

L'attrice e la chirurgia preventiva

Cancro al seno, la scelta di Angelina

«Mi sono fatta asportare i seni». Angelina Jolie annuncia sul *New York Times* di essersi sottoposta a doppia mastectomia preventiva antitumore. ALLE PAGINE 24 E 25 Farkas, Pappagallo

Salute L'attrice: con i miei figli parlo spesso della malattia che ha portato via mia madre. Brad Pitt: decisione eroica

«Ho tolto i seni per prevenire il cancro»

Jolie a rischio per un gene, si propone come esempio. Veronesi: meglio i controlli



New York Times La testimonianza di Angelina Jolie

DAL NOSTRO INVIATO

NEW YORK — «Mi sono sottoposta a un intervento di doppia mastectomia preventiva per scongiurare il rischio di cancro al seno». In un drammatico e coraggioso editoriale pubblicato ieri sul *New York Times* sotto il titolo *La mia scelta medica*, la 37enne Angelina Jolie rivela di essersi fatta asportare entrambi i seni dopo aver scoperto di essere portatrice dello stesso gene difettoso che nel 2007 uccise l'adorata madre. «Il BRCA1», puntualizza, (detto anche «il gene ebraico» perché comunissimo tra le donne Askenazite) «che mi dà l'87 per cento di probabilità di avere il cancro al seno e il 50 per cento quello alle ovaie».

Mamma Marcheline Bertrand, anche lei attrice, aveva 56 anni quando è morta, dopo una battaglia decennale contro il tumore. «Con i miei figli parliamo spesso della mamma di mamma e della malattia che ce l'ha portata via», racconta l'attrice premio Oscar per *Ragazze in terrotte*, infaticabile paladina dei diritti dei profughi del mondo.

Davanti al funesto verdetto dei test genetici e alla prospettiva di rendere i suoi sei figli prematuramente orfani, l'attrice più bella del mondo — la cui fama stratosferica dipende anche dal look mozzafiato — ha optato per una «scelta molto difficile»: sottoporsi a ben tre mesi di estenuanti interventi, iniziati lo scorso 2 febbraio e terminati il 27 aprile.

«Ho deciso di raccontare la mia

storia nella speranza che altre donne possano trarne ispirazione — teorizza —, sono felice della mia decisione perché il mio rischio di contrarre il cancro al seno è sceso dall'87% a meno del 5%. Oggi posso dire a Maddox, Zahara, Pax, Shiloh e i gemelli Knox e Vivienne che non devono più temere di perdermi».

Angelina si dice «fortunata» di avere un compagno come Brad Pitt «che è amorevole e mi sostiene» («la sua scelta è assolutamente eroica», ha commentato ieri l'attore in un'intervista). Ma Angelina aggiunge anche una «nota personale»: «Non mi sento meno donna, al contrario mi sento più forte avendo fatto una scelta che in nessun modo diminuisce la mia femminilità». «La vita è piena di sfide», conclude nel suo articolo, «le sfide che non ci devono spaventare sono quelle su cui possiamo intervenire e di cui possiamo assumere il controllo».

Dalla politica ai Social Media e dall'establishment medico a quello giudiziario, l'eco all'articolo non avrebbe potuto essere più forte. «Una donna coraggiosa e un'ispirazione per molti», l'ha salutata il ministro degli Esteri britannico William Hague che nei mesi scorsi ha lavorato fianco a fianco all'attrice impegnata su più fronti umanitari, ricordando come «mai lei ha lasciato trapelare quanto le stava accadendo».

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità il cancro al seno uccide oltre 458 mila donne ogni anno, soprat-

tutto nei paesi in via di sviluppo dove Angelina lavora da oltre dieci anni come ambasciatrice dell'Unhcr.

Ma nel mondo scientifico non tutti applaudono. Secondo Umberto Veronesi, direttore dell'Istituto europeo di oncologia, «il discorso è diverso per ogni singola donna». «Se la condizione di rischio per il tumore non genera un'ansia eccessiva, e non trasforma quindi la vita di tutti i giorni in una non-vita ci sono più vantaggi a fare controlli ogni sei mesi, e scoprire l'eventuale tumore in epoca precocissima, quando le possibilità di guarigione sono del 98%».

Il noto esperto di bioetica Arthur Caplan, direttore della Divisione di bioetica del Langone Medical Center presso la New York University, punta il dito sui «costi proibitivi dei test genetici e delle mastectomie elettive» in un'America dove le assicurazioni mediche «non coprono neppure la chirurgia ricostruttiva delle sopravvissute ai tumori della mammella, sostenendo che si tratta di interventi meramente cosmetici, quindi non necessari».

Alessandra Farkas
@afarkasny



La variante del gene che mette paura

di EDOARDO BONCINELLI

Il gesto doloroso, e costoso, di Angelina Jolie è stato giustificato dalla presenza nel suo genoma di un gene che alza la percentuale di probabilità di contrarre un tumore al seno o alle ovaie. I clinici le avevano assegnato un 87% di probabilità di ammalarsi, ora quella possibilità si è ridotta al 5%.

A PAGINA 24

La mappa genetica

I PRO E I CONTRO DI UN TEST DA MANEGGIARE CON CURA

di EDOARDO BONCINELLI

La notizia è di quelle che non possono non colpire. L'attrice Angelina Jolie ha annunciato pubblicamente sul *New York Times* di essersi sottoposta a un intervento di doppia mastectomia, ovvero l'asportazione di entrambi i seni, come gesto preventivo volto a non contrarre un tumore al seno nel resto della vita. Il gesto doloroso, e costoso, è stato giustificato dalla presenza nel suo genoma di quella variante del gene *Brca-1* che annuncia appunto un'alta probabilità di contrarre un tumore al seno, e una minore, ma significativa, probabilità di contrarre un tumore alle ovaie. Nel caso suo la probabilità era alta perché aveva dietro una storia di familiarità. Sua madre era morta a 56 anni dopo dieci anni di sofferenze. A conti fatti, i clinici le avevano assegnato un 87% di probabilità di sviluppare un tumore al seno. In seguito all'asportazione dei seni tale probabilità non si è azzerata, ma si è ridotta al 5%. La cosa non mancherà di essere notata e variamente commentata, e vale quindi la pena di parlarne. La prima cosa da notare è che non è il possesso di quel gene che può causare la malattia — quel gene, *Brca-1* ce lo abbiamo tutti — ma è la particolare forma di quel gene che segnala il pericolo e deve preoccupare. E lei possedeva e possiede quella forma. In secondo luogo, questo rappresenta un caso particolarmente chiaro. Altri geni o, meglio, altre forme geniche di altri geni, non hanno quella stessa forza e quella stessa capacità di determinare questa o quella malattia. Il possesso di quelle forme predispone a una data malattia, ma con una probabilità molto più bassa di *Brca-1*. Si tratta quindi di un caso particolarmente fortunato, o sfortunato, di medicina predittiva. Si è fatto un gran parlare di recente di test genetici e del loro valore ed è stato giustamente fatto notare che bisogna comportarsi in maniera oculata e razionale. La maggior parte dei cosiddetti test genetici costa oggi abbastanza poco e ci può essere la tentazione di usarne, ma anche di abusarne. Non è conveniente, ho già detto altre volte, intraprendere analisi del genere da soli. Occorre la consulenza di un genetista esperto o, al minimo, di un medico coscienzioso. Solo lui o lei possono dire che cosa significa con precisione il risultato delle nostre analisi. Devono dirci cioè se è il caso di preoccuparsi, e quanto, o se il risultato non significa niente. Perché? Per due motivi. Il primo è che possedere una forma

patologica di un particolare gene non rappresenta un dato incontrovertibile. Solo un consulente genetico di qualche esperienza può dirci che probabilità abbiamo di contrarre una malattia genetica, che può essere anche una forma di tumore, a seguito del possesso di quella forma genica. Ma c'è di più. Molti test genetici in commercio oggi non individuano con sicurezza il possesso della forma genica sbagliata, ma danno una stima probabilistica del rischio che abbiamo di possederla. C'è una doppia incertezza quindi, ma questa seconda è di gran lunga la peggiore. Occorre quindi che il sospetto generato da un test genetico commerciale venga convalidato da analisi genetiche più fini. E questo solo un consulente genetico ce lo può consigliare. Non si faccia quindi acriticamente la corsa a condurre test genetici senza l'aiuto di un esperto. Questa pratica può essere inutile, pericolosa e a volte avere un avverso contraccolpo psicologico. Fin qui il buon senso e le conoscenze scientifiche. Ci sono però anche altre argomentazioni contro l'uso indiscriminato dei test genetici. Si tratta della possibile creazione di «malati immaginari», cioè della condanna a una vita di terrore e di sofferenze per chi magari non ha alcuna ragione di stare in apprensione. Un ultimo aspetto è dato dalla possibilità che qualcuno venga a sapere della probabilità di contrarre una grave malattia genetica per la quale non esiste al momento terapia. Anche se su questo punto non tutti sono d'accordo, il mio pensiero è chiaro: meglio sapere che non sapere. La condotta da tenere dipende inoltre dall'età del soggetto. Se è giovane, infatti, può sempre sperare che la medicina faccia progressi tali da depotenziare l'evenienza del morbo. Occorre affrontare i problemi, come fa notare la stessa Jolie, ma senza precipitazione e superficialità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'impegno dei ministri dell'università e della salute ieri a Roma: più posti per i laureati

Aspiranti medici, si cambia

Dal 2014 nuovo accesso alle scuole di specializzazione

Pagina a cura

DI **BENEDETTA PACELLI**

Più contratti per i medici in formazione specialistica e dal 2014 un concorso nazionale per l'accesso alle scuole. Con questo duplice impegno dei neoministri dell'università e della salute, rispettivamente Maria Chiara Carrozza e **Beatrice Lorenzin**, il nuovo governo si è preso carico dei medici specializzandi. E lo ha fatto davanti a una platea di camici bianchi in formazione riuniti ieri (si veda *ItaliaOggi* di ieri) in un sit-in davanti a Montecitorio promosso dal Sigm, il Segretariato giovani medici specializzandi, e dal Comitato Pro-concorso nazionale, per chiedere «di riprogrammare la sanità e di adeguarsi all'Europa premiano il merito». Nel mirino della protesta c'è stato innanzitutto il tema del concorso alle scuole la cui prova scritta è attualmente basata su un quiz di 60 domande scelte da un database che secondo la protesta non verifica l'effettiva preparazione, e della sua riforma già avviata dall'ex ministro dell'università Francesco Profumo. E sul restyling, che prevede una valutazione a livello centrale (sia della prova sia del curriculum) e una graduatoria nazionale unica per la scuola di specializzazione, è arrivato l'immediato impegno del ministro Carrozza che si è fatta garante «della trasparenza nei vari passi che saranno necessari».

Tra i temi in discussione, poi, l'annoso problema della copertura delle borse di specializzazione, garantite ormai solo per il 50% di quanti si laureano ogni anno. Mentre,

infatti, diminuiscono i contratti aumentano i concorrenti visto che il numero degli accessi alle facoltà di medicina e chirurgia è aumentato negli ultimi due anni di circa 2 mila unità. Una riduzione che, come hanno spiegato anche i promotori dell'iniziativa, non deriva da un taglio effettivo, bensì da una cattiva programmazione e, nello specifico, dal mancato adeguamento del capitolo di spesa dei contratti ministeriali a fronte dell'incremento della durata di un anno di quasi tutte le scuole di specializzazione, introdotto dalla riforma del 2005 dell'ordinamento didattico. Un problema, come ha precisato il ministro dell'università, «che conosco e sul quale lavorerò con il ministro della salute perché si arrivi finalmente a una programmazione pluriennale che garantisca un'adeguata copertura». Tra i manifestanti, anche numerosi specializzandi dei corsi in medicina generale che hanno chiesto che il loro percorso venga equiparato a quello degli altri, sia a livello di formazione sia in termini di trattamento economico. Questi, infatti, non hanno un contratto come gli altri colleghi delle scuole di specializzazione, ma una semplice borsa del valore di circa 800 euro al mese. E proprio per modificare la configurazione dei corsi in medicina generale, Luigi D'Ambrosio senatore del Pdl intervenuto durante la manifestazione ha fatto sapere di avere depositato proprio ieri in Parlamento un disegno di legge ad hoc. Rassicurazioni che hanno lasciato soddisfatti i promotori dell'iniziativa che, in ogni caso, alla conclusione della giornata si sono impegnati «a mantenere alto il livello di attenzione affinché gli auspici si traducano in atti concreti in tempi brevi».



Lorenzin: diamo un presente ai giovani

Domanda. Beatrice Lorenzin, ministro della salute, come commenta la protesta di ieri dei giovani medici?

Risposta. Sappiamo che c'è tutta una generazione che rischia di essere lasciata fuori dal settore sanitario. Motivo per il quale questi giovani hanno molta ragione a protestare. La loro questione è seria, riguarda le nuove generazioni nella medicina e mi riferisco sia ai precari sia a coloro che escono dalle università e si vogliono specializzare.

D. Cosa fare concretamente quindi?

R. Da parte mia c'è la massima disponibilità ad affrontare le loro istanze e a trovare soluzioni idonee ad assicurare un adeguato numero di contratti già dal prossimo anno. Non è un caso, infatti, che la questione dei giovani medici sia stata una di quelle oggetto in discussione a Spineto (l'abbazia luogo d'incontro dei ministri del fine settimana, ndr) e del tavolo del comitato per il lavoro che sta coordinando il ministro del lavoro Enrico Giovannini e di cui, come mini-

stro della salute, farò parte. Ora non ci resta che lavorare per una soluzione equa e sostenibile nella consapevolezza che non possiamo tenere fuori dall'ambito medico le nuove generazioni.

D. Da dove si parte?

R. Abbiamo un punto di partenza dal quale possiamo iniziare a discutere di tutte queste cose in maniera organica, e si tratta del Patto per la salute. A partire da questo potremmo mettere insieme le esigenze di riqualificazione del sistema sanitario, la professionalizzazione medica e la ristrutturazione del territorio, eliminando gli sprechi e valorizzando i servizi. Il patto della salute che dobbiamo fare insieme alle regioni e ai sindacati sarà il vero banco di prova per una nuova programmazione del sistema. Cercheremo in tutti i modi di trovare una soluzione a questi problemi. Forse non sarà quella perfetta, ma intanto iniziamo a risolvere i problemi.

D. I giovani chiedono un futuro?

R. Intanto vediamo di dargli un presente. Una volta che c'è quello ognuno può costruirsi il futuro che vuole in base alle proprie capacità.



Beatrice Lorenzin



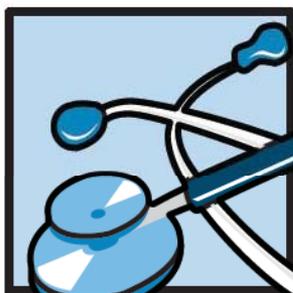
Sanità

24 ORE

Sanità

24 LAVORO/PROFESSIONE

14-20 maggio 2013



Nuove regole per l'esame di ammissione a livello nazionale: iscrizioni aperte fino al 7 giugno

Medicina, ballano mille posti

Per Università e Regioni ne servono 10mila ma la Fnom scende a 9mila

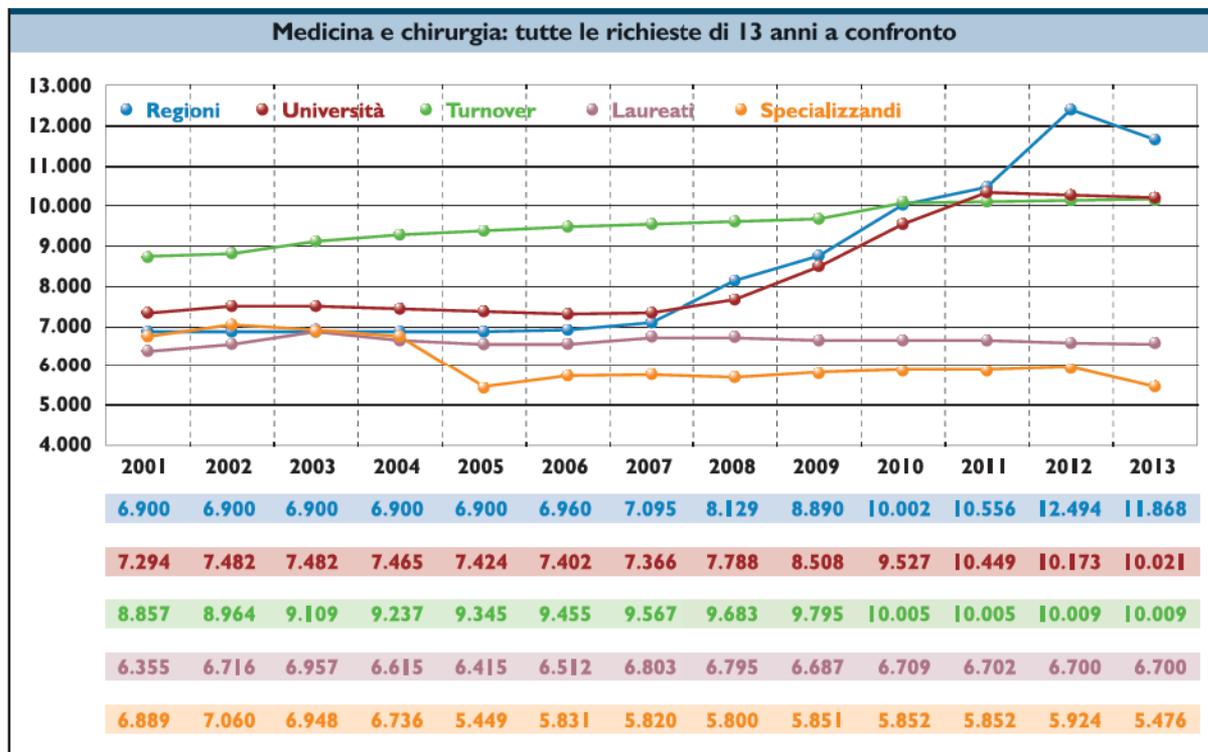
Sono appena partite e scadranno il 7 giugno le iscrizioni per l'esame di ammissione del 23 luglio ai corsi di laurea a ciclo unico di medicina e chirurgia e di odontoiatria. I posti messi a bando dalle Università sono 10.021 per medicina e 954 per odontoiatria, per un totale di 10.975, quasi gli stessi del 2012, quando erano 10.173 e 931, in totale 11.131, su cui arrivarono circa 77mila domande. La lieve differenza di 166 posti dipende dalla attuale mancata attivazione dei posti sospesi su Milano S. Raffaele.

L'offerta di circa 10mila posti su medicina è ritenuta abbastanza coerente dalla FnomCeO che, tuttavia, questa volta indica un fabbisogno di 9.000 posti, inferiore di 1.711 (-16%) rispetto ai 1.847 delle Regioni.

Cambia l'esame di ammissione. Come annunciato già lo scorso anno, quando fu introdotta la graduatoria unica su 12 aree geografiche, da quest'anno si passa a quella unica nazionale. L'introduzione della graduatoria unica nazionale dovrebbe in teoria favorire gli studenti migliori e più meritevoli, a cui spetterebbe la scelta dell'Università. Su questa scelta potrebbe tuttavia giocare un ruolo determinante la considerazione del punteggio minimo utile per l'ammissione che al Sud è più basso del Nord, da 38 a 48 (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 35/2012).

Diversa e più chiara è invece la situazione sull'altra novità con l'introduzione del voto della maturità, pari a 10 punti sul totale di 100, dato che gli altri 90 punti derivano dai 60 quiz della prova di esame. Pro è il premio per gli studenti delle scuole medie superiori perché si incentiva la loro migliore e maggiore dedizione agli studi. Contro, l'estrema differenza sulla difficoltà di apprendimento tra i licei e gli istituti professionali.

Dubbia invece l'assegnazione del 110 e lode tra le scuole del Sud rispetto a quelle del Nord da-



to che, al contrario, sia secondo le prove Invalsi che per i risultati degli esami di ammissione, la performance degli studenti del Nord è superiore a quella del Sud. Inoltre, sono frequenti le segnalazioni secondo cui sarebbero favoriti i diplomati delle scuole private o parificate, più propense a dare voti più alti rispetto alle scuole pubbliche.

Il fabbisogno secondo la FnomCeO. La stima degli ultimi 13 anni, dal 2001, sarebbe attorno a circa 10mila posti l'anno per un turnover del 2,7% rispetto ai 360mila iscritti all'Ordine. Un dato che si mantiene costante con range da 9.323 del 2001 a 10.535 del 2013 (+13%). L'ipotesi formulata qualche anno fa di aumentare il fabbisogno fino a circa 11mila posti ha subito lo scorso anno una brusca frenata per le restrizioni introdotte dal Governo con la riforma

ma pensionistica. Il temuto massiccio esodo dei medici dal 2015, non bilanciato dalla cosiddetta gobba pensionistica della pleora dei medici degli anni '80, subirà invece un forte rallentamento nei prossimi 10 anni fino al 2025.

Per questo secondo il vicepresidente FnomCeO Maurizio Benato il fabbisogno «di circa 9mila è adeguato a coprire il turnover e scongiurare il rischio della carenza ipotizzata per il futuro, mentre una programmazione che ecceda questi numeri appare eccessiva e rischierebbe di provocare una futura nuova area di disoccupazione/sottoccupazione medica».

A favore di questa riduzione secondo la FnomCeO c'è la constatazione della riduzione del 10% dei posti per le specializzazioni mediche che da quest'anno passano da 5.000 a 4.500, inoltre anche la necessità di considerare il nuo-

vo assetto organizzativo dei servizi sanitari a seguito del crescente inserimento di altri operatori come quelli dei 22 profili, cresciuti esponenzialmente di oltre il triplo dagli 8.636 del 1997 ai 27.327 del 2012 (+216%).

Il fabbisogno secondo le Regioni. Rispetto alla media di 8.500 posti l'anno negli ultimi 13 anni, con range da 6.900 del 2001 agli attuali 11.868 (+72%), si rilevarebbe un esubero sia rispetto al turnover che alla stima della FnomCeO. L'esubero di 1.868 sugli attuali 11.868, rispetto al turnover e all'ipotesi di 10mila posti dipenderebbe dalla sovrastima di tre Regioni: Veneto 1.300 invece di 756 (+72%); Lazio 1.750 invece di 1.023 (+71%); Campania 1.500 su 964 (+56%). Esu-

bera simile riguarda la Basilicata con 240 invece di 92 (+161%) che essendo però di piccole dimensioni incide poco sul totale. Ma il dato più significativo riguarda il confronto tra Lazio con 1.750 (14,7%) rispetto ai 1.300 della Lombardia (11,4%), nonostante la situazione demografica sia, all'opposto, di 9.917.714 (16,4%) contro 5.729.688 (9,4%). Operando la riduzione di 1.800 posti su queste Regioni si arriverebbe a un fabbisogno di circa 10mila, rispetto a cui la eventuale riconsiderazione rispetto all'indicatore demografico Idm, porterebbe a ricalcolare i posti per ogni Regione.

Il fabbisogno secondo l'Università. Anche in questo caso l'offerta formativa media degli ultimi 13 anni vede un trend in crescita (+37

per cento) da 7.294 del 2001 agli attuali 10.021.

La ripartizione dei posti per Università e quindi per Regione dipende solo dal potenziale formativo di ogni Ateneo, che ne determina anche l'offerta. Ma essendo questa inferiore al fabbisogno delle Regioni, viene sempre accolta integralmente dal ministero dell'Università, senza poter operare alcuna manovra di riequilibrio.

La diversa offerta formativa tra Regioni, che in alcuni casi può sembrare eccessiva, dipende da vari fattori che vanno dalla nascita di nuovi Atenei alla assenza delle Università in Valle d'Aosta, Trentino e Basilicata e alla mobilità spontanea degli studenti in genere dal Sud verso il Centro-Nord. Anche in questo caso emergerebbe un esubero del Lazio con 1.568 (15,4%) rispetto ai 1.319 della Lombardia (13%), valori molto diversi dell'Idm che sarebbe del 15,7% per la Lombardia e 10,2% per il Lazio.

Questo emerge anche dall'altro dato sulla ripartizione percentuale dei posti rispetto all'Idm: Nord 39% invece di 44%, Centro 31% invece di 23% e Sud con 30% invece di 33%. La differenza di +8% del Centro compensa il -5% del Nord e il -3% del Sud.

Va tuttavia evidenziato che anche il numero di docenti universitari è superiore per il Lazio, con 2.941 (24%) rispetto ai 1.399 della Lombardia (12%) sul totale nazionale di 11.868 docenti.

Angelo Mastrillo
Segretario Conferenza corsi di laurea delle professioni sanitarie
Esperto dell'Osservatorio per la formazione universitaria delle professioni sanitarie

Sanità. In arrivo deroghe su debiti e investimenti

Anticipi alle Regioni se tagliano la spesa

Roberto Turno
ROMA

L'impegno che, per dimostrare di avere le carte in regola al fine di ottenere le anticipazioni di cassa per tamponare i debiti verso i fornitori di Asl e ospedali, le Regioni dovranno agire anzitutto sulla riduzione della spesa corrente. E poi un pugno di deroghe su indebitamento e investimenti, ma anche per il pagamento dell'acconto del finanziamento da parte del Servizio sanitario nazionale. E poi niente più. Con la tagliola del blocco dei pignoramenti nelle Regioni che hanno la spesa sanitaria sotto scacco, che continua a restare in vita. Con tempi effettivi di rimborso interamente da vedere alla prova affinché i creditori possano realmente passare alla cassa. E naturalmente senza alcuna certezza per quanto riguarda la massa dei crediti che inevitabilmente continuano a restare nel limbo. Ovvero, altri 26 miliardi di euro dopo i 14 che ora il decreto ha messo sul piatto per la sanità.

È uscito senza strappi, anzi sostanzialmente immutato rispetto alla versione iniziale, dall'esame della Camera affidato poi all'aula di Montecitorio, il decreto legge 35 sul pagamento dei debiti della Pa per quanto riguarda il capitolo sanità (articolo 3). Il capitolo, peraltro, finanziariamente più pesante sulla massa totale dei debiti verso i fornitori da parte del sistema pubblico: vale da solo 40 miliardi di fatture arretrate, sugli oltre 90 miliardi di debiti pubblici stimati (per difetto). Un debito che, secondo valutazioni di esperti del settore, una volta esaurite le dotazioni finanziarie che il decreto mette in campo, nel 2015 resterà comunque altissimo: si calcola infatti che tra due anni, tra nuovi debiti e altri ritar-

di di pagamento, nella migliore delle ipotesi resteranno ancora da smaltire 28 miliardi, nella peggiore ben 34 miliardi.

I saldi del decreto, per la parte dei debiti sanitari, restano intanto quelli iniziali. E così il timing previsto. Ovvero 14 miliardi che il Governo mette in campo, una dote che viene ripartita in 5 miliardi per il 2013 e in altri 9 miliardi per l'anno prossimo. Naturalmente le Regioni non potranno andare facilmente all'incasso delle anticipazioni. E dovranno prestare precise garanzie di solvibilità per il pagamento delle rate di mutuo, che dovranno essere rimborsate al massimo in 30 anni.

Una delle clausole di garanzia da parte delle Regioni sarà la messa a punto di misure «anche legislative» che siano «idonee e congrue», tali appunto da garantire la copertura annuale del rimborso delle anticipazioni di cassa che riceveranno. Ed è appunto su questo aspetto che incide una delle poche modifiche - proposta da M5S - che è stata approvata. Le misure regionali, infatti, dovranno essere «prioritariamente volte alla riduzione della spesa corrente», quasi a voler escludere nuovi ticket o tasse locali.

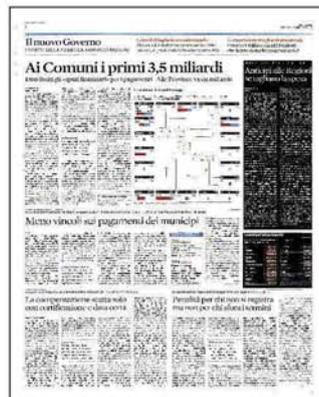
Per il resto altri due emendamenti approvati intervengono su aspetti che toccano più direttamente ancora e soltanto le Regioni. Da una parte con una deroga alle regole sull'indebitamento possibile, affinché anche le Regioni con i bilanci in crisi possano avere accesso alle anticipazioni. Dall'altra prevedendo che l'acconto ad Asl e ospedali (70%) possa essere erogato anche facendo affidamento sulle quote degli obiettivi del Piano sanitario nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le anticipazioni per la sanità

Il riparto per Regioni dell'anticipo di liquidità. Dati in migliaia di euro

Lazio	786.741	Calabria	107.142
Veneto	777.231	Liguria	81.833
Piemonte	633.899	Marche	44.871
Sicilia	606.097	Molise	44.285
Campania	531.970	Trento	18.884
Emilia Romagna	423.584	Umbria	17.222
Toscana	230.753	Basilicata	16.209
Lombardia	189.450	Friuli	6.468
Abruzzo	174.009	Valle d'Aosta	2.945
Puglia	146.679	Bolzano	0
Sardegna	159.728	Totale	5.046.000



Si moltiplicano le iniziative a sostegno di chi ha patito le conseguenze della perdita del lavoro

SEMPRE PIÙ UNA RETE ANTI-CRISI

C'è anche la ricerca scientifica, dalla leucemia all'agricoltura

PAGINA A CURA
DI STEFANO CATELLANI

L'Emilia-Romagna ha deciso di orientare progetti e attenzioni al rilancio delle attività commerciali nelle aree terremotate delle province di Modena, Ferrara e Reggio Emilia. Ma è anche il laboratorio che lega le Fondazioni a progetti specifici, sulla nuova imprenditoria sostenibile e il lavoro qualificato di tanti giovani di valore.

In questa regione si sperimentano strade nuove, anche sostenendo le attività imprenditoriali. A un anno esatto dal sisma che ha colpito l'Emilia, le cose da fare sono ancora tante. Destinando il 5 per mille dell'Irpef alla Fondazione Giuseppe Orlando, struttura che opera proprio nella solidarietà, assistenza sociale e beneficenza, oltre che nell'istruzione, formazione e tutela dei diritti civili, si può dare un sostegno concreto alle famiglie degli imprenditori commerciali nella difficile fase del ripristino di tutte le attività e di ritorno alla normalità. Aderire è semplice: basta indicare nell'apposita sezione della dichiarazione dei redditi il codice fiscale della Fondazione Giuseppe Orlando.

Di grande evidenza anche l'attività della Fondazione Banco Alimentare, che nel 2012 ha raccolto in Emilia-Romagna ben 1.049 tonnellate di prodotti da destinare ai bisognosi. Il 5 per mille aiuta a sostenere la macchina organizzativa, con cui i volontari raccolgono il cibo e lo consegnano a chi è in condizioni di disagio. La Rete Banco Alimentare assiste gratuitamente

te 8.818 strutture caritatevoli in tutto il territorio nazionale. La loro attività assiste quasi 1,8 milioni di bisognosi. Data la crescita dei destinatari finali, a causa della crisi economica, l'obiettivo per il 2013 è aumentare le eccedenze alimentari recuperate e raccolte per consentire una distribuzione simile in volume a quella del 2012. I risultati sono concreti: con un euro di spesa la Fondazione ha recuperato e distribuito 17 kg di alimenti per un valore medio di 51 euro. Il codice fiscale della Fondazione Banco Alimentare Onlus è: 97075370151.

Il 5 per mille si può destinare anche al Comune di residenza.

Quello di Casalecchio di Reno (Bologna) ha deciso che, data la crisi, utilizzo prioritario dei fondi destinati dai cittadini nel

2013 sarà il sostegno alle famiglie con minori che hanno subito conseguenze dalla perdita di lavoro. In tempi di spending review sulla sanità assume rilevanza anche il progetto lanciato dall'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia per assumere o mantenere in organico giovani ricercatori. Con i fondi così raccolti l'Azienda finanzia nuovi progetti per studiare i fattori associati alle principali malattie infiammatorie e tumorali, sviluppare l'applicazione di nuove tecnologie diagnostiche avanzate e approfondire le indagini su soggetti con caratteristiche specifiche: gli anziani, i pazienti in fase avanzata di malattia, i casi complessi dal punto di vista genetico e molecolare. Codice Fiscale dell'Asmn

01614660353.

Intanto l'Associazione Italiana contro le Leucemie-linfomi e Mieloma cerca di finanziare la ricerca scientifica e il potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare, nonché migliorare le Case alloggio Ail, realizzare interventi significativi nei reparti di degenza, nei day hospital e nei Centri di trapianto. Insomma è corposo il programma del presidente dell'Ail, **Franco Mandelli** (ematologo e presidente nazionale Ail) che guida un team di medici, ricercatori, volontari (sono oltre 20 mila), pazienti, guariti o in cura, distribuiti su 82 Sezioni provinciali. I fondi che possono arrivare dal 5 per mille in questa fase sono decisivi perché i rilevanti progressi della ricerca scientifica e le terapie sempre più efficaci e mirate, compreso il trapianto di cellule staminali, hanno consentito grandi miglioramenti nella diagnosi e nella cura dei pazienti affetti da tumori del sangue. «Ma è necessario un sostegno continuo e su più fronti per raggiungere l'obiettivo irrinunciabile», spiega Mandelli, «rendere leucemie, linfomi e mieloma sempre più guaribili». Il 90% dei fondi raccolti sarà destinato alle sezioni provinciali per progetti specifici sul territorio. Sono le sezioni che accolgono il malato e la famiglia e lo accompagnano per

tutto il percorso della malattia. Si occupano dell'assistenza domiciliare, realizzare e mantenere operative le Case Ail, acquistare farmaci costosi o difficilmente reperibili, intervenire nelle esigenze dei Centri di ematologia di riferimento. Il restante 10% è destinato al Gruppo Italiano Malattie Ematologiche dell'Adulto per finanziare la ricerca. Il codice fiscale da segnalare per Ail nella dichiarazione dei redditi è 80102390582. (riproduzione riservata)

FISCO/ Le semplificazioni alle imprese di settore per la distruzione con inceneritori

Farmaci, smaltimento rapido

Autocertificazione per i verbali delle operazioni fino a 10mila euro



www.ecostampa.it

Le imprese del settore farmaceutico sono spesso chiamate a confrontarsi con la normativa fiscale, in materia di presunzioni di cessione di beni ai fini dell'Iva. Ci si intende riferire, in particolare, a tutti quei casi in cui le aziende devono provvedere alla distruzione dei prodotti medicinali perché, a esempio, scaduti o in prossimità di scadenza, oppure alterati e, come tali, non più commercializzabili, o comunque ritirati dal mercato. Facciamo il punto sulla procedura che è necessario rispettare dal punto di vista fiscale.

La normativa di riferimento. L'articolo 1 del Dpr 441/1997 stabilisce che si presumono ceduti - con tutte le conseguenze fiscali che ne derivano - i beni acquistati, importati o prodotti che non si trovano nei luoghi in cui il contribuente svolge le proprie operazioni, né in quelli dei suoi rappresentanti, tra i quali rientrano le sedi secondarie, stabilimenti, depositi e i mezzi di trasporto nella disponibilità dell'impresa.

La medesima disposizione afferma che tale presunzione non opera, oltre che negli altri casi ivi tassativamente elencati, se viene adeguatamente dimostrato che i beni stessi sono stati distrutti. A tal fine, il legislatore indica una particolare procedura da rispettare, la quale si articola attraverso numerose formalità che prevedono - solitamente - una dettagliata comunicazione dell'intenzione di procedere alla distruzione, da inviare preventivamente agli uffici finanziari territorialmente competenti.

Il problema che si pone, allora, è proprio quello di

verificare se questo formale meccanismo debba necessariamente essere seguito anche dalle imprese farmaceutiche, con riguardo ai prodotti medicinali, nei casi sopra indicati al fine di prevenire l'operatività della detta presunzione di cessione.

I chiarimenti amministrativi. Anzitutto, preme sottolineare come l'agenzia delle Entrate abbia a suo tempo precisato, con propria circolare 23 luglio 1998 n. 193/E, che la ricordata procedura di cui al Dpr 441/1997 si applica esclusivamente qualora la distruzione dei beni rivesta carattere di eccezionalità. Sicché, non occorre dar luogo a tutti i formalismi indicati per «quelle distruzioni non dipendenti dalla volontà dell'imprenditore e dall'eccezionalità dell'operazione, ma normalmente connesse a situazioni ricorrenti, quali sfridi, cali naturali, alterazione o superamento del prodotto».

Poiché, solitamente, l'eliminazione dei prodotti medicinali da parte delle imprese farmaceutiche si rende necessaria per la naturale alterazione che gli stessi subiscono successivamente alla data di scadenza e la conseguente impossibilità di commercializzarli, si può già per questo dire che - in linea di massima - sussistono entrambi i requisiti sopra menzionati (indipendenza dell'evento dalla volontà dell'imprenditore e sua ordinarietà in rapporto all'attività d'impresa).

A conferma di ciò, fra le ipotesi di distruzione ricorrenti in virtù dell'alterazione dei prodotti - che, pertanto, non necessitano di essere formalizzate ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 441/1997 - la stessa

amministrazione finanziaria ha ricondotto una fattispecie del tutto assimilabile a quelle di cui trattasi. Con risoluzione 8 gennaio 1996, n. 10/E, si è infatti attribuito carattere di ricorrenza alle procedure di eliminazione dei prodotti medicinali e farmaceutici scaduti, disposte dalle farmacie che devono rivolgersi a tal fine a ditte specializzate, in ragione delle particolari caratteristiche fisiche dei prodotti in questione «soggetti, nel tempo, ad alterazioni naturali che non ne consentono la commercializzazione oltre la data di scadenza», e quindi ne impongono la distruzione con costante regolarità.

In questo caso, per vincere la presunzione di cessione, è sufficiente essere in grado di dimostrare con idoneo documento - quale a esempio un normale documento di trasporto - l'avvenuto invio o l'avvenuta consegna dei beni a una ditta specializzata, incaricata della distruzione. La validità di questa specifica procedura, anche sotto il regime delle presunzioni di cessione attualmente in vigore, è stata ribadita dalla citata circolare n. 193/E del 1998.

La distruzione mediante smaltitori. Che il rispetto delle rigorose formalità indicate nel Dpr 441/1997 non sia necessario per la distruzione dei prodotti farmaceutici invendibili risulta altresì confermato da un ulteriore passaggio della stessa circolare. Nella generalità dei casi, infatti, la distruzione avviene avvalendosi di smaltitori a ciò espressamente abilitati. Ebbene, il ministero delle Finanze ha sostenuto la non operatività della presunzione in argomento, allorché l'operazione proceda

«mediante consegna dei beni stessi a soggetti autorizzati, ai sensi delle vigenti leggi sullo smaltimento dei rifiuti, all'esercizio di tali operazioni in conto terzi, dimostrando, in tal caso, la distruzione dei beni mediante il formulario di identificazione di cui all'articolo 15 del decreto legislativo del 5 febbraio 1997, n. 22» (cosiddetto decreto Ronchi, ora sostituito dall'articolo 193 del Dlgs 3 aprile 2006, n. 152).

Si tratterà, pertanto, di osservare con scrupolo gli adempimenti documentali imposti dalla normativa da ultimo richiamata, per precludere l'operatività della presunzione di cessione e impedire agli uffici dell'accertamento tributario la possibilità di operare i relativi recuperi a tassazione, con le correlate sanzioni tributarie (in tal senso, si esprime anche l'Assonime, a mezzo della propria circolare n. 89 del 1998).

In ogni caso, l'articolo 7, comma 1, lettera p), del DL 70/2011 stabilisce una importante semplificazione. È infatti previsto che si può sostituire il verbale dello svolgimento delle operazioni effettuate - in assenza dei funzionari dell'amministrazione finanziaria viene compilato dal notaio che abbia presenziato - con una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, nel caso in cui l'ammontare dei beni distrutti o trasformati non sia superiore a 10mila euro. Dalla autocertificazione devono risultare: luogo, data e ora in cui avvengono le operazioni nonché il costo, la natura, la qualità e la quantità dei beni distrutti.

Alberto Santi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il sistema sanitario ha 1000 giorni di vita

La denuncia di FederAnziani sui dati del ministero della Salute. Senza riforme la sanità diventerà insostenibile finanziariamente fra tre anni. Con l'aumento del ticket il privato è diventato non solo più rapido ma anche meno caro

■ ■ ■ **NINO SUNSERI**

Entro 1.000 giorni non ci sarà più il Servizio Sanitario Nazionale. Ancora tre anni e la sanità pubblica crollerà sotto il peso di spese inutili e di sprechi che servono solo a curare il portafoglio di clientele ben identificate. A lanciare l'allarme l'ufficio studi di FederAnziani la confederazione che raggruppa le associazioni della terza età.

Una denuncia dura, come se i protagonisti avessero ancora vent'anni: «Non si può continuare a volatilizzare miliardi nei giganteschi sprechi che si annidano tra le corsie degli ospedali pubblici». Vuol dire spese eccessive per le mense e i pasti, lenzuola d'oro per la lavanderia, spese telefoniche dal costo interplanetario. Per finanziare questo ciclopico sistema di dissipazione ci sono ticket, super-ticket e balzelli aggiuntivi. La ricetta per curare l'infezione? Più spazio alla sanità privata e la revisione delle norme che affidano alle Re-

gioni la gestione della sanità.

STUDI DEL MINISTERO

La tesi parte proprio dagli studi del Ministero della Salute e dell'Agenas (l'Agenzia che si occupa dei controlli). Emerge il crescente utilizzo da parte dei cittadini dei servizi erogati a pagamento dai privati. Il costo viene considerato concorrenziale con le strutture pubbliche e la prestazione assai più rapida. Come dire ticket e superticket sono troppo cari e le visite, nel privato, a parità di spesa sono eseguite in ambienti confortevoli, puliti e senza liste d'attesa.

«Si deve ricorrere al privato», dichiara il Presidente di FederAnziani Roberto Messina – perché ormai il servizio pubblico ha rinunciato al suo ruolo. La crescente inefficienza e l'innalzamento dei costi hanno stancato i cittadini».

Secondo il Centro studi, la piramide degli sprechi ormai è cristallizzata. Ci sono casi di malasanità che si configurano come reati frutto di premeditazione. Per esempio gli

ottomila morti l'anno a causa delle complicanze dell'influenza. Una strage causata da circolari ministeriali troppo compiacenti. Oppure «gare d'appalto regionali per l'acquisto di vaccini obsoleti o non prioritari per la salute pubblica».

Il quadro che emerge dall'analisi di FederAnziani fa rabbrivire. Una speculazione senza scrupoli giocata sulla pelle degli italiani. Dai «costi inutili», per staminali «che inducono false speranze verso sostanze e terapie erogate senza tener conto degli aspetti regolatori». Oppure iniziative assai poco trasparenti che servono unicamente per giustificare sprechi e ruberie. Altro che Far West. Questa è la savana più selvaggia. Le cure, secondo FederAnziani, devono essere di comprovata efficacia e sicurezza. «Non immesse sul mercato e somministrate pur in mancanza di studi completi». Senza il lavoro di controllo degli arbitri (Fda, Ema, Aifa) «non ci sarà più garanzia di qualità, né sicurezza dei

farmaci, né vigilanza». Funzionerà solo la legge del più forte (o del più ricco e influente).

I PIANI REGIONALI

L'atto di accusa di FederAnziani non si ferma qui. Un esempio: per facilitare i piani di rientro, alcune regioni, come la Campania non permettono più ai loro cittadini di curarsi nelle altre regioni dove esiste una sanità d'eccezione. «Così ignorando il diritto alla salute e la Costituzione».

«Tutto ciò – conclude Roberto Messina – allontana dall'unica strada possibile: restituire centralità al sistema, ridurre il potere delle Regioni, indire gare nazionali e perseguire l'uguaglianza delle prestazioni su tutto il territorio». Secondo FederAnziani, se le istituzioni, Regioni per prime, non si impegneranno in questa direzione, continueranno a sperperare in maniera sconsiderata le tasse versate dai cittadini e finiranno per distruggere il Servizio Sanitario «in non più di mille giorni».

SOSPETTO DI INCOSTITUZIONALITÀ *Per facilitare il rientro dal debito alcune regioni vietano ai propri cittadini di curarsi in strutture di eccellenza fuori dei loro confini*

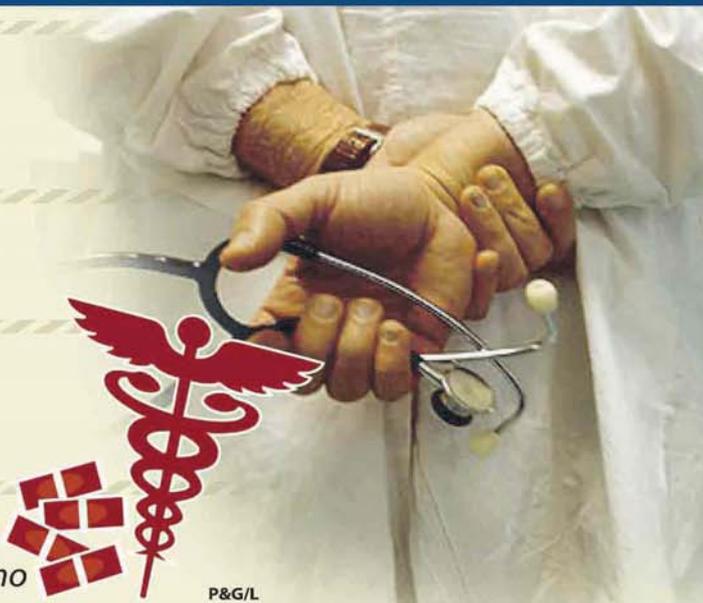
IL BUCO DELLA SANITÀ

➤ **105,9 miliardi**
lo stanziamento statale complessivo
al comparto sanità (anno 2010)

➤ **2,45 miliardi**
disavanzo complessivo del settore

➤ **38 miliardi**
i disavanzi accumulati nel periodo
2001-2011

➤ **646 euro**
il debito ripartito per ogni cittadino italiano



L'esame in Aula

Stretta su Stamina,
sperimentazione
come per i farmaci

ROMA — «Anche la speranza deve avere fondamento perché senza verità scientifica si illudono le persone». Le parole di Pia Locatelli, gruppo misto, riassumono l'orientamento della commissione Affari sociali della Camera che ieri ha avviato con una serie di audizioni il lavoro sul decreto sulle terapie avanzate. Quello incentrato sul metodo a base di cellule staminali mesenchimali della Stamina foundation, società fondata dal dottore in Lettere Davide Vannoni. Secondo l'impostazione condivisa all'unanimità dai deputati, che modifica il testo approvato dal Senato, verrà avviata una sperimentazione centralizzata, coordinata dal ministero della Salute attraverso l'Aifa (Agenzia nazionale del farmaco). Lo studio rispetterà le regole europee per i medicinali, più stringenti rispetto a quelle per i trapianti, percorso meno rigoroso

La differenza

Per i medicinali regole più stringenti che per i trapianti

previsto dal testo approvato dal Senato che aveva attirato sull'Italia critiche feroci (editoriali della rivista *Nature*, critiche di premi Nobel, ricercatori).

Se passerà questa linea le cure attualmente somministrate su circa 100 bambini con malattie rare in base a

ordinanze e sentenze di tribunali dovranno essere testate in centri pubblici certificati per produrre staminali. Vannoni dovrà dunque mostrarsi disponibile a consegnare all'Aifa i protocolli. Allo stato attuale non c'è prova scientifica che renda plausibile il suo metodo che riparerrebbe i neuroni. E anche fra i malati rari c'è divisione.

«Quel metodo di fatto non esiste, non è provato, vogliamo una sperimentazione seria e etica», ha chiesto in audizione Anita Pallara, colpita da Sma, l'atrofia muscolare spinale, patologia rara che sferza duramente il fisico. Oggi l'altra parte dei malati organizzati manifestano durante i lavori della Commissione. I tempi stringono. Entro il 25 maggio il testo dovrà essere convertito dopo un secondo passaggio in Senato. In un appello al ministro della Salute Beatrice Lorenzin un nutrito gruppo di associazioni scientifiche tra cui Telethon chiedono «di rivedere il contenuto del decreto per proteggere i pazienti».

Margherita De Bac

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I dubbi sul metodo Stamina

PAOLO BIANCO - UNIVERSITÀ LA SAPIENZA
ELENA CATTANEO - UNIVERSITÀ DI MILANO
MICHELE DE LUCA - UNIVERSITÀ DI MODENA E R. EMILIA

Dieciottomila famiglie hanno chiesto accesso al metodo Stamina, dice Stamina. Se moriranno - dice Stamina sinistramente - sarà perché non avranno avuto il suo metodo dallo Stato. Ma il metodo non si sa cosa sia: non è mai stato pubblicato, non è mai stato brevettato. Le due domande di brevetto, respinte da Europa e Usa, non contengono novità e non fanno capire in che cosa il metodo consista e come riprodurlo in altri laboratori e ospedali.

Stamina e il suo sponsor commerciale, Medestea, dico-

no che le cellule del metodo sono «sicure». Nel dirlo si riferiscono probabilmente alle cellule mesenchimali, usate da altri in 320 trial clinici controllati nel mondo (sette in Italia), ma coltivate in condizioni conformi alle norme, e per questo diverse dal metodo stesso. Stamina e lo sponsor commerciale dicono che solo il metodo conferisce alle cellule «mesenchimali» il loro potere terapeutico. Spiegano che è per questo che le stesse cellule, coltivate in condizioni di sicurezza nella «cell factory» del San Gerardo di Monza, non hanno prodotto alcun beneficio in cinque bambini con Sma, come recentemente pubblicato. Stamina di-

ce che, se lo Stato non consente di coltivare le cellule in un modo che semplicemente viola la legge europea, allora «si fa l'eutanasia a questi figli». Ovvero, le cure Stamina, che funzionano solo se le cellule sono coltivate in modo che le leggi europee vietano, salvano la vita e rimuovono la sofferenza. Ma, allora, non sono «cure compassionevoli».

Se una «cura» ridà il movimento delle braccia a chi lo abbia perso, come viene detto in tv, non è un compassionevole palliativo. E' la cura di elezione, è quella che funziona. E' quella che ci vuole per Sofia e per tutte le Sofie del mondo. E bisogna allora renderla disponibile. Non a Brescia soltanto.

A New York, a Tokyo e ovunque ci siano malati con le stesse malattie. Ma non esiste altro modo per farlo che rivelare quale sia la «cura», sperimentarla formalmente per dimostrarne gli effetti, comunicare i risultati nella lingua che tutti i medici capiscono: con dati, controlli, pubblicazioni. Ma Stamina, quanto meno fino ad oggi, non ha voluto. Non vuole dire quale sia il metodo, non vuole produrre le cellule secondo norma, non vuole «trials». Vuole «curare» 18 mila persone con una cura mai provata.

Decida, Vannoni: o lei ha inventato un «metodo» irripetibile e miracoloso oppure lei somministra un semplice palliativo, e di palliativi ce ne sono.

CONTINUA A PAGINA V

Studi trasparenti e controllati o le cure diventano illusorie

SEGUE DA PAGINA I

■ O usa le stesse cellule che usano altri 320 studi ufficiali nel mondo, sette dei quali in Italia, o usa cellule diverse. Dica come stanno le cose. E detto questo, sperimenti e pubblichi i risultati. Non lo impedisce proprio nessuno.

La piccola Sofia può essere trattata col metodo Stamina, se il metodo c'è e se così vuole la famiglia, in uno studio trasparente e controllato. Non c'è bisogno di tribunali e reti di avvocati militanti. Medestea, la casa farmaceutica che supporta Stamina, può finanziare uno studio clinico, come fa ogni casa farmaceutica che sviluppa un farmaco. E spieghi Vannoni per quale motivo compassionevole una «multinazionale» farmaceutica ha l'esclusiva commerciale del «metodo», visto l'odio che professa per le multinazionali.

Quelle terapie, per le leggi europee sono «terapie cellulari avanzate». Perché? Perché comportano rischi diversi da quelli dei trapianti: le cellule sono coltivate in vitro, e i trapianti no; sono cellule

dell'osso che Vannoni vuol mettere nel cervello, e non nell'osso; e - Vannoni dice - sono cellule dell'osso che lui trasforma in cellule del cervello col suo «metodo». Lui e le multinazionali che lo sostengono vogliono invece che siano «trapianti». Così, a noi sembra che attraverso un garbuglio azzeccato non sarebbe più necessario a chi finanzia Stamina pagare il costo che produrre cellule rispettando la sicurezza dei pazienti impone; né sarebbe più necessario sperimentare davvero, per capire se una speranza c'è davvero. Stamina potrebbe chiedere il «contributo dello Stato» che Vannoni cita nel suo post del 3 marzo 2013: 18 mila contributi sono un bel numero. Quel contributo, lo Stato, anzi i cittadini, sarebbero felici di pagare. Ma vorrebbero sapere se per salvare vite o per pagare un obolo compassionevole. Il sistema sanitario è ad alto rischio di default. Non può permettersi l'olio di serpente. E non si offenda nessuno, se così qualcuno chiama le «staminali». L'olio di serpente è la citazione di un classico (Clark Stanley) e fa parte della storia della medicina, anche se in negativo. Si chiamava, un secolo fa, «nostrum remedium» e chi lo vendeva diceva curasse tutto. Ma non curava niente. Scomparve quando fu creata, a protezione dei malati, la prima legge di vigilanza sui farmaci e il primo antecedente dell'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco.



Staminali gli scienziati: la Camera modifichi il dl

E' di nuovo scontro sul decreto che darebbe il via libera ad un trattamento a base di cellule staminali la cui efficacia non è stata dimostrata scientificamente. Il decreto, da un paio di mesi, è fermo alla Camera dopo il sì del Senato. Porta la firma dell'ex ministro della Salute Renato Balduzzi. Una scelta medico-scientifica trasformata in battaglia politica. Oggi alle 15 a piazza Montecitorio la manifestazione dei parenti dei pazienti per chiedere l'approvazione della legge. Ieri i responsabili di 12 fra i principali centri di ricerca italiani chiedono al nuovo ministro, Beatrice Lorenzin, di fermare la legge (decreto Stamina). No, dicono, alla somministrazione, in una struttura pubblica, di un trattamento la cui efficacia non è stata dimostrata.

L'agenzia italiana del farmaco e l'Istituto superiore di sanità sostengono la necessità di trattare questa terapia come un farmaco. Modifiche in vista, di fatto una retromarcia rispetto alle scelte fatte da Palazzo Madama che affidavano al centro nazionale trapianti la supervisione della sperimentazione. «Facendo uscire l'Italia - ammonisce il direttore generale dell'Agenzia del farmaco Luca Panidale dal G8 scientifico. Usciremmo dalle regole europee». Solo «catastrofismo» per Davide Vannoni, presidente della Fondazione Stamina. La commissione, che sta esaminando il provvedimento a passo spedito per evitare che decada (il decreto è in scadenza il prossimo 25 maggio), sarebbe orientata a intervenire sul testo. Le parole d'ordine, ha spiegato anche il capogruppo del Pdl, Raffaele Calabrò, sono «attenzione ai pazienti e giusto rigore scientifico».

The inset image shows a newspaper clipping with the headline "Tav, assalto al cantiere. All'anco delinquenti lo Stato non si ferma". Below the headline is a photograph of a construction site. To the right of the clipping is an advertisement for the "NUOVA TOYOTA AURIS", featuring two cars and the text "Hybrid e da oggi anche 2.4 Diesel: da 15.950 €".

Graminacee, oleacee e composite: colpa loro se lo starnuto non finisce

Meno note, ma fastidiose: tutte le allergie della tarda primavera e dell'estate

Giovanni Rolla
Immunologo

RUOLO: È PROFESSORE DI ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA ALL'UNIVERSITÀ DI TORINO
IL SITO DELLA SOCIETÀ DI ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA: WWW.SIAIC.NET/



STEFANO RIZZATO

Sarebbe bello poter dire: ancora qualche settimana e addio allergie. E invece no: starnuti e occhi rossi, per i tanti italiani che soffrono di questo fastidiosissimo problema, non sono destinati a scomparire così in fretta. Anzi, qualcuno tra chi finora è stato risparmiato dalle allergie potrebbe incapere nelle loro versioni estive, forse meno conosciute ma altrettanto moleste.

È vero: per chi è sensibile a betulle, noccioli, carpini, cipressi e tassi - proprio le piante che fioriscono all'inizio della primavera - il peggio è praticamente passato, anche se questi alberi continueranno a disperdere nell'aria i loro pollini fino a fine maggio, in gran parte d'Italia, e anche per buona parte di giugno al Nord, tra Alpi, Prealpi e Pianura Padana. Il problema è che i guai non sono affatto finiti: proprio in queste settimane, infatti, è iniziato il periodo da «bollino rosso» per l'allergia alle graminacee, che colpisce tra in molti, tra il 10 e il 15% della popolazione italiana. Un'allergia tipica d'inizio estate, che farà sentire i suoi effetti - in forma via via più acuta - fino quasi a luglio e si attenuerà davvero soltanto tra agosto e settembre. Dal punto di vista geografico non c'è davvero scampo: le graminacee sono piante estremamente diffuse al Nord Italia, ma comunque presenti in tutto il nostro Paese. Le più note sono i cereali e quindi avena, frumento, gra-

noturco, riso, orzo e così via. Ma nel complesso ne esistono circa 9 mila specie diverse, di cui almeno 400 diffuse su tutto il territorio italiano. Non sono alberi, ma anche per tutte queste piante la fecondazione è affidata al vento e così le graminacee producono e rilasciano pollini in quantità massicce. Dovunque si estende un prato, insomma, per un paio di mesi sarà in atto un microscopico eppure fastidioso bombardamento ai danni delle persone chi sono allergiche.

Sempre tra maggio e giugno, ma questa volta soprattutto al Sud, sarà in corso anche il boom della fecondazione delle oleacee: frassini, ligustri e olivi, alberi tipici della vegetazione mediterranea, soprattutto lungo le coste. Altri pollini in agguato, quindi: e così anche andare in vacanza al mare non sarà una reale garanzia di benessere. Specialmente quella all'olivo è un'altra allergia piuttosto diffusa, che tuttavia proprio perché si sviluppa nel corso dei mesi estivi - tende ad essere molto sottovalutata. Meglio, invece, stare all'erta: i raffreddori estivi, oppure quelli che consideriamo tali, non sempre sono colpa dell'aria condizionata.

«L'allergia respiratoria è identificata con la primavera, ma ce ne sono anche nei mesi invernali e ovviamente d'estate - conferma Giovanni Rolla, docente di allergologia e immunologia clinica all'Università di Torino -. Le graminacee terminano a metà giugno nelle principali città - aggiunge - ma per esempio a mille metri la pollinazione è ritardata e quindi si può avere il "piacere" di starnutire pure quando si va in vacanza in montagna».

Il calendario delle allergie non conosce tregua. E infatti tra giugno e luglio sarà il turno di un'altra vasta famiglia di piante - le

composite - che riunisce i generi più disparati: dalle margherite e dai girasoli fino ai carciofi e alla lattuga. «E più in là avremo anche un'allergia che ci hanno "regalato" gli americani: quella all'ambrosia - aggiunge Rolla -. Dico che ce l'hanno regalata gli americani, perché i pollini di questa pianta sono arrivati a bordo degli aerei che atterravano a Malpensa, qualche anno fa. Insomma, è un'allergia che abbiamo importato e che infatti si è diffusa in un primo momento nella zona del Novarese e poi in Lombardia e in Piemonte. Negli ultimi 10-15 anni ha preso abbastanza piede e conosce il suo picco tra agosto e settembre. Proprio al rientro di molti dalle vacanze estive».

Il campionario dello starnuto non finisce, però, con l'ambrosia. A partire dalla tarda primavera gli allergici devono badare non soltanto alle piante, ma anche ai funghi. Le spore rilasciate nell'aria dalle muffe - quella più comune da noi è l'alternaria - possono avere lo stesso effetto dei più famosi e famigerati pollini. «Sono allergie meno conosciute e che per questo motivo, a volte, rischiano di essere più difficili da riconoscere - osserva Rolla -. Anche per

questa ragione il primo passo dev'essere sempre quello di eseguire i test allergici in modo da ottenere una diagnosi davvero efficace».

Poi, per fortuna, oggi sono in commercio **farmaci** molto efficaci come gli antistaminici di ultima generazione e i corticosteroidi nasali che hanno effetti collaterali estremamente ridotti. «Chi, invece, vuole puntare sulla prevenzione conclude - può optare per i vaccini, ma a patto di partire già due o tre mesi prima del momento della pollinazione della pianta alla quale si è allergici».

