



## **RASSEGNA STAMPA**

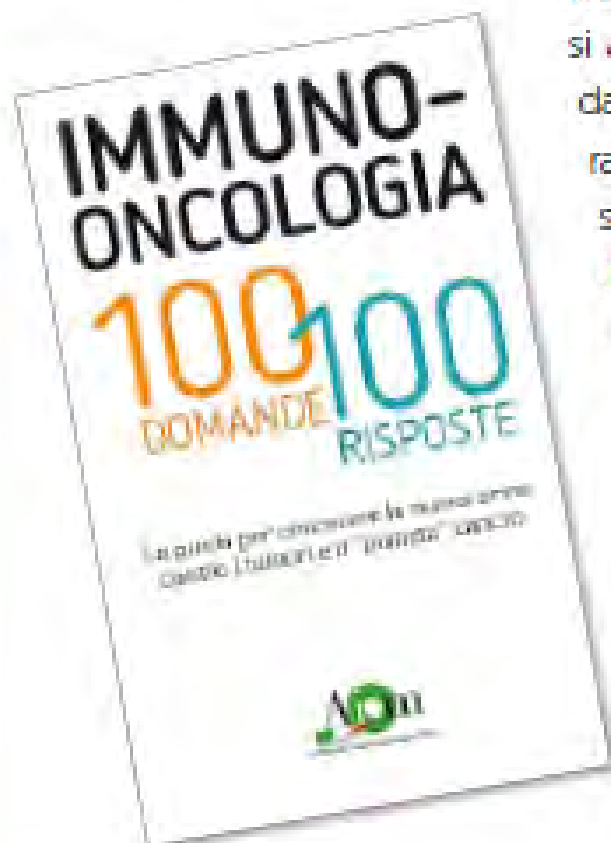
**18-12-2016**

1. CORRIERE DELLA SERA Immuno-oncologia 100 domande 100 risposte
2. SOLE 24 ORE La verità vi prego sulla chemio
3. SOLE 24 ORE Fusione di cellule contro la leucemia
4. LA REPUBBLICA Analisi Psa sballate a San Martino, l'ospedale sapeva
5. QUOTIDIANO SANITÀ Medicina di genere. Sarà materia di studio in tutte le Scuole di Medicina delle Università italiane
6. AVVENIRE Uno Skudo per smorzare le onde dei cellulari
7. UNITA' Cannabis per uso medico anche in tutte le farmacie
8. IL FATTO QUOTIDIANO Toscana, altro caso di meningite: è grave un bimbo vaccinato
9. CORRIERE DELLA SERA Meningite, grave bimbo. Era vaccinato
10. STAMPA Se i giovani lasciano alcol e droghe
11. CORRIERE DELLA SERA Nuovo Centro Nazionale Trapianti. Più coordinamento e più risparmi
12. AVVENIRE La pseudo-scienza dei bimbi cavia
13. CORRIERE DELLA SERA La rete ospedaliera dove scoprono (e aiutano) i bambini maltrattati
14. STAMPA Cambio di sesso all'anagrafe anche senza operazione

# N

el dicembre 2013 la prestigiosa rivista americana Science ha collocato l'immuno-oncologia al primo posto della 'top ten' delle più importanti scoperte scientifiche dell'anno. Una scelta apparentemente azzardata, se si considera che questa nuova arma terapeutica fino ad allora aveva dimostrato di essere efficace solo in specifiche malattie tumorali, come il melanoma, ma pienamente condivisibile, alla luce delle sperimentazioni che nei mesi successivi hanno evidenziato l'enorme potenziale di queste terapie anche in molte altre forme di cancro. Il melanoma ha infatti rappresentato il modello per la sua applicazione, ora questo approccio innovativo si sta estendendo con successo a molti tipi di tumore, come quelli del polmone, del rene, della vescica e del distretto testa-collo. Ecco perché possiamo affermare di essere di fronte a una nuova 'era' nel trattamento del cancro: una terapia capace di allungare in maniera significativa la sopravvivenza, a

fronte di una buona tollerabilità. Un'arma che si affianca a quelle tradizionali rappresentate da chirurgia, chemioterapia, radioterapia e terapie biologiche. Un passo in avanti verso la sconfitta o la cronicizzazione della malattia. È compito di una società scientifica come l'AIOM informare i cittadini e far capire loro che le nuove armi sono in grado di cambiare la storia di gravi patologie: è l'obiettivo di questo libro con le 100 domande sul 'pianeta' cancro.



**Carmine Pinto**

Presidente Nazionale AIOM  
(Associazione Italiana di Oncologia Medica)

**Vuoi ricevere una copia del libro?**

**Manda una email a: [intermedia@intermediainews.it](mailto:intermedia@intermediainews.it). Fino ad esaurimento disponibilità.**

Campagna promossa dall'AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) nell'ambito della App sul tumore del polmone, realizzata grazie al sostegno di Bristol-Myers Squibb.

**AIOM**  
Associazione Italiana di Oncologia Medica

## IL DIBATTITO INTERNAZIONALE

# La verità vi prego sulla chemio

Una cura efficace e indispensabile ma che rischia di far uscire i medici dai canoni corretti dell'etica professionale  
di **Arnaldo Benini**

**N**el 2015 gli ammalati di tumore maligno sono stati nel mondo 17 milioni e mezzo. Di tumore sono morte 8.700.000 persone. Dal 2005 al 2015 il numero di casi di cancro è aumentato del 33%, per il 16% a causa dell'aumento della popolazione, per il 17% per l'aumento delle persone anziane (JAMA Oncology <http://jamanetwork.com/on> 12.09.16). La cifra è imponente. La guerra al cancro è lungi dall'essere vinta. Nondimeno gli ammalati di cancro sopravvivono oggi più a lungo di 40 anni fa. Negli Stati Uniti, ad esempio, la sopravvivenza di 5 anni è salita dal 40 al 68 per cento degli ultraquarantenni con tumori maligni solidi.

Quale è il ruolo della chemioterapia in questo importante miglioramento? Il problema di quanto la chemioterapia migliori la prognosi delle malattie tumorali e la prassi del suo impiego è posto in tutta la sua urgenza medica ed etica da un articolo dell'endocrinologo, e membro di diversi comitati etici d'ospedali, università e istituzioni governative in Australia e nel Regno Unito, Peter H. Wise, pubblicato nel *British Medical Journal* del 9 novembre.

Ad esso seguono la presa di posizione critica dell'Associazione degli oncologi inglesi, la raccomandazione di non trascurare sintomi precoci anche se apparentemente banali (cfr. Nicholson), che gioverebbe più di tutte le terapie per migliorare la prognosi, e il commento della direttrice della prestigiosa rivista, che concorda con il rimprovero *Too much chemotherapy* mosso da Wise.

Il dibattito, pertinente ed obiettivo, è stato ripreso da altri giornali in Europa. Wise rileva che la chemioterapia frutterebbe alle industrie farmaceutiche 110 miliardi di dollari all'anno, la maggior parte dei quali verrebbe impiegata non nella ricerca, come esse sostengono, bensì nel marketing. Il numero di nuove terapie aumenta continuamente senza la prova, dice Wise, che esse siano più efficaci di quelle esistenti. Per quale motivo sono messi in circolazione

nuovi medicinali, di regola più cari dei precedenti ma non più efficaci? 71 medicinali entrati in uso fra il 2002 e il 2014 hanno prolungato la sopravvivenza di due mesi rispetto alle terapie precedenti.

La pressione sui medici è tale che in Francia, all'inizio del 2016, 110 oncologi hanno protestato su *Le Figaro* che è intollerabile che terapie senza alcun effetto in malati terminali costino fino a 150 mila euro. In casi di leucemie, linfomi, melanomi e in alcuni tumori solidi anche con metastasi (delle ovaie, collo dell'utero, testicoli, tiroide) la chemioterapia ha prolungato la sopravvivenza in misura significativa o portato alla guarigione. In alcuni tumori di bambini la chemioterapia ha risultati straordinari. Queste neoplasie, rileva Wise, sono però appena il 10% della malattia tumorale. Altra è la prognosi di tumori metastatizzanti degli adulti (intestino, polmoni, seno, prostata con metastasi), che costituiscono 3/4 delle malattie tumorali, nei quali l'efficacia della chemioterapia, anche nella forma dell'immunoterapia d'ultima generazione, è incerta.

Occorre tener conto (e non è semplice) nella valutazione dell'efficacia dei medicinali dei casi, non frequenti, ma non rarissimi, di sopravvivenza di due-tre anni con tumori metastatizzanti senza chemioterapia. Il miglioramento della sopravvivenza citato all'inizio potrebbe essere la conseguenza, ammonisce Wise, soprattutto di una migliore diagnosi precoce e del miglioramento della terapia convenzionale (chirurgia, radioterapia).

La medicina senza chemioterapia è impensabile, ma essa, sostiene con veemenza Wise, è oggi in parte fuori controllo: circa i procedimenti con i quali si verifica l'efficacia del nuovo farmaco; le indicazioni; la durata della cura; i problemi etici ad essa connessi. Sono informati i pazienti del modesto vantaggio della cura in (purtroppo) molti casi? E sugli effetti collaterali, che talora possono essere più pesanti della malattia? O, in molti casi, non sono piuttosto illusi?

Per ridurre i costi e trovare più facilmente persone disposte a farsi curare con medicinali in corso di studio, gli esami di prova su vasta scala sono ora condotti prevalentemente in paesi come il Brasile o l'India, con costi ridotti ma con molti dubbi circa la disciplina della raccolta e dell'analisi dei risultati.

L'associazione degli oncologi inglesi ammette che spesso nuove chemioterapie vengono annunciate nei giornali in termini iperboliche e sostanzialmente falsi. Ammette il conflitto d'interesse, latente o manifesto, fra vantaggi finanziari, non solo per l'industria, ma anche per medici, e la terapia ottimale. Mettono in rilievo, a ragione, i



miglioramenti nella cura dei carcinomi del seno, dell'intestino, e del polmone, col trattamento sistemico di cui la chemioterapia è parte. Ammettono poi la necessità che gli esami (spesso costosissimi e complicati) per l'ammissione dei medicinali dovrebbero essere molto più severi con una valutazione neutrale e rigorosamente scientifica dei risultati.

La chemioterapia ha lo stesso sbilancio fra vantaggi e rischi di molte procedure chirurgiche e quindi, come per le operazioni, sarebbe opportuna non solo l'informazione dettagliata, ma anche il consenso scritto del paziente con riferimento ai rischi (anche di morte, specie all'inizio della cura, cfr. *Lancet Oncology* 17, 1203-1216, 2016) e alla severità di effetti collaterali.

Noi, dice Wise con molta saggezza, pretendiamo troppo dalla vita e dalla medicina. La chemioterapia dovrebbe essere raccomandata solo ai casi in cui è provata l'efficacia: è una questione non solo curativa ma di profonda etica medica. La maggior responsabilità è dell'oncologo, che deve informare il paziente e i suoi familiari di tutti gli aspetti di una terapia spesso problematica e incerta. Wise e gli altri non indicano com e la chemioterapia dovrebbe essere in pratica controllata, se è vero che i controlli attuali sono inefficaci. È un problema medico, etico e politico di primaria importanza.

[ajb@bluewin.ch](mailto:ajb@bluewin.ch)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## IMMUNOLOGIA

# Fusione di cellule contro la leucemia

di **Lucio Luzzatto**

**L**a parola leucemia fa sempre paura, ma ormai è abbastanza noto che i vari tipi di leucemia sono molto diversi. Ad esempio la leucemia linfatica cronica è raramente guaribile ma assai bene curabile; la leucemia mieloide cronica - una bomba ad orologeria quanto ero studente, perchè entro tre anni in media diventava acuta - si è dimostrata guaribile prima con il trapianto di midollo e poi con l'imatinib (o glivec, il primo farmaco mirato di grande successo di cui si è molto parlato). La leucemia linfatica acuta dei bambini piccoli è guaribile in almeno 80% dei casi.

Quando veniamo però alla leucemia acuta dell'adulto, la situazione è a tutt'oggi ben diversa: occorrono vari cicli di chemioterapia intensa per portare il paziente «in remissione», ma non basta; occorre poi terapia di «consolidamento» o di «mantenimento», e in molti casi è preferibile, se possibile, procedere poi a un trapianto di midollo cosiddetto allogenico (cioè da donatore appropriato, possibilmente sorella o fratello). Malgrado i pazienti vengano così esposti a terapie pesanti e prolungate, spesso arriva poi la «ricaduta», e perciò la mortalità resta alta: anche perchè una buona parte dei pazienti con leucemia acuta non sono più giovani.

Insomma, una cura efficace e meno tossica della leucemia acuta dell'adulto è - in gergo manageriale, che è sempre o in inglese o tradotto alla meglio - un *unmet need* (una esigenza non soddisfatta) della medicina contemporanea. È stato proprio questo lo stimolo ad inventare un approccio immunologico per la terapia della leucemia linfatica acuta dell'adulto (vedi Il Sole 24 Ore del 7 aprile 2013), basato sull'impiego dei cosiddetti linfociti T del paziente, che mediante ingegneria genetica acquistano anche proprietà dei cosiddetti linfociti Be - come missili - cercano e trovano il loro bersaglio in una molecola chiamata CD19 che riveste le cellule della leucemia linfocitica acuta. Ebbene, a 3 anni di distanza degli oltre cento pazienti che hanno ricevuto questo trattamento più di 80% sono andati in remissione e molti sono poi guariti in seguito a un trapianto di midollo allogenico (forse ridondante): un risultato alquanto spettacolare.

Questo approccio non sembrava promettente per la leucemia mieloide acuta (LMA), soprattutto perchè le sue cellule non sono rivestite da CD19, ed una molecola equivalente per

la LMA non si è trovata. In compenso, il 7 dicembre su *Science Translational Medicine* un nuovo approccio, pure immunologico, viene pubblicato dal team di Jacalyn Rosenblatt e David Avigan (Boston). Essi hanno ottenuto da singoli pazienti con LMA sia le cellule leucemiche sia cellule normali (monociti) capaci - come si dice in gergo immunologico - di «presentare antigeni» poi, *in vitro*, hanno fuso le une con le altre (la tecnologia della fusione cellulare è nota da decenni: uno dei pionieri è stato, a Londra, l'acuto genetista italiano Guido Pontecorvo, fratello del famoso regista e del famoso fisico). Le cellule fuse (impropriamente chiamate «vaccino»), inattivate mediante irradiazione, sono poi state iniettate al paziente di origine: lo scopo è che il partner cellulare non-leucemico della fusione presenti tutti gli antigeni del partner leucemico al sistema immunitario del Paziente, che sperabilmente risponderà rigettando le cellule leucemiche ancora vive. Il non semplice piano ha funzionato: dei 17 pazienti trattati 13 sono vivi ed in remissione (cioè non hanno traccia di leucemia): un risultato tanto più significativo se consideriamo che in tutti i 17 (età media 63 anni), varie opzioni di trattamento precedentemente adottate erano una dopo l'altra fallite.

Oltre a rallegrarci con i pazienti e con gli autori, credo ci siano tre punti da notare. Primo, la pubblicazione iniziale di questi autori su questo tipo di fusione cellulare risale al 2005: è normale che ci vogliano da 10 a 20 anni perchè un'idea scientifica diventi una realtà clinica, ed è importante che gli enti preposti alla gestione della ricerca e del governo clinico ne tengano conto. Secondo, in entrambe queste terapie immunologiche il nocciolo non è un farmaco, ma cellule prelevate dal singolo paziente: questo potrà o no piacere all'industria farmaceutica, ma esse od altre si adopereranno per provvedere i molti implementi tecnologici necessari. Al tempo stesso, in un'epoca in cui *personalized medicine* è uno slogan sciorinato non sempre a proposito, una medicina più personalizzata di questa è difficile immaginare. Terzo, la domanda che forse più spesso un oncologo si sente fare è: «ma quando lo debelliamo il cancro?».

Tutti vorremmo poter rispondere in modo profetico; ma la verità è che vi sono centinaia di tipi di tumori, e dobbiamo capire le caratteristiche di ciascuno. Occorrono migliaia di tessere per fare un mosaico; ed io penso che dobbiamo molto a chi si dedica in modo nottematico allo studio ed alla cura di un qualunque tipo di tumore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

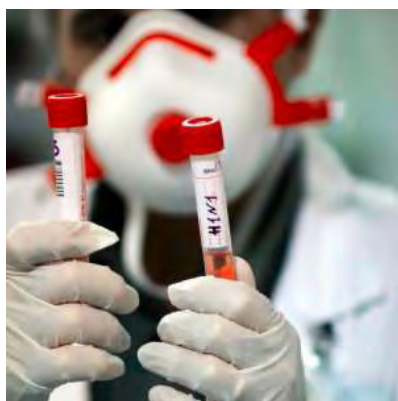


<http://www.repubblica.it/>

## Analisi Psa sballate a San Martino, l'ospedale sapeva

*Le segnalazioni erano cominciate nel maggio 2015. I laboratori ora utilizzano soltanto gli altri due impianti computerizzati*

di GIUSEPPE FILETTO



Macchinario per le analisi sotto accusa, l'ospedale San Martino era informato. Già nel maggio 2015 dal reparto di Oncologia del "San Martino" avevano segnalato che quel macchinario per la ricerca dell'antigene prostatico nel **sangue forniva esiti alterati**. Lo avevano lamentato sia al primario dei laboratori di analisi, Michele Mussap, sia al direttore sanitario e al direttore generale dell'epoca.

Non basta. Gli specialisti della Clinica di Oncologia Medica dell'ex Ist (da alcuni anni accorpato all'ospedale regionale) per avere ulteriore certezza delle anomalie, si erano rivolti ad altri laboratori: avevano inviato le provette al "Galliera". Non solo loro. Lo avrebbero fatto pure altri medici dello stesso ospedale San Martino. Così come diversi pazienti e medici di famiglia avrebbero segnalato o risultati schizofrenici.

Eppure - secondo le indagini dei carabinieri del Nas - i laboratori dell'ospedale regionale di secondo livello avrebbero continuato ad utilizzare il macchinario "Made in China" ed il kit di reagenti venduto dalla stessa ditta genovese che lo commercializza. Si tratta della Medical System di Struppa, che avrebbe fatto un accordo per così dire "alla pari" con l'ospedale: io ti fornisco gratuitamente (in comodato d'uso) l'impianto, tu, però, ti impegni ad acquistare i reagenti da me.

È andata avanti fino a mercoledì scorso, quando il gip Massimo Cusatti, su richiesta del pm Cristina Camaiori, ha firmato il provvedimento di sequestro. "Con carattere di urgenza", poiché si tratta di situazioni

che potrebbero compromettere la vita delle persone.

Da ieri, i laboratori ospedalieri utilizzano soltanto gli altri due impianti computerizzati, e l'attuale direttore sanitario, Giovanni La Valle, oltre ad assicurare la regolarità del servizio, contestualmente fa capire che sulla vicenda non farà sconti. Ha chiesto alla direttrice del presidio, Alessandra Morando, la documentazione storica: «Una dettagliata relazione su quanto accaduto, da presentarmi entro lunedì mattina. Soprattutto, per capire se in precedenza erano state fatte segnalazioni. Anche se Mussap, già ieri (giovedì per il lettore, ndr) mi ha assicurato che non è stato mai eccepito nulla». Dichiarazione però smentita dal primario di Clinica Oncologica, di cui pubblichiamo l'intervista sotto.

Dello scandalo delle analisi sballate si occupa anche l'assessore regionale alla Sanità, che non nasconde le sue preoccupazioni. «Ci rimettiamo alle indagini ed alle decisioni dell'autorità giudiziaria - precisa Sonia Viale - ma possiamo assicurare che le apparecchiature utilizzate in questo momento sono diverse da quella sequestrata. In ogni caso, abbiamo avviato un'indagine interna, che non sia di intralcio a quella della magistratura». E però l'assessore vuole evitare che si creino allarmismi, soprattutto verso le persone che da due anni a questa parte hanno effettuato l'esame del Psa in uno dei reparti dell'ospedale San Martino. Non sarà facile. Basti ricordare che, in almeno un caso - un paziente affetto da cancro alla prostata - le analisi avevano dato esiti negativi e l'oncologo aveva interrotto la chemioterapia. Tranne poi doverla riprendere, quando ha disposto ulteriori accertamenti in altri laboratori.

Non è difficile intuire quali siano le domande che in queste ore si pongono gli inquirenti ed i carabinieri del Nas, guidati dal capitano Gian Mario Carta: come mai Mussap ha continuato ad utilizzare quel macchinario, nonostante fossero state

segnalate le anomalie? Inoltre, perchè l'ospedale aveva abbandonato la precedente ditta fornitrice dei reagenti, passando a quella "nuova", seppure questo passaggio non avesse portato alcun risparmio? Al momento il direttore dei laboratori risulta indagato insieme a due amministratori della Medical System Spa. Sono chiamati a rispondere di "omessa segnalazione al Ministero della Salute". Anche se le loro posizioni sono al vaglio della magistratura.

# quotidianosanita.it

18 DICEMBRE 2016

## Medicina di genere. Sarà materia di studio in tutte le Scuole di Medicina delle Università italiane

Approvata una mozione dalla Conferenza Nazionale Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea per l'inserimento della medicina orientata al genere in tutti gli insegnamenti. Ok al primo Progetto pilota lanciato da Andrea Lenzi Presidente CUN e Presidente della Conferenza dei Presidenti di Consiglio di Corso di laurea in Medicina e chirurgia e l'On. Paola Boldrini, [prima firmataria di una proposta di legge sulla medicina di genere](#).

La Proposta di Legge 3603 "Disposizioni per favorire l'applicazione e la diffusione della Medicina di genere" depositata alla Camera dei Deputati dall'On. Paola Boldrini, di cui è prima firmataria insieme ad altri, è stata di ispirazione alla riunione del dicembre 2016 della Conferenza Permanente dei Presidenti di Corso di Laurea Magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia.

Quest'Organismo, Presieduto dal Prof. Andrea Lenzi nell'ultima sessione ha approvato all'unanimità, trasformando in Mozione con raccomandazione a tutte le Università, il Progetto Pilota descritto dalla Prof. Tiziana Bellini, Coordinatrice del Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia e delegata alla Didattica dell'Università di Ferrara, la quale, approfondendo i dettagli di applicazione, ha descritto ciò che Ferrara ha già intrapreso e cioè l'integrazione nei singoli Corsi di Laurea Magistrale di Unità Didattiche relative alla Medicina di Genere, a partire dall'aa 2017-2018. Piccole integrazioni per rendere ufficiale ed efficace la tematica.

"Una delle nuove frontiere della medicina – si legge in una nota - consiste nel personalizzare nel modo più efficace ed appropriato la cura. Le evidenze scientifiche portano a sottolineare quanto il percorso di diagnosi e cura debba tenere conto delle differenze tra uomo e donna date dal sesso di appartenenza, ma anche dal genere, che consegue dal ruolo sessuale. Quindi non solo sotto l'aspetto anatomo-fisiologico, ma anche le differenze biologico-funzionali, psicologiche, sociali e culturali. Una formula che si riassume nella definizione di Medicina di Genere. Applicare questo, che non si presenta come disciplina medica aggiuntiva a quelle già esistenti, ma nuovo orientamento dell'intera medicina, richiede attenzione a molti ambiti di interesse, primo fra tutti, la formazione".

Lo scopo del Progetto Pilota, promosso dall'Università di Ferrara e dall'Università Sapienza D, di cui è Coordinatrice del Corso di Laurea in Medicina la Prof.ssa Stefania Basili, è quello di "sensibilizzare le nuove generazioni di medici, per cui è importante che nel corso di studio in Medicina e Chirurgia sia previsto in maniera strutturata, un approccio di genere come parte integrante del processo formativo".

Hanno già aderito, oltre all'Università di Ferrara e Roma Sapienza, altri Atenei Italiani fra i quali Palermo, Napoli Federico II, Campobasso, Foggia, ma "stanno arrivando molte altre adesioni".

## Innovazione. Uno Skudo per smorzare le onde dei cellulari

**L'idea di Nicola Limardo «Sbagliato schermare, il mio nanoprocesso non lo fa: abbatte il danno»**

**MASSIMO IONDINI**  
MILANO

**È** alquanto improbabile che qualcuno sia capace di mettere in pratica la raccomandazione dei produttori di telefonini di «tenere durante l'uso il dispositivo a distanza almeno di 1,5 centimetri dal corpo», nella fattispecie l'orecchio. Potrebbero riuscirci i superdotati pipistrelli, ma nessuno li ha mai visti usare un cellulare. È chiaro dunque che la furba avvertenza stia in sostanza a significare che le onde elettromagnetiche sviluppate dai telefonini non facciano granché bene alla salute.

Ci sono voluti otto anni di ricerche, coinvolgendo esperti di fisica, informatica e ingegneria quantistica, perché il professore e ricercatore Nicola Limardo riuscisse a realizzare un pionieristico nanoprocesso (chiamato Skudo@Wave) capace di neutralizzare o ridurre significativamente l'effetto nocivo delle radiazioni «trasferendo agli elettroni dei dispositivi una proprietà fisica che riduce l'effetto vibratorio nocivo generato dal campo elettromagnetico della batteria» spiega Limardo.

Il concetto che sta alla base di questa teoria è che sia sbagliata l'idea di schermare, perché la schermatura costringe le batterie dei cellulari ad aumentare la potenza utilizzata e quindi il potenziale danno elettromagnetico. Una start up made in Italy, dunque, rivoluzionaria e destinata a riaprire il dibattito sul cosiddetto elettrosmog. Ottenuto il brevetto europeo,

Skudo@Wave è appena arrivato nelle farmacie (entro i primi sei mesi del 2017 sarà in vendita in 200mila esemplari) forte di uno sconfinato bacino di utenza, visto che il potenziale numero di Sim (nel mondo) è di 6,8 miliardi. Questo innovativo prodotto ha forma e dimensione di un bottone, una piccola piastrina in resina da attaccare allo smartphone con un adesivo di 16 millimetri. E se all'esterno si può presentare in vari colori e, strizzando l'occhio al marketing, con gli stemmi delle più blasonate squadre di calcio, dentro ha un nanoprocesso capace di proteggere dai disturbi biologici da tecnologia.

Cinque anni fa fu l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (Airc), per bocca dell'epidemiologo Kurt Straif, a parlare di «alterazioni dei flussi cerebrali sanguigni e di effetti sul Dna» dovute alle radiofrequenze e ai campi elettromagnetici emessi anche dai cellulari. «Skudo@Wave non è un sistema che scherma – sottolinea Limardo, docente di Medicina ambientale e preventiva presso il corso di Alta formazione Lifestyle Medicine dell'Università La Sapienza di Roma, organizzato dall'associazione Ilma legata anche alla prestigiosa Università Harvard di Boston –. Le schermature vanno a modificare i campi elettromagnetici costringendo le batterie ad aumentare la potenza e il risultato è un'amplificazione del danno, non certo una difesa. Il mio nanoprocesso invece riduce l'effetto biologico nocivo della telefonata quando il cellulare viene appoggiato all'orecchio». Una sorta di filtro, insomma, che all'interno del telefonino «opera a livello sub-atomico correggendo il disturbo generato anzitutto dallo stato energetico alterato di alcuni elettroni, scenario che si verifica anche per l'energia indotta dalla batteria del dispositivo stesso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**PIEMONTE****Cannabis per uso medico anche in tutte le farmacie**

Dopo una prima fase sperimentale, la Regione Piemonte estenderà a breve a tutte le farmacie territoriali la distribuzione di cannabis ad uso terapeutico, come previsto dalla legge regionale 11 del 2015. Finora la distribuzione era effettuata unicamente nelle farmacie ospedaliere. Lo ha annunciato ieri l'assessore alla Sanità Antonio Saitta nel corso di un convegno organizzato dall'Ordine dei Farmacisti della provincia di Torino. «Quanto emerso, conferma la bontà della scelta di limitare a sei aree di patologie l'utilizzo della cannabis terapeutica, senza fughe in avanti. Serve una legislazione nazionale chiara, come per i vaccini. Il federalismo sulla cannabis non ha senso».



## RICOVERATO A FIRENZE

# Toscana, altro caso di meningite: è grave un bimbo vaccinato

**ERA VACCINATO** dal 2013 il bambino di 4 anni di Cascina (Pisa) ricoverato in gravi condizioni nel reparto di rianimazione dell'ospedale pediatrico Meyer di Firenze perché colpito da meningite di tipo C. "I medici - spiega una nota dell'ospedale - si sono riservati la prognosi", ma il piccolo sta rispondendo alle terapie. Il bambino era stato ricoverato in un primo momento a Pisa ma con l'aggravarsi della situazione è stato immediatamente trasferito in elicottero al pediatrico Meyer di Firenze. L'Asl Toscana Nord Ovest sta contattando tutti genitori e bambini che hanno avuto contatti con il piccolo paziente, in particolare i compagni della scuola materna, quelli presenti ieri nell'ambulatorio della pediatra di Cascina e coloro che hanno partecipato ad una festa di Bientina dove c'era anche il piccolo affetto da meningite. Molti di questi bambini sono stati già rintracciati e ieri le stanze del dipartimento di prevenzione di Pisa si sono trasformate in una sorta di parco giochi con decine di piccoli pazienti che hanno trasformato le sale d'aspetto in una specie di playland, con i loro genitori invece piuttosto preoccupati proprio per il fatto che il bambino colpito da meningite fosse stato vaccinato.



# Meningite, grave bimbo. Era vaccinato

Firenze, ha 4 anni ed è finito in rianimazione. Colpito dal tipo C, analisi sui compagni di asilo

**FIRENZE** All'ospedale pediatrico Meyer di Firenze, il bimbo di 4 anni è arrivato con l'elicottero del 118 dopo un primo ricovero all'ospedale di Pisa. Era gravissimo e quando i medici fiorentini lo hanno visitato, hanno temuto che le sue condizioni potessero precipitare. Ma la sorpresa più grande l'hanno avuto quando dalla cartella clinica hanno letto che era già stato vaccinato contro la meningite di tipo C, la più temibile, perché non era mai accaduto che una persona sottoposta a vaccino fosse colpita in modo così violento dal male. Altri casi di vaccinati, tra i quali anche un bambino di 8 anni della provincia di Livorno, erano stati sì infettati ma in modo lieve.

Eppure secondo i medici anche stavolta, nonostante la gravità del caso, la vaccinazione preventiva associata alla terapia, probabilmente sarà decisiva per arginare l'infezione. E infatti in serata è arrivata una prima buona notizia. «Il piccolo sta reagendo bene alle cure e adesso c'è un cauto ottimismo sulla prognosi che resta riservata», conferma l'assessore alla Sanità della Regione Toscana Stefania Saccardi che ha seguito l'evolversi di questo nuovo caso di meningite, il trentesimo in Toscana dall'inizio dell'anno.

Il piccolo risiede con i genitori a Cascina, un comune di 45 mila abitanti in provincia di Pisa ed era stato vaccinato nel 2013, all'età di un anno. Il richiamo lo avrebbe dovuto fare tra due anni e avrebbe dovuto

essere protetto dal batterio. «È un caso che deve farci riflettere e che ha bisogno di uno studio approfondito per capire che cosa sia accaduto, anche se la vaccinazione resta uno strumento validissimo per combattere la meningite», ha spiegato Francesco Menichetti, primario del reparto di Malattie infettive dell'Azienda ospedaliera universitaria di Pisa. Mentre Susanna Esposito, presidente dell'Associazione mondiale per le malattie infettive e i disordini immunologici (Wadid), ha parlato dei «casi di "vaccine failure"», ovvero di mancata risposta al vaccino in alcuni soggetti che possono variare dall'1 al 5% della popolazione.

Intanto è scattata l'operazione profilassi. Delicatissima e complicata. L'Asl Toscana Nord Ovest ha contattato tutti i genitori dei compagni di asilo del bambino che frequenta la scuola materna Panda di Cascina. Si stanno effettuando anche accertamenti tra i pazienti dell'ambulatorio della pediatra Maria Frija, sempre nella cittadina pisana, e tra coloro che sabato scorso hanno partecipato in un locale di Bientina, in provincia di Pisa, a una festa di compleanno alla quale era presente anche il bimbo.

Il numero totale delle persone che hanno preso una infezione legata al batterio, una meningite o una sepsi, sale a 59. Trentuno si sono verificati nel 2015 e 28 quest'anno.

**Marco Gasperetti**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La vicenda

● Un bimbo di 4 anni ieri è stato trasportato in condizioni gravissime per un'infezione meningite in elisoccorso all'ospedale Meyer di Firenze dopo un primo ricovero all'ospedale di Pisa

● Il piccolo era stato vaccinato contro la meningite di tipo C, la più temibile, ed è il primo caso del genere

● Il numero delle persone che in Toscana hanno preso una infezione legata al batterio, una meningite o una sepsi, salgono a 28 quest'anno

# 12

i decessi per meningite che si sono verificati nella sola Toscana nel corso degli ultimi due anni su un totale di 59 casi

# 14

la percentuale di morti tra le persone colpite da meningococco in assenza di cure adeguate. I bimbi sono i più vulnerabili

# 500

mila i casi di meningite che si registrano ogni anno in tutto il mondo. In Italia la media è di 1.000 colpiti all'anno



I MILLENNIALS

# Meno alcol e droga per i giovani La svolta salutista dell'America

L'uso di sostanze tra i teenager al minimo da 40 anni. Ma per gli adulti è boom di overdose



PAOLO MASTROLILLI  
INVIATO A NEW YORK

Mark Twain notava che più lui invecchiava, più suo padre diventava saggio. In America però sta capitando il contrario, almeno per quanto riguarda l'uso di droghe, alcol e tabacco. Sono gli adolescenti che stanno alzando la bandiera della responsabilità e della saggezza, mentre gli adulti cedono alla tentazione. Secondo i dati dello studio «Monitoring the Future», infatti, l'uso di queste sostanze è sceso al livello più basso degli ultimi 40 anni tra i teenager degli Stati Uniti.

«Monitoring the Future» è un sondaggio che la University of Michigan conduce dal 1975, per controllare la diffusione di droghe, alcol e tabacco fra gli adolescenti. Quest'anno gli autori hanno sentito 45.473 studenti che frequentano gli ultimi anni di liceo in 372 scuole pubbliche e private, e hanno registrato risultati molto incoraggianti. Nel 1991, l'11% dei maturandi fumava almeno mezzo pacchetto di sigarette al giorno, mentre ora sono scesi all'1,8%. Nel 2001, il 53,2% si era ubriacato almeno una volta nella vita, contro il 37,3% di oggi. Durante gli ultimi 12 mesi l'uso della marijuana è diminuito dal 6,5% al 5,4% tra gli studenti dell'8th grade, cioè quelli più giovani, rimanendo invece

stabile al 22,5% tra i maturandi. L'abuso dei farmaci a base di oppiacei poi si è dimezzato, dal 9,5% del 2004 al 4,8% di oggi, mentre l'eroina è scesa allo 0,3%. L'ecstasy, che stava diventando un'epidemia, è calata tra l'1 e il 3%. Tendenze positive che diventano ancora più importanti, se uno le paragona a quelle in corso invece tra gli adulti, dove negli ultimi 5 anni i «Centers For Disease Control and Prevention» hanno registrato un aumento del 33% nelle morti per overdose. L'anno scorso oltre 52.000 persone hanno perso la vita così, con casi particolarmente gravi in Stati come il New Hampshire, dove c'è stato un incremento del 191%. Lo stesso Donald Trump aveva usato questi numeri durante la campagna presidenziale, per giustificare la costruzione del muro lungo il Messico allo scopo di bloccare il narcotraffico.

Per qualche ragione che ancora sfugge agli studiosi, però, gli adolescenti americani stanno voltando le spalle a queste pratiche distruttive. Ora, secondo il direttore di «Monitoring the Future» Lloyd Johnston, «la vera domanda da porsi è soprattutto una: perché tutto ciò sta accadendo? Nonostante abbiamo alcune ipotesi, non sappiamo se sono necessariamente quelle giuste». Capirlo sarebbe fondamentale per individuare il messaggio che sta funzionando, e quindi ripeterlo e moltiplicarlo, in modo da continuare in maniera siste-

matica la riduzione dell'uso.

Una delle ipotesi riguarda la diffusione dei videogiochi e dei social media, che tengono i giovani impegnati e li allontanano dalla tentazione di fumare, bere e drogarsi. Anche perché si incontrano meno in situazioni di gruppo, dove la noia e la pressione dei coetanei spingono spesso alla trasgressione. Un altro elemento positivo sta nel rapporto migliore che gli adolescenti di oggi hanno con i loro genitori, e quindi la disponibilità ad ascoltarli quando offrono consigli. Il salutismo poi si sarà pure imposto come una moda ridicola, a volte eccessiva come la correttezza politica, ma tra i giovani ha preso e molti ragazzi ora lo abbracciano come una scelta di vita moderna e positiva, al pari del rispetto per l'ambiente.

Queste sono solo alcune ipotesi di studio, che i sociologi intendono approfondire, perché il problema sta in cosa succede dopo. Passati i 18 anni, infatti, l'uso di alcol, tabacco e droghe torna a salire, portando verso abusi pericolosi. Riuscire a capire cosa

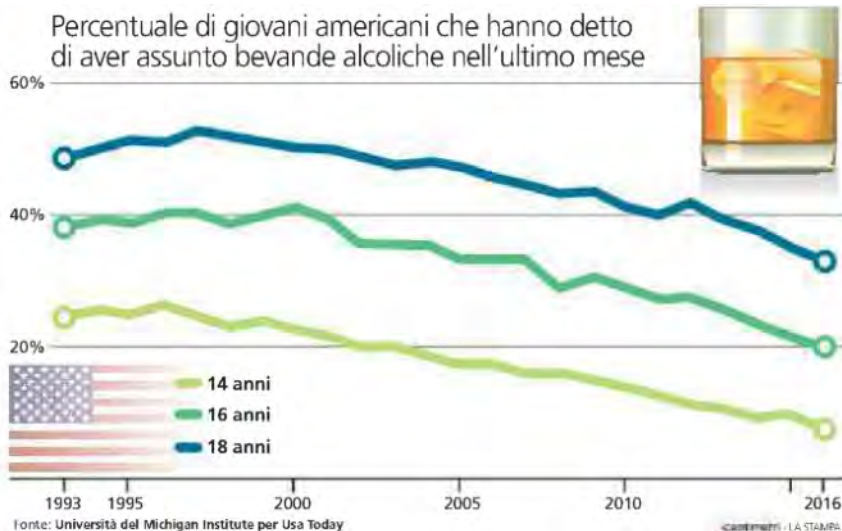


spinge gli adolescenti ad evitarli servirebbe a prolungare la loro tendenza virtuosa, prevenendo la ricaduta nelle tentazioni che rovinano le vite dei più grandi, senza dover aspettare di diventare vecchi per riconoscere quanto avevano ragione i nostri genitori a romperci le scatole.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

## Smartphone

Secondo lo studio «Monitoring the Future», la diffusione di videogiochi e social media tiene i giovani impegnati e li allontana dalla tentazione di fumare, bere e drogarsi



## I numeri del fenomeno

**1,8**  
 per cento  
 I maturandi americani che fumano almeno mezzo pacchetto di sigarette al giorno secondo i dati dello studio «Monitoring the Future» Nel 1991 erano l'11 per cento

**37,3**  
 per cento  
 I maturandi americani che dicono di essersi ubriacati almeno una volta nella vita Nel 2001 erano il 53,2 per cento

**4,8**  
 per cento  
 I giovani americani che abusano di farmaci a base di oppiacei Nel 2004 erano il 9,5 per cento L'eroina è scesa allo 0,3 per cento

# Salute

## ● Il numero

### Nuovo Centro Nazionale Trapianti Più coordinamento e più risparmi

Il Centro Nazionale Trapianti si è rinnovato nell'organizzazione e ha anche una sede nuova. La rete dei trapianti è stata ridefinita con un sistema di coordinamento su tre livelli: ospedaliero, regionale e nazionale. Il personale medico e infermieristico che compone la struttura operativa del Centro lavora 24 ore su 24, sette giorni su sette. Al Centro spetta la gestione di tutti i programmi di trapianto e di tutti gli altri programmi che esigono una gestione centralizzata, per la sicurezza e l'efficienza. Il Centro riceve le segnalazioni di tutti i potenziali donatori a livello nazionale (2.400 l'anno); segue tutti i processi di donazione e prelievo (1.700 l'anno) e tra il 2014 e 2015 ha gestito 271 "restituzioni" di organi (cioè organi scambiati tra le diverse Regioni). Grazie alla gestione operativa nazionale sono stati evitati 130 voli aerei tra il 2014 e il 2015, con un risparmio per le Regioni di circa 2 milioni di euro.

# 2.400

È il numero di potenziali donatori gestito ogni anno dal Centro Nazionale Trapianti



## Figli con triplo Dna: cinica forzatura britannica

# LA PSEUDO-SCIENZA DEI BIMBI CAVIA



di Assuntina Morresi

**L'**annuncio dell'Hfea, l'Authority inglese sulla fecondazione assistita, è dunque ufficiale: la Gran Bretagna per prima al mondo ha autorizzato la nascita di bambini-cavia geneticamente modificati, con il Dna di tre persone. Anche se, come candidamente ammesso da esperti del "Francis Crick Institute" a Londra, «è impossibile assicurare la sicurezza totale finché non saranno eseguiti i *trials* clinici». *Trials* clinici che consistono non nel tentativo di curare persone affette da patologie, ma nel progettare la nascita di persone con il Dna modificato per vedere se la manipolazione genetica è riuscita o no. L'obiettivo finale è ovviamente condiviso da tutti: evitare la trasmissione di gravi patologie genetiche ereditarie. Al momento, si propone di manipolare ovociti (gameti femminili) o embrioni umani (distruggendo la metà di quelli utilizzati!) per sostituirne il Dna difettoso con quello sano. La modifica genetica non è sofisticata: non si tocca il Dna del nucleo della cellula, quello a cui dobbiamo per esempio i nostri tratti somatici. Qui si tratta di sostituire alcuni corpuscoli cellulari al di fuori del nucleo, chiamati mitocondri, che contengono una minima percentuale dell'intero Dna, in parte difettoso, con i mitocondri di una persona diversa, una "donatrice", che contengono Dna sano. Il risultato finale è quello di un embrione con il patrimonio genetico di tre persone: il padre e la madre, che contribuiscono al Dna contenuto nel nucleo della cellula, e la donatrice, che dà i mitocondri con il proprio Dna. Ma il problema è che, come noto, per vedere gli effetti di una manipolazione genetica su un embrione in provetta non è sufficiente studiarlo *in vitro*, cioè

nei primi giorni di vita in laboratorio, ma è necessario seguirne lo sviluppo fino alla nascita, monitorando anche le generazioni successive. E infatti nel rapporto dell'Hfea in cui si dettaglia lo stato dell'arte, si può vedere come i ricercatori abbiano utilizzato gli embrioni modificati, con il Dna triplo, per ulteriori esperimenti *in vitro*, ricavando da queste linee staminali embrionali per cercare di capire le modalità di sviluppo. Con risultati negativi: leggiamo su "Nature" che le linee staminali ricavate da tre dei 15 embrioni geneticamente modificati mostravano ancora gli stessi difetti genetici che, nell'embrione formato, sembravano essere stati corretti. Pare che la piccola parte di mitocondri con il Dna difettoso, che spesso resta nelle cellule dell'embrione, talvolta possa svilupparsi successivamente in modo incontrollato, fino a raggiungere di nuovo percentuali elevate. E il problema, dice il rapporto, è che bisogna essere molto cauti «quando si interpretano i dati da cellule staminali embrionali e altre cellule coltivate *in vitro*» per trarre conclusioni sul Dna mitocondriale «durante lo sviluppo embrionale *in vivo*»: cioè quello delle staminali embrionali non è un modello pienamente adeguato per lo sviluppo *in vivo*, e quindi questi stessi esperimenti non sarebbero comunque «affidabili», cioè sufficienti per concludere in un senso o in un altro. In aggiunta, "Nature" ha reso noto che la prestigiosa rivista medica "New England Journal of Medicine" ha appena rifiutato una pubblicazione relativa alla recente nascita del bambino in Messico con il Dna triplo, del dottor Zhang: evidentemente il livello scientifico non era soddisfacente. La logica conclusione sarebbe quella quindi di cercare altre strade per la ricerca, prima di far nascere bambini in questo modo,

considerando anche che l'alternativa, per chi è disponibile alla fecondazione assistita, adesso per volontà di diversi legislatori nazionali (e certamente di quelli britannici) c'è, ed è la fecondazione eterologa: anziché sostituire parte di un ovocita con una procedura piena di incognite, si può sostituire l'intero ovocita "difettoso" con uno della "donatrice" sana. L'obiezione è sorprendente: in questo modo il bambino non sarebbe geneticamente legato alla madre, perché il Dna nucleare sarebbe diverso. Ma non si era detto e ripetuto che «basta l'amore», e che il legame biologico non conta? La verità l'hanno detta alcuni scienziati: fare questo esperimento «potrebbe non essere la migliore scelta, ma poi (le donne con il Dna mitocondriale difettoso) potrebbero andare da altre parti, con meno controlli e meno esperienza». Insomma: mentre in Gran Bretagna si aspetta tanto, da altre parti del mondo, senza controlli, già fanno nascere bambini così. Perché arrivare ultimi? E quindi, con queste nobili e scientifiche motivazioni, luce verde ai bambini con il Dna triplo. Daranno sicuramente tante informazioni alla scienza, quelli che riusciranno a nascere, anche se dovremo aspettare i loro figli, prima di sapere se l'esperimento è riuscito. Intanto possiamo serenamente stracciare tutta la letteratura sui criteri per la sperimentazione umana. E ci ricorderemo tutti del silenzio connivente dei sedicenti paladini della scienza. L'avventura e il business, innanzi tutto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SALUTE

# La rete ospedaliera dove scoprono (e aiutano) i bambini **maltrattati**

## Italia carente

Ancora pochi i centri capaci di riconoscere e preparati a seguire trascuratezza e abusi

**M**aria, 12 anni, (il nome è di fantasia) è accompagnata dai genitori al pronto soccorso perché a una settimana dalla comparsa del menarca quasi non mangia più. Viene ricoverata d'urgenza in psichiatria: dopo un mese di degenza, i medici scoprono durante un colloquio con mamma e papà che nei primi 5 anni di vita è stata vittima di molestie sessuali da parte di un vicino di casa, persona "amica" cui affidavano la bambina come fosse un nonno.

Una lattante di 3 mesi arriva al pronto soccorso in stato di sopore: i genitori raccontano che è caduta dalle braccia della mamma. Dopo una serie di esami - tra cui tac, risonanza magnetica, scintigrafia ossea - i sanitari accertano che non si tratta di un banale trauma ma di "sindrome del bambino scosso" associata a maltrattamento fisico, trascuratezza grave e *chemical abuse* (si veda box in alto). Sono alcune storie raccolte dall'«Indagine nazionale sull'attività diagnostica e di cura dei bambini vittime di maltrattamenti e abusi», realizzata da *Terre des Hommes* in collaborazione con i cinque centri ospedalieri che fanno parte della prima rete nazionale per il contrasto della violenza sui minori a Bari, Firenze, Milano, Padova e Torino (si veda grafico).

Si stima che in Italia siano

circa 100 mila i bambini vittime di una forma di maltrattamento, in carico ai servizi sociali. Negli ultimi cinque anni, i cinque centri ospedalieri hanno trattato quasi tremila casi: maltrattamenti fisici, abusi sessuali, trascuratezza materiale e affettiva, violenza «assistita», ovvero bambini testimoni di violenza dentro casa ai danni di un familiare, in genere la madre: tutti eventi dolorosi che lasciano ferite profonde e, in alcuni casi, danni permanenti.

Spesso la diagnosi di maltrattamento - inserita nei Lea, i Livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio sanitario nazionale - arriva in ritardo o addirittura non viene formulata affatto. Chi porta il minore in ospedale, di solito un genitore, in genere non denuncia l'abuso o la violenza, ma racconta di un improvviso sopore, di una caduta accidentale o di altri incidenti domestici.

«Il maltrattamento è una patologia che ha conseguenze gravi sulla salute e lo sviluppo futuro del bambino, a volte sulla sua stessa sopravvivenza e, come tale, deve essere correttamente diagnosticato e curato — sottolinea Federica Giannotta, responsabile Advocacy e programmi per l'Italia della Fondazione Terre des Hommes —. Nel nostro Paese sono ancora pochi i centri con adeguata preparazione tecnica e capacità di riconoscere e contrastare forme di maltrattamento e abusi, per questo abbiamo voluto segnalare le strutture che si distinguono nel panorama italiano con pratiche e modelli di intervento

all'avanguardia, replicabili in altre realtà».

«Inoltre — sottolinea Giannotta — sarebbe necessario avere in ogni Regione almeno un centro ospedaliero pediatrico di riferimento». I cinque centri ospedalieri, nati proprio per intercettare e prendere in carico i bimbi che arrivano in ospedale per sospetto maltrattamento, hanno al proprio interno un'equipe multidisciplinare formata di solito da figure quali pediatra, infermiere, assistente sociale, psicologo, neuropsichiatra infantile, medico legale. All'occorrenza, il team può essere integrato da specialisti come, per esempio, radiologo, oculista, neurochirurgo. Queste strutture, inoltre, possono contare su strumentazioni anche ad alta tecnologia per indagini complesse che consentono rapidamente di confermare o escludere il sospetto diagnostico. In caso di conferma, viene attivato un percorso di cura e presa in carico del bambino, a seconda della gravità.

«Molti abusi e maltrattamenti restano sommersi anche perché c'è ancora tanta reticenza soprattutto nei casi di violenza assistita all'interno della famiglia — ricorda Giuseppe Mele, presidente della Società italiana dei medici pediatri (Simpe) —. Il pediatra può fare da "sentinella" sul territorio per riconoscere tempestivamente i segnali di sofferenza del bambino e di eventuali abusi, ma servono una formazione adeguata e il raccordo con ospedali e centri di prevenzione specializzati».

**Maria Giovanna Faiella**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Gli eccessi**  
Calmanti,  
psicofarmaci,  
stupefacenti

**F**armaci o addirittura stupefacenti somministrati dal genitore al lattante che piange, per calmarlo. Una forma di violenza emergente sui bambini in tenerissima età che i medici stanno riscontrando sempre più spesso negli ultimi anni. Si chiama *chemical abuse* e viene ancora sottostimata. Il quadro clinico che presenta il neonato può essere di difficile interpretazione, per esempio se sono assenti chiari sintomi da intossicazione. «Ai piccoli sono stati

dati farmaci, spesso psicofarmaci o anche sostanze stupefacenti — spiega Paola Facchin, responsabile del centro regionale dell'Aou di Padova —. Se l'intossicazione non viene diagnosticata subito e non si attiva una rete di intervento specialistica, questi bambini possono andare incontro alla morte e, anche quando sopravvivono, gli esiti sono gravi e molteplici sul piano comportamentale ed emotivo».

**M.G.F.**



## I centri pubblici specializzati in Italia



- ♥ **Bambi**, Ospedale Regina Margherita (To)
- ♥ **Svsed (Soccorso violenza sessuale e domestica)**, Ospedale Policlinico (Mi)
- ♥ **Centro regionale diagnostica bambino maltrattato**, Ospedale Padova
- ♥ **Gaia (Gruppo abusi infanzia e adolescenza)**, Ospedale Mayer (Fi)
- ♥ **Giada**, Ospedale Policlinico Giovanni XXIII (Ba); Ambulatorio Bambi (To)

## TRASCURATEZZA MATERIALE E AFFETTIVA

La forma di maltrattamento più frequente registrata

7 anni

L'età media dei casi trattati, in maggioranza bambine



2.907

I bimbi arrivati ai Centri (2011 - 2015)

**circa 100 mila**  
I bambini vittime di una forma di maltrattamento, in carico ai Servizi sociali

Fonte: Maltrattamento e abuso sui bambini. Indagine nazionale sull'attività diagnostica del fenomeno, Terre des Hommes 2016 - CdS



## Per saperne di più

Il dossier su «Maltrattamento e abusi su bambini» è disponibile all'indirizzo <http://terredeshommes.it>

## Sindrome da scuotimento

## Quando le manovre consolatorie possono diventare traumatiche

Il pianto inconsolabile di un neonato che sembra non finire mai. Per calmarlo una delle "manovre consolatorie" più frequenti fatte dai genitori consiste nello scuotimento violento del piccolo, che magari smette di piangere ma le conseguenze per la sua salute possono essere serie. Si chiama *shaken baby syndrome* ovvero sindrome del bambino scosso ed è una vera e propria forma di maltrattamento fisico. «È la più comune causa di trauma nei neonati — dice Luca Gastaldo, medico dell'ambulatorio Bambi dell'ospedale Regina Margherita di Torino —. A quell'età non c'è il controllo del capo perché i muscoli del collo sono deboli, la testa è pesante rispetto al corpo e, se scosso, il cervello si muove all'interno del cranio. Le conseguenze dello scuotimento, anche se di pochi secondi, possono essere particolarmente infauste: deficit neurologici e cognitivi, o persino la morte». Anche comportamenti apparentemente innocui, come per esempio sollevare in aria il piccolo e farlo saltellare, possono avere conseguenze simili a quelle della sindrome del bambino scosso. Per sensibilizzare i genitori, Terre des Hommes, la Società italiana di neonatologia e il centro "Soccorso violenza sessuale e domestica" della Clinica Mangiagalli di Milano, hanno promosso una campagna nazionale di sensibilizzazione: «Coccolalo! Ma non scuoterlo, mai!».

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dir. Resp.: Maurizio Molinari

IL CASO

Cambio di sesso  
all'anagrafe anche  
senza operazione

Polemiche per la sentenza  
del tribunale di Ragusa

Albanese e Corbi A PAG. 17 E UN COMMENTO  
DI FRANCESCA SFORZA A PAG. 23

# Cambio di sesso sui documenti anche a chi non si è operato

Il Tribunale di Ragusa: ne ha diritto chiunque senta in maniera forte questa esigenza

il caso

FABIO ALBANESE  
RAGUSA

Il cambio di sesso non è solo un fatto chirurgico e per questo va riconosciuto anche a chi, pur non essendo ancora entrato in sala operatoria, sente fortemente e in maniera irreversibile questa esigenza. È quanto ha deciso lo scorso 13 dicembre il tribunale di Ragusa che ha stabilito il cambio di sesso, da maschile a femminile, a una persona di 27 anni della provincia. Jill, non è il suo vero nome ma l'alter ego con cui si fa chiamare, ha vinto questa battaglia dopo due anni e mezzo di aule giudiziarie. Il presidente della sezione civile Salvatore Barracca, giudici a latere Elisabetta Trimani e Alida Bracone, hanno raggiunto questa conclusione - che ora in molti considerano di buon senso ancora prima che ineccepibile dal punto di vista del diritto - avendo preso in considerazione recenti sentenze della Corte europea per i diritti dell'uomo, della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione: «Ma l'esito - avverte l'avvocato di Jill, Nunzio Ci-

trella - non era scontato perché all'epoca in cui abbiamo cominciato il procedimento non c'era abbastanza giurisprudenza».

D'altronde, il pubblico ministero aveva chiesto al giudice di respingere la richiesta. La decisione però è stata un'altra: «La fissazione dell'identità di genere femminile da parte del soggetto esaminato, essendo derivata da una graduale maturazione personale, si può definire stabile e irreversibile», scrivono i giudici dopo aver rilevato, peraltro, che si è in presenza di «un quasi azzeramento della fertilità maschile». Inoltre: «Se da un lato è vero che l'attuale condizione... è reversibile sul piano somatico, altrettanto non si può dire sul piano psicologico in quanto il soggetto percepisce chiaramente e stabilmente l'appartenenza al genere femminile».

La sentenza dispone «il mutamento del sesso da maschile a femminile e la modifica del nome», «ordina all'ufficiale di Stato civile di procedere alle conseguenti variazioni anagrafiche» e, infine, «autorizza il ricorrente a sottoporsi a trattamento medico-chirurgo per l'adeguamento dei caratteri sessuali da maschili a femminili».

«È una modifica seria e importante nella valutazione della sessualità - dice l'avvocato Citrella - che è legata a un fascio enorme di aspetti. L'organo sessuale è solo uno di questi aspetti; prevale la percezione del gruppo sociale e di se stessi, interiore ed esteriore, che è cosa ben diversa da quella anagrafica. È la psiche che prevale sul corpo».

Jill nella sua battaglia ha avuto accanto famiglia e amici, ma è consapevole che poi, alla fine, di fronte a questioni così importanti «sei solo e solo devi andare avanti». Ora attende che la sentenza venga notificata, per avere la sua nuova carta d'identità con il nome femminile e il genere cambiato. Già quest'anno, rivela il legale, ci sono stati pronunciamenti simili da parte dei tribunali di Oristano e Savona: «Per avere una sentenza favorevole - racconta l'avvocato - mi avevano suggerito di far cambiare residenza alla mia assistita in una grande città, magari del Nord; in posti più civili, mi avevano detto proprio così. Ma le nostre ragioni le abbiamo trovate qui, in una piccola città del Sud. E questo è un segno dei tempi che cambiano».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

100

persone  
Numero medio annuo dei cambi di sesso in Italia

2

anni e mezzo  
La durata del procedimento legale per Jill



**50**  
**generi**  
Il numero  
di sfumature  
di identità  
sessuale  
secondo  
i teorici del  
«gender»

«Lo faccio  
per me e per  
tanti altri»

**4** **domande**  
a  
Jill  
transessuale

«Questo è un aiuto che sto dando anche agli altri, a chi come me ha sofferto tanto». Jill, come si fa chiamare, non vuole che si riveli il suo nome ma è consapevole che la sentenza che la riguarda apre una strada e, dunque, accetta di parlarne.

**È soddisfatta?**

«Sì, tanto, e penso a tutte quelle persone che come me hanno avuto tante porte chiuse e alle quali dico di lottare, e di prendere a calci quelle porte, come ho fatto io».

**Ci sperava?**

«Mi ero informata, ho studiato, e ho visto uno spiraglio di luce. Mi sono detta, usciamo allo scoperto e vediamo cosa succede. Non ero sicura che avrei vinto ma ci ho molto sperato. E d'altronde, se cominci una battaglia devi portarla a termine».

**Mi parli un po' di lei.**

«Sono consapevole della mia condizione sin da quando ero piccola. A scuola alla fine ho anche trovato solidarietà da compagni e professori e in paese nessuno mi ha mai chiamato con il nome da maschio; ma non ho ancora un lavoro, non mi andava proprio che sul mio cartellino ci fosse scritto un nome che non mi appartiene e non rispecchia il mio essere».

**Cosa farà adesso?**

«Ora potrò lavorare, guidare la macchina e, appena possibile, mi sottoporro all'intervento chirurgico perché io il mio percorso voglio completarlo».

[F. ALB.]

BY NC ND / ALCUNI DIRITTI RISERVATI

## Pro e contro

Paola Concia (attivista Lgtb)

“È il rimedio a una sofferenza e non a un semplice capriccio”

Paola Concia, attivista per i diritti Lgtb, politica, è d'accordo con la decisione del magistrato di Ragusa?

«Sono felice perché è una decisione molto civile che risolve una sofferenza. Perché vorrei ricordare che ci troviamo di fronte a una disforia di genere, non è che da oggi le persone possono improvvisamente cambiare identità sui documenti per capriccio».

**In molti tuttavia la interpreteranno proprio così, non crede?**

«Purtroppo il rischio c'è, io me le immagino già le polemiche. La verità è che questa possibilità andrebbe data per legge e non grazie a un giudice illuminato. Ma si sa che la politica su questi temi arranca. E quindi ben vengano le sentenze».

In ogni caso questa decisione è un grosso passo avanti nella battaglia “gender”...

«Lo è. Perché nascere in un corpo che non si sente proprio è una grande sofferenza ed è bene dare a queste persone la possibilità di affrontare meglio la loro condizione. Anche se a fronte di un magistrato illuminato ce ne saranno altri pronti a negare questo passaggio o che lo hanno già fatto. Dunque vi è discrezionalità».

**Ma una legge sul tema sembra difficile in un paese come l'Italia.**

«Guardi che è un problema in molti posti. Non solo da noi alla fine sono i giudici a mettere l'ultima parola. Basti pensare che negli Usa hanno avuto il matrimonio egualitario dopo una pronuncia dell'alta Corte».

[M. COR.]

BY NC ND / ALCUNI DIRITTI RISERVATI

## Massimo Gandolfini (Family Day)

# “È una follia civile e sociale Si fa guerra alla natura”

” Massimo Gandolfini, presidente del comitato «Difendiamo i nostri figli» e creatore del Family Day, definisce la decisione del giudice di Ragusa una «follia civile e sociale».

**Non ritiene che quel giudice sia venuto incontro a un bisogno profondo di una persona?**

«È un altro di quei casi in cui la giustizia si inventa delle regole senza tener conto del Parlamento e quindi della volontà popolare. Il cambio di identità senza che ci sia stato un cambio di sesso è un abuso che non trova riscontro nella legge italiana. E non è la prima volta che accade».

**Sono però casi molto rari e particolari.**

**Trova tutto questo grave comunque?**

«Sì perché si tenta un passaggio antro-

pologico gravissimo. Con il Family Day denunciavamo proprio questa valanga gender che mina l'identità degli individui e quindi della società».

**Non le sembra invece che ognuno abbia diritto a realizzare se stesso anche attraverso l'affermazione di un'identità che non corrisponde a quella fisica?**

«Stiamo lottando contro la natura, è il tentativo dell'uomo di farsi Dio, come Prometeo che ruba il fuoco a Giove e finì malissimo».

**Quello era un mito greco. È passato qualche millennio...**

«Ma anche noi finiremo male se continueremo così, mettendo in discussione la biologia. Ricordiamoci che ogni cellula dell'uomo è sessuata e quando si cambia sesso è solo un maquillage.» [M. COR.]

© BY NC ND ALL RIGHTS RESERVED