



morte più frequenti assieme a infezioni di vario genere.

Attualmente sono stati rivisti i protocolli di condizionamento e le percentuali di mortalità e rigetto si sono abbassate ulteriormente fino ad avere un 98-100% di riuscita per i pazienti di classe I.

Le complicanze più comuni del trapianto sono quelle che permangono della patologia iniziale pre-trapianto, problemi di crescita e sviluppo puberale che possono essere superati se il trapianto viene effettuato prima degli 8 anni, infertilità, insorgenza di tumori (13%).

In genere, la probabilità di riuscita è anche legato alla compatibilità tra ricevente e donatore infatti la percentuale diminuisce al 67% di riuscita se il donatore non è aploidentico, in questo caso potrebbe essere opportuno selezionare le cellule del midollo da trapiantare allontanando le cellule del sistema immunitario del donatore.

Per i pazienti drepanocitici la classificazione non è così facile, esistono infatti due tipi di SCA: variante "not black" meno severa e la variante "black" più grave che influenza anche il risultato del trapianto. Anche per questa patologia si sono raggiunti ottimi risultati anche se rimane più difficile da trattare perché è necessario caratterizzare bene i pazienti prima del trapianto per valutare la presenza di ictus a livello cerebrale e polmonare; è dunque più difficile classificarli ed applicare un protocollo adeguato. In questo caso il trapianto andrebbe fatto il prima possibile per evitare complicanze gravi, anche se intraprendere questa scelta è molto più difficile quando le condizioni di salute sono buone.

GUARDARE CON FIDUCIA AL FUTURO

Tutti i pazienti vengono seguiti in follow-up per un anno, durante il quale fanno una terapia anti-rigetto, antibiotica e anti virale, sospendendo invece la terapia chelante.

Per il futuro c'è ancora da lavorare per rendere il trapianto sempre più sicuro, anche se attualmente le percentuali di rigetto sono molto basse. Ancora c'è da fare per abbassare la mortalità e le complicanze, come la GVHD anche in vista del fatto che il numero dei pazienti sia talassemici che drepanocitici che si sottoporranno in futuro a trapianto è destinato ad aumentare in seguito ai flussi migratori che investono il nostro paese.



RIVALUTAZIONE DELL'INDENNIZZO (LEGGE 210/92)

Dopo la sentenza della Corte Costituzionale del novembre 2011, coloro che sono pagati dal Ministero dell'Economia (le "vecchie" direzioni provinciali del Tesoro) stanno ricevendo dal 2012 l'importo dell'indennizzo totalmente rivalutato.

Invece Regioni e Ausl si stanno muovendo in ordine sparso: ci risulta che in Veneto, Abruzzo e Calabria, ancora stiano corrispondendo gli importi non rivalutati.

Una situazione incredibile.

Anche in relazione agli "arretrati" (cioè alla rivalutazione non percepita in passato) la situazione è articolata: successivamente alla sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo di Strasburgo del 3 settembre 2013, che ha condannato lo Stato Italiano a corrispondere rivalutazione e arretrati, coloro che sono pagati dal Ministero dell'Economia stanno ricevendo in unica soluzione, e contestualmente all'assegno bimestrale, anche gli arretrati: o con l'ultimo bimestre 2013, o col primo 2014, o (i restanti) col secondo bimestre 2014.

Diamo atto che il Ministero della Salute si è molto impegnato nei mesi scorsi in un lavoro che ha comportato l'esame di 9.000 posizioni: qualcuno potrebbe commentare "meglio tardi che mai", ma noi preferiamo guardare il bicchiere mezzo pieno ed esprimiamo soddisfazione.

Certo, in alcuni casi il conteggio è risultato errato, ma non ho dubbi che ogni situazione verrà sistemata.

Invece, per chi è pagato da Regioni e Ausl, per ottenere gli arretrati è ancora necessario rivolgersi al Giudice, pur nella certezza di ottenere una sentenza favorevole.

Trattasi di una discriminazione senza senso: siamo sempre in presenza di beneficiari dell'indennizzo ex lege 210/92, ottenuto per aver contratto una patologia da "sangue infetto"; l'unica cosa che cambia è il periodo in cui è stata presentata la domanda: se prima del 2001, si è rimasti in carico al Ministero, mentre se successivamente, si è rientrati nella competenza di Regioni e Ausl (a parte casi particolari come la Sicilia, in cui tutti sono pagati dal Ministero).

Perché chi è pagato dal Ministero riceve gli arretrati e chi è pagato da Regioni e Ausl no?

Facciamo un doppio appello:

- 1) che si elimini presto questa paradossale discriminazione;
- 2) nelle more, che almeno i tempi di pagamento delle sentenze ottenute da chi riceve l'indennizzo da Regioni e Ausl vengano contenuti entro un anno dalla notifica della sentenza al Ministero.

Noi avvocati possiamo anche evitare di promuovere giudizi di ottemperanza avanti il Tribunale Amministrativo Regionale competente (sistema, peraltro, che è risultato molto efficace), e ciò per non incrementare il contenzioso (come sostengono i dirigenti ministeriali), però il Ministero ci deve garantire che ottempererà alle sentenze definitive entro un anno.

**Avv. Marco Calandrino
del Foro di Bologna**