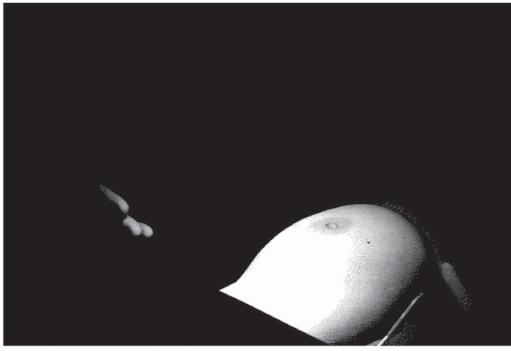


CANCRO TIBATTERO

ono 100 gli esperti che proveranno a rispondere alla domanda: "Stiamo vincendo la guerra contro il cancro?". A Lugano, il 26 e il 27 ottobre, si terrà il World Oncology Forum. Un evento atteso, che riunirà un gruppo selezionato di ricercatori, clinici, politici, manager, associazioni civili e giornalisti dai cinque continenti. Per arrivare a una dichiarazio-

ne finale, che darà indicazioni e priorità sulla strategia da adottare per un significativo miglioramento della situazione oncologica globale entro i prossimi dieci anni. L'evento è organizzato dalla European School of Oncology, in occasione dei suoi trent'anni di attività, che attraverso il Wof vuole sollecitare gli organismi internazionali e i governi locali, affinché inseriscano il problema cancro fra gli impegni essenziali della politica. Il tema è urgente,

il numero di malati di cancro è in aumento in tutto il mondo: i decessi per tumore sono circa 7,6 milioni ogni anno, vale a dire 20 mila ogni giorno. In queste pagine, "l'Espresso" ha interrogato alcuni grandi esperti italiani non certo per rispondere alla domanda del Wof, ma per raccontare a che punto è la guerra contro i cosiddetti big killer, i tumori più diffusi.



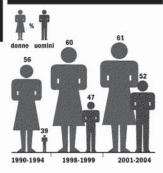
INTERVENTO PER TOGLIERE UN TUMORE DEL SENO. IL SERVIZIO CHE ILLUSTRA QUESTE PAGINE È UN REPORTAGE DAL CANCER CENTER DELL'ISTITUTO CLINICO HUMANITAS DI ROZZANO, MILANO

Piccoli grandi passi

Percentuale di malati che sopravvivono a 5 anni dalla diagnosi per tutti i tipi di cancroo

Aumenta la sopravvivenza ai big killer: seno, prostata, colon. E persino le bestie nere polmone e melanoma cominciano a cedere. Abbiamo chiesto a cinque esperti: stiamo vincendo la guerra al grande male? Écco le loro risposte A CURA DI AGNESE CODIGNOLA

A CURA DI AGNESE CODIGNOLA E DANIELA MINERVA FOTO DI CARLO CERCHIOLI





POLMONE

Quel mostro perde terreno

COLLOQUIO CON CESARE GRIDELLI



Eppure, la buona notizia c'è. Il tumore del polmone, è vero, sembra ancora oggi spietato, subdolo, spesso invincibile. Ma ad aprirci gli occhi è Cesare Gridelli, uno dei massimi esperti di

questa neoplasia, direttore di un'eccellenza del Sud, l'Oncologia medica dell'Ospedale Moscati di Avellino, quando ci invita a guardare i numeri nella loro crudezza, e vedere che, sia pure lentamente, il cancro del polmone sta cominciando a perdere terreno.

Professor Gridelli, ci sono validi motivi per essere ottimisti?

«Dalla fine degli anni Novanta, incidenza e mortalità sono in calo negli uomini, ma in aumento nelle donne. Ogni anno vi sono circa 25 mila nuove diagnosi tra gli uomini e 8 mila tra le donne, e questo perché oggi vediamo i tumori che hanno iniziato a svilupparsi negli anni in cui fumareera considerato uno status symbol positivo e in cui le sigarette, per molte donne, purtroppo hanno rappresentato uno strumento di emancipazione. Vediamo però già i primi segni dell'aumento della consapevolezza. Per quanto riguarda la mortalità le cose non vanno ancora come vorremmo (oltre 27 mila decessi poco conto, anche se molto resta da fare», usati in passato».

A che cosa dobbiamo questo progresso?

«Fortunatamente, oggi tutti conoscono

l'esistenza del legame tra fumo e tumori polmonari e il numero di fumatori è in diminuzione: ci aspettiamo che nei prossimi anni diminuisca il numero delle persone che si ammalano. E poi ci sono stati notevoli passi in avanti nella conoscenza della biologia del tumore, che stanno portando a una vera e propria rivoluzione culturale. Sappiamo infatti

che questa non è una malattia con poche varianti istologiche, ma che, anzi, è molto diversificata. Possiamo dire di avere numerose malattie diverse, in alcune delle quali, per fortuna, un singolo gene mutato è essenziale per la crescita del tumore. Questo ha portato allo sviluppo di farmaci specifici come gefitinib, erlotinib, afatinib, crizotinib e altri. Ognuno di questi farmaci è attivo solo su un 2-3 per

negli uomini, 7 mesi nelle donne). Tutta- cento del totale dei malati ma, in costoro, via, basta tenere a mente un numero per può avere effetti anche spettacolari, alcapire quanta strada è stata fatta: fino a lungando molto la sopravvivenza e in vent'anni fa, dopo la diagnosi non si fa- alcuni casi portando a uno stato di croniceva quasi nulla, e la sopravvivenza era cizzazione. Ecco perché sono ottimista: il al massimo di 3-4 mesi. Oggi si fa molto, puzzle si sta componendo, e grazie anche e i pazienti con tumore anche abbastanza alle tecnologie, che oggi permettono anaavanzato riescono a vivere in media 18 lisi genetiche in poche ore e a costi accetmesi, spesso con una buona qualità di tabili, presto ogni malato avrà il suo vita. Non si tratta certo di un risultato di farmaco specifico, più efficace di quelli

Le novità vengono dai farmaci biologici, al-

«Non solo. Abbiamo dimostrato, coordinando uno studio da poco pubblicato su "Lancet Oncology", che il pemetrexed, un farmaco che si usa normalmente solo per i cicli di chemioterapia, può essere impiegato più a lungo e diventare cura di mantenimento, facendo aumentare la sopravvivenza di tre mesi. Un guadagno che sembra di poco conto ma che, considerato nell'ottica che ricordavo prima (oltreché, naturalmente, in quella della vita dei singoli malati), è molto importante perché potrebbe indurci a ripensare a come diamo anche altri farmaci. Anche se non sempre se ne ha la percezione, molto sta cambiando nella cura di questa malattia, e oggi è lecito attendersi - in un orizzonte temporale non troppo lungo ulteriori, significativi progressi».





PROSTATA

Meglio il chirurgo meccanico

COLLOQUIO CON OTTAVIO DE COBELLI



Psa sì o Psa no: da anni gli esperti dibattono sull'opportunità di sottoporre la popolazione maschile a un test, quello del Psa (prostate specific antigen) capace di rivelare un'anomalia genetica

che il più delle volte predice la progressione tumorale. Lo fa, ma a dispetto di molti falsi positivi. E questo ha indotto gli epidemiologi a interrogarsi su quanto serva davvero a salvare dal tumore della prostata. Che significato ha il test? Quando e da chi va fatto? Domande cui vengono date le risposte più varie, a seconda del tipo di dato che si prende in considerazione. Se dati molto recenti sembrano far pendere la bilancia verso un effetto positivo del Psa sulla mortalità, altri mostrano che test a tappeto non fanno altro che spingere migliaia di uomini verso accertamenti e terapie inutili.

Ma il dato è che oggi gli oltre 40 mila italiani cui viene diagnosticato il tumore ogni anno possono avere più speranze di farcela rispetto ai loro padri (i decessi diminuiscono dell'1 per cento all'anno). E questo accade soprattutto grazie alla diagnosi precoce che permette di scovare neoplasie sempre più piccole e localizzate. Come spiega Ottavio De Cobelli, che dirige la Divisione di urologia dell'Istituto europeo di oncologia di Milano, convinto che, in questo contesto, sia la chirurgia a giocare un ruolo di assoluto mani del chirurgo si servono di bracci specialistiche possono formarsi e lavorameccanici: quelli del robot.

Professor De Cobelli, la macchina può dunque laddove la farmacologia, a oggi, non ha dato risposte soddisfacenti?

«Abbiamo pazienti sempre più giovani, spesso poco più che cinquantenni, che hanno spesso tumori piccoli o in stadi iniziali. A costoro dobbiamo assicurare la cura della malattia e una buona qualità di vita, che significa innanzitutto la salvaguardia della funzione sessuale e

della continenza. Ciò è possibile grazie alle nuove tecniche chirurgiche, mininvasive, che riescono a non tagliare i nervi fondamentali per la minzione e la funzionalità sessuale e, soprattutto, grazie alla precisione del robot chirurgico, il cui utilizzo è stato convalidato proprio in questa malattia. Noi abbiamo condotto più di 1.300 interventi e ogni anno ne facciamo circa 400, e dopo sei anni di esperienza possiamo dire che in molti pazienti il robot è la via migliore».

È quindi auspicabile che ogni centro abbia un suo robot?

«Assolutamente no, perché come per tutti gli interventi, l'esito dipende dal numero di interventi fatti ogni giorno, ogni mese, ogni anno. Il robot chirurgico è una macchina molto costosa e molto di moda, ma non è semplice da utilizzare e soprattutto i risultati migliori si raggiungono solo con l'esperienza del team chirurgico nel suo insieme. È auspicabile che la chirurgia robotica in generale, e quella della prostata in particolare, siano pro-

primo piano, soprattutto da quando le poste solo da grandi centri dove équipe re costantemente, fino ad acquisire tutta

> l'esperienza necessaria, anche perché non dimentichiamolo - dietro la macchina c'è sempre il chirurgo che decide come farla muovere. E in ogni caso, l'intervento deve essere scelto solo quando ci sono fondati elementi per temere che il tumore sia pericoloso».

E quando il robot non può o non deve intervenire?

«Purtroppo per quanto riguarda i farmaci, negli ultimi 15 anni non ci sono state novità di rilievo, se non per ciò che riguarda la prevenzione farmacologica. cioè l'assunzione di farmaci nelle forme pretumorali, che in certi casi potrebbe funzionare. Nel frattempo però si è capito meglio come agisce questo tumore, che ruolo hanno le sue cellule staminali e i suoi geni e molto altro e tutto ciò, probabilmente, porterà a nuove terapie nei prossimi anni. Quello che tutti ci auguriamo è che si possano trovare strumenti capaci di distinguere tra tumori maligni e formazioni a crescita lenta, nella maggior parte dei casi innocue. Fino a quando non avremo a disposizione mezzi diagnostici per operare questa fondamentale distinzione dobbiamo continuare a proporre la semplice sorveglianza ogni volta che si può, e a seguire con la massima attenzione ogni singolo caso, per evitare interventi inutili ma anche per curare al

meglio chi ne ha davvero bisogno».



DA SINISTRA: SIMONE GRAPPOLINI, CHIRURGO PLASTICO CON ALBERTO TESTORI. SENOLOGO, PRIMA DI UN INTERVENTO CHIRURGICO ALL'HUMANITAS

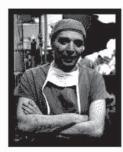




COLON

/ita sana e il fastidio del test

COLLOQUIO CON ERMANNO LEO



killer: circa 50 mila nuove diagnosi ogni anno, con 18.500 decessi. Ma a guardare i trend, sembra proprio che sia iniziata una china ineso-

rabile: l'aumento delle diagnosi degli ultimi anni sta rallentando, e questo grazie a un fattore che ha poco a che vedere con bisturi, raggi e farmaci: la cultura. Dopo decenni di crescita, infatti, laddove poco o nulla hanno potuto le terapie, sta arrivando la conoscenza dei fattori di rischio e, soprattutto, dell'importanza della diagnosi precoce, certificata anche da uno studio recentissimo che ha mostrato una netta diminuzione dell'incidenza e della mortalità in chi si sottopone alla colonscopia rispetto a chi non la fa. La pensa così Ermanno Leo, direttore dell'Unità di chirurgia colonrettale dell'Istituto dei tumori di Milano.

Professor Leo, tutto merito di una vita sana? «Il tumore del colon è quello che si potrebbe definire un caso di scuola. Non c'è nessun'altra forma tumorale di cui si sappia così tanto: perché viene e, soprat-

è e resta uno dei big dalle prime formazioni benigne a quelle più pericolose. E non c'è nessun'altra forma in cui la separazione tra forme curabili e non è così netta. Da qui l'importanza della prevenzione e della diagnosi precoce. Si è capito che bisogna mangiare meno carni rosse, più vegetali freschi, più fibre, che bisogna muoversi di più e non fumare. L'altro fattore di enorme importanza è quello della diagnosi precoce: si sa che se il risultato di una colonscopia è negativo si possono attendere dieci anni per farne un'altra, e questo vuol dire che, anche se l'esame è fastidioso, tutti, dopo i 50 anni, dovrebbero sottoporvisi, perché trovare il tumore quando è in fase iniziale, come detto, fa realmente la differenza. Oggi, grazie alla diffusione di questa consapevolezza, le diagnosi precoci aumentano, e con esse sale il numero di malati che guariscono».

E quando la malattia c'è?

«Negli ultimi vent'anni, anche se non molti lo ammettono, la farmacologia non ha avuto successo in questo tumore: poco o nulla è cambiato, neppure con le molecole più nuove e selettive. Ciò che

Il tumore del colon tutto, quali sono i passaggi che portano abbiamo visto mutare, e anche profondamente, sono le tecniche chirurgiche, che oggi permettono di fare interventi sempre meno demolitivi e di evitare a molti malati effetti collaterali come la perdita della continenza, con grandi vantaggi per la qualità di vita».

> Pochi anni fa il suo gruppo ha annunciato importanti risultati con il vaccino che blocca la survivina, proteina la cui assenza induce il suicidio delle cellule malate. Com'è andata a finire?

«Anche in questo caso possiamo parlare di una situazione esemplare, anche se per altri motivi. Nei malati (una quindicina) che avevano provato il vaccino, le recidive scendevano dal 16 al 2 per cento, e molti altri dati erano positivi (compresa un'ottima tollerabilità). Ma siccome non era coinvolta nessuna multinazionale del farmaco, la sperimentazione è finita su un binario morto, a riprova del fatto che oggi la libertà di ricerca è poco più di una bella idea. Per questo, per ora, non resta che affidarci alla cultura, alla diffusione delle conoscenze, sperando che prima o poi maturi una coscienza diversa nell'opinione pubblica, l'unico fattore che potrebbe avviare e sostenere un approccio diverso alla ricerca».







Cercasi pillola intelligente

DI ALBERTO COSTA



I cento maggiori espertimondiali nella lotta al cancro. Li abbiamo riuniti a Lugano, nel World Oncology Forum, per rispondere alla domanda più difficile: "Stiamo vincendo la guerra contro il can-

cro?". Non è un quesito cui si può rispondere mettendo insieme tante lezioni superspecialistiche di personalità indiscusse e inattaccabili, che rendano conto dell'enorme mole di studi clinici e delle grandi innovazioni apportate nelle terapie per ogni diverso tipo di tumore. Perché la lotta al cancro è molto di più di un insieme di battaglie, perse o vinte. È un grande sforzo collettivo che impegna la società e, su suo mandato, la comunità scientifica. Ecco allora perché abbiamo chiesto a 100 superesperti di sedersi attorno a un tavolo e cercare di rispondere a una serie di punti interrogativi che interessano trasversalmente la lotta al cancro. Lo faranno liberamente, perché il Forum non ha sponsor di mercato, ma un unico promotore istituzionale privato (la European School of Oncology) affinché le opinioni espresse siano indipendenti da condizionamenti e pressioni.

Il primo degli interrogativi nasce dal fatto che, a più di dieci anni dalla decodifica del genoma, che aveva generato forti aspettative sulla conoscenza dei meccanismi di formazione del cancro, di fatto ancora non ne capiamo le cause. L'analisi dei geni ci ha spiegato i dati epidemiologici- ad esempio abbiamo capito perché se mangiamo troppi grassi ci ammaliamo di più di cancro al colon, come ci dicevano i confronti di dati di incidenza fra popolazioni con abitudini alimentari diverse - ma speravamo aprisse la strada anche alla identificazione di nuove cause.

Cinquanta anni fa abbiamo dimostrato il legame causa-effetto tra fumo e tumore polmonare, ma è stata sostanzialmente l'unica scoperta per i big killer, i tumori a maggiore diffusione e aggressività (polmone, seno, colon, prostata) che da soli sono responsabili della maggioranza delle morti per tumore nel mondo.

Ma non è tutto. Dobbiamo poi chiederci perché, anche quando conosciamo la causa, non riusciamo ad intervenire effi-

cacemente per eliminarla. In decenni di campagne antitabacco non siamo riusciti a convincere le persone a smettere di fumare. È vero che esiste negli Stati Uniti e in Europa un nuovo trend all'abbandono della sigaretta, ma di fatto i fumatori nel mondo continuano ad aumentare, l'età della prima sigaretta si abbassa e, se ci concentriamo sulla fotografia attuale, soltanto in Italia, poco meno di 100 persone al giorno muoiono per tumore del polmone.

Un discorso analogo si può fare per il tumore del seno. Sappiamo che avere tanti figli in giovane età (intorno ai 20 anni o prima) e allattarli al seno è un forte fattore protettivo da questo tumore, ma riusciremmo a ribaltare il modello di vita delle nostre società e tornare a un'organizzazione sociale in cui le ragazze hanno il primo figlio a 15 anni? E, soprattutto, davvero vorremmo farlo? Io francamente penso di no: ho una figlia adolescente e non vorrei che lei tornasse a casa incinta per prevenire così una potenziale malattia. Vorrei, invece, che lei studiasse, vivesse liberamente la sua vita e, se lo desidera, trovasse la persona giusta con la quale mettere al mondo dei bambini. Noi vogliamo questo per le nostre figlie e la società tutta, maschi e femmine, deve impegnarsi a combattere il tumore del seno senza pregiudicare la Grande entusiasmo ha sollevato anche la scoperta delle origini virali di alcuni tipi di cancro, in particolare il virus Hpv, quale causa dei tumori del collo dell'utero. È innegabile che il vaccino contro l'Hpv sia una conquista scientifica, ma dobbiamo riconoscere che non siamo in grado di applicarla laddove ce ne sarebbe maggiore bisogno: nei Paesi, come quelli africani, dove il tumore del collo dell'utero è una piaga.

Infine, dobbiamo chiederci perché la conoscenza del Dna non ha aumentato > significativamente il numero di farmaci efficaci. La pillola anticancro o, nel linguaggio di noi oncologi, i farmaci intelligenti, sono stati il grande sogno del 2000. Di fatto, tuttavia, i nuovi farmaci molecolari sono pochi (non più di 20) e applicabili a tumori meno diffusi, come il Glivec per la leucemia. Ma contro i big killer, a parte l'Herceptin per il tumore del seno, siamo ancora in attesa di grandi novità. Il Dna ha portato certamente un aumento di conoscenza, ma non ancora un'analoga riduzione di mortalità. Oltre a ciò ci viene spesso ricordato - non a torto - che i pochi punti percentuali che oggi guadagniamo in sopravvivenza, comportano un aumento dei costi delle terapie da 300 fino a 800 volte superiore.

Lo statement finale del forum di Lugano dovrà dunque dare una risposta che sia anche una soluzione, e per questo è una scommessa altissima sulle capacità delle nostre menti di individuare una strategia contro il male del secolo, che non può più essere confinata alla ricerca, ma dovrà necessariamente essere strategia sociale, economica e politica. Potrebbe anche succedere che a Lugano nulla succeda , ma in ogni caso il World Oncology Forum segnerà un cambio di marcia nella lotta al cancro e un cambio di registro nella comunicazione dei suoi risultati.

Chist'è 'o paese d'o fuoco

Da Napoli a Caserta continuano i roghi di spazzatura, rifiuti pericolosi compresi. Ed è allarme per la salute dei cittadini

DI CLAUDIO PAPPAIANNI - FOTO DI G. CAROTENUTO PER L'ESPRESSO

ostantin ha poco più di 10 anni e l'estate non l'ha passata almare. Lo ha solo immaginato. Quando Mircea, suo fratello maggiore, si era presentato a maggio con un furgoncino scassato davanti al campo rom dove vivono alla periferia di Napoli, aveva pensato che almeno un giorno ce lo avrebbe portato. Ma non c'è stato il tempo: quel mezzo serviva per lavorare. Mircea lo racconta mentre, insieme a Costantin, ordina copertoni e stracci su una montagna di immondizia abbandonata lungo la strada sterrata che incrocia viale Rosa a Caivano, comune alla periferia nord. È proprio sotto i ponti dell'Asse Mediano, l'asse viario nei cui piloni il clan dei Casalesi ha murato per sempre rifiuti tossici. Un quarto d'ora dopo quell'incontro casuale, una colonna nera di fumo denso e nero ricopre tutta l'area che va da Scampia fino al mare di Lago Patria, passando sui cieli di Giugliano e almeno altri tre comuni

limitrofi. Per un "servizio" così, Costantin e Mircea guadagnano 30 euro. Che fanno quasi 200 a settimana, se si lavora sodo. E molto devono aver lavorato la scorsa estate nella "Terra dei fuochi": tra Scampia, Caivano, Casoria, Afragola e in tutta la piana che da Napoli arriva fino a Nola, Marigliano e Acerra, dove i roghi e gli interventi dei pompieri si sono contati a decine. Se nel resto d'Italia bruciavano ettari di macchia, a Napoli e a Caserta s'incenerivano rifiuti altamente pericolosi.

Finito il grande caldo, la tregua c'è stata solo per i boschi. I rifiuti, invece, continuano a bruciare ai bordi di periferie abbandonate. Una sorta di inceneritore, molto più grande e pericoloso di quello che ad Acerra per i prossimi vent'anni continuerà a bruciare ecoballe. Non ci sono fermi per manutenzione, centraline che controllano i livelli di emissioni in atmosfera e problemi di manodopera.

Perché ad appiccare gli incendi, oggi, ci sono pure italiani. Come quelli arrestati ad agosto ad Afragola e Caivano. «Sono l'ultima tragica conseguenza della crisi economica», spiega a "l'Espresso" padre Maurizio Patriciello, parroco di frontiera nel Parco Verde di Caivano, che da anni si batte per accendere i riflettori sui roghi di rifiuti tossici. «Operai in cassa integrazione o disoccupati, che non riescono nemmeno a mettere il piatto a tavola. Quanto pensate che ci voglia a convincere un disperato ad accendere un rogo per qualche decina di euro?», spiega mentre con l'auto costeggia l'ennesima montagna di eternit lasciata a marcire in una stradina di campagna coperta da balle di stracci e copertoni, combustibile che brucia abbastanza a lungo per ridurre in cenere scarti di lavorazione artigianale, scorie di fonderia, materiale elettrico, amianto e rifiuti tossici di ogni tipo.

Se poi tra i fili elettrici ci sono pure rame e altri metalli, li si vende a parte. A 8 euro al chilo in media, che moltiplicati per i 10 quintali stimati ogni giorno in Campania fanno 8 mila euro al giorno, quasi 3 milioni l'anno. Un buon business, sulla pelle di Costantin e di migliaia di ragazzini che, come lui, crescono tra Napoli e Caserta. Un'immensa area grigia, del colore del fumo che brucia gli occhi e ottura naso e gola.

Qualche anno fa, un bambino rom di Giugliano sopravvisse solo pochi mesi ai roghi che assediavano il suo campo. Morì di bronchite, ma i medici gli trovarono nel naso e in gola muchi neri. Oggi, in tutta l'area a Nord di Napoli, i casi di allergie, asma, dermatiti, rinocongiuntiviti, enfisema polmonare cronico e bronchite cronica non si contano più, mentre crescono i tumori. Un collegamento tra roghi e aumento delle malattie non c'è, ma non c'è stato nemmeno uno studio scientifico ufficiale

che lo escluda. Con il paradosso che, negli stessi giorni in cui i ministri della Sanità e dell'Ambiente, Balduzzi e Clini, denunciavano la drammatica condizione di chi vive nella "Terra dei fuochi", lo stesso governo bloccava il registro tumori della Campania. Costa troppo, hanno detto: un milione e mezzo di euro. A fronte di decine di milioni, a carico del servizio sanitario nazionale, per la cura delle neoplasie. Eppure, ci sono studi condotti negli anni da medici e ricer-

catori che parlano chiaro. L'ultimo, in ordine di tempo, è un libro bianco, "Campania terra di veleni", di Antonio Giordano, direttore dello Sbarro Institute alla Temple University di Philadelphia, secondo cui tra il 2000 e il 2005 non risultano nei dati ufficiali 40 mila casi di tumori, di cui il 15 per cento tra donne al di sotto dei 40 anni. Secondo i dati raccolti dall'oncologo campano, tra le province di Napoli e Caserta l'indice di mortalità per gli uomini sarebbe del 9,2 per cento superiore alla media, e del 12,4 quello delle donne.

Di ufficiale c'è solo la stima che nel 2010 il commissariato di governo per le bonifiche chiese all'Agenzia regionale per l'ambiente sulla quantità di rifiuti pericolosi abbandonati in Campania. Il risultato fu sconcertante: un milione e mezzo di tonnellate sparse nel territorio, una discarica grande il doppio dell'impianto di Chiaiano. Solo che le montagne di amianto e scarti chimici ab-



bandonati sono rimasti lì: nessun militare di presidio, nessun controllo né garanzia. E così si continua a sversare e bruciare impuniti, e l'area inquinata continua ad allargarsi. È così che ammortizzano i costi le imprese. Non solo quelle criminali. A sversare illecitamente sono anche le centinaia di piccole aziende manifatturiere abusive dove si cuciono falsi d'autore o le scarpe e i portafogli che ancora le grandi griffe fanno produrre nei sottoscala dei Quartieri

Spagnoli o della Sanità, a Napoli. Una borsa in vendita a 800 euro a Milano ne costa 80 all'impresa che commercializza e un centinaio a chi - governo, Regione, Provincia o Comune - dovrà accollarsi i soldi di smaltimento e bonifica. Solo che di soldi per ripulire il territorio non ce ne sono più. E allora i rifiuti restano lì, in attesa di essere bruciati. I Comuni, che dovrebbero ritirarli, non hanno un euro in cassa. E la società che dovrebbe occuparsi di bonifiche in Campania, la Astir, è in liquidazione, con i dipendenti senza stipendio da mesi in attesa di confluire nella nuova holding regionale, Campania Ambiente, che ancora non decolla. Intanto, la situazione della società controllata al 100 per cento dalla Regione Campania precipita: a luglio si è dimesso il commissario liquidatore, il senatore Pdl Franco Malvano, e dopo di lui nessuno ha voluto accettare quell'incarico. Anche perché a fine agosto dalla Regione è arrivata una richiesta paradossale: restituire 29 milioni di euro. Con le casse vuote. ■

UN SACERDOTE:
"SONO TANTI I
DISPERATI DISPOSTI A
BRUCIARE MONNEZZA
PER QUALCHE
DECINA DI EURO"

Buco nero della scatola nera

L'arma 2.0 per battere le eco-mafie era stata individuata. Si chiama Sistri, acronimo di Sistema integrato di controllo della tracciabilità dei rifiuti: serve a registrare, cioè, tipologia di rifiuti e spostamenti. Nulla più può sfuggire, almeno nelle intenzioni: quel che esce da un'azienda deve avere una destinazione ben precisa.

Tre anni fa, il governo Berlusconi aveva affidato il progetto alla Selex, società del gruppo Finmeccanica. Ma nulla si è mosso e gli oltre 400 imprenditori dei rifiuti italiani aspettano ancora che vengano consegnate chiavette usb e scatole nere da installare sui camion. Non tutti, a dire il vero. A qualcuno il materiale fu consegnato nel 2011, a ottobre, per una prova generale del sistema: fu un fallimento. Tutto rimandato, tranne i soldi che per contratto lo Stato ha comunque versato a Finmeccanica imponendo agli imprenditori una sorta di tassa-Sistri: un affare da 100 milioni di euro in due anni. Non per le casse pubbliche. Anche per questo, il ministro dell'Ambiente Corrado Clini ha deciso di rimandare oltre l'avvio del progetto per «chiarire tutti gli aspetti e verificare definitivamente se il sistema funziona, se deve essere modificato o sostituito, entro al più tardi il 30 giugno 2013».

Magari in attesa degli sviluppi dell'inchiesta avviata dalla Procura di Napoli che ha iscritto al registro degli indagati l'ex capo di Selex Sabatino Stornelli, suo fratello Maurizio e Luigi Pelaggi, capo di gabinetto dell'allora ministro all'ambiente Stefania Prestigiacomo, per associazione a delinquere finalizzata alla truffa, abuso d'ufficio e false fatturazioni.

RIFIUTI SPECIALI E UNA CARCASSA DI AUTO A POMIGLIANO D'ARCO





LA STRAGE DELLE DONNE NEL QUARTIERE DELL'ILVA LA MORTALITÀ RADDOPPIA

SPICCA UN DATO NELLA PERIZIA CONSEGNATA AL MAGISTRATO CHE INDAGA SULLA FABBRICA TARANTINA SOTTO INCHIESTA; A **TAMBURI** I DECESSI PER TRAUMI SONO IL 200 PER CENTO IN PIÙ RISPETTO AL RESTO DELLA CITTÀ di **ADRIANA TERZO**

a guerra dei numeri, l'hanno chiamata. Quella del governo contro i Verdi, quella della Procura contro l'azienda. Eppure, a Taranto, ci sono dei dati, gli stessi consegnati

alla magistratura per la perizia sull'Ilva, che raccontano di un'altra, altrettanto drammatica realtà. E cioè che le donne del quartiere Tamburi, trentamila persone a ridosso delle acciaierie, non muoiono solo per i tumori provocati dall'inquinamento, ma anche per «traumatismi ed avvelenamenti». Vale a dire per suicidi, omicidi, annegamenti, incidenti domestici, cadute accidentali. Un dato forse più allarmante degli altri se consideriamo che questa percentuale è addirittura del 200 per cento. Il che significa che le donne di Tamburi muoiono per cause violente il doppio



di tutte le altre concittadine di Taranto.
Se perché si suicidano o perché vittime di incidenti stradali non è specificato.
Ma andiamo

con ordine. Qualche giorno fa si sono scatenate polemiche a non finire dopo la diffusione dei risultati del progetto Sentieri realizzato dal ministero della Salute e dall'Istituto superiore di sanità, sulla mortalità per inquinamento in 44 siti italiani classificati per il loro degrado ambientale. I dati 2005-2008 non erano noti, almeno ufficialmente. Ci ha pensato il leader dei Verdi, Angelo Bonelli, a spiattellarli al pubblico. Una mossa

che ha portato il ministro dell'Ambiente, Corrado Clini, a querelarlo. Ma cosa dicono questi numeri? Che a Taranto si muore di più che in tutta la Puglia: del 24 per cento per i tumori

del fegato e dei polmoni, del 38 per cento per i linfomi, e addirittura del 306 per cento per i mesoteliomi. Ma ora, sul tavolo dei ministri, c'è un nuovo studio. Si tratta di una più recente ricerca, Studio di coorte sulla mortalità e morbosità nell'area di Taranto, apparsa sulla rivista Epidemiologia e prevenzione, e inserita nella perizia dell'inchiesta sull'Ilva che ha convinto la gip Patrizia Todisco a firmare l'ordinanza di chiusura di alcuni impianti dell'Ilva e a bocciarne il piano di interventi immediati. Dati shock più allarmanti di quelli di Sentieri: la mortalità nei quartieri limitrofi all'area industriale registra eccessi, rispetto al resto della città, che raggiungono il 42 per cento, per i tumori maligni, il 28 per cento per le malattie cardiovascolari e il 64 per cento per le malattie respiratorie. La ricerca è stata condotta su un campione numeroso: 321.356 persone di cui 157.031 maschi e 164.325 femmine, residenti dal 1998 al 2010 nei comuni di Taranto, Massafra e Statte. Nella tabella 6 della ricerca si legge che le abitanti di quest'area, rispetto alle loro concittadine, muoiono il 15 per cento in più per malattie cardiovascolari; il 39 per cento in più per broncopneumopatia; il 57 per cento in più per malattie renali. Infine, per traumatismi ed avvelenamenti, la mortalità è più del doppio. Numeri inquietanti. Come si spiegano? «Se penso a Tamburi» spiega Anna Simone, docente di Sociologia all'Università Suor





Orsola Benincasa di Napoli, «mi vengono in mente nubi tossiche, periferia, borgata dormitorio. Un esterno difficile da vivere. E anche la casa può essere vissuta, soprattutto per chi non lavora, come una prigionia. Insomma, un incubo, dentro e fuori».



A SINISTRA, UNA **MANIFESTAZIONE**DEI COMITATI CITTADINI
E DEGLI AMBIENTALISTI CONTRO LE
POLITICHE DEL GOVERNO SULLA CRISI
DELL'ILVA A TARANTO (FOTO IN BASSO)



TROPPE FALSE PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE CONTROLLI CARENTI, SERVE PIÙ QUALITÀ

Si stanno moltiplicando i falsi nella letteratura medico-scientifica. Il caso più clamoroso riguarda Hwang Woo-suk, il ricercatore coreano che, nel dicembre del 2005, aveva ritirato un suo lavoro, pubblicato da *Science*, perché conteneva dati manipolati sulla clonazione di staminali embrionali prelevate da pazienti malati. Non è il solo, però. L'anno scorso la rivista *Nature* ha calcola-

to che le richieste di ritiro di articoli è decuplicata dal 1975 a oggi, mentre il numero di pubblicazioni è aumentato solo del 44 per cento. E adesso *Pnas* (Proceedings of the National Academy of Science), valutando oltre duemila lavori ritrattati, chiarisce anche i motivi. Si scopre così che, almeno nei tre quarti dei

casi, si tratta di frodi, plagio, ripubblicazione di una stessa ricerca, mentre solo il venti per cento è dovuto a errori involontari.

Si può formulare qualche ipotesi per spiegare questa epidemia di frodi. La prima è che, oggi, la pubblicazione online delle ricerche ne facilita l'accessibilità e quindi la possibilità di critica da parte degli esperti. La seconda è che la pressione a pubblicare, da cui dipendono finanziamenti, carriere e visibilità, spinge i ricercatori a percorrere questa strada.

Questi imbrogli, però, soprattutto quando si parla di malattie, di farmaci, di terapie o di vaccini (anche un famoso studio che metteva in relazione l'autismo con certe vaccinazioni è risultato un falso) possono avere ripercussioni negative

> sulla popolazione dei pazienti e anche dei sani.

È indispensabile, quindi, individuare i modi per arginare il fenomeno. Forse si dovrebbe cominciare a considerare più la qualità delle pubblicazioni che il loro numero, quando si valuta il valore di un ricercatore. Forse andrebbe ripensata l'organizzazione della

ricerca e le modalità con cui i media ne divulgano i risultati. Forse bisognerebbe riflettere sui sistemi di finanziamento degli studi scientifici che in molti Paesi, soprattutto anglosassoni, sono troppo legati alle pubblicazioni sulle riviste.

> Adriana Bazzi abazzi@corriere.it

> > © RIPRODUZIONE RISERVATA



Così vide il Dna Quella scala a chiocciola attorcigliata

quando la scoperta della struttura a doppia elica del Dna fu riconosciuta e premiata ufficialmente dalla comunità scientifica internazionale. Nel 1962 Jim Dewey Watson e Francis Compton Crick (insieme nella foto sotto) vinsero il Nobel per la Medicina per esser riusciti a descrivere la struttura tridimensionale della molecola della vita nel laboratorio Cavendish dell'Università di Cambridge, osservando la foto a raggi X dei cristalli di Dna scattata da Rosalind Franklin. Risale però al 1953 il primo discusso articolo sull'argomento, pubblicato dai due sero anche i meccanismi fonda-

VALENTINA ARCOVIO scienziati sulla rivista «Nature».

«A forma di scala a chiocciola 🕇 ono passati 50 anni da attorcigliata in senso orario, con uno scheletro di zucchero e fosfati, i gradini di basi azotate che costituiscono l'alfabeto del vivente»: queste le semplici parole che gettarono le basi della biologia moderna. La struttura della molecola fu una premessa fondamentale per comprendere i meccanismi di trasmissione dei caratteri ereditari, e quindi per l'avanzamento della genetica. E con la genetica, la medicina e tanti altri campi della ricerca, dalle biotecnologie alle nanotecnologie. Watson e Crick non Franklin abbia rivoluzionato le solo definirono la forma del Dna scienze della vita. ma, sulla base di essa, ne dedus-

mentali di replicazione e riparazione dai danni molecolari.

Fu proprio grazie alle loro spiegazioni che il Dna, già noto da tempo, fu accettato definitivamente dalla comunità degli scienziati come la molecola dell'ereditarietà. I tempi non erano ancora maturi per accettare i loro studi: la comunità scientifica pensava che il Dna fosse una molecola troppo semplice dal punto di vista chimico per esse-

re il materiale genetico. Per questo oggi nessuno può negare che il lavoro di Watson, Crick e







Sanità, nel mirino i costi ingiustificati i tagli

DA ROMA MASSIMO CHIARI

l taglio da 1,5 miliardi sulla sanità, per il 2013 e 2014, deciso dalla legge di stabilità dovrebbe riguardare le spese per gli acquisti di beni e servizi con variazioni ingiustificate e troppo ampie da Regione e Regione, come il prezzo delle lenzuola per gli ospe-

dali. Spesso infatti ci sono differenze consistenti, che a volte possono raggiungere anche il

1.200%. Si tratta di un paniere di beni e servizi che vale ogni anno il 30% del Fondo sanitario nazionale, ovvero circa 35 miliardi. Dopo la cura dimagrante impo-

sta dalla spending review è ancora presto per calcolare come questo ulteriore taglio influirà sui prezzi. La Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie ospedaliere) proverà a fare una prima ricognizione martedì 16 a Roma con i suoi tecnici. Assobiomedi-

ca (l'associazione delle imprese del settore biomedicale) invece una stima già ce l'ha: «se la spending review per noi significava un taglio del 25% spiega Fernanda

Gellona, direttore generale - ora si supera il 30%. Tra l'altro il metodo di rilevazione usato per i prezzi di riferimento (pubblicati a luglio dall'Autorità di vigilan-

za sui contratti pubblici, ndr) si basa su una metodologia alquanto discutibile, senza contare che in un settore come il nostro, ad alta innovazione, i prezzi di riferimento sono una scioc-

chezza». E proprio sul paniere di beni e servizi usato per i prezzi di riferimento sta lavorando l'Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) con le Regioni, per capire se può essere migliorato, dettagliandolo e definendolo meglio. Da gennaio 2013 questo elenco sarà la base per valutare lo scostamento del 20% dai prezzi di riferimento, e la possibilità per le stazioni appaltanti di rinegoziare o recedere dal contratto.

Secondo le rilevazioni dell'Autorità di vigilanza però, le differenze di prezzo per l'acquisto di una stessa tipologia di beni appaiono spesso macroscopiche: una siringa può costare infatti da 3 a 65 centesimi (il 135% in più) e il prezzo di una protesi all'anca variare da 284 a 2.575 euro da una Asl all'altra. Ancora: gli inserti di tibia per ridare mobilità al ginocchio sono pagati da 199 euro fino a 2.479 euro, 12 volte in più (uno scostamento del 1.145%o). E se gli scostamenti sui prezzi dei farmaci ospedalieri sono invece più contenuti, in parte perché molti hanno prezzi imposti dall'Agenzia del farmaco (Aifa), vi sono delle eccezioni: come la Epoetina alfa, usata contro gli effetti collaterali della chemioterapia, per cui si ha un'oscillazione del 365% nel prezzo. Tuttavia, secondo Giovanni Monchiero, presidente della Fia-

so, «ci sarà pure ancora qualche prezzo da rivedere a ragione, ma non si può tagliare così ad ogni finanziaria. Il taglio sui dispositivi medici avrà conseguenze sulla qualità

delle cure».

Un lenzuolo può costare 12 volte di più da una zona all'altra del Paese



LA MANOVRA

Detrazioni fiscali ecco che cosa cambia

Iva, consumatori sul piede di guerra «Stangata da 256 euro a famiglia»

D'Amico, Russo, Talarico e Zatterin PAG. 12-13

Così cambiano gli sconti fiscali

Il tetto di 3000 euro di detrazione non si applicherà alle spese sanitarie e alle ristrutturazioni edilizie

PAOLO RUSSO ROMA

lla fine sarà meno pesante del previsto la stretta sugli sconti fiscali per spese sanitarie, contratti d'affitto a canone agevolato e ristrutturazioni edilizie. A 48 ore dal varo della legge di stabilità comincia ad avere contorni più definiti l'altro volto della manovra fiscale, quello meno amico dei contribuenti, che dal prossimo anno vedranno alleggerite le agevolazioni che oggi rendono meno pesanti buste paga e dichiarazioni dei redditi. I tecnici hanno continuato a lavorare freneticamente intorno al capitolo deduzioni e detrazioni fiscali e il nuovo testo sembra meno severo di quello in entrata sugli sgravi fiscali. Una manovra che vale comunque 2 miliardi nel 2013 e uno a regime a carico di oltre il 75% dei contribuenti, all'incirca 15 milioni di italiani, quelli con reddito superiore a 15mila euro, limite entro il quale tutto rimarrà come prima. Tra dare e avere qualcosa in tasca ai contribuenti comunque dovrebbe restare. L'ufficio studi della Cisl ha infatti calcolato che tra taglio di un punto dell'aliquota Irpef sui primi due scaglioni di reddito e minori sconti fiscali per una famiglia monoreddito e un figlio a carico il risparmio sarà alla fine di 162 euro.

La stretta sulle detrazioni

Il fisco consente oggi di sottrarre all'Irpef da pagare il 19% di diverse spese di contenuto più «sociale», come

IRINCARI

Tasse scolastiche e badanti

la franchigia sale da 129 a 250 euro

GLI INTERESSATI

Questo capitolo vale 2 miliardi nel 2013 e riguarda il 75% dei contribuenti

quelle per la salute, il mutuo, la scuola, le assicurazioni e tutta un'altra serie di voci elencate all'articolo 15 del Testo unico sulle imposte. Ora su parte di queste spese «tutelate» dal fisco la legge di stabilità introduce un «tetto» massimo di 3.000 euro, oltre il quale non sarà possibile alleggerire l'Irpef e in più introduce una franchigia di 250 euro, somma entro la quale non ci sarà alcuno sconto. Per il mutuo esiste già oggi un tetto di 4.000 euro, il che vuol dire che se ora si possono risparmiare fino a 760 euro (il 19% di 4.000 appunto), il risparmio scenderà a non oltre 570 euro. A sorpresa però nel testo finale non rientreranno nel tetto tutte le spese sanitarie (si temeva più di una esclusione), che potranno essere detratte per intero ma sulle somme superiori a 250 euro. Stesso discorso vale per i costi degli interpreti dei sordomuti e dei cani guida per i non vedenti. Non rientrano né sotto la tagliola del tetto di 3.000 euro né sotto quella della franchigia le spese di ristrutturazione edilizia, le detrazioni per gli affitti agevolati, i veicoli per disabili e le spese per risparmiare energia nelle nostre case.

Le nuove deduzioni fiscali

Le spese deducibili sono quelle che si possono detrarre dal reddito sul quale paghiamo le tasse. Ora però il governo ha introdotto una franchigia di 250 euro che di fatto elimina i minisconti fiscali su tutta una serie di spese. Ma nel testo messo a punto ieri si salvano dalla limatura delle deduzioni i contributi previdenziali e assistenziali obbligatori, quelli per la pensione integrativa e gli oneri contributivi per colf e badanti, le donazioni a favore di no-profit e istituzioni religiose. Non saranno invece deducibili i primi 250 euro per assegni al coniuge, contributi per la sanità integrativa, spese per l'adozione di minori stranieri, spese mediche generiche o di assistenza specifica per i portatori di handicap, tasse scolastiche, asili nido, badanti, assistenza paramedica e assicurazione sulla vita e l'invalidità. Alcune di queste voci erano però già soggette a franchigia, anche se di importo minore. Per esempio sulle spese sanitarie era di 129,11 euro e l'aumento a 250 - ha calcolato l'ufficio studi della Cisl - comporterà un aggravio medio per contribuente di 23 euro. Quello sulle tasse scolastiche sarà invece di 73 euro, sulle badanti di 47,5, mentre per le spese sull'assicurazione vita la franchigia annulla di fatto lo sconto fiscale dato dalla detrazione del 19% se si ha un solo figlio, mentre in caso siano due o più si ha un aggravio di 47,5 euro.

Gli effetti sulle famiglie

La Cisl ha calcolato che su una famiglia monoreddito con un figlio a carico e più di 28mila euro di reddito, tra taglio delle aliquote Irpef sui primi due scaglioni di reddito (280 euro di risparmio), minori sconti sulle tasse scolastiche (-47,5 euro), minore detraibilità degli interessi sul mutuo (altri 47,5 euro in meno), minori detrazioni scolastiche per 23 euro il saldo finale della manovra fiscale è comunque in attivo per 162 euro annui.

Estratto da pag. 13

LA STAMPA

Per una famiglia con due redditi da 28mila o più euro, sempre con un figlio a carico, un mutuo e tasse scolastiche da pagare più spese sanitarie da scari- i conti della spesa con l'aumento delcare alla fine il guadagno sale a 371 euro l'Iva a luglio ce lo dirà un altro studio.

Gli effetti della legge di		1	NATA	NAMA	AT	17.7	
stabilità per tipo di famigl	ıa	Single	Famiglia di 4 persone (genitori	Famiglia di 4 persone (genitori	Famiglia di 4 persone (genitori	Famiglia di 4 persone (genitori	
Fonte: elaborazione DIVIDAUME su dati istat, Ministero dell'Economia			+ 2 figli a carico), con un solo	+ 2 figli a carico), con un solo	+ 2 figli a carico), con due percettori	+ 2 figli a carico), con due percettori	
e delle Finanze e Banca d'Italia			percettore di reddito fascia bassa	percettore di reddito fascia alta	di reddito fascia bassa	di reddito fascia alta	
STIPENDIO MENSILE NETTO	\leftarrow	1.500	1.200	2.200	2.000	4.000	
SPESE DETRAIBILI							
Spese sanitarie		500	1.000	1.200	1.000	1.400	
Interessi sui mutui	\leftarrow	1.600	1.500	1.800	1.500	1.900	
Spese corsi istruzione		0	700	1.000	700	1.800	
Spese per la frequenza di asili nido		0	0	0	3.000	0	
Totale spese detraibili		2.100	3.200	4.000	6.200	5.100	
Detrazioni prima della Legge di Stabilità		374	583	735	1.153	944	
Detrazioni oggi	(-)	304	466	618	713	789	
Differenza detrazioni ieri/oggi	-	-70	-118	-118	-441	-156	
SPESE DEDUCIBILI							
Spese mediche per portatori handicap		0	0	0	0	3.700	
Differenza deduzioni ieri/oggi		0	0	0	0	-95	
TOTALE DIFFERENZA DETRAZIONI E DEDUZIONI IERI/OGGI		-70	-118	-118	-441	-251	
Aumento annuale del reddito disponibile a fronte della riduzione Irpef		+251	194	280	312	560	
Maggiore spesa annuale dovuta all'aumento dell'Iva		-135	-110	-149	-137	-256	
DIFFERENZA PER I CONTRIBUENTI		46	-34	13	-266	53	
VOCI DI SPESA DETRAIBILI DALL' (numero di persone che hanno beneficiato delle de O Spese sanitarie			(nume 002.250 • Cont	ero di persone che hani ributi previdenzia	no beneficiato delle dedu	IPONIBILE IRPEF uzioni)	
Assicuraz. sulla vita e contro infortuni	6.519.975		E)	ed assistenziali		The state of the s	
Interessi sui mutui	2.721.284			Previdenza complementare		e 822.129	
Spese corsi istruzione	2.095.072			 Contributi servizi domestici e famigliari 		· //	
Spese attività sportive	1.522.040			Spese mediche per			
Erogazione e favore Onlus	915.111			atori handicap	143.025	12.0	
	427.986			Assegno al coniuge		0.240	
Spese per locazione studenti fuori sede 1	Boend/attention			Erogazioni a favore			
	08.269			ituzioni religiose	103.644	74	
- per added assistence personale y		50 MK	Altri	oneri deducibili	TENNIUM 1	816.486	
Spese intermediazione immobiliare 99	9.584	G 71	OAILII	Officia deductions		310.400	





Andare in pensione a 70 anni I giovani: Siamo penalizzati

DENUNZIA IL SEGRETARIATO DI CATEGORIA: SI RITARDA L'ACCESSO ALLA PROFESSIONE APPELLO AI PARLAMENTARI E AL MINISTERO DELLA SANITÀ PER RIMEDIARE AL PROBLEMA

E' UNA CATTIVA notizia per i giovani medici la possibilità per gli ospedalieri di andare in pensione, su richiesta e su proposta dell'azienda sanitaria, a 70 anni, invece che agli attuali 67 anni previsti dalla normativa vigente. Ne sono convinti i professionisti del Segretariato italiano giovani medici (Sigm), che si dicono "stupiti" per l'indicazione contenuta nel nuovo testo del Decreto Balduzzi, votato in commissione Affari Sociali della Camera. "L'eventualità della pensione a 70 anni - si legge in una nota - sarebbe particolarmente svantaggiosa per le giovani generazioni di medici, per espressamente che in tal caso la tervento del ministro della Salute

permanenza in servizio del dirigente interessato deve avvenire senza che l'azienda aumenti il numero complessivo dei propri dirigenti. In tal modo, la dirigenza medica ospedaliera verrebbe parificata agli universitari ai fini dell'entrata in quiescenza, la qualcosa peraltro è sempre stata oggetto di aspra critica da parte dei sindacati ospedalieri".

Secondo il Sigm "gli effetti della norma sarebbero gravemente lesivi delle aspettative di migliaia di giovani medici, gia' gravati da un ipertrofico iter formativo-professionalizzante pre e post lauream di medicina che non ha pari in non parlare dei colleghi che da Europa, come più volte denunanni vivono la condizione del pre- ciato dal nostro segretariato, e che cariato, peraltro con contratti che ritarda notevolmente l'accesso dei non offrono le dovute tutele e con giovani alla pratica della profesdei compensi non dignitosi, se si sione ed alla dirigenza medica". considera che la norma prevede La Sigm chiede "un autorevole ined invita i parlamentari ad intervenire per rimediare all'errore. Stupisce che, piuttosto che correggere l'anomalia universitaria, il legislatore intervenga per portare l'anomalia a sistema. Siamo alla vigilia di una mobilitazione nazionale della categoria annunciata da tempo dalle rappresentanze sindacali. Chiediamo una chiara presa di posizione da parte dei vertici della professione e dei sindacati contro tale iniziativa che non farebbe altro che acuire il conflitto intergenerazionale in seno alla professione". E se non ci sarà "invitiamo tutti i colleghi giovani medici a non aderire alla manifestazione del 27 ottobre, che a dire il vero già prima di questo spiacevole evento evidenziava contraddizioni in riferimento alle politiche professionali svantaggiose per i giovani medici assunte negli ultimi anni". •••



Estratto da pag. 5

LA NAZIONE

IL CORDOGLIO DELLE ISTITUZIONI

«Una grave perdita»



ENRICO ROSSI Governatore della Toscana

La ricerca internazionale dovrà fare a meno di una figura di grande rilievo

«UNA PERDITA enorme, non solo di una persona di scienza e cultura ma anche un cittadino illustre, di grande impegno morale e civile» è il commento del Governatore Enrico Rossi. «Nei nostri incontri ho avuto modo di apprezzare anche la grande disponibilità e attenzione verso gli altri, oltre alla competenza e professionalità». Si unisce al cor-doglio l'onorevole Paolo Fontanelli. «Pinchera ha tenuto alto il nome della ricerca pisana e italiana nel mondo e ha dato molto alla nostra città. Lo sgomento per la sua perdita è molto forte». Gli fa eco il mondo politico pisano. «Viene a mancare uno dei più importanti nomi della scienza medica internazionale ma anche una persona dalle rare doti umane» sono le parole della presidente del consTitina Maccioniiglio comunale. Stima, affetto e gratitudine da parte di tutti i capigruppo. Dolore lo hanno espresso anche molte personalità del mondo politico nazionale. Il ministro della Salu-



PAOLO FONTANELLI Deputato Pd

Grande sgomento: rappresentava l'alta qualità pisana

te Renato Balduzzi ha ricordato che Pinchera ha lavorato lungamente nel Consiglio Superiore della Sanità. Con la sua scomparsa la comunità scientifica internazionale perde un autentico punto di riferimento per il suo campo di ricerca, che ha dedicato fino all'ultimo la sua vita alla scienza e alla cura». Proprio alla comunità internazionale ne ha dato notizia tramite twitter Roberto Bertollini, direttore scientifico della Organizzazione Mondiale della Sanità Europa. «Il professor Pinchera è scomparso la scorsa notte. E' una grande perdita per la comunità della sanità pubblica». «La città di Pisa e tutta la Toscana saranno sempre riconoscenti per il suo prezioso lavoro» è il messaggio del senatore Vannino Chiti. «Il ricordo della sua opera resterà vivo per sempre in tutti noi — fanno sapere Luca Ciappi e Federico Pieragnoli di Confcommercio —, con lui scompare un luminare di altissimo valore intellettuale e morale».

