



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**7 FEBBRAIO 2024**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## Tumore del pancreas, da Schifani un plauso alla tecnica eco-endoscopica dell'Ismett

*Come illustrato da Ilaria Tarantino ad Insanitas, la gastro-enteroanastomosi consente di mantenere a lungo termine la possibilità del paziente di alimentarsi regolarmente*

PALERMO. Nei giorni scorsi Insanitas ha dato notizia della pubblicazione sulla prestigiosa rivista **Lancet** dei risultati del trial multicentrico su una **tecnica eco endoscopica** utilizzata **all'Ismett** per i pazienti con tumore del pancreas. Si tratta della **gastro-enteroanastomosi** che consente di mantenere a lungo termine la possibilità del paziente di **alimentarsi** regolarmente, migliorandone la qualità di vita, come ha spiegato ad Insanitas **Ilaria Tarantino**, *Chief of Endoscopic Ultrasound Service* dell'Ismett (della Endoscopy Unit diretta da **Mario Traina**). **Un esempio di buona Sanità** che viene ora citato anche dal presidente della Regione con un post di ieri sulla propria pagina facebook ufficiale: «Nella Giornata mondiale contro il cancro, voglio dedicare un pensiero a chi sta affrontando questa sfida, a chi l'ha superata e a chi lavora quotidianamente per aiutare chi è in difficoltà - afferma **Renato Schifani** - Come la dottoressa Ilaria Tarantino, Chief of Endoscopic Ultrasound Service di ISMETT, che insieme ad altri colleghi ha dato a tutta la comunità scientifica e ai pazienti una nuova speranza per il tumore del pancreas non operabile grazie ad una tecnica innovativa, recentemente pubblicata sulla prestigiosa rivista "The Lancet". A conferma che la **sanità pubblica siciliana** è ricca di eccellenze che non hanno nulla da invidiare alle regioni del nord Italia.



Un rifugiato mostra la cicatrice dell'asportazione di un rene che ha venduto. Il Washington Global Financial Integrity Atlas che il valore annuale del traffico di organi a livello mondiale è pari a 20 milioni di dollari. Ogni anno nel mondo avvengono circa 18 mila trapianti (fegato, rene, cuore, pancreas) a prezzi da cuore

# AL SUPERMARKET DEGLI ORGANI

di **Stefano Piazza**  
e **Luciano Tirinnanzi**

**S**e pensate che il traffico di organi sia una leggenda metropolitana. Che non ci siano indagini in corso a conferma di questi fatti. Che in fondo la questione faccia parte delle suggestioni che vogliono mafie e criminalità organizzata al centro di ogni umana cosa, sappiate che non è così. Chi lo afferma non conosce a fondo la materia o è in malafede. Lo possiamo affermare con buona certezza, avendo navigato per giornate intere nel «Dark web», la parte più segreta della Rete, dove, al netto delle non poche truffe, si trova un mercato purtroppo enorme

di possibilità concrete per chi cerca di acquistare un organo umano compatibile con le proprie esigenze. Qui abbondano i venditori e i relativi listini prezzi, con tanto di fotografie correlate a schede degli organi in vendita, e istruzioni per avviare la pratica.

Il Dark web è nient'altro che un gruppo di siti sommersi nella Rete formato da pagine non indicizzate dai motori di ricerca a scopi meramente illegali, dove come noto è possibile scambiare di tutto tra utenti teoricamente anonimi, pagando con monete digitali (bitcoin, etc.) per ogni servizio. Bisogna di un fegato o di un rene? Per «soli» 25 mila dollari è possibile riceverlo comodamente a casa, «indicando l'indirizzo di consegna. Consegna garantita

e massima discrezione», ne anche fossimo su Amazon. Cuori e polmoni sono in genere più costosi, mentre ossa, un orecchio o una cornea si possono ottenere «a prezzi concorrenziali».

Il buon fine della compravendita non è ovviamente assicurato, tuttavia basta fare un giro anche solo superficiale nei meandri della Rete sommersa per comprendere come il fenomeno sia terribilmente in voga. I siti meno attendibili sono quelli che richiedono un anticipo: di solito, intorno ai duemila dollari da trasferire su Wallet, ovvero portafogli digitali irrintracciabili. Un in-





terlocutore con un nickname vi assiste e vi orienta nella scelta, chattando con frasi fatte e fredda professionalità, ma sempre con tono rassicurante. Risposta garantita in meno di un'ora.

**Peccato che nella realtà non sia possibile ricevere un organo «ancora fresco» e farselo trapiantare in salotto.** Ecco perché i veri trafficanti, nel fornire le istruzioni da seguire, indicano anche il luogo dove avverrà lo scambio: una clinica connivente, nove volte su dieci ubicata in Africa o in Asia centrale. Il mediatore indica le tempistiche, quindi si acquista il biglietto aereo e, condivise le informazioni, «sarete ricevuti in aeroporto e trasferiti direttamente nella clinica a nostre spese».

Più in generale, abbiamo scoperto che lo schema dell'espanto avviene attraverso tre modalità: organi comprati, venduti e trapiantati nel Paese del donatore; organi trapiantati nel Paese del ricevente; organi trapiantati in un Paese terzo, scelto per la sua legislazione tollerante e per la presenza di medici compiacenti. Ma la costante è che «il traffico di organi va in una sola e specifica direzione, i Paesi più poveri sono i donatori, e quelli più ricchi i riceventi. Le mafie gestiscono il mercato criminale e fanno da ponte tra le parti coinvolte» ha affermato in proposito il criminologo Vincenzo Musacchio.

Questo mercato si avvantaggia infatti delle debolezze dei Sistemi sanitari nazionali dove, come noto, le liste di attesa per le richieste di trapianti sono talmente lunghe che, per i malati gravi e per tutti coloro che hanno bisogno urgente di organi, rivolgersi al mercato nero diventa quasi una strada obbligata. «Il traffico richiede un'organizzazione malavito-

sa articolata con intermediari che collegano le persone che forniscono l'organo con i potenziali destinatari. Sono indispensabili medici e funzionari corruttibili. Occorre negoziare il prezzo e avere la disponibilità delle strutture mediche in cui è possibile eseguire il trapianto» precisa il criminologo. Gestire il traffico di organi è stato a lungo appannaggio della mafia nigeriana, particolarmente crudele e cruenta; di quella cinese, russa, indiana e pakistana; e persino della mafia albanese, nella veste di intermediario.

Ma oggi sempre più organizzazioni criminali locali, anche di piccolo calibro, sono entrate nel commercio degli organi umani. Perché? Le guerre espongono le persone alla mutilazione e offrono loro feriti e cadaveri in quantità spropositate, sufficienti o talvolta persino eccessive rispetto alla richiesta. Ed ecco come Afghanistan, Iran, Siria, Kosovo, Ucraina siano diventate le nuove mete dello «shopping di organi».

**In Pakistan, considerata una «centrale di smistamento e intervento»** grazie alla competenza dei medici locali (spesso anche di origine indiana), nel 2023 sono state arrestate otto persone riconosciute colpevoli di aver rimosso chirurgicamente reni da centinaia di pazienti per persone benestanti che necessitavano di un trapianto. Il leader della banda, identificato come «Dr. Fawad», è accusato di aver condotto almeno 328 operazioni per rimuovere organi umani e di averli venduti a clienti per 10 milioni di rupie pakistane (34 mila dollari) ciascuno. Ed è proprio la componente pakistano-indiana che emerge dalle ricerche nel Dark web, di solito nella veste di un medico o sedicente tale che

offre le proprie competenze e vi spiega modalità, durata e riabilitazione, suggerendo persino la dieta idonea da seguire nei giorni che precederanno l'operazione di espanto. Può capitare che vi venga chiesta la cartella clinica, «ma non è indispensabile». Anche perché chi traffica in questo genere di commerci non si fa certo scrupoli sulla salute del paziente. Figurarsi sul donatore.

**Il Global Financial Integrity, think tank di Washington,** stima che il valore annuale del traffico di organi mondiale oscilli tra gli 840 milioni e i due miliardi di dollari. Il che significa che, ogni anno sul pianeta vanno a buon fine almeno 12 mila trapianti illegali: reni e fegato i più richiesti e disponibili sul «mercato degli organi», cui seguono polmoni, pancreas, persino il cuore. Ma ogni mese emergono nuovi canali di vendita e parti del corpo umano richieste: ovuli, pelle, embrioni e plasma sanguigno, per esempio. Le indagini Interpol e le inchieste più serie hanno rivelato come la maggior parte dei «donatori» siano maschi di età compresa tra i 20 e i 30 anni. E i siti di vendita lo confermano indirettamente: «Il fegato è di un giovane caucasico ventenne» sembra una risposta standard, per rassicurare il malato che richiede tali organi, qualora avesse pregiudizi razziali.

Molti di questi «caucasici» sono in realtà rifugiati in fuga dai conflitti, costretti a pagare parte del viaggio per raggiungere l'Europa vendendo al loro aguzzino un organo senza il quale si può sopravvivere, di solito un rene. La stessa tratta di persone a scopo di prelievo di organi è ormai certificata





come una pratica diffusa in tutto il mondo, con numeri più elevati che si registrano in Nordafrica, Medioriente, Asia meridionale e sudorientale, America centrale e più raramente in Europa.

Spesso il traffico d'organi con espanto forzato coincide con la tratta di esseri umani lungo le principali rotte migratorie verso i Paesi occidentali: secondo il Counter-Trafficking Data Collaborative, nel 2021 la questione ha riguardato 156 mila casi in 189 Stati: su tutti, Libia, Egitto, Libano, Kosovo, Afghanistan, Cina, Africa subsahariana, Sud-est asiatico. Molti di questi «casi» non arrivano comprensibilmente a buon fine: perché, date le condizioni igieniche e di contesto dove avviene l'intervento, il paziente muore,

oppure l'organo non è utilizzabile perché mal conservato, quando non incompatibile. Nel marzo 2023 ha fatto scalpore l'arresto del politico nigeriano Ike Ekweremadu e di sua moglie Beatrice Ekweremadu, condannati insieme a Obinna Obeta a 9, 4 e 10 anni, per aver tentato di organizzare un viaggio di un 31enne da Lagos a Londra, allo scopo di prelevare i suoi organi direttamente nel Regno Unito. Ma già nel 2020, il ricercatore Sèan Columb aveva rivelato nel suo libro *Trading Life*, come numerosi migranti africani in stato di assoluta povertà siano abituati a vendere i propri reni, più spesso al Cairo, nella speranza di utilizzare i guadagni per pagare i trafficanti affinché questi ultimi li conducano dal Mediterraneo

verso l'Europa, in cambio di qualcosa come mille dollari e una motocicletta. È così che il trentenne keniota Joseph Japiny si è potuto permettere un mototaxi che oggi usa per guadagnarsi da vivere.

**Japiny ha riferito di essere stato contattato da un intermediario che reclutava giovani** tra le città di Eldoret, Busia e Nairobi, e che lo ha convinto a sottoporsi all'espanto in cambio di 984 dollari come acconto subito e altrettanti «a cose fatte». Il ragazzo è stato così portato in una clinica privata per esami preliminari, gli è stato fornito cibo e alloggio, gli è stata affidata una badante, e dopo il check up finale è stato trasferito in una clinica attrezzata dove ha subito l'asportazio-

ne di un rene. Rimasto sotto osservazione per tre giorni e altre tre settimane in albergo, ha ricevuto controlli regolari da un medico indiano che non parlava swahili. Poi gli è stata effettivamente consegnata una moto (usata) ed è stato rimandato per la sua strada senza il rene. L'organo di Japiny è uno dei 150 mila che vengono asportati ogni anno e che finiscono nei listini prezzi del Dark web.

Per soddisfare una domanda che, almeno a giudicare dal numero di siti e disponibilità immediate, è altissima. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

fegato  
60 mila  
dollari



cuore  
100 mila  
dollari



rene  
dai 25 mila  
agli  
85 mila  
dollari



polmone  
50 mila  
dollari



C'è un luogo dove tutti possono acquistare reni, polmoni, cornee e, volendo, un cuore. **Panorama** è entrato nel mercato nero di «ricambi» umani, destinati ai trapianti, che si svolge in Rete. Un fenomeno che coinvolge decine di Paesi (dal Pakistan, all'India, zone dell'Africa subsahariana e dell'America centrale) e di cui abbiamo seguito i traffici, individuato intermediari, contrattato sui prezzi.





SANITÀ INTERMITTENTE

77

la media di giorni di attesa per coloro che si sono curati solo attraverso il servizio sanitario nazionale (Ssn)

335

gli euro richiesti in media per ciascun approfondimento specialistico nel settore privato, con variazioni a seconda della regione e della specializzazione

# IN ATTESA DI CURE



Soffrire di una malattia in Italia significa rivolgersi a ospedali pubblici che però hanno tempi lunghissimi e (spesso) non forniscono i trattamenti necessari. Così, a caro prezzo, si sceglie il settore privato. Oppure si cambia regione, con altrettante costose trasferte. E chi non ha soldi? Aspetta. Un reportage.

di Carmine Gazzanni e Flavia Piccini

**D**ovevo scegliere se mettere il piatto in tavola, o andarmi a fare la Tac. Indovini lei che cosa ho preferito». Parla così Simonetta G., 73enne napoletana cui è stato diagnosticato un tumore la scorsa primavera. «Ho la pensione minima, i soldi per andare privatamente non ce li avevo e così mi sono messa in coda all'ospedale. Chissà se mi chiameranno prima o dopo il funerale».

Le parole di Simonetta rappresentano con teatrale amarezza la situazione in cui si trovano ogni giorno migliaia di persone. «Oggi sono tre milioni gli italiani over 65 che, quando devono usufruire di prestazioni sanitarie a pagamento, rinunciano a curarsi» esordisce Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) che ha commissionato un'indagine sul tema all'Istituto Piepoli. «In media» prosegue Anelli «gli italiani risparmiano il 10 per cento delle proprie entrate per far fronte alle spese sanitarie, ma tanti, il 23 per cento, pur volendolo non riescono a farlo». Ed è così che ci si ritrova - come Simonetta - in un turbinio in cui la salute va in secondo piano.

I dati non lasciano dubbi: nel 2023 oltre il 33 per cento degli italiani ha infatti dovuto rinunciare a cure mediche a causa dell'indisponibilità delle strutture sanitarie e delle lunghe liste di attesa. Una tendenza particolarmente evidente - secondo Eurispes - nelle regioni del Sud, dove la percentuale di famiglie che hanno avuto difficoltà economiche

relative alle prestazioni sanitarie ha raggiunto il 28,5 per cento e nelle Isole con il 30,5 per cento. Un po' come Pierpaolo Pierini, siciliano malato di diabete che ha rinunciato a curare il suo carcinoma: «Non ne potevo più. Ho deciso di stare a casa a godermi gli ultimi mesi di vita, perché tanto le cure avrebbero svuotato le tasche di mia moglie e reso le nostre giornate amare».

Sempre secondo un'analisi dell'Istituto superiore di sanità, un'ultra-65enne su quattro ha rinunciato ad almeno una visita medica o a un esame diagnostico di cui avrebbe avuto bisogno per motivi economici. «Alla radice del fenomeno ci sono certamente motivazioni economiche: la spesa privata, messa di tasca propria dai cittadini, oramai supera i 40 miliardi. Soprattutto le fasce più svantaggiate della popolazione non riescono a far fronte alla situazione», sintetizza Anelli.

**Sul punto è bene ricordare che l'anno scorso gli italiani hanno speso, in media, 335 euro per ciascun approfondimento specialistico nel settore privato, con importi che vanno dai 117 euro per gli esami del sangue ai 716 euro per l'odontoiatria.** Non proprio cifre irrisorie. Che rendono ancora più comprensibili - e allarmanti - i dati della recente indagine commissionata agli istituti mUp Research e Norstat da Facile.it, secondo cui circa 8,3 milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi per il portafogli. Di fronte





ai costi, il 77 per cento degli intervistati ha utilizzato i propri risparmi e solo il 20 per cento ha potuto usufruire di un'assicurazione sanitaria, mentre alcuni hanno dovuto chiedere sostegno economico ai familiari (15 per cento) e altri ancora si sono rivolti a una banca o società finanziaria (5 per cento).

Più svantaggiate - stando ai dati del Servizio sanitario nazionale - le fasce sociali più deboli (37 per cento), e soprattutto le donne (29 per cento), ma anche chi ha patologie croniche: chi riferisce una diagnosi di malattie come tumori o patologie respiratorie, diabete, o insufficienza renale, nel 28 per cento dei casi dichiara di aver rinunciato alle cure; quota che sale al 33 per cento tra coloro che hanno due o più cronicità.

Ma non c'è solo questo. Altro motivo sono le lunghe liste di attesa per ottenere prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale. In media chi si rivolge al Ssn attende infatti circa 77 giorni, mentre nel settore privato i tempi si riducono moltissimo, arrivando a circa 15 giorni.

**«Per quanto riguarda gli anziani, entrano in gioco anche la scarsa mobilità e la difficoltà negli spostamenti, loro e dei caregiver, spiega ancora Anelli. «Infine, tante persone rinunciano alle cure perché non conoscono i propri diritti, per esempio la possibilità in molte zone di rivolgersi alle strutture private a carico del Servizio sanitario regionale, se le liste di attesa nel pubblico sono troppo lunghe, e le opportunità di richiedere aiuti economici». Eppure su questo la legge parla chiaro, dice l'avvocato torinese Sara Negri: «Esiste il diritto alla salute che nel nostro Paese è garantito dalla Costituzione italiana, in particolare dall'articolo 32. Altra questione è poi il diritto di autodeterminarsi in tema di trattamento sanitario. Anche questo è un principio costituzionale autonomo, che va distinto dal diritto alla salute, né deve essere bilanciato con altri diritti, ma tutelato e applicato in maniera piena». Significative anche le implicazioni psicologiche, riflette Andrea Fagiolini, ordinario di Psichiatria all'Università di Siena: «Il benessere emotivo rischia di essere compromesso in modo definitivo. La sensazione di non poter accedere alle cure necessarie può generare un senso di impotenza e frustrazione, ma anche stress, disturbi ansia o depressivi, senso di colpa per non essere in grado di aiutarsi a stare meglio».**

Sentimenti che Simonetta affronta ogni giorno: «Se mi sento una cittadina di serie B? Ovviamente. L'unica magra consolazione è che nella mia situazione qui c'è tutto il quartiere. Il mio vicino di casa ha avuto la fortuna di avere una figlia a Milano, e ormai si è trasferito per essere curato. Ma io sono sola, dove devo andare?».

La mobilità sanitaria è un fenomeno sempre più presente, e ha implicazioni complesse. Nell'ultimo anno - sempre secondo l'indagine di Facile.it - oltre 2,4 milioni di persone hanno dovuto cambiare regione per sottoporsi a esami, visite o interventi. Sebbene

il fenomeno sia stato rilevato in tutto il Paese, sono le aree del Centro Italia quelle dove la percentuale di chi ha cambiato regione per curarsi è più alta (11,5 per cento rispetto al 7,4 per cento a livello nazionale). Le regioni verso cui ci si è spostati con più frequenza per ricevere cure sono il Lazio (27 per cento), la Lombardia (19 per cento), l'Emilia-Romagna (15 per cento) e il Veneto (11 per cento). Un sistema che ha creato disuguaglianze tra le regioni, con alcune che registrano surplus di bilancio, come la Lombardia, e altre in deficit significativo, come la Calabria e la Campania.

**Per questo un grosso beneficio potrebbe arrivare, anche sul fronte sanitario, dall'autonomia differenziata.** «La filosofia che ispira la previsione costituzionale sul tema è molto chiara. Una maggiore autonomia può essere chiesta da tutte le regioni che ritengano vi sia per esse un'opportunità nel farsi carico di ulteriori funzioni. Il fatto che ben 14 regioni su 15 ad autonomia ordinaria abbiano manifestato l'intenzione di farlo mi pare indicare che esse intravedono delle opportunità per il proprio sviluppo» spiega non a caso il giurista Giovanni Guzzetta, ordinario di Istituzioni di Diritto pubblico all'Università di Roma Tor Vergata. Insomma, nessun ulteriore «abbandono» per il Sud. Anzi, secondo il costituzionalista si apre una sfida che anche le aree più svantaggiate «dovrebbero cogliere, scommettendo sulle proprie capacità di sviluppo autopropulsivo. Penso ai settori del governo del territorio, della formazione professionale, della valorizzazione dei beni culturali, dei servizi alla persona». E, appunto, della sanità. «La sfida» spiega Guzzetta «è che si inneschi un circolo virtuoso di maggiore razionalizzazione e efficienza. Politiche più vicine ai cittadini e più controllabili dai cittadini, valorizzazione della capacità di intraprendere strade ritagliate sulle effettive esigenze dei territori. Efficienza e responsabilità devono diventare le parole chiave». Un punto che tocca anche l'emigrazione sanitaria: «Bisogna vincere la rassegnazione che tutto rimarrà sempre uguale e che ci sono cittadini condannati a essere figli di un dio minore. Ma per far ciò ci vogliono strumenti, coraggio e orgoglio». Del resto, investire nella sanità pubblica conviene, sia dal punto di vista sociale sia in termini di ritorno economico. «Ogni euro destinato alla spesa sanitaria» aggiunge Anelli «produce in media un valore di 1,84 euro, cioè quasi il doppio dell'investimento iniziale. E l'indotto genera nuova occupazione, raddoppiando i posti di lavoro». ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA





L'Agenzia delle entrate ha emanato la circolare di attuazione della riforma fiscale sull'Irpef

# Detrazioni con doppio taglio

## La riduzione di 260€ si cumula con quella per i redditi alti

DI ANDREA BONGI

**R**iforma Irpef, doppio taglio alle detrazioni per i titolari di reddito complessivo superiore a 120 mila euro. Per questi contribuenti, infatti, la riduzione delle detrazioni Irpef pari a 260 euro introdotta dal primo modulo della riforma fiscale (dl 216/2023) si va ad aggiungere alla riduzione già disposta dall'art. 15, co. 3-bis, del dpr 917/1986 per i redditi complessivi superiori a 120.000 euro e fino a 240.000 euro. È uno dei chiarimenti contenuti nella circolare dell'Agenzia delle entrate n. 2 del 6/2/2024, che affronta varie questioni relative all'attuazione del primo modulo di riforma delle imposte sul reddito delle persone fisiche e altre misure in tema di imposte sui redditi, di cui al citato decreto legislativo. La circolare spiega le aliquote e scaglioni in vigore per il solo anno 2024, sulle modifiche alle detrazioni relative al lavoro dipendente e assimilato, alla nuova disciplina delle detrazioni fiscali e alla soppressione dell'aiuto alla crescita economica. Solo accennata invece la maggiorazione del costo del lavoro dei nuovi assunti, ai fini della determinazione del reddito d'impresa per il periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31/12/2023, alla quale, verrà probabilmente dedicato un documento di prassi amministrativa ad hoc.

**Rimodulazione di aliquote e scaglioni di reddito.** La nuova Irpef per l'anno 2024 si

baserà su tre scaglioni e tre aliquote. La circolare contiene uno schema per il calcolo sulla base delle regole vigenti per il periodo d'imposta 2024 che proponiamo in pagina. Lo schema consente di procedere rapidamente al calcolo dell'Irpef dovuta in caso di reddito superiore al primo e secondo scaglione evidenziando per ciascuno di essi l'imposta dovuta. Ma per effetto della modifica delle aliquote Irpef, gli enti locali avranno tempo fino al 15/4/2024 per adeguare le addizionali regionali e comunali.

**Modifica delle detrazioni da lavoro dipendente e assimilato.** Con la modifica contenuta nell'art. 1, co. 2, del dl, si è ampliata, fino alla soglia di 8.500 euro, l'ammontare del reddito escluso da imposizione (la c.d. no tax area) previsto per titolari di redditi di lavoro dipendente e di taluni redditi assimilati, equiparandolo a quello già vigente a favore dei titolari di reddito di pensione. Poiché la modifica interessa solo il primo periodo dell'art. 13, co. 1, lett. a), Tuir, restano ferme le altre disposizioni.

**Revisione della disciplina delle detrazioni fiscali.** Dopo aver ricordato che riduzione riguarda i contribuenti titolari di un reddito complessivo superiore a 50.000 euro e che si applica all'importo delle detrazioni Irpef spettanti ad eccezione delle spese sanitarie, delle erogazioni liberali in favore dei partiti politici e dei premi di assicurazione per rischio

eventi calamitosi di cui al dl 34/2020, la circolare disciplina l'applicazione pratica della stessa. Per i contribuenti titolari di reddito complessivo superiore a 120.000 euro, la nuova decurtazione di 260 € dovrà essere applicata alla detrazione dall'imposta lorda che risulta già ridotta per effetto delle disposizioni contenute nell'art. 15, co. 3-bis, del Tuir che prevedono una riduzione proporzionale fino al totale azzeramento delle detrazioni stesse al raggiungimento del reddito complessivo di 240.000 euro.

**Addio all'Ace.** In attesa dell'organica revisione e razionalizzazione degli incentivi alle imprese previste dalla riforma fiscale, a decorrere dal periodo d'imposta successivo a quello in corso al 31/12/2023, è abrogata la disciplina dell'Ace, prevedendo che, sino a esaurimento dei relativi effetti, si continueranno ad applicare le disposizioni relative al riporto a nuovo dell'importo del rendimento nozionale eccedente il reddito complessivo netto del periodo d'imposta in corso al 31/12/2023.

### Come si calcola l'Irpef nel 2024

SCAGLIONI 2024	ALIQUOTE 2024	IMPOSTA DOVUTA
Fino a 28.000 euro	23 per cento	23 per cento sul reddito
Da 28.001 fino a 50.000 euro	35 per cento	6.440 euro + 35 per cento sul reddito che supera i 28.000 euro e fino a 50.000 euro
Oltre i 50.000 euro	43 per cento	14.140 euro + 43 per cento sul reddito che supera i 50.000 euro





**IL CASO**

# Tra gli esperti dell'Aifa arriva il farmacista di Bari collega del sottosegretario

Raffica di nomine per la commissione tecnica  
A sorpresa entra anche un concittadino del vice di Schillaci

di **Michele Bocci**

La sanità governata dalla destra porta molto bene ai farmacisti di Bari. Uno fa il sottosegretario alla Salute, un altro da poche ore è stato nominato nella nuova super commissione tecnico economica di Aifa, che fonde i due precedenti comitati (prezzi e tecnico scientifico) come previsto dalla riforma dell'Agenzia del farmaco da poco approvata. La nomina del dottor Vincenzo Danilo Lozupone, titolare di una farmacia nel capoluogo pugliese, in via Crispi 99, è una delle quattro su dieci fatte dal ministero alla Salute. E sono in molti a sospettare che dietro non possa che esserci la mano del suo collega e concittadino Marcello Gemmato, numero due dello stesso dicastero.

Orazio Schillaci aveva promesso nomi di alto profilo per la nuova Aifa ma le scelte, ora che sono arrivate, appaiono un po' un misto tra il manuale Cencelli e il famigerato amichettismo. Detto del farmacista, entrano altri novizi o quasi in quello che dovrebbe essere il sacrario dei tecnici sanitari, luogo dove si svolgono noiosissime riunioni per valutare la sicurezza e l'efficacia dei farmaci, per stabilirne i prezzi e per decidere se e quanto rimborsarli. Di certo non c'è nemmeno un farmacologo, un esperto della materia, ma si è puntato ad accontentare alcune delle anime, sindacali e non, del sistema sanitario. Appunto i farmacisti ma anche i medici di famiglia, quelli universitari, con in più il solito oc-

chio di riguardo per Tor Vergata, dove Schillaci ha fatto il rettore e dove pesca regolarmente nomi da mettere nei vari posti, di comando e non, del sistema sanitario.

Altre nomine sarebbero frutto dei suggerimenti del consulente ministeriale per la farmaceutica Guido Rasi, già alla guida di Aifa e di Ema. Sono quelle di un medico di famiglia e un internista, di 70 e 74 anni. Il

primo è Walter Marrocco, del principale sindacato dei medici di famiglia, la Fimmg, e anche dentro Metis, cioè la società scientifica che fa capo alla sigla e che gestisce i rapporti anche con il mondo degli sponsor, in primis l'industria farmaceutica. Marrocco era già stato nella commissione tecnica di Aifa, ai tempi di Rasi. Poi c'è l'internista Giancarlo Agnelli, una lunga carriera clinica e di ricerca e pure un impegno sul rilancio delle specializzazioni in medicina di urgenza. Oggi è direttore scientifico alla Maugeri di Milano.

La quarta nomina è del ministro. Si tratta della professoressa Laura Nicoletta Angela Gitto, associato di economia a Messina già ricercatrice a Tor Vergata. Ha lavorato (anche in società di consulenza per pubblico e privato come Arhea) con Francesco Saverio Mennini, ricercatore di economia sanitaria dell'università romana che proprio ieri è stato nominato capo di uno dei quattro nuovi dipartimenti del ministero, quello programmazione, professioni sanitarie, dispositivi medici e farmaco. Gitto sarà anche presidente del-

la commissione.

Ai nominati dal ministro si aggiungono quelli scelti nei giorni scorsi dalle Regioni e cioè dei tecnici degli assessorati di Friuli, Emilia-Romagna e Veneto. Da questa Regione arriva Giovanna Scroccaro, che presiedeva il comitato prezzi e per la sua autorevolezza avrà grande peso nella nuova commissione. Poi c'è la nomina, del ministero all'Economia, di Ida Fortino, che lavora in Lombardia e anche lei era già in Aifa. Mancano due nomi, per arrivare a dieci. Uno è quello del delegato del presidente dell'Istituto superiore di sanità. Potrebbe essere Patrizia Popoli, altra figura forte delle commissioni del passato. L'altro è quello del nominando direttore scientifico di Aifa. Questa figura chiama in causa quella del presidente, il plenipotenziario dell'agenzia. Da tempo l'idea è di confermare Giorgio Palù ma ci sono problemi legati all'età. Il microbiologo veneto ha infatti già compiuto 75 anni. Potrebbe essere fatto commissario solo per alcuni mesi. Altra ipotesi è che resti in carica solo un anno ma senza stipendio. Al ministero si augurano che la prospettiva di lavorare gratis lo spinga a farsi da parte.

REPRODUZIONE RISERVATA



## Pancreas, in arrivo il farmaco introvabile

### LA TERAPIA

Il ministero della Salute ha annunciato lo sblocco di un lotto da 38 mila confezioni del farmaco Creon, medicinale a base di enzimi pancreatici, del quale era stata denunciata la carenza nei giorni scorsi. Ciò in attesa delle prossime forniture «già calendarizzate».

Lo rende noto il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato, sottolineando che è tornato a

riunirsi al ministero, il "Tavolo tecnico di lavoro nel settore dell'approvvigionamento dei farmaci sul territorio italiano". Il Tavolo è promosso dal sottosegretario Gemmato, alla presenza di rappresentanti del ministero della Salute, di Aifa e della filiera farmaceutica produttrice e della distribuzione. Componenti del tavolo anche i medici di medicina generale e i Nas.

«Confidiamo nella responsabilità di pazienti e professionisti sanitari per evitare di ricorrere ad accaparramenti e ricordiamo che Aifa - afferma Gemma-

to - sta continuando a supportare le Regioni interessate nell'importazione del farmaco dall'estero».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





# LA RISPOSTA SULL'ALZHEIMER È NEL SANGUE

**Un semplice prelievo permetterà di accertare la malattia molto in anticipo rispetto a oggi (anche di 15 anni). Un passo avanti notevole perché la diagnosi precoce permetterà interventi e terapie prima che si manifestino i sintomi. L'aspettativa è quella di rallentare in modo rilevante il declino cognitivo.**

*di Luca Sciertino*

**È** difficile sottostimare la notizia che un nuovo test basato su un esame del sangue potrebbe diagnosticare il morbo di Alzheimer senza ricorrere a esami complessi come la puntura lombare. Con un semplice prelievo, esami radiologici e test psicometrici sarà più semplice, rapido ed economico giungere alla diagnosi. Potremo accorgerci per tempo di una malattia che è una priorità mondiale. Secondo l'Associazione italiana malattia di Alzheimer, ogni anno vengono diagnosticati 150 mila nuovi casi. Il numero totale di malati

si aggira sui 600 mila, con tre milioni di persone coinvolte nell'assistenza.

L'efficacia del nuovo test, non ancora approvato dall'Agenzia de farmaco, è stata dimostrata con uno studio dell'Università di Göteborg, apparso su *Jama Neurology*, su 800 persone. Il test misura i livelli di una proteina chiamata P-tau217 che inizia ad attaccare i neuroni almeno 15 anni prima dell'insorgenza di sintomi quali perdita di memoria e declino cognitivo. Una volta che il farmaco avrà il via libera, sarà possibile effettuare un test per questa proteina.

«È un esame adatto a tutti coloro che mostrano i primi segni dell'Alzheimer, come perdita di memoria a breve termine. È accurato solo nel rivelare in modo più agevole la presenza di placche di beta-amiloide nel cervello, semplificando l'iter diagnostico in pazienti già affetti da decadimento cognitivo» chiarisce Marzia Baldereschi, dell'Istituto di neuroscienze del Cnr-In. «Si ipotizza, ma non è una



certezza, che quando il test verrà effettuato in assenza di sintomi, per esempio con 15 anni di anticipo, un progressivo aumento della P-tau217 potrebbe predire l'insorgenza dell'Alzheimer. Ecco perché c'è chi ha parlato di farne uno strumento di screening per gli ultracinquantenni. Ma è una tesi da dimostrare. D'altra parte, con una diagnosi precoce si potranno programmare gli aiuti al paziente».

In una persona senza sintomi che abbia una predisposizione genetica familiare, questo esame avrebbe senso? «Non si vede ancora il beneficio di un test del genere» risponde Baldereschi. «Bisogna tenere presente che un farmaco capace di sconfiggere la malattia non esiste, anche se ne stanno per arrivare alcuni che ne rallentano la progressione. Ciò che rende davvero il test importante è il fatto che semplificherà molto le attuali procedure di diagnosi».

**Oggi fatte per esclusio-**

**ne più che con un analisi specifiche**, usando tecniche avanzate di imaging del cervello e questionari per valutare il decadimento mentale. Uno degli autori dello studio, Daniel Alcolea del Sant Pau Research Institute (Spagna) conferma: «Serviranno ulteriori conferme, come esami radiologici e psicometrici, ma gli accertamenti richiesti saranno meno invasivi e in numero inferiore rispetto a oggi. Il vantaggio del nuovo test? Una rilevazione ai primi sintomi permetterà di programmare in anticipo l'accesso a "trial" clinici, la gestione del paziente, ed eventualmente l'accesso a terapie che rallentano la malattia».

L'accuratezza della predizione è intorno al 90 per cento (mentre oggi un terzo dei casi sfugge alle diagnosi, specialmente nelle prime fasi). L'azienda ALZpath che ha sviluppato il test stima che il suo costo sarà tra 200 e 500 dollari. A renderlo importante è anche un'altra circostanza, non di poco conto. Siccome sono allo studio un migliaio di molecole per l'Alzheimer,

tanto più efficaci quanto più la diagnosi è precoce, l'aspettativa è che un giorno si possa ridurre la progressione della malattia. Tra i più promettenti, il Lecanemab, dalla giapponese Eisai con la statunitense Biogen, e il Donanemab, dell'americana Eli Lilly. Il primo, approvato lo scorso settembre dalla Fda, negli Usa, è un anticorpo monoclonale, noto come BAN2401 (principio attivo Leqembi), che rallenta del 27 per cento l'avanzare della patologia a livello cognitivo e funzionale.

Anche il secondo farmaco, il Donanemab, noto come N3pG, è un anticorpo che riduce l'eccesso della proteina beta-amiloide, fattore chiave nella malattia. L'ok della Fda potrebbe arrivare nel giro di settimane o mesi. Uno studio di fase III uscito sulla rivista *Jama* ha mostrato un rallentamento del declino cognitivo e funzionale del 35 per cento rispetto al placebo (che sale al 60 quando la diagnosi è precoce), e una riduzione delle placche amiloidi.

«Non è una cifra significativa, ma è già qualcosa»

commenta Baldereschi. «Il problema sono i possibili effetti collaterali quali emorragie ed edema cerebrale, a volte risolvibili in circa dieci settimane. I pazienti che prendono già anticoagulanti orali, o hanno un gene APOE4, sia omozigoti sia eterozigoti, non potranno assumerli. Si tratta del 75 per cento di tutti i malati di Alzheimer. Siccome queste molecole non arrestano la malattia, gli interventi non farmacologici avranno sempre un ruolo cruciale. Ma chissà che i nuovi farmaci, opportunamente migliorati, non diano risultati ancora migliori di quelli finora raggiunti. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Oggi la diagnosi di Alzheimer si fa con imaging cerebrale, test cognitivi ed esami complessi (come la puntura lombare per l'analisi del liquido cerebrospinale). Gli affetti dalla malattia degenerativa in Italia sono circa 600 mila.**







Uno studio cinese conferma i risultati di una ricerca americana: il pericolo di sviluppare incidenti cardiovascolari cresce anche con i dolcificanti

# I drink zuccherati fanno aumentare il rischio di ictus

## IL FOCUS

**C**resce enormemente il consumo di bevande zuccherate in tutto il mondo, anche se, secondo uno studio pubblicato sulla rivista *Nature Communications*, vi sono notevoli differenze a secondo del livello d'istruzione, dell'età (i giovani ne consumano più degli anziani), del sesso (più gli uomini che le donne), ed anche delle aree geografiche (più consumo nei paesi meno sviluppati rispetto a quelli più evoluti). Tali bevande non sono comunque prive di rischi, specialmente in presenza di patologie endocrine o cardiovascolari.

## IDATI

In un recentissimo articolo in pubblicazione sull'autorevole rivista *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, Kai Zhu ed i suoi collaboratori del Department of Nutrition and Food Hygiene della Huazhong University of Science and Technology di Wuhan (Cina) hanno valutato i rapporti tra consumo di bevande zuccherate, predisposizione genetica e rischio cardiovascolare in un gruppo di soggetti con diabete non insulino-dipendente. Sono stati analizzati i dati di oltre 7.300 soggetti presi dal UK Biobank Study (uno studio prospettico sulla popolazione effettua-

to da 22 centri anglosassoni).

## I RISULTATI

Durante un follow up medio di oltre sei anni si sono avuti 878 incidenti cardiovascolari di cui 517 di tipo ischemico. Chi consumava in maggior quantità di bevande dolcificate con zucchero, con dolcificanti artificiali o con succhi di frutta era più soggetto a eventi cardiovascolari rispetto a chi beveva altre bibite meno dolcificate. Più precisamente, mettendo a confronto il gruppo di maggiori consumatori con quelli che ne consumavano di meno, il rischio di sviluppare eventi cardiovascolari ed anche coronarici era maggiore del 54% nei consumatori di bevande zuccherate, del 34% nei consumatori di bevande contenenti dolcificanti artificiali e del 33% nei consumatori di bevande con succhi naturali. Anche valutando il rischio ereditario, i risultati non cambiavano significativamente. Interessante inoltre il dato che sostituendo le bevande zuccherate o quelle con succhi naturali con caffè, o yogurt, il rischio cardiovascolare ed anche quello ischemico si riducevano in percentuali variabili dal 20% al 46%.

## L'ANALOGIA

Questo studio, effettuato su soggetti diabetici, non differisce, nei risultati, da quello pubblicato su soggetti privi di malattie croniche sulla rivista *Circulation* da Vasanti S. Malik del Dipartimento di Nutrizione dell'Harvard School of Public Heal-

th di Boston nel 2019. Anche qui i consumatori di bevande dolcificate con zucchero o dolcificanti artificiali avevano un rischio di sviluppare malattie cardiache del 31%

più alto rispetto a quello dei soggetti che non ne facevano uso. Ed inoltre risultava maggiore del 16% (ma da confermare) anche il rischio di mortalità per malattia neoplastica.

## L'ALLARME

Il diabete è una delle patologie maggiormente in crescita, specie nei paesi occidentali. Si prevede che riguarderà oltre 700 milioni di persone nel 2045. I soggetti diabetici hanno un rischio da doppio a quadruplo di sviluppare patologie cardiovascolari. È pertanto di vitale importanza abituare la popolazione ad evitare sostanze che ne possano favorire lo sviluppo. Secondo i dati elaborati da Assobibe il consumo medio pro capite di bevande zuccherate in Italia è di 54 litri. Pur essendo il nostro uno dei Paesi meglio piazzati in Europa (da noi ne fa uso quotidiano il 5% della popolazione contro una media europea del 9%) la questione è seria.

**Antonio G. Rebuzzi**  
Professore di Cardiologia  
Università Cattolica, Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Sanità**

## Bambino Gesù, rimosso tumore dalla gola di un neonato

**E** stato salvato nel momento stesso della nascita, mentre era ancora connesso alla placenta della mamma. Il neonato aveva un'enorme massa tumorale all'altezza della gola che gli avrebbe impedito di respirare in modo autonomo: estendendosi dal mento alla spalla, il tumore aveva ormai inglobato sia i vasi arteriosi che le vie respiratorie. Ragion per cui avrebbe impedito ai medici di procedere con l'intubazione o con la

tracheotomia.

Si tratta di un intervento unico nel suo genere. Una lotta contro il tempo: appena estratto dalla pancia, alla 37esima settimana di gestazione, il piccolo è stato collegato alla macchina cuore-polmone grazie a una procedura salvavita denominata Exit-to-Ecmo che è stata eseguita all'ospedale San Pietro Fatebenefratelli da un'équipe multidisciplinare, coordinata dagli

specialisti del Bambino Gesù. E ieri, a distanza di 4 mesi dall'intervento, il bambino, che sta bene, è finalmente tornato a casa della famiglia.

**Cla. Sa.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

