



RASSEGNA STAMPA

22-09-2017

1. ANSA Cancro al collo utero, test Dna del virus è più efficace del Pap test
2. HEALTH DESK Mesotelioma: oltre all'amianto conta la genetica
3. QUOTIDIANO SANITÀ Nasce la Rete nazionale tumori rari
4. CORRIERE DELLA SERA 55 anni Il segreto della longevità
5. ILSOLE24ORE.COM Edilizia sanitaria e ricerca: en plein della Salute su 15 progetti finanziati dal Mef con 287 milioni
6. QUOTIDIANO SANITÀ Ddl Lorenzin. Arrivano le prime modifiche alla legge sulla responsabilità professionale
7. LA VERITA' Le vittime del talidomide aspettano i risarcimenti da 60 anni
8. GIORNALE Batteri sempre più forti e sempre meno antibiotici
9. AVVENIRE Chikungunya. Lazio, scoperti 6 nuovi casi Lorenzin: avanti con disinfestazioni

<http://www.ansa.it>

Cancro al collo utero, test Dna del virus è più efficace del Pap test

E' utile anche per le donne vaccinate



Lo screening del DNA del virus che causa il cancro del collo uterino è significativamente più efficace degli altri metodi come il Pap test, nell'individuare le cellule pre-cancerose, anche in donne vaccinate contro il virus. E' il risultato di uno studio della divisione di ricerca del Cancer Council of New South Wales, appena pubblicato sulla rivista PLOS Medicine. Il test detto Primary HPV esamina il DNA delle forme del virus del papilloma umano (HPV) che causano la gran maggioranza dei cancri del collo uterino. Differisce dagli altri metodi, come il Pap test e lo screening citologico a base liquida, che rintracciano solo le mutazioni nelle cellule della cervice uterina. Per raccogliere il campione di HPV, la procedura è la stessa del Pap test. I ricercatori hanno studiato i dati di quasi 5000 donne di età fra 25 e 65 anni, in parte vaccinate contro l'HPV. Le donne erano divise in tre gruppi: nel primo le donne si erano sottoposte solo a screening ogni due anni e mezzo con citologia in fase liquida, nel secondo gruppo era stato eseguito il test HPV, seguito da screening citologico, in donne risultate positive a sottotipi virali di alto rischio, e nel terzo gruppo erano stati eseguiti sia test HPV sia un altro tipo di analisi cellulare, ogni cinque anni, in donne ad alto rischio.

E' risultato che lo screening del DNA del virus HPV ha individuato dieci volte più anomalie cervicali di alto rischio usando il test HPV, rispetto alle donne testate solo con screening citologico a base liquida. La responsabile dello studio, Karen Canfell direttrice della divisione di ricerca del Cancer Council, raccomanda aggiornamenti adeguati nei programmi di screening per questo tipo di cancro. (ANSA)

<http://www.healthdesk.it/>

LO STUDIO

Mesotelioma: oltre all'amianto conta la genetica

Identificate mutazioni che predispongono al tumore. Ora è possibile testare farmaci di precisione

Circa il dieci per cento dei pazienti che si ammala di mesotelioma pleurico è portatore di varianti genetiche già noti per aumentare il rischio di sviluppare altri tumori (per esempio i geni BRCA1 e 2 coinvolti nello sviluppo del cancro al seno e all'ovaio).

È quanto emerso da uno studio condotto da ricercatori dell'Università del Piemonte Orientale e [pubblicato sulla rivista Cancer Letters](#).

Il mesotelioma maligno della pleura è un tumore raro e aggressivo il cui principale fattore di rischio è l'esposizione all'amianto: la maggior parte di questi tumori si verifica infatti in persone che sono entrate in contatto con questa sostanza sul posto di lavoro.

L'esposizione all'amianto, però, non sembra una condizione sufficiente a sviluppare la malattia, tanto che solo il 10-17% delle persone esposte ad alti livelli della sostanza sviluppa la malattia. Inoltre, esistono famiglie in cui il mesotelioma della pleura è più frequente rispetto alla popolazione generale.

Ciò, nel tempo, ha indotto a pensare che nello sviluppo della malattia giochi un ruolo importante una predisposizione genetica.

Finora, però, era stato scoperto un solo gene (BAP1) in grado di aumentare il rischio di sviluppare la malattia a seguito dell'esposizione all'amianto.

Lo studio, adesso, sembra completare il quadro. È stato condotto su 93 persone di Casale Monferrato affette da mesotelioma che erano state esposte in passato a fibre di amianto. In questa popolazione si è osservato che circa il 10 per cento presentava un gruppo di mutazioni genetiche già note per favorire altri tumori (nello specifico a carico dei geni PALB2, BRCA1, FANCI, ATM, SLX4, BRCA2, FANCC, FANCF, PMS1 e XPC).

Inoltre, questo piccolo gruppo di persone che aveva queste caratteristiche genetiche si era ammalata nonostante avesse avuto una minore esposizione ai fattori di rischio: ciò, per i ricercatori, indica che la presenza delle mutazioni aumenta la sensibilità all'esposizione alle fibre.

«Era già noto che mutazioni in questi geni causassero un alto rischio di sviluppare una serie di tumori, ma non si sapeva che fossero coinvolte anche nello sviluppo del mesotelioma maligno della pleura», ha commentato Irma Dianzani, ordinario di Patologia generale presso il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università del Piemonte Orientale.

La speranza, ora, è che questi geni possano diventare il bersaglio di nuovi farmaci, come già avvenuto per altri tumori. Per esempio, le pazienti con cancro ovarico, portatrici di mutazioni negli stessi geni coinvolti nella riparazione del DNA, mostrano una peculiare risposta a un certo tipo di farmaci denominati PARP inibitori.

«Il nostro studio, pertanto, potrebbe porre le basi per una medicina di precisione anche per il mesotelioma pleurico», ha aggiunto Dianzani.

Giovedì 21 SETTEMBRE 2017

Nasce la Rete nazionale tumori rari. Obiettivo: migliorare le performance in oncologia con una relazione strutturata di varie istituzioni complementari. L'intesa oggi in Stato-Regioni

L'intesa oggi in Stato-Regioni. La nuova rete sarà Coordinata da Agenas, INT di Milano, Città della Salute di Torino ed Ematologia della Sapienza di Roma. Obiettivo quello di migliorare le performance in oncologia mediante la promozione di una relazione strutturata di varie istituzioni complementari, che rendono disponibili le risorse tecnico professionali e diagnostico-terapeutiche e la condivisione delle migliori conoscenze. I finanziamenti da risorse vincolate ad hoc.
[LO SCHEMA DI INTESA](#)

Nasce, con un'intesa Stato-Regioni formalizzata oggi, la Rete nazionale tumori rari. Obiettivo è migliorare le performance in oncologia mediante la promozione di una relazione strutturata di varie istituzioni complementari, che rendono disponibili le risorse tecnico professionali e diagnostico-terapeutiche e la condivisione delle migliori conoscenze.

La rete consente una organizzazione competitiva rispetto a modelli mono-istituzionali e un miglior accesso dei pazienti a centri specializzati di alta qualità, intercettando la domanda.

La rete favorisce, infatti, sinergie di percorso, condivisione di un'ampia casistica, continuità di cura, fruibilità dell'alta specializzazione, economia di scala e volumi critici di casistica per la complessità.

L'adesione pluristituzionale alla rete e l'individuazione di un unico sistema di coordinamento per la RNTR consentono un più ampio governo dell'appropriatezza e una efficace razionalizzazione degli investimenti. Inoltre, grazie a casistiche di più vasta portata, può facilitare l'adesione a sperimentazioni sia accademiche che sponsorizzate.

Il Coordinamento funzionale della Rete Nazionale di tumori rari sarà presso l'Agenas e ha finalità di promozione, monitoraggio e valutazione e implementazione della piattaforma web prevista nell'allegato tecnico.

Il Coordinamento scientifico-professionale, invece, è assicurato dalla Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori" (INT) di Milano, per quanto riguarda i tumori rari solidi dell'adulto; dalla la Struttura Complessa di Oncoematologia Pediatrica - Presidio Infantile Regina Margherita - A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, che può avvalersi dell'Associazione Italiana Ematologia Oncologia Pediatrica (AIEOP), per quanto riguarda l'oncologia pediatrica; dal Centro di Ematologia della "Sapienza - Università di Roma", Dipartimento di Biotecnologie Cellulari ed Ematologia, operante nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Umberto I, che può avvalersi della Fondazione di ricerca G.I.M.E.M.A. - Gruppo Italiano Malattie Ematologiche dell'Adulto - ONLUS, per quanto riguarda i tumori ematologici.

Il Centro per la prevenzione e controllo delle malattie contribuisce al contrasto alle patologie tumorali e, in particolare, alla promozione della Rete Nazionale dei Tumori rari, prevedendo specifiche aree di intervento all'interno dei propri programmi annuali.

Per quanto riguarda i costi della rete, si farà fronte nei limiti delle risorse vincolate stanziare ad hoc in un'apposita linea progettuale da prevedere nell'Accordo da sancire presso la Conferenza per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2017.

Gli obiettivi specifici della rete sono cinque.

Dare risposta ai bisogni del paziente

Attraverso il modello organizzativo di rete e la sua interazione strutturata con le reti oncologiche regionali è possibile favorire una maggiore capacità di intercettare i bisogni e la domanda nel territorio di riferimento, con l'obiettivo di creare un sistema di accessi diffusi nel territorio nazionale, accreditati dalla rete, in grado di prendere in carico il singolo caso e allocarlo nella sede appropriata in funzione della complessità del bisogno. E' possibile, inoltre, garantire la valutazione multidisciplinare e la programmazione del percorso secondo standard condivisi. Infine, la RNTR è più efficace nell'orientare la "ricerca spontanea" del luogo di cura più appropriato in base alle specifiche expertise.

Potenziare e strutturare le collaborazioni inter-istituzionali

Mediante l'integrazione dei diversi attori istituzionali (SSR, Università, IRCS, volontariato, privato), che agiscono nella rete, si possono prevedere offerte articolate e coerenti rispetto alla domanda, anche per l'alta specializzazione. La rete deve promuovere rapporti strutturati tra istituzioni oncologiche, nell'ottica sia della continuità di cura sia della definizione di percorsi condivisi per la casistica più complessa o che richieda particolari dotazioni con coerente governo della casistica. Le collaborazioni interaziendali condivise attivano specifici meccanismi di remunerazione.

Ottimizzare gli investimenti in alta specializzazione

Il governo unitario della RNTR consente di utilizzare in modo più efficiente gli investimenti che le varie Regioni e lo Stato destinano all'alta specializzazione. L'accesso all'alta specializzazione secondo un governo condiviso della casistica, avviene come „secondo livello“, coinvolgendo le strutture della rete nel triage delle indicazioni e nella telemedicina (secondo le funzioni appresso specificate).

Aumentare la capacità di fornire informazioni al paziente e ai suoi familiari

L'identificazione e l'integrazione di accessi al sistema nel territorio nazionale consente di fornire una informazione più capillare.

Sostegno all'innovazione e alla ricerca

La costituzione della rete intende razionalizzare e potenziare l'accesso ai finanziamenti per la ricerca sia nazionali che internazionali.

55 Il segreto anni della longevità

**È da questa età (fino ai 70)
che bisogna mantenere
uno stile di vita sano
per una vecchiaia serena**

C'è un traguardo importante nella vita ed è quello dei settant'anni: se si arriva sani lì, si vince la gara della longevità, cioè si può andare avanti tranquillamente fino a novanta. Per chi, invece, ha già problemi di salute a quell'età, le probabilità di sopravvivenza si abbassano notevolmente.

Ma come si fa ad arrivare in buona salute a settant'anni?

«Tutto dipende dagli stili di vita che seguiamo soprattutto fra i 55 e i 70 anni — spiega Elio Riboli, direttore della School of Public Health all'Imperial College di Londra e professore di Igiene all'Università Humanitas dell'omonimo istituto a Milano — E cioè da cosa mangiamo, da quanto movimento facciamo e da quanto pesiamo»

Ormai siamo stufo di sentire che una dieta corretta, un'adeguata attività fisica e un giusto indice di massa corporea sono indispensabili per prevenire malattie come i tumori o le patologie cardiovascolari come l'infarto o l'ictus, ma i risultati di uno studio, coordinato da Riboli, di cui parlerà a Venezia in occasione della XIII Conferenza su «The Future of Science», dovrebbe convincerci definitivamente che non c'è altra soluzione.

«Abbiamo osservato nel tempo due gruppi di individui, uomini e donne, di diversi

Paesi europei — continua Riboli —. Le persone del primo seguivano una dieta sana con moderato consumo di alcol, praticavano regolare attività fisica, non erano obese, avevano una pressione del sangue normale e non fumavano. Quelle dell'altro, invece, facevano tutto il contrario».

I risultati sono stati spettacolari: a settant'anni (ma anche oltre) erano vive il 93 per cento delle persone del primo gruppo, e l'esperienza scientifica ci dice che chi mantiene uno stile di vita sano in quella fascia di età ha buone possibilità di andare avanti fino a 90 e oltre. Mentre nel secondo le percentuali di sopravvivenza si riducevano (già nella fascia considerata, cioè fino ai settant'anni) a 65 per cento per gli uomini e a 70 per le donne per colpa di tumori e malattie cardiovascolari.

«Questa differenza di genere — spiega Riboli — sta nel fatto che le donne, anche quando hanno comportamenti scorretti, sono comunque più attente alla salute, mangiano più frutta e verdura, se fumano, sono meno accanite degli uomini e tendono a seguire meglio le cure».

L'età critica, dunque, è fra i 55 e i 70: è lì che si decide il proprio futuro. E non a caso il titolo della Conferenza di Venezia di quest'anno è proprio «The lives to come», e cioè

«Come vivremo». È soltanto negli ultimi anni che i ricercatori si sono resi conto dell'importanza degli stili di vita e, in particolare dell'alimentazione, nella prevenzione delle malattie cardiovascolari, ma soprattutto dei tumori. «Per quanto riguarda il cancro — fa notare Riboli — gli studi sono cominciati all'inizio del Novecento e allora l'attenzione era focalizzata soprattutto sulle sostanze chimiche derivate dalla combustione dei petroli. Poi si sono prese in considerazione le radiazioni (nucleari e raggi ultravioletti) e infine i microrganismi, come il papillomavirus, responsabile del tumore del collo dell'utero».

Tutti questi fattori spiegano, però, soltanto alcuni tipi di tumore come quelli della pelle (sostanze chimiche), certe leucemie (radiazioni), certi melanomi (raggi UV), ma non i più frequenti come quelli del seno, del colon, della prostata. Ecco allora che, negli anni Ottanta, si è cominciato a pensare alla dieta come a un importante fattore di rischio.

«Gli alimenti non sono cancerogeni in sé — conclude Riboli —, ma favoriscono lo sviluppo dei tumori in quanto interferiscono con il metabolismo delle cellule». E se la macchina cellulare non funziona come dovrebbe, ecco che si può innescare l'anomalia che dà origine alla malattia.

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità24

Il Sole 24 ORE

[Home](#) [Analisi](#) [Sanità risponde](#) [Scadenze fiscali](#) [Sanità in borsa](#)

21 set 2017

SEGNALIBRO ☆

FACEBOOK f

TWITTER t

DAL GOVERNO

Edilizia sanitaria e ricerca: en plein della Salute su 15 progetti finanziati dal Mef con 287 milioni

di Barbara Gobbi

[Gli interventi finanziati](#)

Quindici progetti di edilizia sanitaria e ricerca, finanziati con 287 milioni dal Mef. Li ha presentati la ministra della Salute Beatrice Lorenzin, insieme ai Dg Programmazione e Ricerca, Andrea Urbani e Giovanni Leonardi. Le risorse, autorizzate nell'ambito del Fondo per il finanziamento degli investimenti e lo sviluppo infrastrutturale del Paese, previsto dalla legge di Bilancio 2017 (articolo 1, comma 140), sono una fetta del "tesoretto" messo a disposizione dall'ultima manovra a partire dall'anno in corso. Per la precisione, 1,9 miliardi nel 2017; 3,15 mld nel 2018; 3,5 mld nel 2019 e 3 miliardi di euro per ciascuno degli anni dal 2020 al 2032.



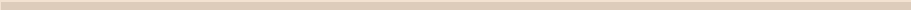
«Il Mef – spiega Lorenzin – ha valutato positivamente tutte le proposte che abbiamo inoltrato. Sono progetti importanti, che riflettono la nostra scelta di sistematizzare gli interventi, sia sotto il profilo della messa in sicurezza e dell'ammodernamento degli ospedali, sia nell'ottica di una ricerca sanitaria che valorizzi la rete e premi il lavoro di squadra degli Irccs, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico che sono il fiore all'occhiello della R&S pubblica».

I fondi per l'edilizia sanitaria. All'edilizia sanitaria va la fetta più grossa: oltre 264 milioni, destinati a interventi di ampliamento, riqualificazione, adeguamento e messa a norma di cinque ospedali. Con l'obiettivo di perseguire l'efficienza, l'efficacia e l'economicità gestionale delle prestazioni sanitarie, ma anche di garantire sicurezza e agibilità delle strutture. Quattro dei cinque ospedali destinatari degli interventi sono nel Lazio: il "Grassi" di Ostia (55 milioni), l'Ospedale dei Castelli di Roma (24,5 mln), il "San Camillo De Lellis" di Rieti (76,5 mln), il "SS Trinità" di Sora (17 mln). L'ultimo centro, che si aggiudica 91 milioni, è il Centro Neurolesi Bonino Pulejo, sede di Irccs, a Messina. Il pacchetto di interventi appena autorizzato dal Mef rientra in una strategia più ampia, condotta negli ultimi mesi dalla Programmazione del ministero della Salute. «Abbiamo lanciato una ricognizione in tutte le Regioni – spiega il Dg Andrea Urbani – per valutare le priorità di adeguamento antisismico e i miglioramenti strutturali necessari. La mappatura sarà completa entro un mese e ci consentirà d'ora in poi di indirizzare al meglio gli interventi: i fondi Inail, quelli ex articolo 20, i Fondi per lo sviluppo distribuiti oggi. Cambia la logica seguita fino a oggi: d'ora in poi sarà possibile condurre interventi coerenti in un'ottica di sicurezza ed efficienza. Ma anche di risparmio: le strutture ospedaliere nuove ci costano il 40% delle strutture vecchie».

I fondi per la ricerca. Non solo edilizia: alla ricerca vanno 23 milioni, spalmati su dieci progetti. Dall'autismo alle malattie infettive, dai biomarcatori delle malattie infettive allo studio di fattibilità per la diagnosi genomica congiunta di rischio genetico e di sensibilità ai nuovi farmaci nelle neoplasie del seno, ovaio e colon, progetto di Alleanza contro il cancro che fa seguito a quello annunciato all'inizio dell'estate. «Abbiamo valorizzato la logica di rete e i big data», spiega il Dg Ricerca e Innovazione del ministero, Leonardi. «La logica che abbiamo seguito – aggiunge – è quella della specializzazione intelligente, della medicina di precisione che poi è un filone della Programmazione nazionale della ricerca».

«Non sono progetti a compartimenti stagno – conclude Lorenzin -: abbiamo presentato al Mef le richieste di finanziamento nel quadro di un disegno complessivo, che consentirà di sviluppare cluster di ricerca e di valorizzare filoni decisivi, come quello delle malattie neurodegenerative e del neurosviluppo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giovedì 21 SETTEMBRE 2017

Ddl Lorenzin. Arrivano le prime modifiche alla legge sulla responsabilità professionale: novità su azione di rivalsa e attività in regime libero professionale. Approvato emendamento Gelli

Via libera in XII Commissione all'emendamento che, da una parte chiarisce definitivamente come per l'azione di rivalsa il Legislatore non abbia voluto intendere che il reddito degli esercenti la professione sanitaria debba essere moltiplicato per il triplo. Quanto al Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, questo dovrà anche agevolare l'accesso alla copertura assicurativa da parte dei libero professionisti. Abrogati i riferimenti alla Balduzzi per le tabelle risarcitorie. [IL TESTO](#)

Novità sulla legge per la responsabilità professionale. Approvato ieri in Commissione Affari Sociali, l'emendamento a prima firma Federico Gelli (Pd) modifica l'articolo 9 sull'azione di rivalsa e introduce all'articolo 14, che istituisce il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità professionale, due nuovi commi.

Per quanto riguarda l'azione di rivalsa, al comma 5 dell'articolo 9 le parole: "pari al valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo" sono sostituite dalle seguenti: "pari al triplo del valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo".

Mentre al comma 6 le parole: "pari al valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo, moltiplicato per il triplo" sono sostituite dalle seguenti: "pari al triplo del valore maggiore del reddito professionale, ivi compresa la retribuzione lorda, conseguito nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno, immediatamente precedente o successivo".

Dunque, come già anticipato dal relatore nel corso del dibattito alla Camera prima dell'approvazione definitiva della legge lo scorso 28 febbraio, si va definitivamente a chiarire come per l'azione di rivalsa il Legislatore non abbia voluto intendere che il reddito debba essere moltiplicato per il triplo. Perché questo avrebbe significato, di fatto, non porre alcun limite.

Passando poi all'articolo 14, vengono introdotti i commi aggiuntivi 7-bis e 7-ter. Il Fondo di garanzia per i danni derivanti da responsabilità sanitaria, si spiega, dovrà assolvere anche alla funzione di agevolare l'accesso alla copertura assicurativa da parte degli esercenti le professioni sanitarie che svolgono la propria attività in regime libero-professionale. Ricordiamo infatti che, mentre i medici dipendenti dovranno assicurarsi solo per l'azione di rivalsa, quelli che svolgono la loro attività in regime libero professionale si dovranno assicurare anche per colpa grave con un ulteriore aggravio di spesa a loro carico.

Infine, vengono abrogati i richiami alla legge Balduzzi sulle tabelle risarcitorie per il danno biologico, essendo entrate in vigore le nuove tabelle con la legge sulla concorrenza recentemente approvata dal Parlamento.

G.R.

BEFFA DEL MINISTRO

Le vittime
del talidomide
aspettano
i risarcimenti
da 60 anni

EMANUELA MEUCCI
a pagina 13

Le vittime di un farmaco stanno aspettando un indennizzo da 60 anni

Il talidomide, somministrato alle donne incinte, causò aborti e gravi malformazioni. Nel 2016 approvata la legge per i risarcimenti. Manca però il regolamento attuativo

*Nel 2009 il Parlamento
aveva già
riconosciuto
un vitalizio,
ma solo ai nati
tra il 1959 e il 1965
Un atto ingiusto
che escludeva gli altri*

*Sull'ultima norma
pende un ricorso
alla Consulta:
le nuove indennità
non avranno diritto
al pregresso
I danneggiati:
«Odissea senza fine»*

di EMANUELA MEUCCI

■ Almeno 10.000 vittime nel mondo, circa 500 solo in Italia. Senza contare le migliaia di aborti spontanei, i bambini nati morti e i casi ancora non diagnosticati. Sono questi i numeri del talidomide, il farmaco contro la nausea prescritto alle donne in gravidanza negli anni Cinquanta e Sessanta, ritirato nel nostro Paese nel 1962 (sei mesi dopo il resto d'Europa) ma circolato ancora per anni. Gli effetti collaterali colpivano il feto e provocavano gravi malformazioni, soprattutto la focomelia (la riduzione della lunghezza delle ossa degli arti) e l'amelia (la mancanza degli arti, soprattutto quelli superiori).

Per lungo tempo le vittime sono state abbandonate:

hanno dovuto aspettare il 2012 per ottenere le scuse ufficiali della casa farmaceutica che ha messo in commercio la molecola, la Grünenthal, e solo nel 2009 il Parlamento italiano ha approvato una legge che riconosce un indennizzo sotto forma di vitalizio agli ex bambini rimasti menomati. La norma però prevedeva che soltanto i nati fra il 1959 e il 1965 potessero ricevere un risarcimento dallo Stato: tutti gli altri erano esclusi. Un'ingiustizia, tanto che nel 2016 il Parlamento ha deciso di porre rimedio e ha approvato la legge 160/2016, entrata in vigore lo scorso agosto, che concede i risarcimenti a chiunque sia stato vittima del talidomide, a prescindere dall'anno di nascita. Iniziativa lodevole, cattivi risultati: 13 mesi dopo,

la legge esiste sulla carta ma non viene applicata. Tutto per colpa della burocrazia.

Il ministero della Salute dovrebbe emanare un regolamento per rendere esecutiva la riforma. In teoria sarebbe dovuto essere pronto entro sei mesi. In pratica, dopo più di un anno, il dicastero guidato da Beatrice Lorenzin non ha ancora portato a termine il processo. E i malati non possono fare altro che



aspettare. Ad agosto, un anno dopo l'approvazione delle Camere, finalmente il regolamento è arrivato al Consiglio di Stato, che ha dato l'approvazione ma ha chiesto di apportare modifiche a causa di alcuni errori tecnici. Il regolamento deve essere ancora corretto, poi dovrà passare dalla Ragioneria di Stato, dalla presidenza del Consiglio dei ministri ed essere pubblicato nella Gazzetta ufficiale.

Fra i tanti che aspettano di avere giustizia c'è **Cosimo Maturo**, classe 1968, di Torricella, in provincia di Taranto. «Sono nato senza il braccio sinistro, il destro è un moncherino e ho un grave problema al cuore: solo un trapianto potrebbe salvarmi. All'inizio mia madre non aveva capito perché ero malato, ma dopo anni, quando si è iniziato a parlare del talidomide, si è ricordata che le era stata somministrata in gravidanza. La mia è stata una vita difficilissima. A 47 anni ho vinto un concorso all'Asl, ma prima sono stato sempre disoccupato. La gente, quando passavo per strada, si faceva il segno della croce. Se una ragazza si interessava a me, i genitori la fermavano perché non volevano che sposasse un uomo senza un braccio. Anche se non è stata colpa sua, mia madre si sente ancora responsabile di quello che mi è successo: tante volte ho pensato al suicidio. Prima ci hanno impedito di chiedere un risarcimento mettendo dei paletti temporali sbagliati, adesso li hanno aboliti ma ci lasciano nel limbo». A fare

rabia è soprattutto l'attesa senza fine: «Per noi perdono tempo, mentre per le banche si sono mossi in un lampo. Accumuliamo delusioni su delusioni, e mentre loro aspettano noi stiamo morendo. Se i loro figli fossero nelle nostre condizioni, si comporterebbero così?». Contattato dalla *Verità*, il ministero non ha risposto.

Critico anche l'onorevole **Carlo Giovanardi** di Idea, che si è molto speso per la legge: «Con il governo Berlusconi, siamo stati i primi a riconoscere un risarcimento alle vittime del talidomide. Quando mi sono accorto che delle persone erano rimaste tagliate fuori, ho portato avanti la battaglia per la riforma. Aiutarle è un obbligo morale: in un Paese con migliaia di falsi invalidi è assurdo questionare su chi ha diritto e chi no all'assegno per un mese in più o un mese in meno. Spero che i problemi burocratici si risolvano in fretta».

Una lentezza che esaspera soprattutto se si pensa che la legge è stata approvata con il sostegno di tutti i partiti, come ricorda **Argentina Romanelli**, presidente dell'associazione Farfalle senza le ali, che ne ha seguito il percorso fin dall'inizio e ora sta lavorando affinché il regolamento venga approvato il più presto possibile: «Aspettiamo per i tempi lunghi della burocrazia, ma il Parlamento è stato sensibilissimo. La legge ha avuto l'appoggio di politici di tutti gli schieramenti, da **Carlo Giovanardi** a **Francesco Boccia**, **Franco Cardillo**

e al sottosegretario **Cosimo Maria Ferri**. Anche il Consiglio di Stato ha mostrato una grande sensibilità, e il ministero sta lavorando senza sosta per farci avere giustizia. Sono fiduciosa: penso che la situazione si sbloccherà presto, entro la fine di ottobre. Mi hanno anche assicurato che sarà possibile chiedere l'indennizzo dalla data di entrata in vigore della legge, e quindi nessuno perderà niente per le lungaggini burocratiche».

Intanto, è già caduta un'altra tegola sulla legge: è stato depositato un ricorso alla Corte costituzionale. Secondo la riforma, infatti, i nuovi indennizzi potranno essere chiesti solo a partire dal 2016, mentre gli anni precedenti andranno persi. Una disparità di trattamento che potrebbe violare l'articolo 3 della Costituzione perché «nel momento in cui tali soggetti vengono ragguagliati e unificati dal punto di vista del beneficio loro spettante, non vi è alcuna ragione che, da un punto di vista prettamente giuridico, giustifichi, in termini economici, la disparità di trattamento riservata ai nati nel 1958 o nel 1966 che, diversamente dai nati tra il 1959 ed il 1962, possono ottenere l'indennizzo solo dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto legge numero 113/2016. (...) Il legislatore ha tutelato giuridicamente due situazioni identiche nei loro presupposti di fatto, creando tra le stesse un divario così ampio da risultare ingiustificato e irrazionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ALLARME DELL'ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ

Batteri sempre più forti e sempre meno antibiotici

*L'Oms: presto potremo rischiare la vita per malattie
un tempo curabili. E intanto la tubercolosi dilaga*

Pier Francesco Borgia

Roma Il peggiore incubo di chi ha come compito quello di prevenire e curare ha un nome ben preciso: «Resistenza agli antibiotici». Tanto che l'Organizzazione mondiale della sanità ha lanciato un allarme planetario che così può essere sintetizzato: «Gli antibiotici in circolazione hanno scarsa efficacia e non si riesce a produrne di nuovi e più efficaci perché i batteri si stanno evolvendo, diventando sempre più forti».

Negli ultimi lustri - questo il monito dell'Organizzazione mondiale della sanità, sintetizzato in uno studio dedicato proprio alla linee guida per i nuovi antibiotici - si è fatto un uso proditorio degli antibiotici. Diciamo che i medici hanno concesso troppo spazio a questo tipo di profilassi. Con il risultato che i «pazienti» hanno progressivamente abbassato la soglia della propria capacità di resistenza ai batteri. «L'aumento della resistenza antimicrobica - si legge nel rapporto - e il numero limitato di nuovi farmaci potrebbero favorire la diffusione di gravi malattie. Su cinquantun molecole in sperimentazione, infatti, solo otto offrono soluzioni per il contrasto ai batteri che non rispondono alle terapie esistenti».

E chi vede nero, in questo caso, è proprio il direttore ge-

nerale dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus. Lo scienziato eritreo nella prefazione al rapporto usa termini inequivocabili. «La resistenza antimicrobica - scrive - è un'emergenza sanitaria globale. Un fattore, questo, che pregiudicherà in maniera consistente i progressi della medicina moderna». Ci sono infezioni, tra cui anche la tubercolosi, spiega il medico africano, che sono sempre più forti e contro le quali bisogna agire mettendo a disposizioni maggiori investimenti per la ricerca farmaceutica. «Altrimenti - questo il punto più duro da digerire della sua prefazione - saremo costretti a ritornare a un momento in cui le persone temevano infezioni comuni e rischiavano la vita anche per interventi di chirurgia minore».

Entrando nel cuore della relazione, i ricercatori dell'Oms hanno censito dodici classi di «patogeni prioritari» (alcuni dei quali capaci di causare infezioni comuni come la polmonite e le più classiche infezioni delle vie urinarie) che si stanno mostrando sempre più resistenti agli antibiotici in circolazione. E per combattere i quali, quindi, si dimostrano necessari e urgenti nuovi trattamenti. Per fare soltanto un esempio, la tubercolosi (nella lista dei «patogeni prioritari») uccide ogni anno 250mila per-

sone in tutto il mondo. «La ricerca soffre di una grave carenza di fondi - lamenta Mario Raviglione, responsabile del Programma Oms per la lotta alla tubercolosi -. Da settant'anni a questa parte, infatti, sono stati messi sul mercato solo due nuovi antibiotici contro la tubercolosi». Secondo le stime di Raviglione servono 800 milioni di dollari l'anno per finanziare la ricerca su nuovi farmaci. «Le aziende farmaceutiche e i ricercatori - gli fa eco l'australiana Suzanne Hill, che presso l'Oms dirige il reparto di Medicinali essenziali - devono concentrarsi urgentemente sui nuovi antibiotici contro alcuni tipi di infezioni estremamente gravi, capaci di uccidere i pazienti in pochi giorni, perché non c'è alcuna linea di difesa».

I nuovi farmaci comunque non bastano. L'Organizzazione mondiale della sanità sta anche sviluppando un programma di linee guida sull'uso più corretto e meno estensivo degli antibiotici stessi, sia per le persone che per gli animali da allevamento.



Chikungunya. Lazio, scoperti 6 nuovi casi Lorenzin: avanti con disinfestazioni

Il ministro della Salute: «A Roma esiste un problema igiene»

**Tre persone coinvolte
abitano ad Anzio,
le altre tre nella Capitale.
Il ministero precisa: non c'è
alcun allarme sangue**

MILANO

«**A**d oggi al Servizio Regionale di Sorveglianza Malattie Infettive sono pervenute un totale di 92 notifiche di casi di chikungunya. Dunque 6 casi in più rispetto all'ultima rilevazione effettuata. Di questi 6 nuovi casi, 3 sono residenti o hanno riportato un soggiorno nel Comune di Anzio nei 15 giorni precedenti l'esordio dei sintomi». A darne notizia ieri sera è stata la Regione Lazio, spiegando in una nota che «i restanti 3 nuovi casi sono residenti nel Comune di Roma e non hanno collegamenti con Anzio». Da qui l'appello a continuare la disinfestazione nella città di Roma, dopo i casi verificatisi nei giorni scorsi di chikungunya. Quanto alle voci di emergenza, occorre ribadire che «non c'è alcun allarme sangue». Lo ha affermato il ministro della Salute, **Beatrice Lorenzin**, nel giorno in cui la Regione Lazio è intervenuta per precisare che «non vi è in atto alcuna interruzione delle attività operatorie nelle strutture ospedaliere» del territorio.

Una settimana dopo il blocco delle donazioni di sangue per i residenti della Asl Rm2, proprio a seguito di alcuni casi di febbre tropicale, il Centro regionale sangue del Lazio ha ricevuto «in compensazione 1.531

sacche dalle altre Regioni».

Il ministro **Lorenzin**, intanto, è tornata sulla situazione sanitaria nella Capitale. «Non si può negare – ha detto – che esista un problema di igiene. Topi, blatte, zanzare, gabbiani, cinghiali in città sono un problema che va affrontato. Direi che manca la programmazione».

I casi accertati dal Seresmi (Servizio Regionale di Sorveglianza Malattie Infettive) sono fermi a 64. Di questi, 54 sono quelli che riguardano persone con residenza ad Anzio o che hanno soggiornato nei 15 giorni precedenti ad Anzio, 7 casi sono a Roma e 3 casi sono a Latina.

La crescente diffusione del virus però ha messo in allerta anche l'Organizzazione mondiale della sanità, che non esclude che nei prossimi giorni possano verificarsi ulteriori casi nel nostro Paese. La zanzara tigre, infatti, scrivono gli esperti sul sito dell'Organizzazione, «è ormai stanziale nel bacino del Mediterraneo, ha dimostrato la capacità di sostenere focolai di chikungunya in passato, e l'area in cui si sono verificati i casi è densamente popolata e turistica, soprattutto nei mesi estivi». Ecco dunque che ai viaggiatori che scelgono di visitare la Penisola è consigliato un abbigliamento corretto e l'uso di repellenti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

