fatto per anni per l'HIV, per l'HCV, nelle carceri e con i tossicodipendenti. Desidero aggiungere che GILEAD ha messo a disposizione, gratuitamente, il farmaco, anche per gli studi che ha citato il professor Vella "SOLIDARITY e DISCOVERY", che sono stati utili per facilitare un rapido confronto mondiale dell'efficacia

e della sicurezza dei trattamenti contro COVID-19. GILEAD, nei primi mesi della pandemia, è stata molto attiva nel fornire il farmaco sperimentato a titolo gratuito per uso compassionevole, contando sugli “*Expanded Access Programs*” che prevedono la somministrazione ai pazienti di farmaci non ancora autorizzati, nei casi in cui non ci siano alternative terapeutiche disponibili: complessivamente, GILEAD ha messo a disposizione 1,5 milioni di dosi di antivirali, a titolo gratuito, per trattare i pazienti coinvolti negli studi clinici e nei programmi di uso compassionevole a livello globale, con un coinvolgimento centrale dell’Italia.

GILEAD, accanto a ricerca e sperimentazione, si è impegnata anche in attività di responsabilità sociale: il sostegno con una donazione di 1,5 milioni di euro alla Protezione Civile italiana per l’acquisto di materiali e attrezzature da destinare alle strutture ospedaliere; il lancio del Community Grants Program, un fondo di 500mila euro per iniziative e progetti finalizzati a sostenere associazioni pazienti e organizzazioni italiane in difficoltà durante l’emergenza. Un approccio sociale e inclusivo che fa parte della cultura dell’Azienda, che già in passato aveva mostrato la propria attenzione al benessere sociale con l’impegno nelle carceri e nei centri di tossicodipendenza e il progetto CARES, promosso a libello internazionale per aiutare le associazioni pazienti nelle aree HIV, epatiti e oncologia.

Chiudo il mio intervento con uno sguardo al futuro. La nostra azione continuerà a lavorare sulla terapia Covid 19 e su progetti di ricerca per altri farmaci mirati per i pazienti. Continueremo a seguire il progetto dei test congiunti che si potranno fare tra l’HCV, COVID e HIV e siamo già attivi con il Ministero della Salute e con l’Istituto Superiore di Sanità in progettualità di questo tipo. E per finire, cito la collaborazione con la società dei medici di Medicina Generale, per sostenere tutti i progetti di formazione e di Telemedicina, si parla tanto di Telemedicina, perché è il futuro.

Per prevenire l’evoluzione dell’epidemia da COVID-19 risulta fondamentale, in questa fase, partire dai dati epidemiologici, anche servendosi nel modo più efficace degli strumenti disponibili sul territorio, con un approccio già utilizzato in altre aree terapeutiche e, nello specifico, per altre patologie virali. Individuare, quindi, un percorso diagnostico terapeutico che parta dalla pratica migliore per arrivare a definire delle linee guida. In questo senso l’analisi dei dati, in particolare, dei big data possono risultare utili per l’identificazione dei fattori di rischio.

Al tempo stesso, è necessario definire il *patient journey*, descrivendo nel dettaglio le conseguenze del contagio, fornendo una mappa epidemiologica anche dei danni di organi e indicando alle istituzioni i possibili ostacoli e gli interventi necessari per superarli.

GILEAD prosegue le sperimentazioni sul COVID-19, sulla somministrazione per via inalatoria per l’utilizzo già nelle prime fasi della malattia, sulla combinazione con altri farmaci e sullo studio in popolazioni particolarmente vulnerabili, nonché nuove iniziative di test congiunti, come quello tra HCV, HIV e COVID-19 e rimane a completa disposizione delle istituzioni, a cominciare dal Ministero della Salute e l’Istituto Superiore di Sanità, per sostenere ogni progetto che potrà essere necessario sviluppare, a partire da quelli per la telemedicina.

Grazie ancora per l’ascolto e per l’invito a questa bellissima manifestazione.



**Dr.ssa Marta Branca**, Direttore Generale all'IRCCS Lazzaro Spallanzani. Manager con vasta esperienza nel settore del pubblico impiego e in sanità. È stata dirigente A.Ra.N. ed ha pubblicato molti contributi sui temi della "contrattazione" in sanità. Ha ricoperto il ruolo di Direttore Amministrativo presso il Policlinico Umberto I, l'Azienda Ospedaliera "S. Filippo Neri" e gli istituti IFO-INMI. Ha rappresentato l'Aran (Agenzia nazionale per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni) presso organismi europei come l'Hospem (European hospitals ad Healthcare Employer's Association) dove ha ricoperto il ruolo di vice-segretario generale.



Sono abituata a ragionare, per raggiungere gli obiettivi di chiarezza e di corretta informazione. Gli organizzatori avranno notato che tutti i partecipanti hanno parlato di Covid, ma anche di tanto altro, e questo è molto bello, significa che, su questo argomento, c'è tanto da dire e tanta voglia anche di fare. E quindi sono contenta se gli organizzatori faranno girare questo seminario, e, secondo me è molto importante che si conoscano anche altri aspetti su questo argomento, oltre alla comunicazione e alla corretta informazione.

Comunque per restare nel tema delle informazioni date alla *gente comune*, lo Spallanzani ha già cominciato questa avventura di informazione e trasparenza, parlando dei due pazienti cinesi ricoverati presso di noi, come ricordava uno dei relatori, lì abbiamo cominciato e ci siamo trovati,

improvvisamente a dover spiegare, a dover dare risposte, a rilasciare interviste, a dover rispondere con interviste sui giornali. Tutti i nostri medici sono stati travolti da questa voglia di sapere da parte della opinione pubblica e dei *media*, e quindi sapevamo quanto la comunicazione potesse essere importante. Molti di questi medici non erano preparati a comunicare alla gente comune aspetti scientifici, perché il cittadino vuole sapere, oggi non è più come una volta, che si accontentava di qualunque cosa, ma vuole scendere nel dettaglio, si informa anche sul tipo di farmaci, legge molto, ascolta molto, c'è molto *Social*, *questa* è la prima epidemia in tempo di *Social*: ciò significa che chiunque parli, chiunque dica e chiunque scriva, si formano i gruppi di *aficionados*, all'uno o all'altro scienziato, ed è evidente come le persone siano state confuse, spesso, dalle diverse opinioni di scienziati parimenti importanti, famosi ed accreditati. Questo non è stato un fatto positivo, perché un pò i cittadini ascoltano quello che piace sentirsi dire: ci sono quelli più allarmisti, che seguono gli scienziati che sono più cauti, che dicono che ci sarà la seconda ondata, ed altri che, invece, seguono più le persone che dicono che è tutto finito, quindi, liberi tutti, il primo momento critico è passato, queste sono le due categorie.

E poi per non parlare dall'aspetto, diciamo, della strumentalizzazione delle informazioni. Quindi noi, all'inizio dell'emergenza, come Spallanzani, abbiamo dovuto imparare sul campo ad essere attenti alle parole da usare, perché qualunque parola rischiava di essere strumentalizzata. E quindi ci siamo anche trovati in situazioni anche spiacevoli e, anche, a dover smentire cose dette.

E poi c'è tutto il tema della *non invasione* dei campi *altrui*: bisogna essere attenti a non dire qualcosa che può danneggiare, o, in qualche modo, non mettere in buona luce la Regione o il Ministero o altre Istituzioni.

E da non trascurare l'aspetto del privato, se c'è la collaborazione pubblico-privato, si tende, come si diceva prima, a insinuare interessi, insinuando colpe su una catena di operatori, ciò provoca una sorta di atteggiamento difensivo, di gestione difensiva dei tecnici, che rallenta e che non aiuta. Vi faccio un esempio: abbiamo dovuto acquistare delle apparecchiature, assumere delle persone, abbiamo avuto tante donazioni che abbiamo dovuto spendere, stiamo aspettando questo denaro quindi c'è molta attenzione da parte nostra, appunto queste insinuazioni se si è scelta una Ditta piuttosto che un'altra, magari si è scelto di non fare una procedura di gara, per non perdere tempo, per andare veloci, per prendere i ventilatori, per ventilare le persone in due giorni anziché in due mesi, abbiamo dovuto gestire anche questo aspetto della comunicazione.

Penso che l'incontro di oggi dell'associazione Giuseppe Dossetti- I Valori abbia un aspetto comunicativo fondamentale in tutta questa vicenda, perché la gestione della comunicazione è raccontare alla gente, che non ha compreso fino in fondo cosa stia accadendo, quali siano le cose le cose fondamentali da conoscere, per loro e per la loro salute e per la prevenzione nei prossimi mesi.

Non a caso tutti hanno apprezzato intervento di Stefano Vella, perché Stefano Vella ha usato un linguaggio semplice, ha spiegato e ha fatto comprendere, anche ai non addetti ai lavori, che cos'è un Anticorpo Monoclonale, ad esempio, oppure la differenza tra i tipi di vaccino, oppure la differenza tra il farmaco e il vaccino. Intendo dire che, quando noi siamo usiamo un linguaggio semplice le persone comprendono.

Se io cammino per la strada e vedo una persona in macchina che guida la macchina da sola con la mascherina, io capisco che quella persona non ha compreso il nostro messaggio, che la nostra informazione non ha ben raggiunto quella persona, che non è stata efficace, perché quella persona

non ha compreso che non ha senso portare la mascherina quando si è da soli in macchina, o, portare la mascherina quando si è da soli in mezzo a un grande prato e non c'è nessuno. Mentre ha molto senso portare la mascherina quando si è insieme. E non ha ancora compreso che le misure dell'uso della mascherina, il distanziamento di un metro e mezzo, il lavaggio delle mani sono quelle cose da ricordare oggi, da ricordare sempre e da ricordare anche dopo che tutto sarà finito, forse, ecco perché oggi diciamo che sono abitudini che devono entrare a far parte della nostra vita.

Per tutto questo, ciò che lo Spallanzani, come *Policy Aziendale*, ha cercato di dare in questo periodo come informazione alle persone, e non so se ci siamo riusciti, è stata una informazione equilibrata, né di tipo allarmistico, e né di lasciare pensare che tutto comunque è falso, che non esiste nulla e che è tutto un complotto. Dunque un'informazione equilibrata e, soprattutto, ognuno dovrebbe parlare di quello che sa, perché molti sono informatori improvvisati, spesso si fa informazione pur di apparire. Lo stesso sta accadendo con i *Social*, pur di dire qualcosa, si parla, si dichiara, si scrive, si dice, a volte anche a sproposito.

Così mi sento di concludere. Mi fa molto piacere che lo Spallanzani abbia ricevuto questo invito, che io ben volentieri ho accettato, a nome di tutto il *team* dello Spallanzani che è ricco di professionalità e di operatori non solo competenti, ma anche che, veramente, non si sono risparmiati, né in questo periodo, ma, direi nemmeno prima e non si risparmiarono neanche dopo.

Spero che l'opinione pubblica non sia solo in questo momento attenta al lavoro degli operatori sanitari, ma che lo sia anche dopo, ricordando che negli ospedali e nelle strutture pubbliche e private, ogni giorno, gli operatori si spendono per la cura e l'assistenza. E, nel nostro caso, anche si lavora alla ricerca sulle patologie, nel nostro caso, sono solo infettive. A tal proposito

noi siamo stati 'fortunati', nel senso che noi siamo una struttura focalizzata sulle malattie infettive e, dunque, i nostri operatori erano già perfettamente addestrati all'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale o ai protocolli sull'evitare i contagi. Il nostro ospedale, infatti, è organizzato fatto in maniera tale, per cui ci sono i percorsi già prestabiliti per evitare i contagi. Siamo stati tutti molto impegnati e abbiamo lavorato notte e giorno, abbiamo fatto rete con tutte le altre strutture, ma siamo riusciti ad oggi, a raggiungere, nella Regione Lazio, buoni risultati nel contenimento del contagio. E' importante, quindi, anche il lavoro di squadra, il lavoro di rete, non solo delle Strutture pubbliche, ma, anche, di quelle private, non solo i Laboratori pubblici ma anche quelli privati e, soprattutto, ricordare che solidarietà e generosità delle persone sono molto importanti, perché fanno percepire agli operatori sanitari la loro stima e quindi li motivano ancora di più nel proprio lavoro.

Io mi fermerei qua. Anch'io avrei ancora tante cose da dire, ma credo che forse, come giustamente diceva il Presidente del Comitato Scientifico Gherardi, probabilmente questo potrebbe essere il primo di tanti seminari che potrebbero essere fatti dall'Associazione, che ha dei valori fondanti molto importanti che, in questo momento, con la solidarietà e l'assistenza generalizzata a tutti, non solo a ricchi e poveri, questa Associazione e Associazioni come queste, possono fare la differenza, anche soltanto organizzando questi seminari e facendosi promotori di iniziative presso gli organi legislativi e quindi iniziative di suggerimenti, anche per il miglioramento del sistema e, anche, per una migliore gestione delle prossime emergenze epidemiche e pandemiche.



**Dr.ssa Francesca Danese**, Portavoce regionale del Forum del Terzo Settore del Lazio. Epidemiologa sociale, nel Terzo settore lavora per la promozione e la formazione del volontariato e degli operatori sociali del volontariato e per la creazione di reti. Fondatrice e presidente

del Cesv, Vicepresidente vicaria di CSVNET. Ha ricoperto numerosi incarichi di rappresentanza: consulta penitenziaria e Consulta sociosanitaria del Comune di Roma; nel 1996 eletta "Donna dell'anno" dalla rete delle organizzazioni per l'HIV. Il 5 dicembre 2001 nominata "Cittadina illustre" dal Comune di Roma. Nel 2009 ha ricevuto il premio Formica d'oro; nel 1997 insignita con la Croce d'oro alla Sanità Pubblica. Nel 2015 Assessore alle 'Politiche Sociali, Salute, Casa ed Emergenza Abitativa' del Comune di Roma. Componente dell'Osservatorio Nazionale del volontariato presso il Ministero del lavoro e delle Politiche Sociali ed in quello Regionale del Lazio. Dal 2017 Responsabile relazioni esterne dell'Esercito della Salvezza.



Ringrazio l'associazione Giuseppe Dossetti: i Valori, nostra associata nel Forum del Terzo Settore del Lazio, soprattutto perché testimonia, con la sua azione, che il Terzo Settore, che comprende la cooperazione sociale, il volontariato e la promozione sociale, è capace anche di produrre scientificità nell'impegno.

Molti pensano per Terzo Settore sia solo un gruppo di persone tanto buone da volere cambiare e modificare il mondo, di essere tappabuchi, ma non è così, perché il Terzo Settore, in questo Paese, rappresenta l'8% del PIL e, in un momento come questo, è stato un asse portante della tenuta del nostro Paese.

Il tema in questo momento è la fase 2: la fase 2 in cui il nostro Paese sta ancora subendo l'infezione da COVID-19. Nel Terzo settore noi non ci siamo fermati un attimo, per stare vicino agli anziani e ai malati cronici, anche per consegnare loro la spesa, e non solo, ci siamo anche preoccupati ed occupati degli studenti fuori sede che stavano a casa in quarantena. Chi è che si è occupato e preoccupato di mantenere comunque una sorta di coesione sociale è stato proprio il Terzo Settore.

Fra l'altro nel nostro settore abbiamo avuto 200 morti, perché c'erano servizi che non potevano essere chiusi assolutamente, non sapevamo chi fosse stato il contatto, quindi c'è stato anche un ritardo, ma c'è un ritardo in questo in generale perché siamo molto lontani da quella che viene definita l'integrazione socio-sanitaria. Perché parte sociale e parte sanitaria dovrebbero parlarsi continuamente, perché, là dove è quasi scomparsa anche la Medicina Territoriale, e mi confronto ogni giorno con colleghi anche della Lombardia di altre Regioni italiane, l'aver smantellato gran parte di Medicina Territoriale ha comportato poi una cattiva interazione fa parte sanitaria e parte sociale.

Pensate cosa accade, e cosa è accaduto ,ad anziani soli in casa quando i figli non potevano recarsi da loro e per fortuna, grazie all'azione politica del Forum noi siamo riusciti a fare delle Linee Guida, delle ordinanze che hanno permesso ai volontari ed operatori sociali di spostarsi. Pensate ad una famiglia con un figlio autistico grave gravissimo che non poteva neanche uscire di casa, mantenere a casa un ragazzo in tali condizioni comporta delle

grandi difficoltà per tutta la famiglia e a cominciare dalla persona, dal bambino, dal ragazzo affetto da autismo. Quindi abbiamo fatto un lavoro straordinario.

La Regione Lazio insieme a noi, con la nostra rete, è stata in prima linea ed abbiamo distribuito, ad oggi, 210.000 mascherine per tutti gli operatori sociali e in parte ai sanitari.

Quello di cui ci siamo dovuti preoccupare, con le nostre associazioni e le nostre cooperative, sono per esempio le persone senza dimora. Difficile dire alle persone “*rimani a casa*” se una casa non ce l’hai, e in alcune città metropolitane come Roma parliamo di 17.000 persone, diventa difficile “governare anche l’incidenza. L’infezione che si trasmetteva così facilmente con soggetti che hanno una vita difficile. E per fortuna, grazie a un’interazione con la parte sociale della Regione, siamo riusciti anche a fare delle Linee Guida per permettere la quarantena anche a quelle persone che, invece, venivano accolte nei nostri centri di accoglienza, per far fare la quarantena in strutture dedicate.

Ma governare tutto questo è molto molto complesso. E mi spiace che, molto spesso, si dimentichi questo lavoro straordinario che fa il Terzo Settore. Credo che sia giunto anche il momento di fare una nuova alleanza e di pensare e di proporre e dei modelli di *welfare* innovativi.

Io penso che, dopo una grandissima crisi, c’è sempre la possibilità di ricominciare. Pensiamo a cosa è successo dopo il Medioevo: c’è stato il Rinascimento. E questa forse può essere l’occasione anche per guardare come costruire modelli di *welfare* che stiano accanto alle persone veramente.

Perché anche riuscire a far fare il test a persone senza dimora, o a persone che abitano nelle case occupate o a persone che improvvisamente

perdono il lavoro, per cui anche un’altra angoscia, fino a tutto il lavoro nero, a tutto quello che è successo nell’agricoltura.

Insomma noi siamo dovuti intervenire in più e in più settori. Questa separazione fra parte scientifica e parte sociale nuoce a tutti, perché ora la fase di ricostruzione tocca sempre a noi tenere insieme, da soli.

E quando parlo di nuovi modelli di *welfare di comunità*, parlo anche dell’alleanza con quelli che sono gli attori presenti, a cominciare anche dalle industrie e dalle aziende ma pensiamo che, per esempio su Roma, ci sarà un 55% di aziende che non riapriranno e questo significa che l’economia è fortemente gravata da questa situazione, dobbiamo ripartire e dobbiamo ripartire insieme.

E pensare che anche la squadra di calcio della tua città deve prendere parte come abbiamo fatto noi: abbiamo chiesto alla Fondazione *Roma care*, che è della AS Roma, di donarci le mascherine per le persone senza fissa dimora, perché a loro certamente non arrivavano: quindi, fare e costruire delle alleanze tra questi mondi.

E poi esprimo una grandissima preoccupazione perché ci sono state molte imprese che se ne sono andate dal nostro Paese, guardate quello che è successo con le mascherine, ma guardiamo anche la preoccupazione di tutti per quanto riguarda la possibilità di avere dei centri di rianimazione. Quindi forse aver anche bloccato la possibilità di andare oltre il Patto di Stabilità su temi così seri, significa che oggi ne stiamo pagando le conseguenze.

Perché su alcune sezioni specifiche non si può a volte mantenere fede al Patto di Stabilità, quando c’è un assistente sociale ogni 7.000 abitanti e quando c’è una Medicina Territoriale che è stata fortemente, diciamo



“abbandonata” è eccessivo, ma comunque si sono fatte in passato delle scelte politiche chiare.

Io credo che poi su temi di Sanità Pubblica, forse sono un pò all’antica, ma ci debba essere una maggiore presenza dello Stato, perché anche noi abbiamo monitorato e l’Associazione Dossetti, negli anni, ha fatto davvero una battaglia di principio nelle Regioni, perché a seconda di dove vivi e dove abiti e dove sei residente, se sei più o meno assistito e hai più o meno *chance*.

Quindi i temi sono tanti e potrei continuare ancora a lungo. Bisognerebbe fare una sessione specifica su questo, perché sono temi che dovrebbero andare braccetto.

Noi del Terzo settore non siamo i servi sciocchi che arrivano a tappare i buchi: ho ribadito che siamo al 8% del PIL di questo Paese. Quindi anche con imprese sociali, che fra l’altro hanno pagato un prezzo altissimo.

Infine c’è da guardare, concludendo, a quello che è successo dentro alcune RSA. C’è una legge nel Lazio, la Legge n. 41, che dà la possibilità di aprire o meno una struttura, che è rigidissima. Malgrado questo, per esempio, anche chi accoglie minori e stranieri non accompagnati o senza fissa dimora ha strutture sanitarizzate, tra virgolette, là dove non occorre, è molto diverso gestire un Hospice piuttosto che una struttura che accoglie persone senza dimora.

Eppure, malgrado questo, ci sono state moltissime strutture dove ci sono stati dirigenti che mandavano avanti strutture fatiscenti che non meritavano e anche molte nostre persone anziane sono morte in strutture di questo tipo. Quindi guardiamo anche in queste cose anche vi sembrerò noiosa. Ma sono questioni molto molto pratiche.

Prima di ringraziarvi e salutarvi tutti volevo mandare un abbraccio a Stefano Vella perché io vengo dal mondo dell’AIDS, e saluto anche Michelangelo Simonelli, grazie a lui noi potemmo dare le prime Borse Lavoro per persone sieropositive grazie all’avvento degli inibitori delle proteasi. Quindi, anche oggi, abbiamo dimostrato che un’alleanza fra politiche di *welfare* e politiche sanitarie si può fare però meriterebbe un approfondimento sostanziale.

Noi siamo anche nella cabina di regia nazionale per Fattori Terzo Settore ma non basta; questo Paese ha tanto bisogno di integrazione socio-sanitaria e alcuni temi non si possono lasciare solo alle Regioni.



**Prof. Pasquale Ferrante**, virologo, Professore Ordinario di Microbiologia e Virologia all'Università degli Studi di Milano; Adjunt Professor presso la *Temple University di Philadelphia, PA, USA*; Direttore Sanitario e Scientifico dell'Istituto Clinico Città Studi di Milano, Ospedale metropolitano. È da anni impegnato, in prestigiosi Istituti Scientifici Internazionali, nel campo della ricerca anti HIV.



Sono un professore ordinario di Virologia all'Università degli Studi di Milano e sono qua, non in questa veste, ma perché sono anche Direttore Sanitario di una struttura ospedaliera che si chiama Istituto Clinico Città Studi che si trova nel quartiere Città Studi, vicinissimo all'università a Milano: una struttura privata, accreditata, con 250 posti letto con la caratteristica di avere un Pronto Soccorso con un DEA di primo livello; avere un Pronto Soccorso con un DEA di primo livello, ci mette costantemente in prima linea. Siamo insediati nel centro di una zona estremamente urbanizzata e quindi abbiamo un bacino di utenza molto grosso perché, per strani motivi, intorno a noi gli ospedali non sono così frequenti.

Cosa è successo a noi in questo periodo? Nel periodo dal 20 febbraio al 28 maggio abbiamo ricoverato 485 pazienti affetti da COVID. Una delle cose che però enfatizzerò dopo, è il fatto che noi abbiamo una popolazione di anziani molto alta nella nostra attività normale, proprio perché è un quartiere vecchio della città e anche nell'attività COVID abbiamo sempre

avuto una popolazione con un'età particolare. Dei casi COVID che abbiamo visto, il 51% aveva dagli 80 anni in su. Questo vi dice come abbia influenzato la *outcome* di ciò che abbiamo potuto fare per questi pazienti.

L'altra cosa interessante che vi posso dire è che abbiamo avuto una vera e propria esplosione. Praticamente siamo partiti con un numero di letti bassi; all'inizio, un po' come tutti, avevamo sottovalutato il problema. Dal 12 marzo al 20 marzo, siamo passati da 10 a 220 pazienti ricoverati contemporaneamente.

Bisogna dire anche che noi siamo circondati anche dalle strutture residenziali per anziani; la zona è abitata da una popolazione media benestante; ci sono tante case per anziani e quindi questo fatto, probabilmente, ha anche accelerato questa rapidissima curva in salita della dell'epidemia nel nostro caso. E i nostri risultati sono stati abbastanza in linea con quelli di tutti gli altri.

Abbiamo dimesso il 27% dei pazienti, trasferiti il 35%; la nostra mortalità è un po' più alta, arriva al 38% perché, come vi dicevo prima, noi abbiamo avuto 51% di ottantenni ricoverati e, tra l'altro, molti sono morti quasi immediatamente dopo l'arrivo dal domicilio perché sono arrivati da malati.

Uno degli aspetti che abbiamo voluto studiare, e volevo presentarvi, è la situazione del personale sanitario. Tutti abbiamo visto quanto siano stati colpiti gli infermieri e i medici, e l'altro personale sanitario, dall'epidemia di COVID, e abbiamo avuto anche il piacere, io credo che fossero tutti quanti spontanei, di sentirci chiamare eroi perché abbiamo lottato.

Comunque la realtà è proprio questa: dei nostri 265 medici, 16 si sono infettati, uno in modo tanto grave che ha dovuto ricorrere alla terapia

intensiva: il 6% del totale. Abbiamo 8 specializzandi, ben due si sono infettati, il 25%, gli infermieri il 10%, gli operatori socio-sanitari l'11%, i fisioterapisti il 13%, i tecnici di radiologia il 19%, i tecnici di laboratorio il 10%. Una situazione veramente allarmante.

Una cosa molto interessante che riguarda la patogenesi della malattia, secondo me, è il fatto che se guardiamo alla distribuzione e alla durata della positività, cioè partendo dal primo tampone, che tra l'altro non sempre coincide con l'inizio dei sintomi, all'ultimo tampone negativo abbiamo visto che la distribuzione della durata presenta un andamento trimodale, con una significativa differenza da un punto di vista statistico. C'è un gruppo che ha una brevità del rapporto, 24 giorni, un altro gruppo tra i 28 e 35 giorni, poi c'è un gruppo di quelli che hanno avuto un lungo periodo di positività per Coronavirus, da 40 giorni fino addirittura ai 58 giorni. Un dato che studieremo, ovviamente, da un punto di vista scientifico perché, con l'approvazione del Comitato Etico di riferimento del Policlinico di Milano, abbiamo avuto il permesso di fare dei prelievi seriati di vari campioni e vogliamo capire un pochino meglio che cosa è successo in questi pazienti.

Un'altra cosa che ho pensato potesse interessare un po' tutti noi è questo. Noi avevamo contemporaneamente aperto il Pronto Soccorso ai cosiddetti COVID o sospetti COVID e, nello stesso tempo, anche alle patologie tradizionali. Il problema è che molte persone non si sono presentati, in questi due mesi drammatici, al Pronto Soccorso con la stessa facilità con cui lo facevano prima. E, in effetti, abbiamo pubblicato un lavoro, o meglio, i nostri chirurghi hanno pubblicato un lavoro, in cui hanno messo in evidenza come, confrontando i due mesi e mezzo del COVID con i due mesi e mezzo analoghi dell'anno scorso, le patologie complicate, anche a partenza banale, tipo appendiciti, colecistiti, ed altro, le complicate erano significativamente più alte delle altre.

Quindi, sicuramente, nella città di Milano, abbiamo avuto una minor frequenza dei Pronto Soccorso da parte della gente che aveva altre patologie. Abbiamo avuto anche degli esempi di infarti trascurati, in modo anche molto grave. Questa è una cosa che secondo me ha inciso molto. Ripeto, noi, per fortuna, avevamo aperti due canali: le patologie tradizionali e COVID, ma, nonostante questo, bisogna dire che c'è stato questo peggioramento anche della patologia tradizionale. Vi devo dire che, come per incanto, da qualche settimana, siamo ritornati sullo stesso tipo di popolazione, quello stesso tipo di patologie che avevamo prima dell'epidemia di Covid.

Quali sono stati i nostri problemi maggiori? I nostri problemi maggiori sono stati quelli che hanno vissuto, credo, tutti quanti gli ospedali lombardi e di altre Regioni Italiane. Il primo problema per noi è stato rappresentato dalla confusione dei farmaci. Io ho apprezzato moltissimo quello che ha detto Stefano Vella, sono anch'io un virologo, e c'è stato una specie, come posso dire, di empirismo scientifico per quanto riguarda i farmaci perché ci siamo lasciati trasportare da cose mal pubblicate, o mal dette, o malfatte, e siamo stati costretti a utilizzarle male. Perché uso la parola "costretto"? Voglio sottoporvi questo aspetto. Quando i parenti dei pazienti leggevano sui giornali, o vedevano in televisione, che un certo farmaco anti-retrovirale è risultato efficace, i medici erano in grave difficoltà a rispondere "*No, noi non lo facciamo perché non lo riteniamo valido*"; non c'erano neanche gli strumenti per dirlo, e questo è stata una cosa secondo me molto molto complicata. Anche le pubblicazioni, come ha detto Vella, sono state contraddittorie in modo drammatico. Tra le altre cose che abbiamo affrontato: la scarsità DPI. Noi siamo privati e, una volta tanto, spezzo una lancia a favore dei privati, la nostra amministrazione ha pagato anche di più per averle e, per nostra fortuna, abbiamo avuto una *safety* dei nostri dipendenti e dei nostri collaboratori molto elevata, molto buona.

Ma se ci sono stati dei periodi in cui era impossibile trovare i DPI, e devo dire che, la mancanza di coordinamento a livello centrale che a portato a scendere, in alcuni momenti, il loro numero e a non avere certi DPI, perché c'era qualcuno, tipo la Protezione Civile della Regione che li aveva, in quelle settimane, in quei giorni, *rastrellati* e quindi, i nostri fornitori abituali, non ne avevano più per gli altri. Ma questo forse ci sta.

L'ultimo elemento gravissimo che abbiamo vissuto è stato che il nostro ospedale non aveva una quantità di ossigeno sufficiente per assistere tutti i pazienti della terapia intensiva, ma siamo riusciti ad installare, non so neanche per quale miracolo, un serbatoio che ha raddoppiato le nostre capacità, e, quindi, questo ci ha permesso di lavorare molto bene.

L'esperienza che vi posso dire, dal punto di vista di direzione sanitaria, abbiamo organizzato piccoli gruppi. I medici, direi 60 - 70% di medici, si è riconvertito.

Invidio molto la collega dello Spallanzani perché aveva già gli infettivologi specializzati e preparati. Noi abbiamo avuto bisogno di fare un *training* per vestirsi e svestirsi, operazioni, tra l'altro faticose, anche girare con tutti gli scafandri per le stanze era una difficoltà. Per fortuna abbiamo anche dotato tutte le stanze di *webcam* interattive, con cui si poteva dialogare con i *tablets* dall'esterno e questo ha facilitato il contatto con i pazienti e il lavoro stesso dei medici.

In altre parole è stata una grossa fatica. Io spero proprio che tutti i problemi che abbiamo avuti ci servano da lezione, perché sicuramente non è ancora finita. Condivido esattamente la posizione di Vella, dobbiamo essere preparati. La prossima volta non possiamo farci trovare così impreparati, come adesso.

Io non sono un virologo *televisivo*, nessuno di voi mi ha mai visto in televisione però sono contentissimo di dirvi che anche noi abbiamo 10 *bebè*: abbiamo isolato 10 virus. Mi permetto di dire che ad isolare i virus è stata la mia collega amica Maria Capobianchi. L'ha fatto per prima allo Spallanzani, una cosa da vecchi virologi; quando mi sono messo ad isolare il virus mi sono sentito di nuovo giovane ed è una cosa anche molto semplice.

Il problema è solo nelle grandi collaborazioni scientifiche tecnologiche, che adesso abbiamo messo in piedi per caratterizzare questi virus. Perché sennò dire "Ho isolato il virus" sembra il risultato e invece no: il risultato non è quello.

Incominciamo adesso a cercare di capire perché questo virus si muova in questo modo. Una malattia che sembra trifasica, una malattia che praticamente scoppia all'improvviso e poi sembra scomparire all'improvviso. È una sfida che dobbiamo assolutamente affrontare. La strada, adesso, sembra essere quelle degli endoteli vascolari, sia quelli a livello polmonare che in altre zone e, speriamo proprio, di dare anche un contributo in questo.

È evidente che pubblico e privato debbano collaborare, per quanto riguarda l'industria. Ma io credo che il privato ha ragione di esistere, di essere rispettato, purchè il pubblico sia in grado di controllarne il funzionamento.

**Questo documento è stato realizzato grazie al contributo non condizionante di:**



Si ringrazia per la collaborazione la [Dr.ssa GABRIELLA SCUDERI](#)



Specializzata in Microbiologia presso l'Università Cattolica del S. Cuore di Roma ed in Bioetica presso l'Università La Sapienza di Roma. Già Ricamatore Senior ISS, ha svolto attività di ricerca nei settori della Microbiologia, Immunologia, Epidemiologia e Malattie Infettive e della Sorveglianza dei Trapianti di Organo e della Bioetica. Docente di Bioetica ed Esperta della Normativa Nazionale ed Internazionale nel campo delle Sperimentazioni Cliniche e della Ricerca Biomedica e del Consenso Informato. Ha prodotto più di 50 pubblicazioni su Riviste Nazionali e Internazionali. Per 20 anni Responsabile del Sistema di Gestione Qualità per la Norma Internazionale ISO 17025 per i Laboratori di Prova, presso il Centro Nazionale per il Controllo e la Valutazione dei Farmaci dell'ISS. Ispettore/Valutatore IN Audit Interni e front-line in Ispezioni Internazionali per l'EDQM di Strasburgo (UE) e WHO. È stata Responsabile del Sistema di Gestione della Qualità del Sistema Ispettivo del Sistema Farmaceutico (ex-Ministero della Salute e poi Agenzia Italiana per il Farmaco, AIFA), implementando il Sistema di Qualità del Sistema Ispettivo Farmaceutico.

## Comitato Scientifico dell'Associazione Culturale ONLUS

### “Giuseppe Dossetti: I Valori – Tutela e Sviluppo Dei Diritti”

Prof. Silvio Gherardi	Presidente
Prof. Toti Amato	Presidente Ordine dei Medici di Palermo Responsabile del Dip. Bioetica ed Etica in Sanità
Prof. Vittorio Donato	Dir. del Reparto di Radioterapia Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini di Roma. Presidente AIRO (Associazione Italiana Radioterapia e Oncologia Clinica) Responsabile del Dip. High Technology Assessment
Prof. Francesco Fedele	Direttore UOC Malattie Cardiovascolari Policlinico Umberto I di Roma. Direttore Sez. Cardiologia Dip. Sc. Cardiovascolari, “La Sapienza” Università di Roma Responsabile del Dip. Cardiovascolare
Prof. Gianpietro Gasparini	Direttore Uoc Oncologia ospedale S. Filippo Neri, Roma Responsabile del Dip. Oncologico
Prof. Francesco Saverio Mennini	Presidente SITHA (Società Italiana di High Technology Assessment). Direttore e Research Director EETHA del Ceis di Tor Vergata Responsabile del Dip. Economia Sanitaria e Health Technology Assessment

Prof. Marino Nonis	AO S. Camillo Forlanini, Roma Prog. DRG Istituto Superiore di Sanità, DGPS Ministero Salute Responsabile Area Governo Clinico
Prof. Vittorio Sironi	Specialista in Neurochirurgia e in Storia della Medicina. Direttore Centro studi sulla storia del pensiero biomedico (Cespeb), Università di Milano Bicocca Responsabile del Dip. Antropologia Medica e Storia della Salute
Prof. Stefania Stefani	Ordinario di Microbiologia, Dip. Scienze Biomediche e Biotecnologiche, Università degli Studi di Catania; responsabile del Laboratorio di Microbiologia Medica Molecolare e di studio delle Resistenze agli Antimicrobici. Presidente SIM (Società Italiana di Microbiologia) Responsabile del Dip. Antibioticoresistenza
Prof. Stillo Corrado	Docente, esperto di Bioetica e di Tutela Civica Responsabile dell'Osservatorio di Tutela Civica dell'Associazione



“L’unica possibilità e la condizione pregiudiziale di una ricostruzione stanno proprio in questo; che una buona volta le persone coscienti e oneste si persuadano che non è conforme al vantaggio proprio, restare assenti dalla vita politica e lasciare quindi libero campo alle rovinose esperienze dei disonesti e degli avventurieri”

*Giuseppe Dossetti (marzo 1945)*

### **Costituzione della Repubblica Italiana - Articolo 32**

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

## **IL PROGRAMMA DELL’EVENTO**



**ASSOCIAZIONE CULTURALE “GIUSEPPE  
DOSSETTI: I VALORI TUTELA E SVILUPPO DEI DIRITTI” - ONLUS**

Via Giulio Salvadori, 14 - 00135 Roma  
Tel +39 06 3389120 cell. 380 8925801  
e-mail: [segreteria@dossetti.it](mailto:segreteria@dossetti.it) -  
<http://www.dossetti.it>

### **COVID-19**

**Ricerca e Innovazione per la salute dei pazienti**

***Conferenza webinar, sì a una corretta informazione, no alle  
Fake news***

**Venerdì, 5 giugno 2020 ore 16,30 – 19,00**

## Razionale:

**11 marzo 2020:** l'OMS dichiara **PANDEMIA COVID-19**, la prima pandemia da coronavirus. Pandemia che non fa differenza tra ricchi e poveri.

*“ .... non è Sars, non è Mers e non è influenza: è un virus unico con caratteristiche uniche”.*

Informazione e chiarezza, questo l'obiettivo dell'evento: tutti riceviamo iper-informazione sul tema Covid, ma, spesso riceviamo iper-confusione di informazioni.

L'Associazione “Giuseppe Dossetti: i Valori - Tutela e Sviluppo dei Diritti” organizza questo *Webinar perché ritiene indispensabile, e urgente*, fare chiarezza per rispondere alle molte domande che, quotidianamente, le arrivano, non solo dai cittadini, ma anche, con sorpresa, dagli operatori sanitari, sulla sperimentazione e sull'uso dei farmaci contro il coronavirus, per conoscere e per capire.

## Introduzione ai lavori – Lo scenario attuale

**Silvio Gherardi – Presidente del Comitato Scientifico Associazione “Giuseppe Dossetti: I Valori – Tutela e Sviluppo dei Diritti”**

**Presidente, Marino Nonis – Area Governo Clinico Associazione “G. Dossetti: i Valori – Tutela e Sviluppo dei Diritti”**

**Modera, Salvatore Amato – Dip. Etica in Sanità Associazione “Giuseppe Dossetti: I Valori – Tutela e Sviluppo dei Diritti”**

## SALUTI ISTITUZIONALI

**Sen. Alberto Barachini, Sen. Paola Binetti, Valeria Fedeli, Sen. Leonardo Grimani, Sen. Francesco Mollame, Sen. Elisa Pirro**

**On. Fabiola Bologna, On. Sabrina De Carlo, On. Alessandro Fusacchia, On. Chiara Gribaudo, On. Maria Laura Paxia, On. Carla Ruocco**

**Indirizzo di Saluto di Sua Eccellenza Reverendissima Cardinal Peter Kodwo Appiah Turkson – Prefetto del Dicastero per il Servizio dello Sviluppo Umano Integrato, Santa Sede**

**Ruggero Razza – Assessore alla Salute, Regione Sicilia**

**Erasmus Fontana – Comando Carabinieri per la Tutela della Salute**

**Giovanni Rezza – Ministero della Salute**

**Antonio Mistretta – Istituto Superiore di Sanità**

**Filippo Anelli – FNOMCeO**



## RELATORI:

**Antonio Magi** – Sumai-Assoprof, OMCeO Roma

**Stefano Vella** – Università Cattolica

**Michelangelo Simonelli** – Gilead Sciences

**Marta Branca** – Istituto Nazionale Malattie Infettive, INMI Spallanzani

**Francesca Danese** – Forum Terzo Settore Lazio

**Lucia Ercoli** – Ambulatori Cure Primarie Elemosineria Apostolica Santa Sede

**Pasquale Ferrante** – Istituto Clinico Città Studi, ICCS Milano

**Conclusioni, Marino Nonis** – Comitato Scientifico Associazione “Giuseppe Dossetti: I Valori – Tutela e Sviluppo Dei Diritti”

**L’evento è stato realizzato grazie al contributo non condizionante di:**



**Si ringrazia per la gentile collaborazione:**



L’evento sarà trasmesso anche in streaming sulla nostra pagina FaceBook

Associazione Dossetti- I Valori

## SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

**Associazione Culturale ONLUS “Giuseppe Dossetti: i Valori, Tutela e Sviluppo dei Diritti”**

Via Giulio Salvadori, 14 - 00135 Roma – Tel. +39 06 3389120 cell. 380 8925801

E-mail: [relazioniesterne@dossetti.it](mailto:relazioniesterne@dossetti.it) <http://www.dossetti.it>

@DOSSETTIonlus Associazione Dossetti-I Valori Associazione G.Dossetti-I Valori  
 Associazione Nazionale ONLUS Giuseppe Dossetti I Valori, Tutela e Sviluppo dei Diritti

**Tecnico di regia:** Gabriele Pascuzzi

### Iscrizione all’evento

Il link per la registrazione on-line all’evento webinar:

<https://www.dossetti.it/convegni/2020/0605covid-pharma/>

### Rapporti con la Stampa

Ufficio stampa: tel. +39 06 3389120; cell. 380 8925801 mail: [ufficiostampa@dossetti.it](mailto:ufficiostampa@dossetti.it)

La partecipazione all’evento da parte degli operatori dell’informazione è regolamentata dall’Ufficio dell’Associazione e prevede la comunicazione della richiesta di accreditamento, contenente i dati anagrafici e l’indicazione del n. di tesserino e della testata di riferimento, a [ufficiostampa@dossetti.it](mailto:ufficiostampa@dossetti.it).