



RASSEGNA STAMPA

11-07-2017

1. REPUBBLICA.IT Tumore del testicolo: identificati 19 nuovi geni associati al rischio di ammalarsi
2. SKY TG24 Il cancro a mammella ha "firma genetica" comune con obesità e diabete
3. LA STAMPA.IT Melanoma: diagnosi più tempestive grazie ad un algoritmo
4. SOLE 24 ORE SANITA' Meno vaccini, meno sanzioni
5. SOLE 24 ORE SANITA' Regioni divise alla metà
6. CORRIERE DELLA SERA Il decreto vaccini oggi in Aula, le proteste non si fermano
7. QUOTIDIANO SANITÀ Decreto vaccini. Via libera da Commissione Sanità al provvedimento
8. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Int. a David Gramiccioli - I free vax: libertà di scelta «Lo Stato non può obbligare»
9. GIORNO - CARLINO – NAZIONE Avanti sui vaccini, il governo mette la fiducia
10. STAMPA Quando vanno in tilt i "motori" delle cellule
11. SOLE 24 ORE SANITA' Pma: 3 bimbi su 100 nascono così
12. MESSAGGERO Dj Fabo e l'ultimo viaggio per morire giudice contro pm: Cappato a giudizio
13. REPUBBLICA La mamma di Charlie "Sono grata all'Italia non smetto di sperare"
14. IL FATTO QUOTIDIANO Charlie e la cura sperimentale: ancora 48 ore per decidere
15. LA VERITA' Troppi rischi nelle presunte diete miracolose

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

Tumore del testicolo: identificati 19 nuovi geni associati al rischio di ammalarsi



Si arriva così a 44 mutazioni note che aumentano le possibilità di ammalarsi. Parliamo del cancro più frequente tra gli uomini tra i 15 e 40 anni, ma da cui si guarisce quasi nella totalità dei casi

di TINA SIMONIELLO

Sono stati identificati 19 nuovi geni associati al rischio di ammalarsi di tumore del testicolo. I nuovi elementi, di cui ha dato notizia [Nature Genetics](#) solo qualche giorno fa, vanno ad aggiungersi ad altri 25 geni già rintracciati. Secondo gli autori, un team internazionale che ha scandagliato il genoma di 7mila pazienti e 23mila persone sane, tutti questi elementi insieme potrebbero permettere di individuare in anticipo l'uno per cento di coloro per i quali la probabilità di ammalarsi di cancro del testicolo è di ben 14 volte più alta. Gli uomini che ereditano tutte le 44 mutazioni che aumentano il rischio – calcolano gli scienziati – hanno una probabilità di ammalarsi di cancro del testicolo pari al 7%, a fronte dello 0,5% per cento misurato nella popolazione maschile generale.

Obiettivo: individuare chi è a rischio e trovare nuove terapie. Se col tempo verranno messi a punto test clinici sulla base della genetica della malattia, gli uomini a rischio potrebbero essere monitorati nel tempo, in modo da scoprire precocemente eventuali segni anche molto precoci di tumore, e queste persone si potrebbero eventualmente sottoporre a trattamenti preventivi, si legge in una nota rilasciata dall'Institute of Cancer Research (ICR) di Londra, che ha coordinato la ricerca. Ma è solo questione di prevenzione? Non esattamente.: "La nuova scoperta (...) estende la

comprensione della biologia della malattia, di ciò che spinge cellule sane a diventare cancerose. Questo potrebbe aiutare i ricercatori a trovare nuovi trattamenti” chiarisce Paul Workman, Chief Executive dell’ICR.

Il cancro più frequente tra i 15 e i 40 anni. Il cancro del testicolo, e in particolare il tumore a cellule germinali - cioè quello che colpisce i precursori degli spermatozoi e che rappresenta il 95 per cento di tutte le neoplasie maligne a carico delle gonadi maschili – costituisce l’uno per cento dei tumori solidi. Tra gli uomini di 15-40 anni, però, è la forma di tumore maligno più frequente (11%).

Un tabù dalla prognosi eccellente. Ciononostante se ne parla poco. Probabilmente intorno alla malattia c’è un tabù, o comunque un forte riserbo: in fondo si tratta di una patologia legata a un forte simbolismo che potrebbe amplificarne l’impatto sulla psicologia del paziente. “Sì, parliamo di una forma di cancro psicologicamente devastante – conferma **Sergio Bracarda**, direttore dell’Oncologia Medica dell’Azienda USL 8 di Arezzo e consigliere nazionale Aiom – ma anche dalla prognosi eccellente: la quasi totalità di chi si ammala di tumore del testicolo guarisce e conserva la sua capacità riproduttiva, perché una volta rimosso un testicolo, l’altro continua a funzionare e a produrre spermatozoi”. Va detto che già al momento della diagnosi alcuni pazienti hanno una funzione testicolare alterata. “Ma è possibile crioconservare il liquido seminale, prima di qualsiasi intervento”.

Il percorso di cura. Qual è, a tal proposito, il percorso terapeutico che deve affrontare chi riceve la diagnosi di tumore testicolare? “L’intervento chirurgico, l’orchietomia, cioè l’asportazione del testicolo. Che richiede esperienza e buon senso chirurgico – sottolinea Bracarda – e una chemioterapia adiuvante. Se la malattia è molto localizzata e nel caso di alcuni tipi istologici particolari, la chemioterapia si può evitare. Ma sottolineo: solo in alcuni casi e in accordo con il paziente”.

I fattori di rischio. Fra i fattori di rischio ben definiti della malattia c’è il tumore del testicolo controlaterale (l’altro), una storia di criptorchidismo, una storia di testicolo ritenuto e anche, sebbene i casi documentati siano rari, una storia familiare di tumore testicolare. “La ricerca in questione – riflette l’esperto sui risultati dello studio – ha valutato migliaia di casi per indagare meglio i fattori genetici che sottostanno al rischio di ammalarsi di tumore delle cellule germinali. Si stanno trovando associazioni di geni che potrebbero spiegare un terzo dei casi ereditari, che comunque sono pochi. Va anche detto che parliamo di geni di suscettibilità, quindi di predisposizione e non di ereditarietà in senso mendeliano”.

Quando deve scattare l’allarme. “Gli uomini che avvertono una asimmetria allo scroto, cioè se un testicolo appare o si sente diverso dall’altro, è bene facciano una ecografia scrotale, possibilmente recandosi da un ecografista urologo. Potrebbe trattarsi – continua l’esperto – di una banalità, ma parliamo di un esame semplice e non invasivo, quindi perché non farlo? Se il sospetto è confermato, con un prelievo ematico si cercano i marcatori”. Nel rapporto con i genitali. “Succede spesso che i pazienti si presentino in ritardo di qualche mese alla visita, per timore, per ansia. Le donne hanno col ginecologo un rapporto che spesso è strettissimo. Gli uomini - conclude Bracarda – dovrebbero condividere con le loro compagne l’attenzione alla salute del loro apparato sessuale e riproduttivo”.

<http://tg24.sky.it/tg24/>

SALUTE-E-BENESSERE

Il cancro a mammella ha "firma genetica" comune con obesità e diabete



Nuova scoperta nella connessione tra tumori, obesità e diabete (Getty Images)

Lo hanno scoperto ricercatori dell'Università degli Studi di Milano, i quali hanno applicato un nuovo approccio nell'analisi dei big data, ossia delle grandi moli di dati clinici finora accumulate. Una scoperta fondamentale per nuove cure e diagnosi precoci

Grazie a un approccio innovativo all'analisi dei [big data](#) (e cioè una grande mole di dati, tale da richiedere metodologie di analisi specifiche), un gruppo di ricercatori del [Centro della complessità e dei biosistemi](#) (Cc&B) dell'Università di Milano è riuscito a identificare una sorta di firma genetica comune a [obesità](#), [cancro](#) alla mammella e [diabete](#). Prove cliniche ed epidemiologiche avevano già evidenziato il legame fra queste tre malattie, ma non era ancora stata ottenuta una solida conferma di questa relazione a livello di espressione genetica. Questo è dovuto a una serie di fattori, dalla grande variabilità fra i pazienti ai limiti dei modelli di studio in vitro. Ma soprattutto, c'è anche un grosso problema relativo ai dati: la presenza di una grande quantità di "rumore di fondo" (e cioè una grande quantità di variabili), che rende difficile individuare alcuni elementi ricorrenti nei risultati delle analisi di migliaia di geni in molti individui diversi.

Un nuovo approccio per scoprire le connessioni

Usando un nuovo approccio, basato sulla combinazione di due diverse tecniche chiamate decomposizione ai valori singolari e analisi di deregolazione dei pathway, i ricercatori sono riusciti a individuare 38 geni che sono espressi in maniera diversa negli adipociti provenienti da soggetti obesi, confrontati con quelli provenienti da soggetti non obesi. Una sorta di firma genetica che sembra caratterizzare in maniera specifica la condizione di obesità, indipendentemente dal genere del soggetto. Questi geni sono soprattutto associati a processi di infiammazione e risposta immunitaria, e a complicazioni note dell'obesità come il diabete di tipo 2 e l'infertilità. Essi, inoltre, sono deregolati in maniera simile nel caso di cancro alla mammella, il che sembra quindi confermare l'associazione fra questo tipo di tumore e l'obesità. Alcuni di questi geni potrebbero quindi rappresentare degli interessanti marcatori biologici, utili non solo per ulteriori ricerche su questi temi, ma, eventualmente, anche per possibili scopi diagnostici.

I geni-spia comuni a diabete, obesità e tumore alla mammella

"La forza del nostro lavoro deriva dall'uso di metodi di filtraggio e riduzione del rumore particolarmente

appropriati, grazie ai quali siamo riusciti a mitigare il batch effect. Questa strategia di analisi potrebbe venir utilizzata anche per studiare altre patologie, consentendo di sfruttare con maggior accuratezza l'enorme quantità di dati accumulati nella letteratura biomedica", ha detto [Caterina La Porta](#), membro del Cc&B e professoressa di patologia generale al Dipartimento di scienze e politiche ambientali dell'Università di Milano. "Grazie a questo approccio, siamo riusciti a identificare una lista di geni caratteristici dell'obesità, che sono anche associati al diabete di tipo 2 e al cancro alla mammella. Il tutto con un grado di precisione simile a quello usato per identificare il [bosone di Higgs](#)".

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

Melanoma: diagnosi più tempestive grazie ad un algoritmo



VALENTINA ARCOVIO

Mentre è opportuno tenere bene a mente di non esporsi selvaggiamente al sole senza protezione, a causa del rischio di ammalarsi di cancro alla pelle, gli scienziati stanno lavorando allo sviluppo di nuovi metodi infallibili in grado di effettuare diagnosi più tempestive. E già si stanno raggiungendo risultati promettenti. Così presto l'occhio esperto del dermatologo potrebbe essere sostituito da uno speciale algoritmo in grado di distinguere quali nei sono innocui e quali sono invece lesioni cancerose.

A metterlo a punto è stato un gruppo di scienziati dell'Università di Stanford in uno studio pubblicato qualche mese fa sulla rivista Nature. L'algoritmo potrebbe essere addirittura utilizzato su smartphone, scaricando una semplice app.

IL SISTEMA E' STATO SVILUPPATO GRAZIE ALL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Per sviluppare questo prezioso algoritmo gli studiosi si sono serviti dell'Intelligenza Artificiale. Prima il sistema ha imparato a riconoscere gli oggetti raffigurati nelle immagini. Poi, dopo aver passato in rassegna 130mila immagini raffiguranti lesioni specifiche della pelle, il sistema «intelligente» è stato in grado di riconoscere le somiglianze le differenze tra le immagini mostrate.

Grazie al cosiddetto apprendimento profondo, conosciuto come deep learning, l'algoritmo alla fine è diventato capace di riconoscere le lesioni pericolose. Basandosi su alcune caratteristiche, come il colore, la forma e il contrasto, il sistema è in grado di distinguere le lesioni benigne da quelle maligne, i semplici stati infiammatori e, in caso di tumore, sembra addirittura in grado di distinguere un carcinoma da un melanoma.

CON IL NUOVO ALGORITMO LA DIAGNOSI DIVENTA ANCORA PIU' PRECOCE

I tumori della pelle sono la forma di cancro più diffusa. Come per altre forme di cancro aggressive, l'identificazione precoce del melanoma è fondamentale per il successo del trattamento. La prima diagnosi è solitamente effettuata dai dermatologi a livello visivo, sulla base delle caratteristiche delle lesioni, e solo in seguito confermata da esami più specifici e invasivi. Il nuovo sistema potrebbe in futuro sostituire il medico.

Per testarne l'efficacia e l'affidabilità, gli scienziati di Stanford hanno messo alla prova l'algoritmo confrontando i suoi risultati con quelli di 21 dermatologi. Ebbene, il sistema è risultato affidabile quanto un camice bianco e, in alcuni casi, anche di più. Tuttavia, c'è ancora da fare prima di poter sfruttare questo innovativo sistema. Oltre a dover ancora terminare il «programma di apprendimento», bisogna risolvere ancora un problema. Il nuovo algoritmo, infatti, funziona sulla popolazione dalla pelle chiara, mentre non fornisce diagnosi affidabili se il colore della pelle è scuro.

DECRETO LORENZIN

Vaccini, acrobazie al Senato

Meno obblighi, meno sanzioni - È corsa contro il tempo

Il Ddl 2856 di conversione del decreto 73 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" conclude in settimana il primo giro di boa. L'aula del Senato si trova a votare un articolato riveduto e corretto, anche se a impianto invariato. In una serie di sedute notturne la commissione Igiene e Sanità ha puntato a ottenere un testo «equilibrato», come l'hanno definito tanto la presidente della commissione **Emilia De Biasi** quanto la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**.

L'obbligo vaccinale a scuola nella fascia tra 0 e 16 anni d'età viene limitato a 10 profilassi: anti poliomielitica; anti difterica; anti tetanica; anti epatite B; anti pertosse; anti Haemophilus influen-

zae tipo b; anti morbillo; anti rosolia; anti-parotite; anti varicella. Per la stessa fascia d'età il nuovo testo prevede che altre quattro vaccinazioni - anti meningococco B e C, anti pneumococco e anti rotavirus - siano a offerta «attiva e gratuita», in base alle

specifiche indicazioni del Calendario vaccinale per coorte di nascita. I vaccini si potranno somministrare anche in farmacia. Spetterà ad Aifa, ancora, contrattare il prezzo.

Per i genitori "disobbedienti", la multa massima scende da 7.500 a 3.500 euro, mentre scompare la possibile segnalazione dell'Asl al Tribunale dei minori in caso di reiterato diniego.

GOBBI A PAG. 6-7

Il Ddl al voto del Senato: 10 le profilassi obbligatorie e 4 ad offerta «attiva e gratuita»

Meno vaccini, meno sanzioni

Multe dimezzate a 3.500 per i genitori "disobbedienti" - Farmacie in campo

Il Ddl 2856 di conversione del decreto 73 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale" conclude in settimana il primo giro di boa. L'aula del Senato si trova a votare un articolato riveduto e corretto, anche se sostanzialmente a impianto invariato. In una serie di sedute notturne la commissione Igiene e Sanità ha puntato a ottenere un testo «equilibrato», come l'hanno definito tanto la presidente della XII **Emilia De Biasi** quanto la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**.

Prima tappa, è stata l'approvazione dell'emendamento 1.1000 (testo 2) della relatrice **Patrizia Manassero** (Pd), che riduce da 12 a 10 le profilassi imposte ai genitori di bambini e ragazzi tra 0 e 16 anni. L'obbligo resta quindi per: anti poliomielitica; anti difterica; anti tetanica; anti epatite B; anti pertosse; anti Haemophilus influen-

zae tipo b; anti morbillo; anti rosolia; anti-parotite; anti varicella. Per la stessa fascia d'età il nuovo articolo 1 prevede che altre quattro vaccinazioni - anti meningococco B e C, anti pneumococco e anti rotavirus - siano ad offerta «attiva e gratuita», in base alle specifiche indicazioni del Calendario vaccinale relativo a ciascuna coorte di nascita.

Spetterà al **ministero della Salute**, sentito l'Iss, dare indicazioni operative su quest'ultima previsione, entro dieci giorni dalla conversione in legge del decreto e sulla base, anche, della verifica dei dati epidemiologici e delle coperture vaccinali ottenute, realizzata dalla Commissione nazionale per il monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza. L'intesa, raggiunta sul filo di lana grazie a un'asse Pd-Forza Italia che ha portato a 11 voti favorevoli e a dieci contrari, non si limita al minor numero di vaccini obbligatori (nel



testo del decreto legge la coercizione riguardava 12 profilassi e l'Iss aveva auspicato che ne fosse introdotta una tredicesima, cioè l'antipneumococco).

L'altra doppia novità importante è il quasi dimezzamento delle multe massime per i genitori che, pur contattati e sensibilizzati dalla Asl, continuano a rifiutare di vaccinare i propri figli: da 7.500 euro la sanzione amministrativa scende a un massimo di 3.500 euro. Il minimo è fissato a 500 euro e l'entità della sanzione varierà in base al numero di vaccinazioni su cui si registrerà il "no" della famiglia. Non solo: dal testo scompare la possibile segnalazione della Azienda sanitaria locale al Tribunale dei minori in caso di reiterato diniego dei genitori.

Stretta in arrivo, infine, sui prezzi: un emendamento al comma 6 dell'articolo 1 prevede che i vaccini indicati nel Calendario vaccinale nazionale siano sottoposti alla negoziazione obbligatoria dell'Aifa.

La Igiene e Sanità ha votato poi l'emendamento che consente la somministrazione dei vaccini da parte dei medici, con la collaborazione degli infermieri, anche in farmacia. Sarà un Dm della Salute a stabilire le modalità, in attuazione del capitolo del Patto salute sulla farmacia

dei servizi. «La possibilità di somministrare i vaccini in farmacia è un'ottima novità e ne potranno beneficiare in particolare le persone che si trovano in aree isolate o disagiate», ha commentato [Lorenzin](#). Ma dalla Fnom è scattato subito l'altolà: lo svolgimento di attività mediche presso le farmacie è vietato, affermano dalla Federazione.

Al momento in cui si va in stampa resta incerta la sorte dell'emendamento che introduce l'obbligo di vaccinazione per operatori sanitari, sociosanitari e scolastici, rinviato alla commissione Bilancio. Ed è attesa anche l'istituzione dell'anagrafe nazionale vaccinale. Che - ha commentato la relatrice Manassero - «consentirà a tutti gli italiani, dalla prima infanzia, di avere una propria storia vaccinale ma soprattutto consentirà di verificare lo stato delle vaccinazione nel nostro Paese».

Pollice verso sul provvedimento dalla senatrice **Nerina Dirindin**, presentatrice di un proprio Ddl che eliminerebbe l'obbligo vaccinale tout court. «Migliorano solo gli elementi di contorno - ha commentato - mentre l'impianto che prevede l'obbligatorietà è lo stesso e per noi resta sbagliato».

Barbara Gobbi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Regioni divise alla mèta

Dalle Regioni - fatto salvo il no del Veneto che ha rilanciato sul ricorso alla Corte costituzionale, e della Valle d'Aosta - è arrivato il via libera al decreto legge 73, in via di conversione, che istituisce l'obbligo vaccinale per l'iscrizione a scuola da zero a 12 anni d'età. Il presidente **Stefano Bonaccini** si è affrettato a spiegare che «la stragrande maggioranza delle Regioni è a favore, comprese Lombardia e Liguria». Ma il parere consegnato al Governo in sede di Conferenza Unificata giovedì scorso, quando ancora alla Igiene e Sanità ferveva il voto sugli emendamenti, conteneva sette richieste precise. Queste: a) realizzare in tempi brevi l'Anagrafe vaccinale informatizzata nazionale, quale strumento fondamentale per il governo e monitoraggio dei programmi vaccinali; b) prevedere un maggiore e più attento utilizzo del sistema di Farmacovigilanza rispetto alle attività vaccinali; c) uniformare entità e modalità di applicazione delle sanzioni, valutandone la riduzione; d) prevedere l'obbligo di vaccinazione anche per gli operatori sanitari coinvolti nei processi assistenziali ai minori; e) prevedere strumenti contrattuali e giuridici che consentano di agire in modo efficace e concreto nei confronti dei sanitari che, opponendosi alle vaccinazioni, ostacolano le campagne vaccinali previste dalla normativa; f) prevedere una nota congiunta di ministero dell'Istruzione e **ministero della Salute**, concordata nei contenuti con le Regioni, che riporti specifici indirizzi volti a facilitare l'attuazione delle norme e a semplificare le procedure per gli aventi diritto e per le istituzioni coinvolte; g) verificare con il Garante della Privacy la percorribilità della trasmissione dei dati e delle informazioni previste dalle procedure attuative.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Le manifestazioni
contro il testo**

Il decreto vaccini oggi in Aula Le proteste non si fermano

Due punture contro dieci malattie infettive. Oggi il decreto sulle vaccinazioni obbligatorie — superato nella notte l'esame della commissione Sanità del Senato — arriverà al voto dell'Aula. Le profilassi diventano necessarie per entrare a nido e asilo da 0 a 6 anni mentre da 6 a 12 (elementari, medie biennio delle superiori) l'alunno viene comunque ammesso, però i genitori vanno incontro a una sanzione (fino a 3.500 euro, anziché 7.500) e non rischiano la sospensione della patria potestà come nel testo originario. Le profilassi obbligatorie e gratuite, a seconda dell'età, sono 10 suddivise in una esavalente con 6 componenti (antipolio, tetano, pertosse, epatite B, *aemophilus influenzae*) e una quadrivalente (antimorbillo, parotite, rosolia e varicella): dunque due sole punture. Altre 4 sono raccomandate e gratuite in base all'anno di nascita: antimeningite B e C, rotavirus e pneumococco (responsabile di meningite nei bambini). In corsa un

emendamento sull'obbligo da estendere a operatori sanitari, socio-sanitari e docenti. Il decreto va avanti e gli «anti vax» non demordono nel contrastarlo. Domenica a Pesaro sono scese in piazza migliaia di persone per chiedere la libertà di decidere sulla salute dei propri figli. Sono arrivati da tutta Italia gli stessi gruppi che hanno sfilato nelle settimane scorse a Roma e in altre città. Sul palco stavolta c'era anche il cantante Povia con «Quando i bambini fanno oh», interpretata con un testo rivisitato per l'occasione, e «Chi comanda al mondo»: «La canzone mi è costata 34 querele», ha detto l'artista. Nel corteo molte famiglie in marcia con figli e passeggini, tutti in maglietta arancione e animati dalla volontà di opporsi, obiettare e mandare i bambini a scuola senza certificati. Il provvedimento della ministra della Salute Beatrice Lorenzin dopo il Senato andrà alla Camera. Tra le novità, medici presenti in farmacia per vaccinare.

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Martedì 11 LUGLIO 2017

Decreto vaccini. Via libera da Commissione Sanità al provvedimento. Approvati emendamenti su istituzione anagrafe vaccinale nazionale e obbligo per operatori sanitari e scolastici. Nel pomeriggio il testo in Aula

Sull'emendamento che estende l'obbligo vaccinale anche agli operatori sanitari e scolastici si attende ancora il parere della Commissione Bilancio che dovrebbe arrivare entro il primo pomeriggio. Queste le principali novità della sedura di ieri notte in XII Commissione al Senato. L'esame dell'Aula è fissato per le 16:30. Ieri Palazzo Chigi ha autorizzato la fiducia sul provvedimento ma, al momento, Lorenzin e Finocchiaro la escludono.

Via libera dalla Commissione Sanità del Senato al decreto vaccini. Approvati gli emendamenti sull'istituzione dell'anagrafe vaccinale nazionale che registrerà la situazione vaccinale degli italiani e sull'estensione dell'obbligo vaccinale per gli operatori sanitari e scolastici. Su quest'ultimo emendamento, però, si è ancora in attesa del parere della Commissione Bilancio che dovrebbe arrivare entro il primo pomeriggio. Queste le principali novità della sedura di ieri notte in XII Commissione. L'avvio dell'esame in Aula è fissato per oggi alle 16:30.

Intanto, ieri sera il Consiglio dei Ministri ha autorizzato la fiducia su tre decreti all'esame del Parlamento: il dl Mezzogiorno, il dl Banche venete e il dl Vaccini. Le ministre della Salute e dei Rapporti con il Parlamento, rispettivamente, Beatrice Lorenzin e Anna Finocchiaro, al momento escludono però il ricorso alla questione di fiducia sul provvedimento che punta ad introdurre l'obbligo per 10 vaccinazioni per i minori appartenenti alla fascia d'età 0-16 anni. Anche perché, nelle ultime l'approvazione degli emendamenti in Commissione si è avuta grazie all'asse tra PD e Forza Italia.

Queste, al momento, le misure contenute nel decreto.

All'articolo 1 si prevede l'introduzione di 10 vaccini obbligatori e gratuiti per i minori di età compresa tra zero e sedici anni:

- anti-poliomielitica;
- anti-difterica;
- anti-tetanica;
- anti-epatite B;
- anti-pertosse;
- anti-Haemophilus influenzae tipo b;
- anti-morbillo;
- anti-rosolia;
- anti-parotite;
- anti-varicella.

Sulla base della verifica dei dati epidemiologici e delle coperture vaccinali raggiunte, il Ministero della Salute, con decreto da adottare decorsi tre anni dalla data di entrata in vigore della legge, e successivamente, sentiti il Consiglio superiore di sanità, l'Aifa, l'Istituto Superiore di Sanità e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e Regioni e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, potrà disporre la cessazione dell'obbligatorietà per una o più delle vaccinazioni per morbillo, rosolia, parotite e varicella.

A queste, poi, se ne aggiungono altre 4 "consigliate": anti-meningococco B, anti-meningococco C, anti-pneumococcica e anti-rotavirus. Il loro inserimento, seppur come "consigliate", ha l'intento di rafforzare con norma di legge la raccomandazione già contenuta nel Nuovo Piano nazionale vaccini. Anche se in questo caso non sono previste sanzioni, le Asl saranno in ogni caso obbligate a fare promozione attiva per queste 4 vaccinazioni.

Entro 10 giorni dall'entrata in vigore del decreto, e successivamente ogni sei mesi, il ministero della Salute, sentito l'Istituto superiore di sanità, "fornisce indicazioni operative per l'attuazione" della misura in base alla quale le Regioni "assicurano l'offerta attiva e gratuita" dei vaccini "consigliati" anti-meningococcica B e C, anti-pneumococcica e anti-rotavirus. Le indicazioni del ministero dovranno anche tener conto della verifica dei dati epidemiologici e delle coperture vaccinali raggiunte, effettuata dalla commissione per il monitoraggio dell'attuazione del decreto vaccini.

Le vaccinazioni potranno essere omesse o differite: in caso di avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale, comprovata dalla notifica effettuata dal medico curante o dagli esiti dell'analisi sierologica; o ancora in caso di accertato pericolo per la salute, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta.

In tema di vaccinovigilanza, l'Aifa, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, provvede, avvalendosi della Commissione tecnico-scientifica integrata da esperti, indipendenti e privi di conflitti di interesse, e in collaborazione con l'Istituto superiore di Sanità, a predisporre e trasmettere al Ministero della salute la relazione annuale sui risultati del sistema di farmacovigilanza e sui dati degli eventi avversi per i quali è stata confermata un'associazione con la vaccinazione. Il Ministro della salute trasmetterà poi la relazione al Parlamento.

Veniamo così alle sanzioni per le mancate vaccinazioni. Ai genitori esercenti la responsabilità genitoriale e ai tutori è comminata una sanzione amministrativa pecuniaria che potrà andare da un minimo di 500 ad un massimo di 3.500 euro per il mancato rispetto dell'obbligo. Non incorreranno in sanzioni quei genitori che, a seguito di contestazione da parte dell'Asl territorialmente competente, provvedano, nel termine indicato nell'atto di contestazione, a far somministrare al minore il vaccino ovvero la prima dose del ciclo vaccinale, a condizione che il completamento del ciclo previsto per ciascuna vaccinazione obbligatoria avvenga nel rispetto delle tempistiche stabilite dalla schedula vaccinale in relazione all'età. Sparisce ogni riferimento alla possibile perdita della patria potestà.

Infine, vi è una stretta sui prezzi dei vaccini. I vaccini indicati dal Calendario vaccinale nazionale dovranno essere sottoposti alla negoziazione obbligatoria dell'Agenzia Italiana del farmaco (Aifa).

L'articolo 1-bis estende le somministrazioni vaccinali anche alle farmacie. Qui si spiega che i medici, anche avvalendosi della collaborazione di infermieri o assistenti sanitari, con modalità stabilite con un decreto del Ministero della Salute, potranno somministrare i vaccini presso le farmacie, in spazi idonei sotto il profilo igienico-sanitario. La farmacia, previo rilascio della certificazione gratuita relativa all'avvenuta vaccinazione, procede all'invio della stessa al competente servizio dell'Asl allo scopo di assicurare l'aggiornamento del libretto delle vaccinazioni.

Arriviamo così all'articolo 2 riguardante le iniziative di comunicazione e informazione sulle vaccinazioni. A decorrere dal 1° luglio 2017, il Ministero della salute promuoverà iniziative di comunicazione e informazione istituzionale per illustrare e favorire la conoscenza delle disposizioni contenute decreto, nonché per diffondere nella popolazione e tra gli esercenti le professioni sanitarie la cultura delle vaccinazioni, avvalendosi anche della collaborazione dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e dei farmacisti delle farmacie del territorio, sentite le rispettive rappresentanze ordinistiche e sindacali.

I dirigenti scolastici, come spiegato all'articolo 3, sono tenuti, all'atto dell'iscrizione del minore, a richiedere ai genitori la presentazione della documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni, l'esonero, l'omissione o il differimento delle stesse, o ancora la presentazione della formale richiesta di vaccinazione all'Asl territorialmente competente, che eseguirà le vaccinazioni obbligatorie secondo la schedula vaccinale prevista in relazione all'età, entro la fine dell'anno scolastico. La documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni può essere sostituita con un'autocertificazione. In questo caso, la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni deve essere presentata entro il 10 luglio di ogni anno. La mancata presentazione della documentazione nei termini previsti, viene segnalata, entro i successivi dieci giorni, dai dirigenti scolastici all'Asl che provvede agli adempimenti di competenza.

Per i servizi educativi per l'infanzia e le scuole dell'infanzia, incluse quelle private non paritarie, la presentazione della documentazione costituisce requisito di accesso. Per gli altri gradi di istruzione, e per i centri di formazione professionale regionale la presentazione della documentazione non costituisce requisito di accesso alla scuola o agli esami.

All'articolo 4 si dispone che i minori esonerati dalle vaccinazioni vengano inseriti in classi nelle quali sono presenti solo minori vaccinati o immunizzati. I dirigenti scolastici dovranno comunicare all'azienda sanitaria locale, entro il 31 ottobre di ogni anno, le classi nelle quali sono presenti più di due alunni non vaccinati.

Infine, l'articolo 5 disciplina le disposizioni transitorie in base alle quali, per l'anno scolastico e per il calendario dei servizi educativi per l'infanzia e dei corsi per i centri di formazione professionale regionale 2017/2018, la documentazione vaccinale deve essere presentata entro il 10 settembre 2017. Quest'ultima potrà essere sostituita da un'autocertificazione. In tale caso, la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni obbligatorie deve essere presentata entro il 10 marzo 2018.

Giovanni Rodriquez

I free vax: libertà di scelta

«Lo Stato non può obbligare»

La protesta: «Il ministro ritiri il provvedimento»



Posizioni
differenti

In altri Paesi gli esperti parlano di scienza con il beneficio del dubbio. Da noi si multa e si ostracizzano i bambini

«FUORI LA POLITICA»

«In questa nostra battaglia accogliamo tutti, ma nessuno metta la propria bandierina»

Simona Spagnoli
■ PESARO

«**SIAMO** una forza assoluta che nessuno può più negare. La giornata di Pesaro rappresenta qualcosa di epocale. I quattro gatti che hanno gridato 'libertà di scelta vaccinale' e no al decreto **Lorenzin** erano in realtà in quarantamila». Così David Gramiccioli, portavoce della manifestazione, commenta l'esito del raduno free-vax di sabato scorso al parco Miralfiore.

Che chiedete esattamente?

«Non accettiamo né 12, né 10 vaccini imposti in maniera coercitiva. Chi si oppone all'obbligatorietà non lo fa solo per questioni ideologiche, come si legge nella relazione introduttiva al decreto **Lorenzin**, ma lo fa a fronte di una consapevolezza e un'approfondita informazione cresciuta negli incontri con dottori, immunologi, microbiologi, che riportano dati dell'Istituto superiore di Sanità, nonché articoli scientifici riconosciuti a livello mondiale».

Cosa non vi convince?

«Queste fonti parlano di reazioni avverse, danni permanenti e in taluni casi anche di morte. Spetta alle autorità sanitarie eliminare ogni dubbio, anche con contraddittori pubblici, prima di promulgare un decreto di coercizione.

Uno Stato non obbliga, ma garantisce la salute dei propri cittadini».

Come fa a garantirla ai bambini immunodepressi che non possono essere vaccinati?

«In Svezia, Inghilterra e Germania gli esperti parlano di scienza con il beneficio del dubbio. Da noi invece di informare, rassicurare, accompagnare a una serena pratica medica, si multano i genitori di bambini che vanno a scuola e si ostracizzano i loro figli dalle comunità d'infanzia».

E quindi?

«Abbiamo diritto a scegliere consapevolmente e, se necessario, ad avere calendari vaccinali personalizzati».

Sul palco del Miralfiore non c'erano medici...

«Non c'erano perché se parlano li radiano».

Questa vostra posizione ha anche una connotazione politica?

«Voglio essere chiaro: in questa nostra battaglia per la libertà vogliamo essere trasversali e accogliere tutti, a patto però che nessuno si azzardi a mettere la propria bandierina sulla lotta. Lo dico perché questa vicenda avrà una evoluzione più grande, e le tentazioni potrebbero crescere».

A meno che...

«A meno che il decreto venga ritirato e, sullo spunto di questa straordinaria opportunità, sia aperto un vero dibattito scientifico su come vaccinare i nostri figli. In caso contrario, piomberemo nel caos».

Rivendicate una maggiore risonanza sui media, tanto che c'è stata anche una guerra di cifre sui partecipanti al maxi-raduno di Pesaro...

«Per essere una manifestazione di queste dimensioni non ha avuto la copertura che meritava, ma ha fatto comunque breccia. Per noi i partecipanti erano 40mila, la questura invece parla di 12-15 mila persone».



Avanti sui vaccini, il governo mette la fiducia

Gli obbligatori passano da 12 a 10. Somministrazione possibile anche in farmacia

LE MODIFICHE

Nessuna segnalazione alla magistratura per i genitori che non saranno in regola

Veronica Passeri

■ ROMA

TEMPI stretti per il decreto vaccini varato poco più che un mese fa dal governo e ora all'attenzione del Senato. Che l'ha già modificato riducendo il numero dei vaccini obbligatori e abbassando le sanzioni per i genitori no vax. L'ok della commissione Igiene e Sanità di Palazzo Madama è arrivato in nottata ed è previsto che il testo approdi oggi pomeriggio in aula. Il decreto scade il 6 agosto e quindi per consentire il passaggio anche alla Camera «dovrà essere approvato nel giro di un paio di giorni, forse già domani» ha spiegato la relatrice Patrizia Manassero (Pd).

UNA tempistica così stringata che nello scenario del Senato, dove i numeri della maggioranza ballano, ha fatto subito pensare alla volontà del governo di porre la fiducia. E difatti ieri sera il Consiglio dei ministri ha autorizzato la fiducia sul dl vaccini. Un cammino fitto di emendamenti, infatti, rallenterebbe non di poco l'iter del decreto che deve necessariamente essere spedito per consentire la conversione in legge prima della scadenza. Il testo che approda in aula è già una versione diversa rispetto a quello licenziato dal governo dopo una travagliata discussione interna e una altrettanto sofferto dibattito pubblico con decine di iniziative promosse da associazioni di genitori contrarie all'obbligatorietà dei vaccini per poter iscrivere i figli a scuola. In commissione al Senato i vaccini obbligatori sono stati ridotti da 12 a 10 lasciando fuori l'anti meningococco B e C che non sarà più condicio sine qua non per entrare in classe ma che sarà attivamente promosso e suggerito dalle Asl, insieme a rotavirus e pneumococco. Resta la gratuità

di tutti e quattro i vaccini consigliati come, ovviamente, di quelli obbligatori (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, emofilo di tipo B, morbillo, parotite, rosolia e varicella).

L'ALTRA novità riguarda i genitori: ci sarà una riduzione delle sanzioni per quelli che non vaccinano i figli iscritti alla scuola dell'obbligo. Nel decreto originario le sanzioni erano comprese tra 500 e 7.500 euro, nella nuova norma sono tra i 500 e i 3.500 euro. Inoltre viene tolta la possibilità di segnalare chi non è in regola alla Procura presso il Tribunale dei minori per valutare la perdita della patria potestà. Su richiesta di Forza Italia è passato anche un emendamento che apre alla somministrazione in farmacia, da parte dei medici, dei vaccini pediatrici. Per attuare questa misura, però, ci vorrà comunque un decreto ministeriale e sono state avanzate varie perplessità. Sull'ipotesi dell'obbligo alle vaccinazioni degli operatori sanitari si potrà prendere una decisione solo oggi quando la commissione di Bilancio darà il suo parere sulla possibilità o meno di una copertura finanziaria per questa misura.

Durante la seduta notturna la Commissione ha inoltre approvato, tra gli altri, l'emendamento che prevede l'istituzione dell'Anagrafe Vaccinale Nazionale, che registrerà la situazione vaccinale degli italiani, e un emendamento che prevede vaccinazioni anche per operatori sanitari, sociosanitari e scolastici.



La malattia Quando vanno in tilt i "motori" delle cellule

DANIELE BANFI

Oggi grazie alla possibilità di sequenziare il Dna sono decine le malattie genetiche che ogni anno vengono scoperte. Questo particolare è di fondamentale importanza: classificare la malattia e conoscerne il difetto genetico è la premessa per intraprendere un percorso di cura. È anche il caso della patologia che ha colpito Charlie.

Della sua malattia si conosce sia il nome sia la causa. Il vero problema, però, è rappresentato dalla rarità: nella letteratura scientifica sono stati documentati solo 16 casi. Troppo poco per pensare di avere già una cura. Charlie, infatti, soffre di una sindrome da deplezione del Dna mitocondriale, un gruppo di malattie in cui la caratteristica-base è la scarsa presenza di Dna dei mitocondri. Questi ultimi sono le strutture che forniscono alle cellule l'energia necessaria per funzionare. Contengono un piccolo cromosoma che serve a produrre solo 13 proteine, ma ognuna è necessaria perché i mitocondri stessi possano svolgere la loro funzione.

I mitocondri, poi, contengono un migliaio di altre catene proteiche, codificate da geni presenti nel Dna nucleare: difetti in alcuni di questi geni nucleari impediscono ai mitocondri di conservare il loro Dna, rendendoli così incapaci di produrre energia a sufficienza. Ecco perché gli organi che richiedono maggiore energia per funzionare - come muscoli, cervello e fegato - sono i primi

ad essere danneggiati.

Le sindromi da deplezione mitocondriale si distinguono per la loro manifestazione precoce, già nei primi giorni o mesi di vita, e in molti casi per il rapido aggravarsi dei sintomi, proprio come nel caso di Charlie. Aspetti comuni sono la difficoltà di alimentazione e di accrescimento e la debolezza muscolare. Si conoscono tre forme principali: una colpisce particolarmente la muscolatura scheletrica (forma miopatica), la seconda colpisce il fegato e in alcuni casi anche il cervello (forma epatocefale) mentre l'ultima, quella del bambino inglese, interessa sia la muscolatura, sia il sistema nervoso (forma encefalomiopatica). Nei tre casi le mutazioni possono essere le più svariate. Nel caso di Charlie e degli altri 15 piccoli il difetto è nel gene RRM2B, una porzione di Dna nucleare difettoso che impedisce al mitocondrio di lavorare in maniera davvero efficiente.

Al momento non esistono terapie efficaci per questo tipo di malattie. La ricerca, però, sta procedendo spedita e negli ultimi anni sono stati avviati diversi studi: l'approccio terapeutico più promettente si basa sulla somministrazione di desossinucleosidi, molecole simili ai «mattoni» che compongono il Dna stesso. È partendo da questo presupposto che gli scienziati dell'ospedale pediatrico Bambin Gesù di Roma hanno offerto a Charlie un protocollo di cura sperimentale.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Più bimbi con la Pma

Nel 2015, le coppie che hanno iniziato i trattamenti di Pma, anche con l'eterologa, sono state 74.292. I dati nella relazione della Salute al Parlamento.

VAZZA A PAG. 7

PROCREAZIONE ASSISTITA: LA RELAZIONE DEL MINISTERO AL PARLAMENTO

Pma: 3 bimbi su cento nascono così Sono 601 i primi figli dell'eterologa

Nel 2015 oltre 74mila coppie si sono rivolte ai 366 centri - Gameti "formati" all'estero

Le tecniche di procreazione assistita, omologa ed eterologa, sono sempre più parte della vita delle coppie italiane. Una prassi normale per cercare di avere un figlio. Tanto che nel 2015 sono state 74.292 quelle che si sono rivolte ai 366 centri attivi in Italia, per un totale di 95.110 cicli avviati. Nell'Italia delle culle vuote, nel 2015 i nuovi nati sono stati 485.780. Grazie all'intervento della scienza sono potuti nascere 12.836 bambini: poco meno di tre su 100. Sono i numeri della relazione del **ministero della Salute** sull'applicazione della legge 40/2004 trasmessa al Parlamento. Nel report tutti i dati sulla Pma dal 2005 al 2015.

E per la prima volta nella relazione c'è la fecondazione eterologa: i cicli di trattamento sono stati 2.800 (2,9% del totale) e 601 i bambini nati vivi, ossia il 4,7% dei neonati totali dall'introduzione della Pma. Per ora i numeri sono piccoli: con l'eterologa è nato lo 0,1% del totale. La fecondazione eterologa, peraltro, è stata determinante per l'aumento dei nati vivi con Pma dal 2014 al 2015. Solo con quella omologa, infatti, i nati vivi sarebbero diminuiti, essendo per l'omologa 12.235, cioè -3,3% rispetto all'anno precedente.

Il 2015 è stato il primo anno di applicazione della fecondazione eterologa e la maggior parte dei cicli di trattamento ha utilizzato gameti importati, per questo specifica la relazione: «Una quota significativa è effettuata con embrioni formati all'estero, generati con seme esportato dall'Italia e ovociti di centri esteri, e successivamente importati in Italia per il trasferimento in utero».

Le donne e la Pma. Resta costante l'età media delle donne riceventi nelle tecniche omologhe: 36,68 anni; (i dati più recenti pubblicati dal registro europeo danno per il 2012 un'età media di 34,7 anni). Si conferma l'aumento progressivo delle donne con più di 40 anni che accedono a queste tecniche: sono il 33,7% nel 2015, erano 20,7% del 2005. Nella fecondazione eterologa l'età della donna è maggiore se la donazione è di ovociti (41,5 anni) e minore se la donazione è di seme (35,3). La maggiore età di chi accede alla "eterologa femminile" (rispetto all'omologa) sembra indicare che questa tecnica sia scelta soprattutto per infertilità fisiologica, dovuta appunto all'età della donna, e non patologica. Il primo an-

no di applicazione della fecondazione eterologa mostra diverse procedure nell'applicazione della tecnica, specie in riferimento all'importazione di gameti dall'estero. Se la maggior parte dei cicli di trattamento utilizza gameti importati, una quota significativa è effettuata con embrioni formati all'estero, generati con seme esportato dall'Italia e ovociti di centri esteri, e successivamente importati in Italia per il trasferimento in utero.

Fecondazione omologa: 97,1% dei cicli di trattamento di Pma, 95,3% dei nati con Pma. Anche nel 2015, come nel 2014, la maggior parte (63,3%) dei centri italiani attivi sono concentrati in cinque regioni: Lombardia (64 centri, 17,5% del totale), Campania (44 centri, 12% del totale), Sicilia (44 centri, 12,0% del totale) Lazio (42 centri, 11,5% del totale) e Veneto (38 centri, 10,4% del totale). Anche nel 2015 più del 50% dei cicli iniziati con le tecniche a fresco sono stati effettuati in regioni del Nord Italia, e in particolare nei centri della Lombardia in cui viene svolta il 27,4% di tutta l'attività nazionale (era il 25,9% nel 2014); la seconda regione per mole di attività è la Toscana, piuttosto distante, in cui si sono effettuati il 15,3% di tutti i cicli a fresco (era il 13,8%).

Così come già negli anni passati, per quanto riguarda i centri di I livello, molti svolgono un numero ridotto di procedure nell'arco dell'anno: l'85,5% non ha trattato più di 50 coppie e solo in tre centri si è svolta attività su più di 100 pazienti. Nei centri di II e III livello, il 28,2% del totale non ha trattato più di 50 coppie. I centri con più di 500 pazienti in un anno sono stati 22 (erano 25 nel 2014), cioè il 10,9% del totale. In riferimento agli ultimi dati pubblicati dal Registro europeo (European Ivf Monitoring, Eim), riferiti al 2012, il 41,4% dei centri europei svolge un'attività di più di 500 cicli mentre in Italia questo livello di attività si registra solo nel 23,6% dei centri. Aumenta, anche se di poco, il numero dei nati da inseminazione, pur diminuendo coppie trattate e cicli effettuati; diminuiscono i trattamenti e i nati con tecniche a fresco e aumentano quelli con tecniche da scongelamento, esclusivamente da embrioni, mentre restano stabili quelli per ovociti.

Fecondazione eterologa: 2,9% dei cicli di trattamento di Pma, 4,7% dei nati con Pma. Considerando tutte le tecniche,

1.072 i cicli iniziati con donazione di seme, pari al 38,3%; 1.308 quelli con donazione di ovociti (freschi e congelati), pari al 46,7%, 420 quelli con embrioni precedentemente formati da gameti donati e crioconservati, pari al 15%. I cicli che hanno utilizzato "eterologa maschile" con seme importato sono 773 pari al 72% del totale dei cicli con donazione di seme, e i cicli con "eterologa femminile" con ovociti importati sono 1.137, pari all'86,9% del totale dei cicli con donazione di ovociti. I 359 cicli con embrioni congelati provenienti da banca estera sono presumibilmente in gran parte il risultato di fecondazioni eterologhe avvenute all'estero con la seguente procedura: seme esportato dall'Italia, donazione di ovociti e loro fecondazione nel centro estero, utilizzando il seme italiano esportato, successiva importazione in Italia di embrioni formati (e crioconservati) all'estero. I 359 cicli connessi si riferiscono ai cicli di trattamento delle donne in preparazione del trasferimento in utero dei suddetti embrioni. La modalità aggregata di raccolta dati del Registro non consente un conteggio ciclo per ciclo, e quindi non permette di distinguere embrioni importati ma eventualmente formati con seme diverso da quello esportato. La tracciabilità di ogni singolo ciclo, compresi quelli del tipo esportazione-seme-fecondazione all'estero-importazione embrione, è garantita dal singolo centro Pma italiano, che ne conserva l'intera documentazione, verificabile durante le ispezioni periodiche effettuate dal Centro nazionale trapianti insieme alle Regioni. I 359 cicli potrebbero anche contenere gli embrioni formati da gameti importati, crioconservati in un primo momento e successivamente scongelati.

Lucilla Vazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dj Fabo e l'ultimo viaggio per morire giudice contro pm: Cappato a giudizio

IL CASO

SECONDO IL GIP HA RAFFORZATO LA VOLONTÀ DELL'UOMO DI TOGLIERSI LA VITA LA PROCURA VOLEVA L'ARCHIVIAZIONE

MILANO Non solo avrebbe agevolato il suicidio di Dj Fabo ma avrebbe anche «rafforzato» la volontà dell'uomo di togliersi la vita. E' una doppia contestazione quella indicata dal gip di Milano Luigi Gargiulo nel decreto con cui ordina alla Procura di formulare l'imputazione coatta nei confronti di Marco Cappato, l'esponente dei radicali che lo scorso febbraio ha accompagnato Fabiano Antoniani nella clinica vicino a Zurigo per praticare il suicidio assistito.

PROPOSITO SUICIDA

Le pm Tiziana Siciliano e Sara Arduini avevano chiesto l'archiviazione, il giudice ha invece deciso di mandare a processo l'esponente dei radicali contestando il reato dell'articolo 580: avendo prospettato a Dj Fabo, cieco e tetraplegico per un incidente stradale, una dolce morte se avesse intrapreso il viaggio verso la clinica di Pfaffikon, non solo lo avrebbe aiutato a morire ma avrebbe rafforzato «l'altrui proposito di suicidio». Cappato accoglie la notizia con spirito battagliero: «Sarà un'occasione per processare una legge sbagliata dell'era fascista. Quando ho accettato la richiesta di Fabo, sapevo di andare incontro al rischio di un processo. Difenderemo il rispetto della libera e consapevole scelta di Fabo interrompere una condizione di sofferenza insopportabile». Per i suoi difensori l'esponente radicale non ha commesso alcun reato, ma «ha consentito l'esercizio del diritto alla dignità della vita» di Fabiano Antonia-

ni, «affetto da paralisi totale e cecità assoluta» a seguito di un incidente stradale avvenuto il 13 giugno 2014. Il medico consulente dei pm ha certificato «un tipo di dolore fisico che può raggiungere un'intensità insopportabile». Dj Fabo, scrivono i difensori nella memoria depositata al giudice, era «perfettamente lucido, oltre che consapevole della irreversibilità della sua penosa situazione». Di fronte a sé aveva due strade: «Continuare a rimanere in uno stato di vita che egli non considerava dignitoso oppure legittimamente chiedere - con ciò esercitando il proprio diritto, costituzionalmente garantito, all'autodeterminazione - l'interruzione delle cure e dell'alimentazione». Fabiano però non dipendeva del tutto dal respiratore e sarebbe andato incontro a una «lunga agonia caratterizzata da una lenta quanto inesorabile degradazione del suo stato, sempre più lesiva della dignità umana». Così, si legge nella memoria, «ha legittimamente deciso di percorrere la terza via, scegliendo una morte certa e dignitosa». Per questo, sostengono i legali, Marco Cappato «ha ritenuto giustificata e anzi doverosa la scelta di aiutare Fabiano Antoniani a «esercitare il proprio diritto a una vita dignitosa». In quest'ottica, rileva la memoria, l'articolo 580 «risulta irragionevole ed eccessivamente rigido, perché non distingue situazioni molto diverse». Un conto è chi può morire limitandosi a rifiutare le cure, altro chi invece ha bisogno di un aiuto esterno. In questo modo «si rischia di creare una discriminazione paradossale e beffarda tra chi ha la "fortuna" di poter porre fine alla vita solo esprimendo la volontà di rifiutare il trattamento e chi, per contro, pur essendo in analoghe condizioni di patologia irreversibile e di vita sofferente e non più dignitosa, può respirare autonomamente e quindi ha necessità di un aiuto per porre fine alla propria vita».

C.Gu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La mamma di Charlie “Sono grata all'Italia non smetto di sperare”

L'Alta Corte inglese dà 48 ore di tempo ai genitori
“Nuove prove che una cura può far migliorare vostro figlio”

**Tensione in tribunale
Connie Gard: “Il piccolo
è ancora vivo grazie
al Papa e a Trump”**

DAL NOSTRO CORRISPONDENTE
ENRICO FRANCESCHINI

LONDRA. «Grazie Italia», dice la mamma del “piccolo Charlie”. Fiorellino azzurro nei capelli, vestitino a pois, occhi spiritati per quella che reputa un'ingiustizia, Connie Gard sta uscendo dall'aula 47 dell'Alta Corte di Londra che rappresenta l'ultima chance di tenere vivo il suo bambino. «Sono grata al vostro paese, all'ospedale di Roma, al Papa», prosegue con un filo di voce. «Voglio continuare a sperare ma sono sconvolta». Suo marito Chris, stringendo fra le mani un orsacchiotto di peluche, la conduce fuori sbattendo la porta. L'udienza non è andata molto bene per loro. Il giudice Nicholas Francis gli ha concesso 48 ore per «esibire nuove prove che una cura può far migliorare vostro figlio», dando appuntamento a tutti per giovedì mattina e lasciando intendere che non sarà facile persuaderlo. «Vostro onore, l'attende una decisione difficile», ammonisce Grant Armstrong, il principe del foro che difende gratuitamente i genitori. «O concede a questa famiglia la possibilità di provare a curare Charlie o dovrà dire ai medici di lasciarlo morire».

Katie Gollop, la giovane avvocatessa che rappresenta l'ospedale, non si lascia intimidire dal più anziano collega. «Non c'è nulla di nuovo», accusa, nella lettera dei sette esperti internazionali fatta pervenire dal Bambino Gesù di Roma al Great Ormond Hospital della capitale, dove Charlie è ricoverato. Elenca le date delle ricerche citate dagli esperti: soltanto una risale a que-

st'anno e peraltro riguarda una sindrome muscolare, non cerebrale come la rara malattia genetica che ha colpito questa creatura su cui ora interviene mezzo mondo, dal Papa a Trump, per tacere dei politici italiani. Mentre lei parla, i genitori nella fila dietro esplodono. «Di la verità!», scatta il padre. «Smettila di mentire!», grida la madre. «Siamo noi la voce di nostro figlio, misurategli la testa, è cresciuta due centimetri, Charlie diventa grande e sente la nostra presenza!».

Interruzioni da espulsione, ma il giudice lascia correre: «Comprendo la vostra rabbia e la vostra ostinata speranza», risponde. Tuttavia non cambia posizione: altri tre gradi di giudizio, la Corte d'Appello e la Corte Suprema britannica, la Corte Europea dei Diritti Umani, hanno confermato la sua sentenza di aprile che tenere in vita Charlie significa soltanto prolungarne l'agonia. «Gli stanno dando la morfina», rivela Gollop: la conferma che il bambino è non solo in uno stato giudicato irreversibile dalla maggior parte degli specialisti, ma soffre. «È nostro figlio, non lo lasceremmo mai soffrire», piagnucola Connie, rifiutandosi di sentire ragioni. «Speriamo in un miracolo», è il suo messaggio ai giornalisti e al mondo. «Charlie è vivo grazie al Papa e a Trump. Se ha anche solo il 10 per cento di possibilità di migliorare, per noi vale la pena tentare con il farmaco sperimentale». Pazienza se non è stato testato nemmeno sui topi. «È contento quando gli faccio il solletico, non ci credo che il suo cervello abbia danni irreversibili». Fuori dal tribunale, diretta da un pastore protestante americano più volte arrestato a manifestazioni anti-abortiste, una piccola folla ripete uno slogan: «Dottori curate, non ammazzate».

LE TAPPE

LA MALATTIA

Affetto da una rara malattia genetica, Charlie è tenuto in vita dalle macchine: medici e tribunali dicono no alla terapia sperimentale

STRENUA LOTTA

L'appello dei genitori contro la sospensione del trattamento muove anche il Bambino Gesù. Servono le prove di una cura che ne migliori lo stato

© RIPRODUZIONE RISERVATA



GRAN BRETAGNA Udiienza rimandata a giovedì

Charlie e la cura sperimentale: ancora 48 ore per decidere

L'ALTA CORTE ha fissato al 13 luglio la nuova udienza per la possibile revisione del caso Charlie Gard, dopo che sono emerse "nuove informazioni" su una cura sperimentale per il piccolo, affetto da deplezione del DNA mitocondriale e considerato incurabile dai medici del Great Ormond Hospital di Londra, dove è ricoverato. Durante l'udienza preliminare di ieri il giudice Francis, che aveva già esaminato il caso dando ragione ai medici, ha affermato che i genitori potranno esporre le novità, contenute in una lettera di un'equipe di esperti internazionali (coordinati dal Bambin Gesù di Roma) che si dicono possibilisti su un miglioramento. Connie e Chris Gard sperano di ottenere il permesso di portare Charlie a New York, dove un centro medico si è offerto di somministrare la cura. Intanto - dopo i tweet di supporto di Trump e del Papa - cresce il consenso popolare per la battaglia dei Gard, con una petizione che ha superato le 350 mila firme e continui post di sostegno sulla pagina Facebook Charlie's Army.



IN SALUTE

Troppi rischi nelle presunte diete miracolose

di **NICOLA SORRENTINO**

■ Sono molti i fattori che fanno diventare una dieta famosa. È sufficiente che un personaggio celebre la segua e al resto ci pensano i mass media, che innescano una corsa all'emulazione, bombardandoci quotidianamente con messaggi pubblicitari. Carta stampata, cartelloni pubblicitari, spot radiofonici e televisivi, ed è molto facile che, prescindere dall'effettiva qualità del prodotto o del metodo, ciò che viene pubblicizzato diventi un esempio da imitare. Le diete di moda sono da evitare, in quanto la maggior parte non poggia su basi scientifiche.

La consulenza di uno specialista per perdere o recuperare peso è indispensabile in quanto, per essere efficace, ogni regime alimentare deve essere studiato caso per caso. Ogni persona ha la propria costituzione fisica e un particolare assetto metabolico e solo dopo aver studiato la situazione del paziente si è in grado di consigliare il regime corretto.

Per questi motivi si sconsigliano il fai da te e il passaparola. Ci sono situazioni, ad esempio, in cui non si può perdere peso più di tanto se non si vuole intaccare la massa muscolare. È fondamentale che un medico segua il decorso di una dieta per valutarne gli effetti, prevenirne le complicazioni e supportare il paziente anche dal punto di vista psicologico, dandogli la sicurezza di muoversi nella giusta direzione e di poter contare sui consigli dello specialista in ogni momento.

Non si può preparare una dieta senza far riferimento a un completo quadro clinico del paziente, che deve sottoporsi a una visita medica e se necessario a esami ematochimici. Vanno considerati elementi come l'età, il sesso, il tipo di lavoro, l'attività fisica e anche le abitudini alimentari a cui più difficilmente il paziente riesce a rinunciare. In base a tutti questi dati si è in grado di cucirgli addosso una dieta su misura, che deve contenere la giusta ripartizione tra i vari nutrienti: proteine, grassi, carboidrati, vitamine, sali minerali, fibre e acqua.

Bisogna abbinare un'attività fisica costante. Evitiamo tutte quelle diete drastiche che, promettendo un calo di peso troppo rapido, fanno perdere esclusivamente liquidi senza bruciare i grassi e sottopongono l'organismo a uno stress eccessivo.

Diffidiamo di pillole miracolose, diete magiche o guru che promettono di far perdere «sette chili in sette giorni». Non esistono cure miracolose e determinate sostanze possono arrecare danni alla salute.

Ciò non toglie che il medico, qualora vi sia la necessità, possa prescrivere integratori o farmaci che aiutino ad adattarsi al nuovo regime alimentare e a ottimizzarne gli effetti. Tuttavia nessuno farmaco può sostituirsi alla dieta e alla buona volontà di chi la segue. E, in ogni modo, qualsiasi integrazione farmacologica dimagrante, anche se naturale e sotto forma di barrette, beveroni, gocce o capsule, deve essere assunta esclusivamente sotto controllo medico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

