



RASSEGNA STAMPA

13-03-2018

1. ANSA Test online prevede il rischio del cancro della pelle
2. AVVENIRE Pochi i bimbi esclusi nel giorno dei vaccini
3. STAMPA Via da scuola decine di bimbi che non sono stati vaccinati
4. CORRIERE DELLA SERA Vaccini, copertura al 95% I casi dei bimbi non in regola respinti alle materne
5. REPUBBLICA Che bello! Adesso arrivano i soldi per la sanità
6. STAMPA Int. a Filippo Molinari - Imaging, come si "spia" un tumore
7. QUOTIDIANO SANITÀ Consenso informato. Se le volontà del paziente non sono chiare in caso di terapie salvavita decide solo l'équipe medica
8. AVVENIRE Il cibo è una malattia per oltre tre milioni
9. REPUBBLICA Diagnosi - Ho la pillcam nella pancia
10. REPUBBLICA "Culle di vetro" Ecco la storia della fecondazione
11. REPUBBLICA Io mi curo come mi pare
12. REPUBBLICA Quei geni ci hanno resi intelligenti - Strano utile Dna
13. SOLE 24 ORE Ema, primo voto Parlamento Ue: sì ad Amsterdam

<http://www.ansa.it>

Test online prevede il rischio del cancro della pelle

Messo a punto da ricercatori australiani ha accuratezza del 70%



SYDNEY - Un semplice test online per persone dai 40 anni in su per predire il rischio di melanoma, il cancro che dalla pelle che se non diagnosticato in tempo è spesso letale. A metterlo a punto i ricercatori del Queensland Institute of Medical Research Berghofer (QMIR). Chiamato risk predictor o QSkin, è basato su questionari cui hanno risposto circa 42 mila persone, di cui oltre 650 con melanoma già diagnosticato durante il periodo di ricerca.

Il risk predictor calcola la probabilità che la persona contragga un melanoma nei tre anni e mezzo successivi, basandosi su fattori di rischio come età, sesso, abilità di abbronzarsi, colore dei capelli, uso di crema solare e numero di nei all'età di 21 anni. Il test è già disponibile online dal sito web dell'Istituto: <https://qskin.qimrberghofer.edu.au/> Descritto dall'epidemiologo David Whiteman, direttore del gruppo di controllo del cancro dell'Istituto, il questionario ha un fattore di accuratezza del 70% circa, molto più di test simili usati per determinare i rischi di cancro al seno e all'intestino.

"Questo strumento aiuterà le persone a capire quale sia il loro rischio e se questo è molto alto, sarà consigliabile consultare il proprio medico per avere controlli alla pelle più regolarmente", scrive sul sito dell'Istituto Whiteman, che lavorava al progetto da otto anni. "Una diagnosi precoce del melanoma è vitale e questo strumento aiuterà a identificare le persone più a rischio e aiutare i medici nei protocolli di diagnosi e cura", aggiunge.

Anche le persone il cui rischio di melanoma è valutato a livello basso dovrebbero restare vigili riguardo alla protezione dal sole. "La maggior parte degli australiani sono a più alto rischio di melanoma rispetto a persone di altri paesi a causa dell'effetto combinato della pelle chiara e dei livelli molto alti di luce solare", avverte l'epidemiologo. Secondo le previsioni, nel 2018 moriranno di melanoma in Australia quasi 2000 persone e ne saranno diagnosticati più di 14 mila casi.

Pochi i bimbi esclusi nel giorno dei vaccini

*Ma ora scoppia il caso delle proroghe
Il ministero: «Il 10 marzo data ultima»*

Molte Regioni avevano deciso autonomamente per scadenze più "flessibili"

VIVIANA DALOISO

Il caos temuto non c'è stato. Eppure, nonostante siano stati otto i mesi per mettersi in regola con le vaccinazioni rese obbligatorie l'estate scorsa dalla legge **Lorenzin**, ad alcune decine di bambini è toccato restare fuori dall'asilo ieri mattina. Milano, Sulmona (in Abruzzo) e la Sardegna i casi finiti sotto i riflettori della cronaca: quest'ultimo, in particolare, il più clamoroso visto che il problema dei molti genitori "fuorilegge" è stato quello di presentarsi con la semplice copia dei libretti vaccinali invece che con un documento rilasciato dalle Asl. Ingenui loro, ad aver pensato di poter evitare code o problemi. Fiscali i dirigenti, a penalizzare immediatamente i piccoli senza verificare semplicemente con le Asl. Gli altri casi quasi trascurabili: 4 nella grande Milano, 4 nello stesso istituto compren-

sivo di Sulmona, il Serafini-Di Stefano, dove la dirigente Elvira Tonti ha spiegato d'essersi misurata con famiglie ostinate nella scelta di non vaccinare. Per nessun bimbo in ogni caso da ieri è decaduta l'iscrizione all'asilo: basterà che le famiglie presentino i documenti mancanti oppure certifichino l'appuntamento per le vaccinazioni preso con l'Asl. Operazioni che richiedono un giorno o due, per essere effettuate. E che – questo il vero problema semmai – non garantiscono affatto che i bambini alla fine siano effettivamente vaccinati. Non a caso le associazioni "no vax" negli ultimi mesi avevano raccomandato proprio questa strategia alle famiglie: prenotare appuntamenti il più avanti possibile (giugno o luglio) così da scongiurare l'esclusione dall'asilo per l'anno in corso e temporeggiare. Una decisione che, nel caso dei bimbi all'ultimo anno di asilo, di fatto permette di eludere le vaccinazioni visto che alla scuola dell'obbligo il rischio che si corre è semplicemente quello di incorrere in una sanzione.

Il problema è allora quello di mettere in regola i 30mila ancora in attesa di vaccino – le stime sono state confermate ieri dall'Istituto superiore di sanità –, soprattutto nella situazione a macchia di leopardo che le decisioni prese

in ordine sparso dalle Regioni hanno determinato sul territorio. È il caso, in particolare, delle dieci regioni (Veneto, Piemonte, Emi-

lia Romagna, Lazio, Toscana, Marche, Liguria, Lazio, Valle d'Aosta, Sicilia) e delle due province autonome di Bolzano e Trento, dove è prevista una procedura semplificata per via telematica, e sono le Asl a comunicare direttamente con le scuole: qui, non essendoci la necessità che il genitore presenti alcuna documentazione, si era parlato nei giorni scorsi di una "flessibilità" delle scadenze. Ma anche della Campania, dove si è deciso di prorogare la scadenza dell'obbligo al 30 marzo. A stroncare queste discrezionalità nella serata di ieri è arrivata una nota secca del **ministero della Salute**: «Non sono previste proroghe alla scadenza del 10 marzo per assolvere all'obbligo vaccinale. Nel caso non si sia adempiuto agli obblighi vaccinali entro il 10 marzo è vietato l'accesso per asili nido e scuola infanzia (0-6 anni) sino a quando il minore non sarà vaccinato o non avrà regolarizzato la propria posizione vaccinale». Il numero degli esclusi, nei prossimi giorni, potrebbe salire vertiginosamente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I DIRITTI



Via da scuola decine di bimbi che non sono stati vaccinati

Decine di bambini non vaccinati vengono cacciati dalle scuole. Il 10 marzo scadeva il termine per mettersi in regola, ma molte Regioni hanno prorogato. La speranza dei genitori no-Vax: «Il nuovo governo ci ascolterà».

**Amabile, Laugeri, Pinna
e Russo** ALLE PAGINE 10 E 11

Respinti i primi bimbi non vaccinati

Scade il termine, divieto di accesso nelle scuole. Ma molte Regioni hanno prorogato

10

vaccini

Sono quelli diventati
obbligatori grazie
alla legge del 2017

500

euro

Il massimo della sanzione
per chi non è in regola
con la vaccinazione

**Asl
in affanno**
Molte proroghe e ritardi sono dovuti alle aziende sanitarie che dovevano comunicare alle scuole gli elenchi dei bambini non in regola con l'obbligo di vaccinazione.

PAOLO RUSSO
ROMA

Cacciate di massa di bambini non vaccinati ai cancelli di asili e materne non ce ne sono state. Dopo la scadenza del 10 marzo per mettersi in regola con le dieci vaccinazioni obbligatorie, ieri, al suono della campanella, di allontanamenti se ne sono contati appena quattro a Milano e altrettanti a Sulmona. In Sardegna sarebbero invece «alcune decine» i bambini non ammessi a scuola. Mentre a Elmas, alle porte di Napoli, sono

16 i bambini rimasti a casa. A Nuoro, tra i due genitori litiganti sul da farsi, a decidere è stato il Tribunale ordinario, che ha accolto il ricorso del padre autorizzandolo a far somministrare i vaccini alla figlia, nonostante l'opposizione della madre. A Milano i piccoli allontanati sono stati invece quattro. Ma dovrebbero a breve tornare tra i banchi perché, secondo il Comune, «i genitori non hanno contestato la decisione» e avrebbero ammesso di non avere raccolto per tempo la documentazione. Anche a Sulmona, in Abruzzo, delle quattro espulsioni dall'istituto Serafini-Di Stefano, due dovrebbero rientrare già oggi perché, come informa la dirigente scolastica, Elvira Tonti, «si è trattata di una semplice dimenticanza, mentre negli altri due casi c'è il rifiuto di vaccinare i figli».

Tutto risolto allora? Non proprio, perché in realtà, pur procedendo in ordine sparso, la maggioranza delle Regioni ha concesso proroghe in formato mini e maxi, mentre come de-

nuncia il presidente dell'Associazione nazionale presidi (Anp), Antonello Giannelli, «nelle regioni che, adottando la procedura semplificata, avrebbero dovuto consegnare alle scuole gli elenchi dei bambini non in regola, ci sono stati ritardi di trasmissione, che lasciano prevedere nuovi allontanamenti nei prossimi giorni, quando i dirigenti scolastici saranno in possesso di tutte le informazioni». Problemi di comunicazione da parte delle Asl si sarebbero verificati nelle Marche, nel Lazio e in Campania. «Certo è che ci si sarebbe dovuti organizzare con un sistema informatizzato visto che la scadenza era nota



da un anno. Invece nel 2018 siamo ancora a combattere con i pezzi di carta e gli oneri finiscono per ricadere sulle scuole», lamenta Giannelli. Basta vedere com'è andata alla materna Lola Di Stefano di Roma, dove ieri tutti e 110 i bambini sono regolarmente entrati perché, pur nell'assenza di comunicazioni dall'Asl, gli insegnanti si sono mossi per tempo chiedendo la documentazione direttamente ai genitori.

Poi ci sono le situazioni di degrado, soprattutto al Sud. «Ho notizia di una scuola dove più di 10 bambini di famiglie con gravi disagi economici e sociali non hanno frequentato per tutto l'anno per paura di chissà quali controlli dello Stato a seguito delle vaccinazioni», denuncia Marina Imperato, anche lei dirigente Anp.

Ma a evitare il caos sono state anche le tante Regioni che hanno optato per una proroga. In Friuli Venezia Giulia per vaccinare i propri figli c'è tempo fino al 10 maggio ed eventuali espulsioni scatteranno solo il prossimo anno scolastico. In Trentino si è deciso di non agire fino a che non termineranno i colloqui già programmati con le famiglie. A Bolzano, capitale dei no vax, i colloqui finiranno a maggio e poi ci saranno altri 60 giorni di tempo. In pratica anche qui se ne parla alla prossima stagione. In Sicilia l'assessore all'Istruzione ha annunciato una proroga al 31 marzo, mentre fino al 30 di questo mese hanno deciso di attendere le altre Regioni che hanno adottato la procedura semplificata di trasmissione dei dati direttamente dalle Asl alle scuole, ossia Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria, Veneto, Toscana, Marche e Lazio. L'Emilia Romagna, pur rientrando nel gruppo delle virtuose, ha deciso invece di percorrere un'altra strada. Per non disattendere la legge, inflessibile sulla scadenza del 10 marzo, la Regione ha infatti inviato alle famiglie inadempienti l'appuntamento per la vaccinazione dei propri figli. Chi non si presenterà sarà a quel punto fuori.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Cosa prevede la legge

La legge rende possibile l'iscrizione agli asili nido e alle scuole materne ai soli bambini vaccinati e impone sanzioni economiche per i genitori che decideranno di iscriverne i loro figli non vaccinati alla scuola dell'obbligo, quindi dalla primaria in poi. Le vaccinazioni obbligatorie «in via permanente» sono antipolio, antidifterica, antitetanica, antiepatite virale B, antipertosse, antiHaemophilus influenzae di tipo b. Altre quattro sono invece obbligatorie «sino a diversa successiva valutazione» dopo una verifica triennale e dunque fino al 2020. Si tratta di: antimorbillo, antirosolia, antiparotite e antivaricella.

Vaccini, copertura al 95% I casi dei bimbi non in regola respinti alle materne

Salta il piano di prevenzione antincendio: a rischio 6 scuole su 10

Le regole

● Il 10 marzo 2018 era la data entro la quale le famiglie che avevano certificato l'intenzione di vaccinare i figli dovevano presentare le carte

● La penalità per quelli non in regola è l'esclusione da nidi e materne per chi ha da 0 a 6 anni

● Per i più grandi (7-16 anni), invece, non è previsto il fermo didattico, ma una sanzione fino a 500 euro per i genitori

La soglia faticosa del 95% dei bambini vaccinati per l'esavalente, quella che permette la cosiddetta immunità di gregge, è stata raggiunta. «E per il morbillo abbiamo avuto una crescita di circa il 6%, quindi anche in questo caso ci avviciniamo a quella soglia», rassicura Giovanni Rezza, direttore del Dipartimento malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità. In sostanza: nel giorno della scadenza per presentare i documenti a scuola che attestano la vaccinazione obbligatoria dei propri figli, emerge che le profilassi sono aumentate, ovvero che è stato realizzato l'obiettivo del decreto. Ma di lavoro da fare ce n'è ancora: perché se è vero che «non c'è stata una proroga della scadenza fissata dalla legge», come rileva il ministero della Salute, è evidente che procedure e prassi delle Regioni sono risultate anche molto diverse tra loro. E hanno generato qualche ambiguità.

In Sicilia, ad esempio, i presidi potranno accogliere i bambini non vaccinati fino al 31 marzo, per effetto di una proroga decisa dall'assessore regionale alla Formazione, Roberto Lagalla: proroga che di fatto, di fronte a una legge nazionale, non ha valore. In Friuli Venezia Giulia l'assesso-

re alla salute Maria Sandra Teslesca ha confermato di aver invitato i dirigenti a non allontanare nessun bambino iscritto ai nidi e alle scuole dell'infanzia, dando tempo alle aziende sanitarie fino al 10 maggio per trasmettere alle segreterie delle scuole i dati sulle vaccinazioni: «Una decisione ragionevole», dice.

Il «dentro o fuori» riguarda i bimbi da 0 a 6 anni che frequentano asili nido e scuole dell'infanzia. Per i più grandi (7-16 anni) non scatta, invece, lo stop didattico ma sono previste sanzioni fino a 500 euro a carico dei genitori. In generale, «la volontà della scuola non è di escludere ma di includere», spiega la Federazione italiana scuole materne. Ma nel particolare i dirigenti si sono regolati in base alla propria coscienza: se a Sulmona e a Cagliari sono stati rimandati a casa alcuni bambini, è entrato invece senza problemi nella materna di Pontedera (Pisa) il figlio (5 anni) di Valerio, del Comitato per la libertà vaccinale, che spiega: «Nessun problema riguardo alle vaccinazioni, nessuno mi ha detto nulla né avrebbe potuto farlo». Presidi buoni o cattivi? «Non c'è discrezionalità» per Antonello Giannelli, presidente Associazione nazionale presidi (Anp): «I diri-

genti applicano la legge».

I bambini lasciati a casa in tutta Italia comunque sono poche decine. A Milano a quattro bambini è stato vietato l'ingresso, nel Lazio tre sono stati esclusi dalla frequenza. «Le scuole in ogni caso — rileva Mario Rusconi, Anp Lazio — saranno sommerse dalle incombenze».

Non solo amministrative: c'è il rischio che gli piovano addosso anche grane giudiziarie. Il Codacons ha annunciato che presenterà una diffida alle Asl di tutta Italia e un esposto a 104 Procure per abuso di atti d'ufficio: nel mirino i dati sui bimbi non vaccinati che le aziende sanitarie passano alle scuole. Ed è saltato nel Milleproroghe il piano per l'adeguamento alle norme di prevenzione e protezione degli incendi, rinviato per più di venti anni: il 60% delle scuole non è a norma e qualsiasi giudice potrebbe interromperne le attività.

Valentina Santarpia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il bilancio

I livelli di copertura per le vaccinazioni previste entro i 24 mesi di età (media nazionale certificata, anno 2016 - in %)

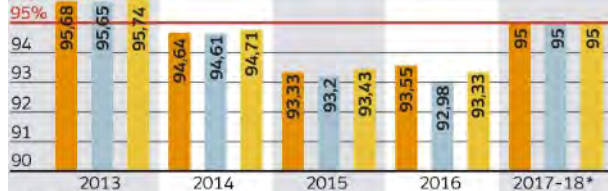
95% soglia di sicurezza (immunità di gregge)



Il trend delle vaccinazioni (entro i 24 mesi di età - in %)

■ Pertosse ■ Epatite B ■ Polio

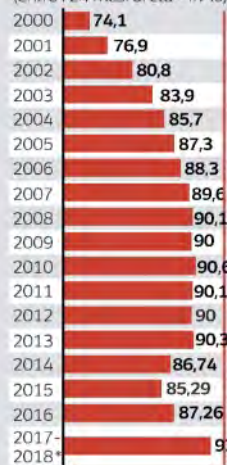
soglia di sicurezza



* dati parziali

Fonte: Istituto superiore di sanità, ministero della Salute

Il trend delle vaccinazioni contro il morbillo (entro i 24 mesi di età - in %)



95% soglia di sicurezza

La copertura anti-morbillo in Italia (anno 2016 - in %)

■ 0-70 ■ 70,1-84,9 ■ 85-100



Corriere della Sera

La mamma

«Abbiamo chiesto l'appuntamento ma l'Asl non ci ha mai convocati»



Sulmona

«Non ho ricevuto comunicazioni formali, solo la telefonata di una maestra che mi avvertiva di non presentarmi. Sono andata lo stesso, ma non mi hanno fatto entrare. Me lo hanno detto davanti ad altri, senza privacy. Uno choc per le piccole». È furiosa la mamma di Sulmona che ieri ha trovato la scuola materna interdetta per le figlie di 3 e 4 anni. «Se lei si ritiene libera di non vaccinare i figli, io non posso farle entrare» dice la preside dell'istituto Serafini-Di Stefano, Elvira Tonti. L'avvocato Emidio Grumelli annuncia ricorso: «Le bimbe sono parzialmente vaccinate, i genitori avevano presentato richiesta alla Asl nei tempi, che colpa ne hanno se non sono stati ancora convocati?». (N.C.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il papà

«Dosi sospese dopo una reazione ma i miei figli sono stati esclusi»



Cagliari

Fra i bambini non accettati in Sardegna nelle materne — più di 60 solo nel Cagliariitano — perché privi di attestati di vaccinazione ci sono due gemelli. Il papà, S. C., spiega: «Avevano fatto l'esavalente, ma alla prima dose hanno avuto reazioni avverse. D'accordo col pediatra è stata sospesa la somministrazione. La dirigente dell'asilo era informata da mesi, ma ieri ha respinto i bimbi». Sarà la moglie di S. C. a seguirli a casa al mattino, nel pomeriggio una baby-sitter. «Seguivano un bel percorso educativo con i coetanei. Perché lo hanno interrotto?». Il papà è convinto che il problema sia fra Asl (che intanto ha risolto il caso di una bimba non accettata perché, pur vaccinata, non aveva la certificazione) e scuola: «Faremo denuncia». (A.P.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RISERVATO

di Michele Bocci

Che bello! Adesso arrivano i soldi per la sanità

A desso ci si aspetta un bell'aumento del fondo sanitario nazionale. In campagna elettorale praticamente tutti i partiti hanno promesso più fondi per la sanità. Ovvio, quando c'è da farsi votare non si fa grande attenzione alle coperture. Ora però siamo vicini al dunque e vedremo se davvero chi andrà al governo, chiunque sia, manterrà le promesse.

Il fondo sanitario in questi anni non è molto cresciuto. Nel 2011 era di 107 miliardi, in questo 2018 siamo intorno ai 114. Un 6% in più in sette anni a fronte di spese per il personale, per l'adeguamento tecnologico, per le forniture e per tutto il resto che vedono un aumento tendenziale del 2-3% all'anno. Le Regioni hanno dovuto fare i salti mortali per chiudere in pareggio, e alcune non ci sono riuscite. Ci sono tanti sprechi da ridurre per risparmiare, si dirà, ed è vero ma le difficoltà in questi anni hanno riguardato anche le realtà più virtuose. Quindi più soldi farebbero davvero comodo. Sarebbe già una piccola boccata di ossigeno se chi sarà responsabile delle politiche sanitarie ed economiche togliesse la norma, approvata prima nel 2009 e ribadita nel 2011, che impone alle Regioni di spendere per il personale la stessa cifra del 2004 ridotta dell'1,4%. Per stare dentro quel parametro vanno per forza tagliati gli organici, visto che è facile comprendere come un professionista oggi costi assai di più di 14 anni fa. Ecco, chi si è speso in tante promesse di finanziamento e di assunzioni, potrebbe almeno partire da lì, da quella legge che prevede un premio per chi sta nei parametri e una penalizzazione per chi non ce la fa a rispettarli. Poi potrebbe proseguire promuovendo l'uso di più generici e biosimilari, riducendo l'inappropriatezza, rilanciando gli investimenti nelle strutture e nei centri di eccellenza, rivedendo il sistema dei ticket. Ma appunto ci vogliono soldi. E idee.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FILIPPO MOLINARI

Imaging, come si “spia” un tumore

Si possono osservare i tumori anche sul piano funzionale, vedendo come si modificano

Filippo Molinari
docente Ingegneria Biomedica
Politecnico di Torino



La prevenzione, oggi, dispone di nuove armi. A fornirglielci ci pensano la ricerca scientifica e la tecnologia. Secondo il professore di Ingegneria biomedica del Politecnico di Torino Filippo Molinari uno dei campi che sta fornendo maggiori possibilità di applicazioni è l'«imaging».

In cosa consiste?

«L'imaging è un approccio di cui si parla molto all'interno della comunità scientifica. Possiamo dire che lo si fa a ragion veduta perché questa tecnica consiste nel guardare i fenomeni che avvengono dentro il corpo. Mentre un tempo si osservavano soltanto le modificazioni pericolose, oggi, osserviamo anche le dinamiche fisiche più normali. Questo per riuscire a capire come si sviluppano le malattie e qual è il loro percorso».

Quali sono i vantaggi di questo approccio e di queste nuove tecnologie?

«Innanzitutto l'imaging si applica anche all'approccio preventivo e non soltanto a quello con cui si individuano tumori già attivi. Capire come avvengono certe modificazioni che fanno di-

ventare tessuti sani, tessuti malati, poi, è fondamentale anche per la ricerca di base. Servono, per intenderci, anche per individuare meglio i fattori di rischio: per esempio lo stress ossidativo, determinato dalla presenza di ossigeno in alcuni tessuti e causato da comportamenti a rischio come il fumo di sigaretta o l'inquinamento».

Parlando delle tecnologie: che cosa è cambiato?

«Adesso si possono osservare i tumori e le aree del corpo da analizzare non soltanto con un approccio morfologico, cioè guardandone la conformazione statica, ma anche osservandoli sul piano funzionale, vedendo come si modificano e si muovono. Una strategia che permette anche di realizzare approcci non distruttivi nei confronti dei tessuti. Passi successivi, a cui si sta lavorando, sono quelli di combinare queste tecnologie con le nano-tecnologie e con i farmaci. I medicinali, per esempio, oltre a essere usati per curare possono diventare una sorta di “liquido di contrasto”. Una volta inseriti nel tessuto si osserva che percorso fanno».

Quanto è importante il dialogo tra medici e ingegneri?

«È fondamentale e non potrà che essere sempre più stretto. Nessuno ha ancora un'arma magica per sconfiggere queste malattie e quindi entrambe le categorie devono collaborare per offrire soluzioni. Le scoperte, in questo campo, vengono fatte di pari passo e la competenza dei medici aiuta gli ingegneri nel loro lavoro. Lo stesso discorso vale al contrario».

[F. CAL.]



Lunedì 12 MARZO 2018

Consenso informato. Se le volontà del paziente non sono chiare in caso di terapie salvavita decide solo l'équipe medica. Il Tribunale di Modena applica la legge 219/2017

Il caso è quello di un paziente in stato di incoscienza per il quale l'unico intervento salvavita era la tracheotomia. Quando era ancora cosciente lo stesso aveva espresso "la volontà di continuare a vivere senza la tracheotomia". Un concetto giudicato contraddittorio dal giudice che ha fatto prevalere l'espressione di volontà a continuare a vivere rispetto al no all'intervento chirurgico. [IL DECRETO DEL TRIBUNALE.](#)

Il consenso informato è un elemento base del rapporto medico-paziente, ma in caso di necessità di un intervento salvavita a cui lo stesso paziente non può acconsentire, non lo è più. E questo, secondo il Tribunale di Modena (decreto 18 gennaio 2018), anche in base alle ultime modifiche che la legge sul biotestamento (219/2017) ha portato in materia di consenso informato.

Il caso è quello di un paziente in stato di incoscienza per il quale l'amministratore di sostegno a cui era stato affidato aveva chiesto al tribunale l'autorizzazione per una tracheotomia.

Il paziente, affetto da distrofia miotica di Steinert in fase avanzata e con il quale non era più possibile dialogare, quando era ancora nel pieno delle sue facoltà mentali, aveva più volte espresso la volontà di non sottoporsi a tale operazione, ma aveva anche affermato di voler continuare a vivere. Per garantirgli la sopravvivenza, a questo punto la tracheotomia era l'unico intervento disponibile.

In base alla volontà contraddittoria del paziente che da un lato aveva dichiarato di non volere la tracheotomia e dall'altro di voler continuare a vivere, considerando che nel caso specifico l'intervento si configurava come terapia salva-vita, il Tribunale ha deciso non solo che il mancato consenso alla tracheotomia non dovesse essere ascoltato, ma che nemmeno l'amministratore di sostegno in questo caso, nonostante l'assenso, poteva avere capacità di decisione per il paziente, bensì, solo il personale medico-sanitario che ha la responsabilità di assicurare al paziente le cure necessarie.

Il Tribunale nel decreto ha dichiarato che è "noto come si possa prescindere dal consenso informato del paziente in materia medicosanitaria in presenza di situazione di urgenza, ovvero, di uno stato di necessità ed a fronte di una condizione di incoscienza della persona. In tal caso, in forza del codice di deontologia medica (art. 36: "il medico assicura l'assistenza indispensabile, in condizioni d'urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà espresse tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento se manifestate") l'operazione compiuta dal personale sanitario è scriminata ex art. 54 c.p. ed ex art. 2045 c.c. Analogamente, dispone l'art. 1, comma 7, della legge 22 dicembre 2017, n. 219, (pubblicata sulla G.U. n. 12 del 16 gennaio 2018 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" che recita: "Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirle").

In questo caso il Tribunale ha ritenuto che "nella specie, pare sussistere uno stato di necessità, essendo indispensabile compiere un intervento "salvavita" a beneficio del paziente, volto alla sua tracheotomizzazione, difettando alternative terapeutiche di sorta".

E quindi che "competete alla responsabilità del personale medico-sanitario assicurare al paziente cure necessarie alla sua sopravvivenza sussistendo uno stato di necessità, senza che il consenso informato

della persona in materia possa essere sostituito e surrogato dall'amministratore di sostegno (arg. ex art. 3, comma 4, legge n. 219/2017).

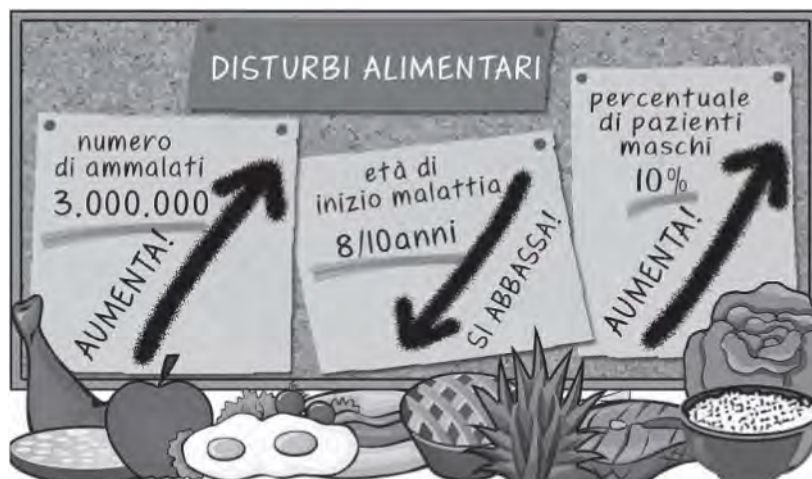
In sintesi quindi il Tribunale ha rigettato la richiesta dell'amministratore di sostegno perché:

1. in caso di intervento salvavita e in condizioni di contraddittorietà dell'espressione della volontà del paziente a decidere è comunque l'équipe medica;
2. la richiesta dell'amministratore di sostegno al Tribunale era del tutto inutile a prescindere, visto l'oggetto (l'esecuzione della tracheotomia) e il fatto che comunque l'amministratore di sostegno ha il potere decisionale anche senza l'intervento dei giudici (in questo caso, appunto, inutile perché corrispondente alla scelta dell'équipe medica);
3. la contraddittorietà della volontà del paziente nel momento in cui questa poteva essere espressa toglie comunque il dubbio sull'intervento medico da eseguire che in questo caso deve privilegiare la vita, anche in presenza di volontà contraria eventuale dell'amministratore di sostegno (in questo caso come abbiamo visto tale volontà negativa non c'era).

Il cibo è una malattia per oltre tre milioni

La bulimia (mangiare in modo incontrollato) e l'anoressia (non mangiare affatto) sono i disturbi alimentari più conosciuti e anche i più diffusi: ma di malattie legate al modo di nutrirsi ce ne sono parecchie e sono più di tre milioni le persone che ne soffrono. Lo ricorda il **ministero della Salute**, alla vigilia della Giornata dedicata all'alimentazione, il 15 marzo, mettendo in guardia soprattutto i genitori: si è notevolmente abbassata l'età in cui si manifestano i disturbi e sempre più spesso gli specialisti devono prestare le loro cure a bambini di 8-10 anni. O poco più grandi: il Centro Palazzo Francisci, a Todi, ha in cura un dodicenne che mangia solo cibi bianchi e unicamente allo stato semisolido: gelati, semolino, latte, formaggi freschi e a patto che non siano mischiati tra loro. In pratica, non mastica nulla e ogni tentativo da parte della famiglia o dei medici di introdurre altri alimenti nella sua dieta provoca nell'adolescente pesanti crisi di ansia. Per venire incontro a chi soffre di disturbi dell'alimentazione e ai loro familiari, il **ministero della Salute** ha messo a punto una mappa delle strutture e delle associazioni specializzate all'indirizzo www.disturbialimentarionline.it. Spiegano i medici che la diagnosi precoce – cioè fatta il prima possibile – è fondamentale per guarire: iniziare le cure entro i primi 12 mesi dal manifestarsi del disturbo aumenta le possibilità di guarigione del 90%.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



9 Diagnosi

Una microtelecamera che
si inghiotte come una pillola.Si muove agilmente nell'apparato digerente
riprendendo lesioni e malattie. Per diagnosticare
le patologie di colon, esofago e intestino

Apparato digerente

Ho la pillcam
nella pancia

di GIUSEPPE DEL BELLO

Il film più realista che c'è. È quello che gira un regista virtuale, dentro l'intestino e con una macchina da presa lillipuziana. Che si manda giù con un sorso d'acqua, come una compressa. E ogni volta che torna alla ribalta la videocapsula, scatta il consueto paragone con *Viaggio allucinante*, il capolavoro cinematografico di Richard Fleischer. Ma se il confronto con la micronavicella di Isaac Asimov iniettata in vena a caccia di globuli bianchi e linfociti regge ancora dipende anche dai progressi che caratterizzano gli ultimi modelli apparsi sul mercato da sette anni a questa parte.

Le "riprese" di oggi, sempre a colori, sono molto più nitide e rimandano le immagini di un set eccezionale. Vuoi perché il sistema a doppia visione assicura "panoramiche" inimmaginabili, fino a 342 gradi, vuoi per le potenzialità meccaniche della navicella. Che può voltarsi, tornare indietro, zoomare su un particolare e, ovviamente, restituire fedelmente tutte le sequenze messe a fuoco dal suo magico occhio elettronico.

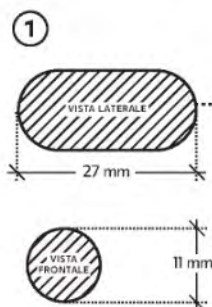
In gergo tecnico, l'esame diagnostico, oggi inserito nei Lea (i livelli essenziali di assistenza), si chiama enteroscopia con capsula. A tutt'ora, la PillCam è disponibile

in quattro modelli, ognuno con un preciso target: per il colon, per l'intestino tenue, per la diagnosi del Morbo di Crohn e per l'esofago. Tanto utilizzata da diventare oggetto di un'indagine recentemente presentata a Milano dagli esperti, col supporto di Medtronic. Prevalentemente dedicata all'enteroscopia come metodica endoscopica per lo studio del piccolo intestino, del tenue appunto, la ricerca ha raccolto dati e informazioni da 150 centri di gastroenterologia italiani per conoscere lo stato dell'arte. Alle strutture coinvolte (in ogni regione ce n'è almeno una, in altre come Lombardia, Veneto, Piemonte ed Emilia Romagna se ne contano diverse) è stato distribuito un questionario di 40 domande a risposta multipla. Dai risultati è emerso che nel Belpaese (il periodo di riferimento analizzato va da giugno 2016 a giugno 2017) vengono eseguite oltre 6000 enteroscopie con videocapsula all'anno, 40 in media per ogni centro, con punte di utilizzo che superano quota 100 in 13 strutture. Si è saputo pure che più del 70% degli specialisti coinvolti aveva un'esperienza pluriquinquennale e che oltre il 70% degli esami è stato effettuato in pazienti con sospetto sanguinamento dell'intestino tenue. Fondamentale, anche per proseguire in un

percorso che finora si è rivelato virtuoso, è stato il riscontro delle complicanze, attestate sotto il 2%. «Ma c'è anche un altro dato, altrettanto interessante, che riguarda l'aspetto economico - osserva Renato Cannizzaro, direttore di Gastroenterologia oncologica dell'Irccs di Aviano - e cioè che la capsula, per ora rimborsata dal Ssn solo in alcune regioni (come prestazione ambulatoriale) non corre alcun rischio di uso inappropriato». Ma è sulle indicazioni che gli specialisti la ritengono un'opzione diagnostica insostituibile. «È utilissima nella valutazione di un'eventuale emorragia digestiva - precisa Cannizzaro - in particolare successivamente a gastroscopia o colonscopia che non abbiano rivelato alcun sanguinamento». Un "buco" diagnostico colmato dalla capsula perché, aggiunge, «ci sono perdite emorragiche che originano da quel segmento di intestino lungo sei metri non visualizzato dal colonscopio. Oltretutto, con la PillCam si arriva a una diagnosi precoce di tumori del tenue, neoplasie fino a poco tempo fa scoperte solo in fase metastatica». Le patologie che possono giovare dell'esame sono varie: dalla celiachia "refrattaria" alla poliposi intestinale, fino al Morbo di Crohn,

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Come funziona



La capsula, poco più grande di una pillola, è monouso e va ingerita dal paziente con un sorso d'acqua

② Scivola lungo l'apparato digerente e filma immagini di alta qualità delle mucose interne per 8 ore circa

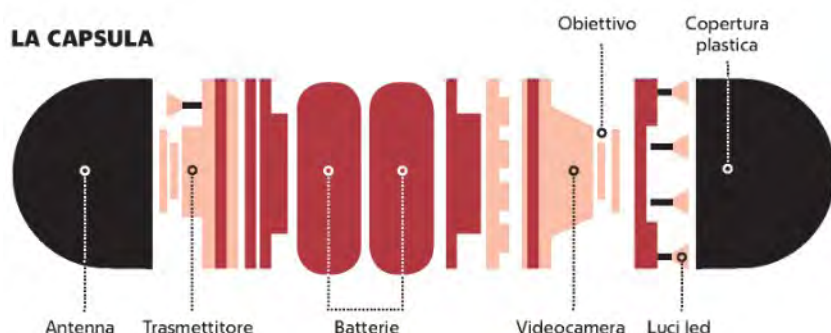


Cintura con sensori e data recorder posizionato sulla vita

③ Il paziente indossa una cintura dotata di sensori che ricevono i segnali dalla capsula via wireless. I dati si salvano nel data recorder

④ Infine la capsula viene espulsa con le feci

LA CAPSULA



Il caso

Quando la "capsula" non basta

Dalla videocapsula all'enteroscopia assistita. Il passaggio dalla metodica non invasiva alla tecnica operativa diventa una scelta obbligata se dalla PillCam emerge

Le linee guida

Raccomandazioni per il paziente

Linee guida in dirittura d'arrivo. Stilate da un team congiunto di specialisti europei, anche italiani, saranno pubblicate entro due mesi sulla rivista internazionale *Endoscopy*.

una patologia a carico dell'intestino tenue o se il test diagnostico è off-limits. Oltre alla biopsia, l'enteroscopia permette di asportare formazioni sospette o trattare lesioni sanguinanti. Lungo circa due metri, funziona con un sistema di palloncini in lattice gonfiati e sgonfiati da una pompa.

Sono le raccomandazioni sul giusto utilizzo della videocapsula e dell'enteroscopia assistita. Tra gli aspetti esaminati: la preparazione del paziente, le indicazioni cliniche, le precauzioni da adottare, il monitoraggio successivo alla procedura e la prevenzione delle complicanze.

IL LIBRO

di Agnese Codignola

“Culle di vetro” Ecco la storia della fecondazione

Da Louise Brown, la prima bambina nata nel 1978 da una fecondazione

artificiale (e oggi madre naturale) a quello con tre genitori, nato nel 2016, passando dai primi tentativi che risalgono al Settecento, fino alle scoperte del padre di tutte le tecniche moderne, Robert Edward, e a quelli che sono venuti dopo, per approdare alle distorsioni della legge 40 e alle sfide che pone oggi la possibilità di modificare il genoma: la storia della fecondazione in vitro riflette quella dell'evoluzione della società in un ambito delicatissimo, e cruciale.

Margherita Fronte, giornalista scientifica, la ripercorre nel suo *Culle di vetro* (edizione Enciclopedia delle donne, 12 euro) senza tralasciare alcun passaggio, con una precisione e un rigore che fanno emergere un dato, su tutti: la scienza fa il suo corso, spesso per mano di persone coraggiose, e non si cura più di tanto di scandali, polemiche, condanne, scomuniche e allarmi distopici. Soprattutto quando – come in questo caso – in gioco c'è un desiderio insopprimibile: quello di garantire la continuazione della specie. E poi spiega anche quanto le donne, e i medici, abbiano dovuto lottare (e debbano farlo ancora oggi) per avere trattamenti che la medicina ormai può offrire senza particolari difficoltà, sia pure non potendo garantire a tutte il successo. Un libro per tutti, documentato e puntuale, a tratti anche divertente per capire, soprattutto in epoca di tecniche che oggi consentono l'editing genetico come la Crispr-Cas9 (le sperimentazioni nell'uomo dovrebbero iniziare quest'anno, negli Stati Uniti) o che permettono di clonare cellule di primate, come avvenuto in Cina poche settimane fa.

Il rapporto

Io mi curo come mi pare

Un italiano su due non ascolta
il medico. Ritratto del paziente autonomo

Le scelte in materia di salute e benessere sono sempre più considerate ambiti di azione della libertà individuale

di MASSIMIANO BUCCHI

I nuovi dati dell'Osservatorio *Scienza tecnologia e società* mostrano che un italiano su due ha adottato almeno occasionalmente una terapia senza consultare il medico, o discostandosi dal suo parere. Tra questi, per uno su cinque non seguire il parere del medico è una pratica diffusa; per il 3% un'abitudine: il medico dice una cosa, e il paziente ne fa un'altra.

Ma quando il parere del medico viene scavalcato o ignorato, quali figure o indicazioni orientano le scelte terapeutiche? Nella maggioranza dei casi gioca un ruolo centrale la figura del farmacista. Tra chi almeno una volta non ha seguito il parere del medico, oltre nove su dieci si sono rivolti a una farmacia. Ampiamente diffuso è anche il ricorso a internet. Quasi il 70% afferma di aver cercato almeno occasionalmente possibili soluzioni sul web per le proprie patologie; rispettivamente quasi due su dieci e uno su dieci utilizzano spesso o addirittura sempre siti, blog e social.

Il canale interpersonale non è meno diffuso. Quasi sette su dieci si sono discostati dalle indicazioni

terapeutiche ricevute dal medico dando fiducia ai consigli di parenti o amici; uno su quattro si affida con regolarità ai consigli della cerchia parentale o amicale. Relativamente meno diffuso è invece il ricorso alle erboristerie: le frequenta abitualmente per trovarvi soluzioni terapeutiche solo il 20% di chi non tiene in particolare considerazione i suggerimenti del proprio medico, più saltuariamente il 36%. Infine, in un altro 20% di casi, ci si allontana dal parere del medico consultando chi propone "terapie olistiche o alternative".

Anche se è ipotizzabile che riguardi perlopiù patologie non gravi, questa ampia diffusione dell'auto-cura e di comportamenti che segnano l'autonomia rispetto alle indicazioni del medico va letta all'interno di un profondo cambiamento nelle concezioni di salute e benessere. Un contesto segnato in primo luogo, come sottolinea la responsabile scientifica dell'Osservatorio, Barbara Saracino, dalla forte centralità di salute e medicina come temi di interesse anche sul piano informativo. «Le notizie su medicina e salute sono tra quelle che gli italiani seguono con maggiore attenzione nell'ambito dell'informazione e della divulgazione».

Non a caso, la propensione all'auto-cura è più frequente tra le persone più istruite (coinvolge i due terzi dei laureati), tra i più esposti a contenuti scientifici nei media e tra chi ha un livello di "alfabetismo scientifico" più elevato; è meno diffusa tra i più anziani. Ma i

dati sull'auto-cura sono soprattutto indicativi di una crescente individualizzazione delle scelte che riguardano la salute e la sempre più diffusa tendenza a considerare salute e benessere come prerogativa e sfera di autonomia e libertà individuale. «La salute è mia e me la gestisco io», verrebbe da riassumere un po' brutalmente. Questo atteggiamento si esprime anche su altri temi: le vaccinazioni, il ricorso sempre più diffuso all'omeopatia fino all'apertura sempre maggiore verso opzioni quali il testamento biologico.

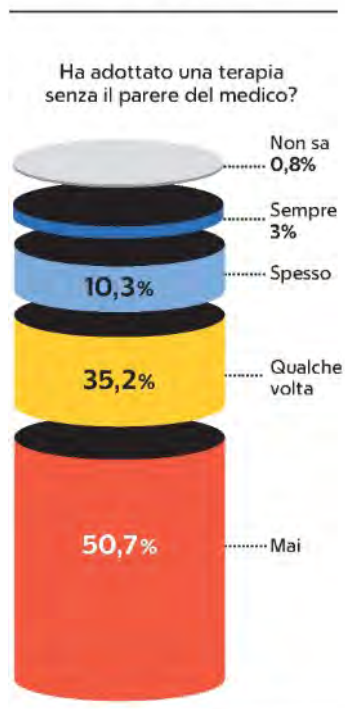
Si può legittimamente guardare in modo critico a tale quadro, che riflette trasformazioni di lungo periodo e che naturalmente non riguarda solo l'Italia. Ma è chiaro che esso solleva rilevanti interrogativi a più livelli, a cominciare dalle strategie sul piano comunicativo. Come affrontare, ad esempio, questo senso di autonomia (per non dire di onnipotenza) del paziente? Come guardare al ruolo di figure come quella del farmacista, che volenti o nolenti hanno acquisito nei fatti un ruolo centrale, almeno in alcune situazioni? Come sostenere o ricostruire un rapporto di fiducia con i medici di base?

Senza risposte convincenti a queste domande, ciò che indicano questi e altri dati è che la salute è destinata a diventare, sempre di più, un fatto "privato" da gestire come prerogativa e spazio di libertà individuale.

Professore di Scienza, tecnologia e società, Università di Trento

© RIPRODUZIONE RISERVATA

AUTO-CURA



FONTE: OBSERVA SCIENCE IN SOCIETY, 201

Autismo

Quei geni ci hanno resi intelligenti

Le mutazioni del Dna
legate al disturbo
e l'evoluzione
della mente

Autismo

Strano utile Dna

Le variazioni genetiche collegate alla malattia sono le
stesse che hanno fatto diventare il nostro cervello come è
Per questo l'evoluzione le ha mantenute

di ELENA CATTANEO

Il successo della specie umana è dipeso da quelle variazioni genetiche (le "mutazioni") che nel tempo sono state favorite perché hanno migliorato la sua capacità riproduttiva ma anche l'evoluzione del suo cervello. Per anni ci si è quindi chiesto perché i tratti genici "atipici" che espongono l'individuo al rischio di sviluppare alcune disfunzionalità neurali, non fossero stati selezionati negativamente, ovvero eliminati, nei millenni che hanno accompagnato l'evoluzione della nostra specie.

Andiamo per ordine. L'autismo è una complessa malattia del neurosviluppo con manifestazioni di varia gravità, dalle più devastanti a quelle ad alto funzionamento, ma sempre con forti conseguenze per i pazienti e per le loro famiglie, e che annovera, tra le sue molteplici cause, un'importante componente genetica. Lo dimostra il fatto che in coppie di gemelli identici (individui con lo stesso Dna) di cui uno affetto da autismo, la probabilità che anche il gemello lo sia è dell'80%. Sappiamo inoltre che nei non gemelli la presenza di un figlio autistico aumenta il rischio che anche il secondo figlio lo sia, proprio per la presenza di fattori genetici ereditari. Che l'autismo abbia una base genetica emerge anche da uno studio pubblicato su *Nature* nel 2017 che individua i primi segnali di malattia subito dopo la nascita: un aumento del volume cerebrale sarebbe visibile già tra i 6 e i 12 mesi di vita dei bambini che svilupperanno l'autismo. Evidenze, queste – se non bastassero le centinaia già disponibili – che insieme contribuiscono a escludere senza appello il legame (mai esistito) tra insorgenza di autismo e vaccinazione trivalente, visto che quest'ultimo si somministra intorno ai 18 mesi di vita.

Ma data la componente genetica nell'auto-

ismo, quali sono gli elementi genici responsabili? Sappiamo che la malattia è spesso poligenica, ovvero è il risultato di una cooperazione tra diversi tratti (loci) genici o tra tante piccole variazioni di lettere (nucleotidi) sparse tra i 3,2 miliardi che compongono il nostro genoma.

Dobbiamo chiederci perché non sono state eliminate durante l'evoluzione? Se fossero state eliminate probabilmente la specie umana non esisterebbe. Uno studio del 2017 pubblicato su *Plos Genetics* e condotto utilizzando i dati genetici di 5mila persone affette da disturbi dello spettro autistico ha infatti rivelato che quella "rete" di varianti genetiche comuni che predispongono al rischio di autismo è stata addirittura selezionata positivamente e quindi favorita durante la storia evolutiva umana. Si tratta di varianti che, individualmente, possono avere un effetto modesto ma che, nell'insieme, hanno conferito dei vantaggi all'uomo, al punto da permanere nel nostro Dna ed essere tramandati ai discendenti. Non solo. Andando a guardare dove si trovano, le si scopre presenti in molti geni importanti e collegati tra loro funzionalmente in quanto cooperano nella formazione delle cellule nervose, nella loro arborizzazione e connettività, e quindi nell'architettura biologica che sottende la funzione cerebrale. Questi studi sembrano anche gettare le basi per meglio comprendere alcune delle diversità morfologiche e funzionali (tratti fenotipici) osservabili in alcune forme di autismo e cioè talvolta una maggiore capacità di cogliere i dettagli e di sistematizzare i dati di realtà, un migliore orientamento visuo spaziale e, in alcuni casi, una spiccata sensibilità o capacità di discriminazione sensoriale, a fronte di un deficit della sfera comunicativa e relazionale, come pure della capacità di una visione globale.

Gli studiosi concludono che le varianti gene-

tiche associate al rischio di autismo non sono quindi state abbandonate dall'evoluzione "semplicemente" proprio perché importanti nell'elaborazione delle funzioni cognitive nella nostra specie.

In anni oscuri della nostra storia, le persone con disturbi comportamentali e malattie genetiche del sistema nervoso venivano esposte alle più atroci barbarie. Ancora oggi su queste famiglie e malattie pesa lo stigma e l'isolamento. In alcune parti del mondo questi malati vivono in uno stato di abbandono, dovuto a ignoranza, diffidenza, superficialità, malvagità. I tratti genici associati all'autismo ci rivelano invece una nuova realtà: il disturbo comportamentale sarebbe il costo evolutivo di un complesso programma genico, ancora in azione e ancora da comprendere, che mira a selezionare nell'uomo le varianti più funzionali. Un motivo in più per pensare a come meglio realizzare l'integrazione sociale e professionale delle persone autistiche che, al prezzo di grande sofferenza per i pazienti e le loro famiglie, potrebbero addirittura rappresentare la più avanzata frontiera dell'evoluzione umana.

Professore di Farmacologia all'università di Milano e senatrice a vita

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'opinione

Le parole sono importanti

In molte teogonie vi è un momento in cui la divinità nomina il mondo, collega le parole alle cose, e la mente dell'uomo viene illuminata dalla conoscenza, uscendo così dalla barbarie del balbettio. Nel pensiero medico vi sono ambiti disciplinari che si occupano di classificare le malattie, scoprirne la causa e il meccanismo di sviluppo. Dalla fine del '700 sono state classificate e spiegate moltissime malattie, ma non tutte. Le sindromi, come quelle dello "spettro autistico", sono tra queste, determinate non da cause e meccanismi definiti ma da famiglie di sintomi. La storia ci ricorda che è su queste che si è esercitato il maggior pregiudizio ma anche che esso svanisce quando la scienza definisce.

Andrea Grignolio, Sapienza Univ. di Roma

Il caso

Wakefield l'imbroglione

Nel 1998 il medico inglese Andrew Wakefield pubblicò un articolo su *Lancet* nel quale stabiliva una correlazione tra vaccino trivalente (anti morbillo, parotite, rosolia) e insorgenza della sindrome autistica. Com'è noto lo studio suscitò grandi paure, che ancora restano. Anche se la sua pubblicazione è stata ritirata in seguito a un'inchiesta della British General Medical Council che ha appurato una condotta fraudolenta dell'autore, Wakefield è stato espulso dall'Ordine dei medici della Gran Bretagna. La frode però ha avuto conseguenze gravi nel Regno Unito: un'epidemia di parotite che ha colpito nel 2012 con quasi 10 mila bambini uccidendone 15 e una di morbillo, con ospedalizzazioni e casi gravi.

AGENZIA DEL FARMACO
Ema, primo voto
Parlamento Ue:
sì ad Amsterdam
Micaela Cappellini • pagina 17

Agenzia Ue del farmaco. Giovedì il voto dell'Europarlamento

Ema, nuovo sì ad Amsterdam dalla Commissione ambiente

LE CONDIZIONI

Ogni tre mesi una relazione
farà il punto sui lavori
per la nuova sede
Le chances di Milano legate al
ricorso alla Corte di giustizia Ue

■ Sì al trasferimento dell'Ema ad Amsterdam, a condizione che la Commissione si faccia carico di relazionare ogni tre mesi sullo stato di avanzamento dei lavori del nuovo edificio che ospiterà l'Agenzia e su quelli di aggiustamento della sede temporanea. L'esito del voto di ieri alla Commissione Ambiente dell'Europarlamento chiude le speranze dell'Italia di veder riaprire politicamente la partita per la nuova sede dell'Agenzia europea del farmaco, costretta dalla Brexit a lasciare Londra entro marzo del 2019. Se il Parlamento di Strasburgo ratificherà questa decisione anche nella seduta plenaria di dopodomani, a Milano non rimarrà che sperare nel ricorso presentato alla Corte di Giustizia Ue.

Su 57 votanti, i sì sono stati 50. Un risultato atteso, quello di ieri in Commissione: da giorni infatti era risultata chiara l'impossibilità di trovare nell'Europarlamento una maggioranza di Paesi e di parlamentari disposti a bocciare la scelta di Amsterdam e a far tornare l'Europa sui suoi passi. Una cosa, però, Strasburgo l'avrà portata a casa, se il voto di ieri verrà confermato alla seduta plenaria di giovedì: siccome il testo finale della ratifica uscita dal Parlamento europeo è diverso da quello approvato dal Consiglio, sarà necessario avviare la cosiddetta procedura del trilogio. I due legislatori europei, con la supervisione tecnica della Commissione Ue, dovranno incontrarsi e raggiungere una mediazione sul testo finale, nel quale il Parlamento europeo ha tutta l'intenzione di veder inserito il documento approvato ieri in Commissione: mai più, su questi temi, una decisione che non sia presa contemporaneamente da entrambi. Un

monito per il futuro, insomma.

Soddisfatto l'europarlamentare Giovanni La Via, del Ppe, che guidò la missione ispettiva ad Amsterdam, tra i principali alfieri di questa battaglia in Europa: «Giovedì non mi aspetto sorprese - dice - dopo di che Parlamento Ue e Consiglio si incontreranno». Intanto, il mondo delle imprese è intervenuto a sostegno dell'azione del Comune di Milano. La Camera di Commercio cittadina, Aiop Lombardia, Alisei, AssICC, Assobiomedica, Assolombarda, Confcommercio Milano e Federchimica hanno chiesto di intervenire in entrambe le cause promosse dal Comune e ora trasferite alla Corte di Giustizia europea: quella principale, finalizzata a chiedere l'annullamento della decisione del Consiglio Ue, e quella d'urgenza, diretta a chiederne la sospensione. Queste iniziative processuali si affiancano così a quelle avviate dal Governo e dalla Regione Lombardia.

Mi.Ca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Agenzia Ue del farmaco La sede attuale dell'Ema a Londra

