

SE LO STATO ROMPE IL PATTO DI SEGRETEZZA CON LE MADRI

Di fronte alla
potenziale
rottura
del vincolo
aumenterà
il numero

di coloro che
ricorreranno
all'abbandono
tradizionale,
partorendo
di nascosto

CHIARA SARACENO

FINO a dove può arrivare il diritto a conoscere le proprie origini? Fino alla rottura di quel patto di anonimato che spesso ha costituito la garanzia perché un neonato che una donna non poteva, o voleva, tenere con sé potesse nascere in sicurezza ed essere affidato a qualcuno che ne è diventato pienamente genitore?

Sta arrivando in discussione in Parlamento una norma intesa ad ampliare la possibilità di rintracciare i propri genitori naturali (di fatto pressoché esclusivamente la madre), in ottemperanza, appunto, al principio del diritto di ciascuno a conoscere le proprie origini. Tale nuova norma consente, innanzitutto, alla donna che ha partorito in modo anonimo di cambiare idea, anche ad anni di distanza, dandole la propria disponibilità ad essere rintracciata (non già a pretendere di assumere un ruolo, uno statuto, di madre cui ha a suo tempo rinunciato).

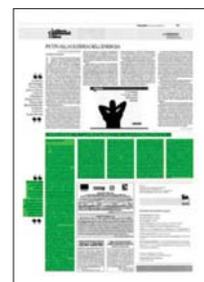
Questo va bene. Allarga i gradi di libertà della donna che si sono trovate nelle circostanze di non poter riconoscere il bambino che avevano partorito. Consente quindi a molte persone che non sono state riconosciute alla nascita e sono state adottate di rintracciare, se lo desiderano la donna che li ha partoriti, se questa oggi è d'accordo.

Ciò che non va affatto bene, rischia di provocare danni irreparabili, è un comma di questa proposta di legge (il 7 bis, lettera d) del testo base, secondo il quale, nel caso la madre naturale non abbia esplicitamente e formalmente revocato il proprio deside-

rio di rimanere anonima, il Tribunale per i minorenni, «con modalità che assicurino la massima riservatezza, anche avvalendosi del personale dei servizi sociali, contatta la madre senza formalità per verificare se intenda mantenere l'anonimato».

Non occorre molta fantasia per immaginare lo scompiglio che può provocare nella famiglia di questa donna l'arrivo di una lettera del Tribunale dei minori o la visita di una assistente sociale. Non sono cose che capitano normalmente a tutti. Come potrà giustificarla al suo eventuale marito o compagno, ai suoi eventuali figli, al suo intorno sociale? E come sarà garantita la riservatezza nella lunga catena comunicativa dal tribunale fino all'assistente sociale? Con che diritto lo Stato può rompere il patto di segretezza che ha stipulato con lei nel momento in cui lei ha deciso di non abortire, portando invece a termine la gravidanza, partorendo in sicurezza e affidando il bambino ad un destino migliore di quello che lei si sentiva di poterle garantire? Dal 1950 (quando è stata approvata la norma che consente di partorire in modo anonimo) ad oggi sono state circa 900 le donne che vi hanno fatto ricorso. Di fronte alla potenziale rottura del patto di segretezza aumenterà il numero di coloro che ricorreranno all'abbandono tradizionale, partorendo di nascosto e lasciando il neonato in un cassetto, o nel migliore dei casi in qualche posto ritenuto "sicuro", perché di frequente passaggio. E dove va finire il diritto alla tutela della privacy e dei propri dati personali? Quanto

poco rispetto ci sia per il mantenimento dei patti e per la privacy di queste donne è testimoniato anche da un altro passaggio della proposta di legge, che prevede che se la donna è morta (senza aver dichiarato di voler ritirare l'anonimato), la sua volontà non vale più e la sua identità può essere rivelata senza problemi. Come se nulla contasse l'identità che si era costruita nel tempo, nelle relazioni con le persone che le sopravvivono, alle quali non potrà più dare spiegazioni, dire di sé e del proprio punto di vista. Non credo che quella minoranza di figli adottivi che ricerca le proprie origini sia mossa dal desiderio di rovinare la vita di chi ha avuto tanto rispetto per la loro e per il loro futuro, da metterli al mondo pur senza poterli tenere, assicurandosi che fossero al sicuro, protetti. C'è il diritto a poter chiedere, non necessariamente ad avere risposte. Mi stupisco che parlamentari intelligenti e sensibili che sono tra i firmatari di questa legge, non colgano non solo i rischi per i futuri nascituri in condizioni difficili, ma il necessario equilibrio che occorre trovare tra diritto a conoscere le proprie origini e diritto alla riservatezza, specie quando riguarda la propria sfera più privata e più intima.



L'Hiv uccide ancora. Italia maglia nera Ue

Solo nel 2013 oltre un milione e mezzo di vittime nel mondo

In Russia i contagi crescono del 10% l'anno, ma il Cremlino non interviene

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
NICOLA LOMBARDOZZI

MOSCA. Ammettiamolo, ce n'è ravamo un po' dimenticati, relegandolo tra gli incubi ormai superati dopo le angosce degli Novanta. Eppure l'Aids continua a uccidere. Solo nel 2013 ha fatto oltre un milione e mezzo di vittime. E ha colpito ovunque. In Africa soprattutto (un milione e mezzo di nuovi casi all'anno), ma anche in Italia, nel resto d'Europa e in particolare in quella Orientale. Tanto che a Mosca, per la prima volta, perfino i vertici della Sanità ammettono di essere in piena emergenza. L'occasione di ieri,

giornata mondiale contro l'Aids, è almeno servita a ricordarci che il pericolo è tutt'altro che scampato: oltre 35 milioni di persone sul Pianeta convivono con il virus dell'Hiv e solo meno della metà è trattata con le speciali terapie retrovirali che ostacolano il concludersi della malattia. All'Italia spetta il non gradito record del Paese maggiormente colpito in Europa con i 1.700 morti del 2013 e una media di oltre 4mila contagi l'anno che hanno portato il numero di sieropositivi accertati a più di 140mila. Causa del disastro? Aver dimenticato quella che resta tuttora la pandemia più letale al mondo. Succede così che i giovani italiani tra i 16 e i 34 anni, sondati dalla Doxa, ammettano di non fare quasi mai sesso protetto.

E se l'ignoranza è spesso letale, la situazione diventa disperata in Russia dove l'Aids viene ancora percepita come una malattia di cui doversi vergognare. In Russia ci sono 860mila casi

accertati di infezione da Hiv. Il tasso di crescita è di oltre il 10 per cento all'anno. «Ma le cifre realisono almeno il triplo— ammette Aleksej Mazus specialista del Ministero della Sanità— Molti preferiscono lasciarsi morire piuttosto che marchiarsi d'infamia». Ma se anche venissero allo scoperto, gli infetti da Hiv non troverebbero il modo di curarsi. I retrovirali si trovano con grandi difficoltà. La fama delle due categorie ritenute più vulnerabili, omosessuali e tossicodipendenti, non stimola certo una campagna di prevenzione in un Paese dove si tende a nascondere l'impennata dell'uso di droghe e dove i diritti gay sono repressi. Ma le cose stanno cambiando. I nuovi infetti fanno parte di categorie nuove. Sono al 49 per cento donne tra i 25 e i 35 anni, lavoratori, esponenti della classe media, e di istruzione medio alta. E il suggerimento è lo stesso che vale anche per noi italiani: "Informarsi e stare in guardia".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Aids nel mondo



1,5 milioni
le vittime nel 2013



2 milioni
Oltre due milioni i contagi



500 mila
i cinesi contagiati dall'Aids. Più di 150 mila le vittime nel 2013

In Italia



3.608
le nuove diagnosi di Hiv nel 2013, una media di quasi 10 al giorno

1.106
I casi di Aids conclamato



72,2%
Oltre 7 nuovi sieropositivi su 10 sono maschi



AIDS Il virus dilaga 136 mila casi nel 2013

Nella giornata mondiale contro l'Aids i numeri mostrano la disfatta delle politiche di prevenzione: in Europa nel 2013 sono stati registrati 136 mila nuovi malati, e nell'Est europeo la situazione è disastrosa: in Russia c'è un accesso ai trattamenti minori rispetto all'Africa.

A rivelarlo è lo studio elaborato dall'European Center for Diseases Control and Prevention. In Italia l'anno scorso sono state 3608 le nuove diagnosi di Hiv in Italia, una media di quasi 10 al giorno. Secondo le segnalazioni arrivate, l'incidenza in Italia è di sei nuovi casi di Hiv ogni 100 mila residenti, numeri simili a quelli registrati in Spagna, Francia, Paesi Bassi, Grecia e Regno Unito. La fascia d'età che nella Penisola ha il primato di incidenza è quella fra i 25 e i 29 anni. Il virus continua a colpire specialmente a causa dei rapporti sessuali non protetti. A preoccupare è anche il ritardo con cui si scopre la sieropositività: più della metà delle nuove diagnosi avviene in fase avanzata quando i linfociti CD4 sono già bassi o quando sono già comparsi i primi sintomi.



CORTE UE**Farmaci difettosi, l'azienda fornisca i dati**

Non è in contrasto con la normativa europea, nello specifico con la direttiva 85/374/Cee del 25 luglio 1985 (relativa al riavvicinamento delle disposizioni in materia di responsabilità per danno da prodotti difettosi), quella di uno Stato membro che permetta al cittadino di chiedere al produttore farmaceutico dati sui difetti riscontrati sul farmaco e non ancora registrati nella scheda tecnica. Questa è l'opinione espressa nella sentenza interpretativa della Corte di giustizia europea del 20 novembre 2014 (causa C 310/13).

La domanda di interpretazione è stata sollevata dalla Corte di giustizia tedesca nell'ambito di una controversia che opponeva la società farmaceutica Novo Nordisk Pharma a una paziente diabetica. Dal 2004 al 2006 alla paziente venne prescritto il farmaco Levemir, che le comportò, a suo dire, una lipoatrofia, ossia la riduzione del tessuto adiposo intorno al punto di iniezione. La paziente si rivolse al tribunale affinché ordinasse all'azienda di avere informazioni circa gli effetti collaterali del medicinale, in relazione alla lipoatrofia.

In genere, la tipologia delle informazioni sulle caratteristiche del prodotto che il consumatore può richiedere al fabbricante sono limitate. Nel caso di danno, infatti, in applicazione dell'art. 4 della direttiva è onere del

danneggiato provare il difetto occulto del prodotto. Di conseguenza, la paziente introduceva in giudizio una sorta di inversione dell'onere della prova. La direttiva, afferma ora la sentenza, non osta a regimi locali più favorevoli, in quanto l'art. 13 lascia impregiudicati i diritti che il danneggiato può esercitare in base al diritto relativo alla responsabilità contrattuale o extracontrattuale del proprio Paese.

Adattando questa sentenza alla realtà italiana, va sottolineato che la giurisprudenza prevalente considera la produzione di farmaci come attività pericolosa, ai sensi dell'art. 2050 Cc. La qualificazione di prodotto pericoloso mette a carico della casa produttrice la dimostrazione del nesso tra il farmaco e il danno lamentato. Teoria spesso contestata dai produttori, che hanno trovato sponda nella sentenza del tribunale di Bergamo del 23 novembre 2013, in una causa che vedeva coinvolta l'azienda inglese Smithkline Beecham sugli asseriti effetti avversi del farmaco Neoduplamo. Il giudice di merito inquadrò il prodotto farmaceutico come afferente alla responsabilità extracontrattuale del produttore prevista dagli artt. 114 e seguenti del Dlgs 206/2005 (il Codice del consumo), ampiamente più favorevole al produttore in quanto ricalca l'art. 4 della direttiva europea.

Paola Ferrari

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SARDEGNA**E-health da 10 mln**

In Sardegna la ricetta medica cartacea sarà sostituita dalla trasmissione telematica. Sparirà dunque, gradatamente, la ricetta rossa e al suo posto ci sarà una più rapida trasmissione per via telematica. Con una delibera presentata dall'assessore della Sanità **Luigi Arru** sono stati stanziati 10 milioni e 500mila euro per la programmazione degli interventi che serviranno alla "dematerializzazione della prescrizione medica e allo sviluppo del fascicolo sanitario elettronico", da integrare sull'attuale dotazione della linea di attività Por Fesr 2007-2013. Il piano - presentato il 20 dicembre 2013 a Mef e **ministero della Salute** - prevede di mettere in rete entro il 2015 tutti i medici, di sostituire la ricetta cartacea con quella elettronica e di creare una cartella sanitaria individuale per ogni paziente. Il progetto concordato con il Mef prevede che vengano trasferiti i dati relativi alle ricette, per via telematica, attraverso il Medir, Fse e il sistema di accoglienza regionale Sar realizzato al suo interno.



Lunedì 01 DICEMBRE 2014

Esclusiva. Intervista a Chiamparino. **"Su stabilità pronti a trattare con Governo.** **Serve comunque un nuovo assetto** **federalista con 'maxi' Regioni per gestire** **meglio alcuni servizi"**

"Chiediamo di rivedere gli aumenti previsti per il Fondo Sanitario Nazionale e di rinegoziare i debiti delle Regioni, spalmandoli in più anni. "Aspettiamo risposte Governo entro il 10 dicembre". E sulla riforma costituzionale spiega: "Penso ad alcuni adattamenti istituzionali sul profilo dimensionale delle Regioni rispetto a specifiche materie che obblighino Regioni diverse a lavorare assieme, sulla base di vere e proprie convenzioni. Sanità compresa".

Il giorno dopo l'approvazione alla Camera della Legge di Stabilità, Chiamparino illustra le proposte delle Regioni da inserire nel passaggio al Senato e fissa al 10 dicembre la deadline per sciogliere tutti i nodi e per trovare una sintesi con il governo. Operazione che non si prospetta semplice, dopo le polemiche a distanza con il premier Renzi. Ma la partita della Sanità non si esaurisce certamente nella Stabilità. Revisione del sistema dei ticket, sostenibilità e universalismo del SSN, riforma del Senato, revisione del Titolo V e federalismo, sino alla riorganizzazione dell'assetto sanitario in Piemonte: tutti temi caldi e articolati che abbiamo affrontato a 360 gradi in quest'intervista esclusiva con il presidente della Conferenza delle Regioni e governatore piemontese.

Lo scorso 16 ottobre aveva definito "insostenibile" la Legge di Stabilità a meno di non incidere sulla spesa sanitaria. Oltre un mese dopo, come procede la dialettica con il governo? A che punto è il cosiddetto 'Lodo Chiamparino'? Qual è l'orientamento contenuto nelle proposte che le Regioni stanno elaborando?

Le nostre proposte si basano su due assi fondamentali: da un parte rivedere insieme al governo gli aumenti previsti per il Fondo Sanitario Nazionale e promuovere il cosiddetto Patto Integrato Verticale, un accordo che lascia più margini ai Comuni per alzare il tetto ai limiti del Patto di Stabilità; dall'altra parte verificare la possibilità di rinegoziare i debiti delle Regioni, spalmandoli in più anni. A questo punto però dobbiamo attendere il passaggio al Senato, perché, come ci ha spiegato il sottosegretario Baretta, il Governo ha scelto di recepire le indicazioni dei Comuni alla Camera e quelle delle Regioni, appunto, al Senato. In base al percorso che abbiamo indicato ci sarà un incontro questa settimana in Conferenza Unificata, per poi portare il nostro parere entro il 10 dicembre, che è la deadline da noi indicata. Baretta si è detto disponibile in questo senso.

Lo scorso 30 novembre, secondo quanto stabilito dal Patto per la Salute, doveva essere pronta la proposta governo-regioni per la riforma del sistema dei ticket. A che punto siete? E quali sono le idee guida?

Su questo tema ogni Regione sta lavorando per cercare di trovare la soluzione più efficace tenendo conto delle indicazioni del Patto per la Salute: l'obiettivo comune è quello di rendere sostenibile l'assistenza sanitaria universalistica cercando di non pesare sulle fasce più deboli. Al momento non mi risultano elaborazioni più concrete che mi consentano di essere più preciso. Mi preoccupa invece

una contraddizione contenuta nella Legge di Stabilità approvata alla Camera, tra la tabella che indica 112 mld al Fsn per il 2015 e il testo che indica la Sanità come vettore per recuperare la riduzione del gettito prevista per le Regioni a statuto ordinario. Al Senato bisognerà prima di tutto chiarire questo punto.

Pensa che in ogni caso l'Italia possa continuare a permettersi un sistema sanitario nazionale universalistico o ritiene, come in molti sostengono, che esso "sia un lusso che non possiamo più permetterci"?

Innanzitutto voglio rimarcare che il nostro Sistema Sanitario, secondo numerose e attendibili valutazioni, si colloca ai primissimi posti a livello mondiale. Nel complesso ritengo che il sistema universalistico possa reggere a tutti gli effetti, soprattutto grazie al Patto per la Salute che costituisce una solida garanzia in questo senso. Il SSN a carattere universalistico continuerà quindi a essere pienamente sostenibile ed efficace. La grande sfida che ci attende è quella di riuscire a valorizzarlo e migliorarlo ulteriormente.

Dopo il vistoso calo di affluenza alle ultime elezioni in Emilia Romagna e in Calabria in molti hanno rilevato che esso sia un segnale indiscutibile di una forte disillusione rispetto al regionalismo. Che ne pensa? Ritiene ancora valida la spinta e la visione federalista dell'attuale titolo V?

Le Regioni hanno compiuto un percorso un po' contraddittorio che da una parte le ha viste raggiungere gli obiettivi originari che avevano ispirato la loro istituzione e dall'altra le ha progressivamente trasformate in enti di gestione invece che di programmazione e di legislazione. Bisogna anche tenere conto che l'opinione pubblica fatica a individuare quale sia l'impatto dell'azione politica delle Regioni, mentre sono molto più chiare le ripercussioni che hanno le decisioni a livello comunale o nazionale. Salvo eventi eccezionali, come il caso del terremoto in Emilia Romagna del 2012, le Regioni sono sempre rimaste un po' distanti dalla percezione comune. Bisogna quindi cogliere l'occasione fornita dalla revisione del Titolo V per costruire quello che definirei un nuovo riformismo regionalistico. Per anni abbiamo infatti discusso di federalismo e autonomismo, producendo sostanzialmente nulla. Paradossalmente quanto più si è diffusa un'ideologia federalistica, tanto più si è affermata una pratica centralistica.

Cosa pensa della riforma costituzionale attualmente in discussione in Parlamento, anche per quanto riguarda il previsto ripensamento sulle competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria?

La riforma del bicameralismo attualmente in discussione ha un'importanza enorme perché rappresenta la condizione essenziale per poter garantire un autonomismo serio e non fondato soltanto su luoghi concertativi settoriali come sono le attuali Conferenze. Il Senato delle autonomie dovrà invece rappresentare la sede in cui verranno elaborate alla luce del sole le politiche che riguardano concretamente i territori. Dovrà anche diventare uno strumento che consenta di gestire con flessibilità le competenze all'interno di uno Stato che sappia mantenersi allo stesso tempo autonomistico e unitario. Tutta l'esperienza internazionale degli stati federalisti ci insegna infatti che mantenere una rigida divisione è quasi impossibile perché quasi tutte le materie, inclusa la Sanità, tendono a essere concorrenti e non separate rigidamente. Spetterà quindi al nuovo Senato fare in modo che l'oggettiva concorrenza tra materie diventi uno stimolo positivo e non un ostacolo al funzionamento complessivo del sistema. Una volta consolidato il cambiamento della seconda Camera, bisognerà discutere alcuni adattamenti istituzionali per quanto concerne il profilo dimensionale delle Regioni. Questo non significa che sia necessario chiuderne qualcuna, piuttosto sarebbe utile introdurre nuove metodologie che, rispetto a specifiche materie, obblighino Regioni diverse a lavorare assieme, sulla base di vere e proprie convenzioni. Per quanto riguarda la Sanità un principio simile potrebbe essere applicato, per esempio, al Molise che presenta numeri bassi per poter reggere da solo specialità sanitarie complesse che richiederebbero invece un bacino di utenza ben più ampio. In questo caso costruire relazioni con le Regioni e quindi con le strutture limitrofe sarebbe fondamentale.

La riforma sanitaria che ha varato con l'assessore Saitta in Piemonte ha già scatenato un vespaio di polemiche. Quali sono i principali obiettivi del vostro intervento e dove si aspetta i primi effetti tangibili? Le strutture complesse diminuiscono, mentre posti letto e personale

restano inalterati: quali ragioni alla base di questa scelta?

Innanzitutto confidiamo che la riforma ci consenta di uscire dal Piano di rientro o almeno di ottenere maggiore flessibilità per quanto riguarda le assunzioni. Il nostro problema principale non è infatti quello di ridurre il personale nel suo complesso, ma snellire gli amministrativi. In Sanità il nostro obiettivo è quello di tornare ad assumere medici e infermieri per rinnovare gli organici dopo una stagione di tagli lineari. Sbloccare il turn over è l'unica strada per rendere più funzionale il sistema piemontese: non a caso, tra 2010 e 2014, si è registrata un'esplosione della mobilità passiva sino a toccare il picco di 50 milioni. Senza dimenticare che abbiamo verificato come una serie di posizioni siano tutt'oggi scoperte. Allo stesso tempo il riordino della rete ospedaliera è lo strumento che abbiamo messo a punto per recuperare risorse che ci consentano di tornare a investire soprattutto in nuove tecnologie e in edilizia sanitaria, costruendo nuovi ospedali e riorganizzando quelli già esistenti. Altro obiettivo è quello di valorizzare l'assistenza territoriale, all'interno di un quadro in cui ci dovrà essere sempre meno bisogno della degenza. Nell'arco dei prossimi dieci anni, salvo che per le grandi complessità, l'ospedalizzazione dovrà diminuire massicciamente.

Gennaro Barbieri

L'intervista **Claudio Cricelli**

«Gli anziani sono morti per il cuore ma l'anti-influenzale non c'entra»

«SI TRATTA DI UNA COINCIDENZA QUELLE PERSONE ERANO MOLTO MALATE E FRAGILI NIENTE PANICO»

«NESSUN EFFETTO COLLATERALE, QUESTA PROFILASSI MAI STATA LETALE E PIÙ PERICOLOSA LA MALATTIA»

ROMA I medici di base, quelli che materialmente fanno la puntura, hanno detto fin dal primo momento che quelle morti non erano legate al vaccino. Una certezza granitica sostenuta, oltre che dalla pratica quotidiana nei loro studi, anche dalla tipologia dei decessi degli anziani di questi giorni. Tra i primi a contestare l'associazione profilassi-effetti letali è stato Claudio Cricelli alla guida della Società italiana di medicina generale: «Vaccino da trent'anni, mai avuto reazioni gravi».

Possiamo parlare di un allarme eccessivo?

«Se l'Aifa ha deciso così ci saranno stati dei validi motivi. Era sicuramente necessario fare i test per cancellare ogni dubbio e stare più tranquilli. Sia noi che i pazienti».

I risultati hanno dato ragione alle vostre tesi, dunque?

«Appena è scattato l'allarme ci siamo messi ad analizzare la situazione e a confrontare i numeri. Proprio questi ci hanno indotto a dire che la vaccinazione non poteva essere responsabile di quelle morti».

A quali numeri si riferisce? I dati, da soli, spiegano la vostra posizione?

«Ogni giorno in Italia muoiono circa 1.800 persone, con punte fino a duemila durante i mesi freddi. La maggior parte dei decessi, direi 1.600 al giorno, riguarda anziani. Circa 800 sono stati vaccinati e 800 no. Da qui, la nostra convinzione».

Lei vuol dire che queste persone, nella maggior parte oltre gli ottanta, sarebbero morte lo stesso?

«Nei giorni scorsi, a Firenze, abbiamo avuto il congresso della

Società di medicina generale. Tra noi c'era anche il collega di Augusta, in Sicilia, che ha somministrato il vaccino al primo paziente deceduto qualche ora dopo. Un uomo anziano, malato in modo importante. Era andato al mercato e poi a casa si è sentito male. Lo stesso, anche secondo il suo medico curante, sarebbe potuto accadere senza la vaccinazione».

Ma la correlazione è stata fatta, poi altri anziani sono deceduti e le segnalazioni sono arrivate all'Agenzia del farmaco. Insiste a sostenere che si tratta solo di casualità?

«Il nostro lavoro quotidiano ci dice che stiamo parlando di persone morte per un accidente cardiovascolare. Mai, nessun vaccino, ha mai avuto effetti di questo tipo. Eravamo più di 2500 a Firenze, abbiamo parlato di questo. E a nessun collega è mai accaduto».

Lei avverte un paziente che potrebbe avere effetti collaterali dopo la vaccinazione, di quali parla?

«Ricordiamo che la maggior parte degli anziani sono anni che si vaccinano. Comunque avverto che potrebbero avere dei problemi cutanei, magari un rossore, e niente altro. Un giorno a casa e tutto si risolve».

Ma ora avete un generale rifiuto del vaccino soprattutto tra chi è più anziano, vero?

«Nella maggior parte degli studi la vaccinazione si è conclusa. Ma proprio per la loro condizione di fragilità è importante che gli anziani si vaccinino. Altrimenti assisteremo a un numero di morti sicuramente maggiore».

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Claudio Cricelli, presidente della Società di Medicina generale



ALLARME SALUTE I test sui lotti di Fludad sotto accusa

«Vaccini esaminati non tossici» Ma ci sono altre morti sospette

*Il direttore dell'Aifa e Vespa si iniettano il siero in tv
Mentre diverse Procure indagano per omicidio colposo*

3,5 mln

Dosi distribuite in Italia di Fludad, vaccino anti-influenzale che è stato registrato nel 1997

GLI ESPERTI

Ancora due settimane per escludere ipotesi di ulteriori anomalie

Francesca Angeli

Roma I lotti «incriminati» del vaccino antinfluenzale Fludad non sono contaminati. L'Agenzia italiana del Farmaco, Aifa, insieme all'Istituto Superiore di Sanità lo annunciano in una nota ufficiale: «I risultati dei test confermano la sicurezza del vaccino antinfluenzale escludono la presenza di endotossine e hanno mostrato che nei lotti risulta conforme l'aspetto ed il contenuto in antigene del vaccino del virus dell'influenza». Risultati che, dice il [ministro della Salute, Beatrice Lorenzin](#), «ci fanno tirare un sospiro di sollievo». E per dare ancora più forza a questo messaggio rassicurante il direttore generale dell'Aifa, Luca Pani, ieri sera ospite di *Porta a Porta*, si è vaccinato con una dose di Fludad insieme a Bruno Vespa davanti alle telecamere. Nel caso di Pani si trattava addirittura del richiamo del vaccino già eseguito un mese fa.

Vicenda conclusa dunque? Assolutamente no. Prima di tutto perché le morti sospette nel frattempo continuano a salire ed arrivano segnalazioni da tutta Italia. Su questi decessi si sono mosse diverse Procure che in alcuni casi hanno avanzato l'ipotesi di omicidio colposo come a Roma dove i casi sospetti sono saliti a tre. Le salme delle

persone decedute sono state sottoposte ad autopsia e dunque solo dopo gli accertamenti, caso per caso, si potrà escludere che il nesso causale tra la somministrazione del vaccino ed i decessi.

Non solo. A Torino il pm Raffaele Guariniello ha aperto un'inchiesta anche su un decesso seguito alla somministrazione dell'Agrippal. Quindi un altro vaccino rispetto al Fludad, sempre prodotto dalla Novartis. Lo stesso vaccino che insieme al Fludad due anni fa era stato fermato prima dell'immissione in commercio a causa della presenza di una micro-particella che poi rivelatasi innocua. Un'inchiesta oramai scattata anche se la morte seguita all'assunzione di Agrippal è stata causata dalla rottura dell'aorta come hanno già verificato i servizi sanitari del posto. E dunque è certo che non ci fosse nesso tra l'Agrippal ed il decesso.

Indubbiamente questi primi risultati devono rassicurare la popolazione ma occorrerà ancora del tempo prima di mettere la parola fine a questa vicenda. Presso l'Istituto Superiore di Sanità proseguono accertamenti più approfonditi sulla sicurezza del vaccino ed un giudizio definitivo non arriverà prima di un paio di settimane. In-

dagini che serviranno a stabilire se esiste un qualche difetto nella composizione del vaccino dopo che il rischio di tossicità è stato definitivamente escluso. Che cosa potrebbero trovare gli esperti? Prima di tutto una eventuale contaminazione batterica che richiede più tempo per essere individuata, ritenuta però altamente improbabile dagli esperti. Un altro elemento di rischio potrebbe essere rappresentato dagli adiuvanti forse eccessivamente potenziati e quindi in grado di provocare reazioni di rigetto in un maggior numero di pazienti rispetto alla media. Si tratta però soltanto di un processo cautelativo che deve essere portato fino in fondo. Ma dopo i primi test negativi gli esperti appaiono convinti della sicurezza del prodotto. «Dal punto di vista legale e tecnico il vaccino è perfettamente sicuro - garantisce Walter Ricciardi commissario straordinario dell'Iss - Dobbiamo convincere gli anziani a vaccinarsi per evitare le conseguenze dell'influenza».

Per Gianni Rezza, Direttore del Dipartimento di Malattie infettive dell'Iss, «probabilmente arriveranno altre segnalazioni perché c'è una maggiore attenzione da parte dell'opinione pubblica e degli operatori sanitari».



Farmaci, Ema: presto un bando per il nuovo direttore esecutivo



«A breve la Commissione europea prevede di pubblicare un bando di concorso per il posto di direttore esecutivo». Lo comunica l'Agenzia europea del farmaco (Ema), il cui consiglio di amministrazione ha tenuto una riunione straordinaria il 27 novembre a Roma per discutere le conseguenze della sentenza della Tribunale della funzione pubblica dell'Unione europea, che ha annullato la nomina del direttore esecutivo dell'Agenzia, Guido Rasi. Il consiglio di amministrazione presieduto da Sir Kent Woods - informa un comunicato - ha confermato che il vicedirettore esecutivo Andreas Pott sarà responsabile della gestione e del funzionamento dell'Agenzia finché la nuova procedura di selezione proposta dalla Commissione europea non sarà finalizzata. È stato chiesto a Sir Kent Woods di capire come Guido Rasi possa meglio supportare l'Agenzia nei prossimi mesi, dato che il suo contratto è ancora valido.

«Il Tribunale della funzione pubblica dell'Ue - si ricorda nella nota - ha annullato la selezione da parte della Commissione europea dei candidati per la carica di direttore esecutivo e, di conseguenza, ha anche annullato la decisione dell'ottobre 2011 di scegliere Guido Rasi da una rosa di nomi per la carica di direttore esecutivo». A giudizio del consiglio di amministrazione dell'Ema - conclude la nota - «il Tribunale non si è opposto in alcun modo alle procedure e al processo decisionale del consiglio di amministrazione».

Professionisti. Debutto previsto nel 2016

La tessera europea partirà da farmacisti e infermieri

L'OBIETTIVO

Il sistema punta a favorire l'esercizio delle attività in altri Paesi - In prima linea anche fisioterapisti, guide alpine e agenti immobiliari

Maria Carla De Cesari

Commissione europea e autorità nazionali al lavoro per rendere possibile, nel gennaio 2016, il debutto della **tessera professionale europea**. Il canale digitale per il riconoscimento delle **qualifiche professionali**, che promette procedure più semplici e tempi più veloci, dovrebbe partire per alcune professioni.

Farmacisti, infermieri, fisioterapisti, guide alpine e agenti immobiliari sono i pionieri per implementare il nuovo sistema elettronico che costituirà un canale alternativo alla procedura ordinaria di riconoscimento delle qualifiche, così da poter esercitare la professione in un altro Paese Ue in via continuativa, con lo stabilimento, o per un periodo definito, con la libera prestazione. In seguito il sistema dovrebbe ricomprendere altre professioni. Medici e ingegneri dovrebbero essere coinvolti successivamente, anche se erano stati scelti per il test: per quanto riguarda i primi ha prevalso un approccio graduale per tener conto delle implicazioni sulla tutela della salute, quanto ai secondi sono sorti dubbi sul loro rapido coinvolgimento visto che la formazione nei Paesi Ue è molto differente. Della tessera professionale europea si è discusso ieri a Roma, nel corso di un seminario promosso dal-

la Commissione europea, direzione mercato interno, e dalla presidenza italiana dell'Unione con il dipartimento delle Politiche europee.

La tessera professionale europea si baserà su un fascicolo informatico che viaggerà sull'infrastruttura europea Imi. Il principio cardine è la garanzia su titoli e qualifiche da parte del Paese del professionista che chiede di poter lavorare in un altro Stato. L'obiettivo - hanno detto Pierre Delsaux, direttore generale Mercato interno della Commissione, e Martin Frohn, capo unità della direzione - è accrescere la mobilità dei professionisti. Migliorare l'efficienza e la trasparenza nel settore dei servizi potrebbe, secondo stime della Commissione Ue, accrescere il Pil del 3% in pochi anni. «Il mercato unico è la nostra risorsa» ha detto Delsaux. Per questo alle rappresentanze dei professionisti verrà chiesto, in collaborazione con i governi, di individuare e rimuovere gli ostacoli alla libera circolazione non giustificati dalla protezione di interessi generali.

Si tratta di un percorso difficile, quello della libertà di circolazione. Tra le perplessità sul reale funzionamento dei reciproci meccanismi di allerta contro i professionisti scorretti - come ha sottolineato Gaetano Stella, presidente di Confprofessioni - la possibilità di esercizio parziale della professione. Tuttavia, in questo caso ha chiarito Lidia Germani delle Politiche europee - l'esercizio sarà connotato con il titolo del Paese di provenienza, senza ambiguità per i consumatori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Vecchietti nello spazio

La salute longeva vien dallo spazio. O meglio, la medicina aerospaziale può aiutare a invecchiare meglio. È l'Anti-aging, bellezza. Cioè un approccio medico che tiene conto degli aspetti genomici, molecolari, metabolici, psicologici e comportamentali di ogni persona per puntare a rallentare i processi di declino del proprio organismo. Guru di questa nuova frontiera è Filippo Ongaro, da anni impegnato nella tutela della salute degli astronauti all'interno dell'Agenzia spaziale europea.

La parola-chiave, valida per chi vive nello spazio ma anche per quanti, più banalmente,

restano a terra, è approccio olistico. Che considera e prende in carico la persona nel suo complesso, inclusa una nutrizione mirata sulle caratteristiche genetiche.

Ne sanno qualcosa i nuovi strateghi del nostro Ssn, quando progettano reti di cura capaci di coordinare e ottimizzare gli interventi a beneficio del paziente. Ma dietro c'è sempre il medico, ed è innanzitutto a lui che si chiede una mini-rivoluzione culturale capace di affrontare nuove sfide. Un po' come andare nello spazio. (B.Gob.)

MARRAZZO E TRABUCCHI A PAG. 10-11

I protocolli della Medicina aerospaziale al servizio della prevenzione dell'invecchiamento

La salute arriva dallo spazio

Astronauti come modello di programmi contro i processi degenerativi

DI DONATA MARRAZZO

«**L'**astronauta è l'apoteosi dell'uomo moderno. In orbita tutti i processi sono accelerati, anche quello dell'invecchiamento: 6 mesi di vita nello spazio equivalgono a 10 anni di vita sulla terra». Filippo Ongaro si è occupato a lungo della salute degli astronauti all'interno dell'Agenzia Spaziale europea, dopo una specifica formazione in Russia come flight surgeon, medico d'equipaggio: li ha preparati ai lanci, li ha assistiti durante le missioni e riabilitati al rientro. Oggi applica i protocolli della Medicina aerospaziale all'Anti-aging, un approccio medico nuovo che tiene conto degli aspetti genomici, molecolari, metabolici, psicologici e comportamentali di ogni individuo per scoprire, prevenire e trattare le patologie legate all'invecchiamento e per rallentare il declino dell'organismo umano.

Gli astronauti come modello di studio. Primo italiano ad avere ottenuto la certificazione dall'American Board of Regenerative & Anti-Aging Medicine, Ongaro ha dato il suo contributo anche alla prossima missione di Samantha Cristoforetti sulla Stazione spaziale internazionale: è suo il programma alimentare di "Futura" partito il 30 novembre dal cosmodromo di Baikonour, in Kazakistan. Lo ha studiato dal punto di vista nutrigenomico per controbilanciare gli effetti della microgravità e degli altri fattori di stress a cui gli astronauti sono sottoposti.

Lo chef Stefano Polato ha tradotto le indicazioni scientifiche in un goloso menù spazia-

le, cuocendo in autoclave i pasti e termostabilizzandoli nello Space Food Lab di Argotec a Torino. Gli astronauti sono diventati, dunque, un modello di studio per l'invecchiamento e per la definizione di programmi personalizzati contro ogni processo degenerativo.

Nutrigenomica, l'alimentazione secondo Ippocrate. Le prime contromisure proprio quelle alimentari: «Che il cibo sia la tua medicina, che la medicina sia il tuo cibo», diceva Ippocrate. Un programma nutrizionale completo si costruisce studiando il rapporto tra nutrienti e geni per regolare la moltitudine di reazioni biochimiche che si producono nelle nostre cellule: calorie, nutrienti e integratori contribuiscono a ristabilire la funzionalità metabolica ottimale dell'organismo. «Gli effetti positivi della nutrigenomica si possono testare, oltre che nello spazio, anche sulla Terra - spiega Ongaro -. È possibile selezionare i cibi che influenzano la funzionalità del Dna e delle nostre cellule e prevenire il rischio dell'insorgenza di malattie. L'alimentazione è uno dei primi fattori di prevenzione per obesità, diabete e alcuni tumori, come quelli del colon».

Approccio olistico contro l'invecchiamento. Un serio protocollo comporta una nuova visione dell'organismo umano come un unico sistema e non un insieme di organi indipendenti. «È necessario riconoscere che le manifestazioni patologiche del nostro corpo spesso vengono meglio curate se affrontate simultaneamente e in modo integrato», precisa Filippo Ongaro, pioniere dell'Anti-aging in Europa, nel suo centro Ismerian di Treviso. Un modo

efficace per fare prevenzione anche contro le malattie cardiovascolari, patologie endocrine e metaboliche.

Per correggere disfunzioni motorie e cognitive (i deficit della memoria e l'Alzheimer), trattare l'osteopenia (riduzione della massa ossea), ridurre lo stress psico-sociale, l'ansia e la depressione. Identificare predisposizioni genomiche a malattie cronico-degenerative con programmi personalizzati di prevenzione.

Protocolli spaziali sul pianeta Terra. Il primo passo della fase diagnostica è, come per gli astronauti, la valutazione della variabilità della frequenza cardiaca (Hrv), eseguita con un elettrocardiografo o un cardiofrequenzimetro. Dall'indagine si rilevano i livelli di affaticamento del paziente. Precede un'accurata anamnesi con un questionario di 30 pagine.

Lo space curl serve a recuperare la postura: si utilizza un girescopio progettato originariamente per l'allenamento tridimensionale degli astronauti, ma che adesso è impiegato per affrontare le patologie che interessano l'apparato muscoloscheletrico e per migliorare il sistema propriocettivo.

Specifici esami del sangue danno informazioni sul dosaggio dei radicali liberi (lo stress ossidativo), delle vitamine, degli Omega3, insieme a un profilo ormonale completo (con la

previdone in caso di patologie dell'uso di ormoni bioidentici, cioè con formula chimica analoga all'ormone naturale carente) e ai markers delle infiammazioni. Importante la valutazione isometrica e isotonica della forza, quella del consumo di ossigeno e della soglia anaerobica.

Lo stress fra i principali fattori di rischio. Ma è lo stress il nemico più pericoloso, ai confini dell'universo come sulla Terra: un'alimentazione bilanciata e un dettagliato programma di fitness (tassello fondamentale della prevenzione), non può prescindere dall'equilibrio psichico. «Le infinite connessioni anatomiche e biochimiche tra sistema nervoso e altri organi hanno un peso fondamentale sulla nostra salute e sui nostri comportamenti». La sindrome generale di adattamento alle sollecitazioni dell'ambiente, valutabile anche attraverso il dosaggio ematico del cortisolo (valore ottimale tra i 15 e 18 mcg/dl in un prelievo mattutino a digiuno), l'analisi della variabilità della frequenza cardiaca o la misurazione della pressione arteriosa, trova risposte positive in molte tecniche di rilassamento, come la meditazione o il biofeedback, che valuta le reazioni del corpo alle più diverse condizioni emotive.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Edili lombardi, incubo tumore al polmone

In Regione le statistiche della malattia sono più alte di quelle nazionali

Su 4550 diagnosi all'anno su persone di tutte le età, quasi 160 riguardano muratori ancora al lavoro

MARCELLO PALMIERI
MANTOVA

Ogni anno, 4500 lombardi si ammalano di tumore polmonare. Di questi, 158 sono muratori in attività. I risultati 2012 di "Eagle", un progetto firmato Statale e Policlinico di Milano con il sostegno del "National cancer institute", tornano d'attualità: se non altro, perché confluiti nel più grande "Synergy" (ne riferiamo in pagina nazionale ndr.). E soprattutto perché il nuovo studio li ha sostanzialmente confermati. Ma con 2 differenze peggiorative: gli edili della regione rischiano di contrarre un cancro alle vie respiratorie con il 57% di rischio in più rispetto ad altri lavoratori, mentre la media mondiale è del 50%. Non solo. A livello globale, il rischio di ammalarsi raddoppia dopo 25-30 anni di

lavoro in cantiere. In Lombardia, invece, appena dopo 20. Tutto sta nella polvere killer. Questa volta non c'entra l'amianto, i suoi effetti nefasti sono conosciuti. Ma la silice, che a differenza dell'asbesto continua a essere inalata. Il nome forse dice poco, eppure respirarla è molto semplice. Basta sbadillare una montagnetta di sabbia, spaccare pietre, movimentare mattoni rotti. Poi ci si ammala, e bisogna sudare le proverbiali sette camicie per vedersi riconoscere dall'Inail la patologia professionale. L'istituto la considera "non tabellata", per cui non basta dimostrare di soffrirne. Bisogna anche provare che è direttamente correlata con il lavoro svolto: una bella difficoltà. Eagles lo conferma: dal 1999 al 2005 su 950 diagnosi a muratori solo 100 sono state riconosciute come malattia professionale.

Ma per Battista Villa, segretario regionale Filca Cisl, l'emergenza più grande è la mancanza di consapevolezza. «La silice – considera – ma anche la polvere di legno sono pericolosissime. Eppure non vedo attenzione né da par-

te degli operatori dei materiali delle costruzioni, né a volte pure al nostro interno». In regione, sono 115mila i lavoratori edili dipendenti. E altrettanti quelli dei settori collegati. «A tutti loro – auspica – bisognerebbe assicurare controlli medici che facciano prevenzione». Lui, una vita nei tessilifici che si è scoperto essere inconsapevoli depositi d'amianto, lo sa bene: «Se sono vivo, è proprio grazie a una visita biennale: mi han trovato prima un tumore al polmone, poi uno al rene. Fortunatamente siamo intervenuti in tempo, e son qui a raccontarlo». Così, quando dice che «stiamo lavorando perché la contrattazione aziendale comprenda fondi integrativi per controlli sanitari», c'è da credergli. D'altronde, «principale dovere del sindacato è quello di tutelare la salute dei lavoratori». Villa lo rimarca: «La prevenzione prima di tutto. Anche quando sembra uno spreco perché non dà risultati immediatamente visibili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Macché federalismo

Con il federalismo la forbice delle disuguaglianze si è allargata. È positivo che si consideri la revisione del Titolo V.

COLLICELLI A PAG. 9

I NODI AL PETTINE DEL FEDERALISMO**Rispetto dei diritti e sostenibilità sociale**

Lo scarso entusiasmo con cui i cittadini delle Regioni meridionali hanno accolto la riforma del Titolo V della Costituzione, e in particolare il trasferimento della competenza sanitaria alle Regioni, è noto. Indagini Censis e Forum Biomedico hanno monitorato con tempestività gli umori dei pazienti e della popolazione su questa importante materia, mostrando sin dall'inizio il contrasto tra una minoranza di favorevoli al sud (25%) e una maggioranza al nord (60%), e la segnalazione di importanti rischi, espresse ad esempio nell'item «Le Regioni non sono pronte a svolgere i nuovi compiti», abbracciato da quasi il 30% dei meridionali (contro il 13% degli abitanti del nord-est). In maniera più trasversale, il supporto di «un meccanismo di redistribuzione finanziaria da parte dello Stato» veniva ritenuto necessario (i dati cui ci riferiamo sono di 12 anni fa) da circa il 60% nel Mezzogiorno e nel nord-est, dal 50% nel nord-ovest e dal 45% al centro.

Forse nessuno si sarebbe aspettato, però, che gli esiti del cambiamento fossero così deludenti. I dati medi nazionali sulla spesa sanitaria e i risultati in termini di salute e speranza di vita collocano l'Italia in posizione più che dignitosa, secondo alcune analisi preminente, nel panorama internazionale, e molte regioni del nord e del centro possono essere considerate all'avanguardia per qualità sanitaria in Europa. Ma la forbice delle disuguaglianze, invece di ridursi, si è allargata. Tutte e tre le categorie classiche di spiegazione delle origini della disuguaglianza nelle società moderne, quella socio-economica (redditi, condizioni sociali), quella istituzionale (servizi, territorio) e quella culturale (scolarizzazione, competenza comunicativa), si sono rafforzate negli ultimi tempi. Quella istituzionale, legata alle scelte dei governi regionali e locali e alle differenze di qualità, efficienza ed efficacia tra territori. Quella culturale, per le lacune della formazione e dell'informazione. E quella di reddito per la necessità di ovviare alle carenze dell'offerta con risorse proprie (il che ovviamente favorisce i più benestanti).

L'effetto peggiorativo si riscontra nella disponibilità di servizi (soprattutto quelli innovativi e della medicina

di iniziativa e di prossimità), nei tempi di accesso alle prestazioni (liste di attesa), nella disponibilità di farmaci innovativi senza dilazioni e ritardi, nel rafforzamento della clinical governance, nella mobilità tra regioni, nella qualità percepita, per quanto riguarda i servizi. Ma colpisce ancora di più che il peggioramento della situazione sanitaria nel Mezzogiorno riguarda anche, e in maniera ormai evidente, l'aumento delle cronicità e pluricronicità, il peggioramento degli stili di vita (obesità), la disattenzione per la prevenzione, la debolezza degli interventi di tipo riabilitativo e la carenza di assistenza di lunga durata.

Si verifica in sostanza la presenza di un crescente divide territoriale, che le misure fino a oggi tentate, dalla definizione dei Lea, al lavoro sui costi standard, alle valutazioni da parte di valutatori esterni nell'ambito a esempio dei programmi dei Piani di rientro, alla lotta agli sprechi, al tentativo di utilizzare risorse esterne (a esempio europee), non hanno scalfito. Il Patto per la salute, di recente approvazione, pone correttamente alla base dell'accordo i principi di sostenibilità, equità, universalismo e investimento in salute, ma non sappiamo ancora se riuscirà nell'intento.

È positivo quindi che, occupandosi di diritti e di valori, come fa la Associazione Dossetti, si consideri la revisione del titolo V e le prospettive di un riequilibrio verso le responsabilità centrali e l'omogeneità dei trattamenti. Allo scopo di contrastare un assetto che sembra aver rafforzato quello che il Censis anni fa ha definito il «neostatalismo regionale», e cioè l'appesantimento del carico burocratico e della spesa amministrativa, la conflittualità tra regioni e tra Regioni e Stato centrale (in particolare il ministero dell'Economia per la assegnazione delle risorse), l'accentuazione delle differenze nei modelli di organizzativi dei servizi con il risultato di una loro impermeabilità e difficile confrontabilità, con la conseguenza di effetti negativi sulla equità e sul diritto di tutti i cittadini a essere tutelati nella propria salute in maniera adeguata ovunque essi risiedano.

La questione ha una sua importanza intrinseca per il rispetto dell'articolo 32 della Costituzione e, più in ge-

nerale, per il rispetto dei valori collettivi della convivenza. Ma la questione ha valore anche per la tenuta del modello economico e politico nazionale. Analisi internazionali accreditate valutano il contributo degli investimenti in sanità al valore aggiunto superiore a quello degli investimenti in altri settori e segnalano come nel lungo periodo la sanità e la sua spesa incidano positivamente e con valori elevati sullo sviluppo economico. Calcoli effettuati parlano di un rapporto diretto e positivo tra anni di vita guadagnati e crescita del Pil. In ambito italiano, uno studio Censis ha stimato l'apporto delle cure sintomatiche di patologie lievi al prodotto interno lordo italiano del 2,2%, grazie alla riduzione delle assenze dal lavoro, e un contributo alla crescita del Pil di un punto percentuale della spesa sanitaria di 0,26 punti.

Il rispetto dei diritti individuali e territoriali, nella salute e non solo, è quindi non solo un obbligo morale e un riconoscimento dei principi etici, ma anche un contributo alla sostenibilità e allo sviluppo economico e sociale del territorio. La stessa crisi di questi anni va combattuta con strumenti plurimi, tra cui anche il rispetto dei diritti, la lotta alle disuguaglianze e la promozione della salute fisica e mentale. Una sussidiarietà ben intesa, sia nel senso di una corretta ripartizione delle responsabilità lungo la linea verticale dei poteri pubblici, che nel senso di una partecipazione orizzontale di tutte le realtà vitali della società, è sicuramente da auspicare.

Carla Collicelli
Censis

© RIPRODUZIONE RISERVATA

