



## Rassegna Stampa 12 giugno 2023

A cura della dott.ssa Maria Grazia Elfio

Ufficio Stampa e Comunicazione

[ufficiostampa@villasofia.it](mailto:ufficiostampa@villasofia.it)

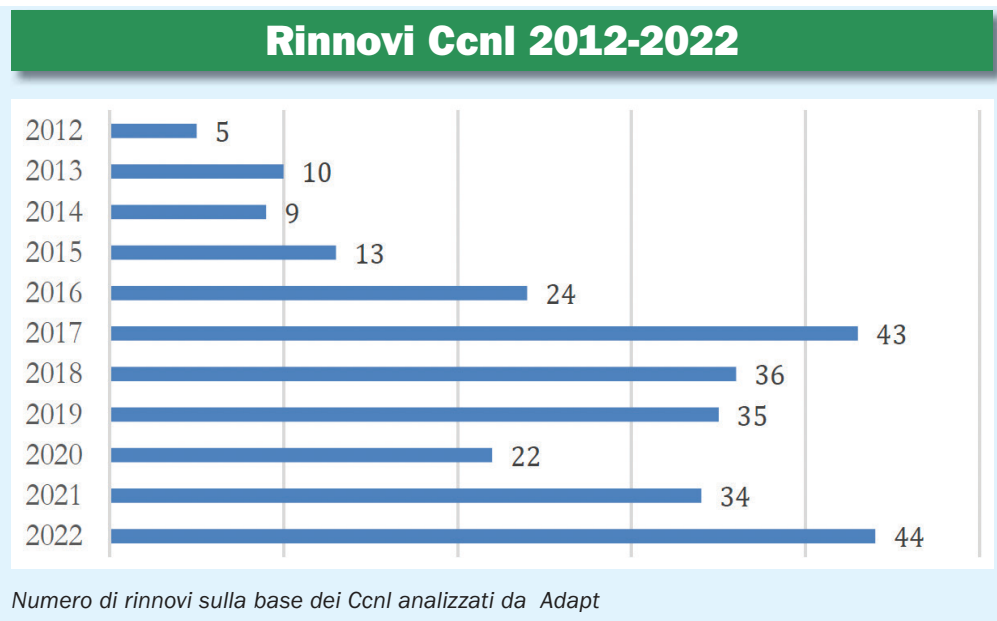
Idati nel report Adapt. Sono 9.306 i contratti integrativi aziendali attivi, il 60% nei servizi

# La contrattazione non si ferma

## Nel 2022 numeri record per rinnovi e accordi di 2° livello

Pagina a cura  
DI ANTONIO LONGO

La contrattazione collettiva non lascia, anzi raddoppia. Ancora di più per quanto riguarda gli accordi di secondo livello, stipulati sul territorio. Nel corso del 2022, infatti, sono stati sottoscritti 44 rinnovi di contratti collettivi nazionali di lavoro di categoria dalle federazioni di settore di Cgil, Cisl e Uil con le rispettive controparti datoriali, numero ben superiore ai 22 rinnovi del 2020 e ai 34 del 2021. Inoltre, l'anno scorso sono stati sottoscritti 434 accordi di secondo livello, il numero più alto di intese raggiunte nel decennio. A rilevarlo è la nona edizione del rapporto di Adapt sulla contrattazione collettiva in Italia, dal quale emerge che numerosi sono i settori coinvolti dai rinnovi, fra i quali spiccano quello delle attività manifatturiere e quello dei trasporti. Sul piano dei trattamenti economici, nel report si evidenzia il tentativo delle parti di limitare gli effetti dei periodi di vacanza contrattuale che nel 2022 si sono prolungati a causa delle nuove emergenze legate al difficile reperimento di materie prime nei vari settori e a un andamento della spirale inflazionistica difficile da prevedere. In molti casi sono state fissate specifiche quote a tantum a copertura di tali fasi di carenza contrattuale, per fornire una prima risposta sul piano economico ai lavoratori. In molti casi, le parti sociali hanno tentato di individuare specifici meccanismi di adeguamento ex post, volti ad adattare efficacemente le retribuzioni a un andamento inflattivo futuro non prevedibile al momento delle trattative. Gli analisti rilevano, altresì, che continua il processo di arricchimento del trattamento economico complessivo che ingloba tutte le voci contrattuali con ricaduta economica, comprese alcune forme di welfare. Appaiono di particolare rilievo le numerose previsioni volte a promuovere lo sviluppo dei fondi di previdenza e assistenza sanitaria integrativa, nonché l'erogazione di specifiche quote di beni e servizi di welfare aziendale, anche al fine di sostenere il potere d'acquisto dei lavoratori. Nel report si evidenziano i rinvii alla contrattazione decentrata in merito alle politiche di welfare aziendale o a questioni normative, affidando alla contrattazione di secondo livello, fra gli altri, il compito di individuare le località e i periodi di riferimento per le assunzioni stagionali, nonché nelle nu-



merose discipline contrattuali in materia di lavoro agile. In materia di contratti aziendali, il report analizza i 434 accordi sottoscritti nel 2022, il numero più alto di intese raccolte negli ultimi dieci anni. Emerge un grado di sviluppo della contrattazione aziendale particolarmente eterogeneo, quasi un quarto degli accordi è stato negoziato da aziende afferenti al settore metalmeccanico. Risultano ampiamente rappresentati anche il settore del credito e delle assicurazioni, quello delle telecomunicazioni, quello dell'industria elettrica. I settori meno rappresentati sono quelli della concia e della somministrazione di lavoro. Circa la metà degli accordi ha copertura multi-territoriale, ossia è applicabile in realtà produttive presenti su più regioni in diverse macro-aree del paese oppure sull'intero territorio nazionale. Tra gli accordi riferibili ad un'unica area del paese, la maggioranza si applica ad aziende localizzate nel Nord Italia. La quasi totalità degli accordi aziendali afferisce alla macroarea del welfare aziendale o della retribuzione di produttività, numerosi accordi introducono un premio di risultato, annuale, infrannuale o ultrannuale, legato all'incrementalità di determinati parametri, collettivi e individuali. Accanto ai "classici" indicatori di produttività e redditività, le parti sempre più tendono ad affiancare a tali criteri tradizionali altri legati ad elementi di innovazione, efficienza e sostenibilità. La maggioranza degli accordi prevede, inoltre, la possibilità di convertire tutto o una parte del premio in beni e servizi di welfare aziendale (c.d. "welfareizzazione del premio di risultato"). Proprio sul tema del welfare, si registra la diffu-

sione del welfare organizzativo, ossia l'insieme di misure volte a favorire una migliore conciliazione tra i tempi di vita e di lavoro. Oltre a quinto degli accordi aziendali contengono clausole contrattuali che hanno ad oggetto la materia della formazione.

**In aumento i contratti integrativi depositati dalle imprese.** Alla data del 15 maggio scorso, sono 9.306 i contratti integrativi aziendali depositati attivi, il 60% nel settore dei servizi, il 39% dell'industria e l'1% dell'agricoltura. È quanto emerge dai dati pubblicati dal ministero del lavoro e delle politiche sociali secondo cui, su base nazionale, da maggio 2022 a oggi sono aumentati del 14,36% i contratti integrativi (a maggio dello scorso anno erano 8137). Cresce, inoltre, l'attrattività dei contratti integrativi per le imprese del Sud. Il report sull'andamento dei premi di produttività, ricavato dalla procedura per il deposito telematico dei contratti aziendali e territoriali del ministero, mostra, infatti, un incremento percentuale dal 6 all'11% degli accordi siglati da realtà nel Mezzogiorno rispetto al totale nell'ultimo mese. In dettaglio, il valore annuo medio del premio è pari a 1.546,86 euro per quasi tre milioni di beneficiari (2.982.732 lavoratori). A seguito della pubblicazione del decreto interministeriale 25 marzo 2016, relativo alla detassazione delle agevolazioni fiscali, sono stati depositati complessivamente 82.232 contratti. Dei 9.306 depositi di conformità relativi a contratti tuttora attivi, 8.429 sono riferiti a contratti aziendali e 877 a contratti territoriali. Inoltre, 7.260 si propongono di raggiungere obiettivi di produttività, 5.489 di reddi-tività,

4.834 di qualità, mentre 1.052 prevedono un piano di partecipazione e 5.564 misure di welfare aziendale. Prendendo in considerazione la distribuzione geo-grafica delle aziende che hanno depositato gli 82.232 contratti, il 74% è concentrato al Nord, il 17% al Centro, il 9% al Sud. Sul fronte della dimensione aziendale, il 50% ha un numero di dipendenti inferiore a 50, il 35% ha un numero di dipendenti maggiore o uguale a 100 e il 15% ha un numero di dipendenti compreso fra 50 e 99.

**Giusta retribuzione e salario minimo.** Le previsioni sia della contrattazione di primo livello che di quella di secondo livello si innestano nell'ambito del confronto in materia di giusta retribuzione e salario minimo, al centro delle audizioni presso la commissione lavoro della camera dei deputati nell'ambito dell'esame delle proposte di legge recanti disposizioni in materia. In tale sede, nelle scorse settimane Assosistema Confindustria ha sottolineato che la vera garanzia del salario è da ricercare nella contrattazione collettiva che in Italia ha un grado di diffusione superiore all'80% dei settori coperti. «Introdurre un salario minimo servirebbe solo a creare una concorrenza tra legge e autonomia negoziale e ad incentivare la fuga dalla contrattazione collettiva verso una regolamentazione tra privati» ha evidenziato il direttore generale Matteo Nevi, «non dobbiamo svuotare i contratti collettivi dei loro contenuti ma anzi, come dispone la direttiva europea, dobbiamo incentivare il ricorso alla contrattazione. È impossibile pensare ad un salario minimo e ad una giusta retribuzione se non si trova una

soluzione compiuta e in tempi brevi sulla misurazione della rappresentanza delle organizzazioni sindacali e datoriali nonché dei perimetri contrattuali a cui si applicano i contratti, ancora oggi in discussione al Cnel. Il trattamento economico minimo previsto nei contratti è la prima risposta al salario minimo e c'è da anni, non bisogna inventarsi nulla. Dobbiamo evitare che interventi generalistici, come quello del salario minimo, generino effetti distorsivi all'interno delle relazioni industriali che sono da sempre un elemento fondante dell'esercizio dell'autonomia negoziale del nostro paese e che dobbiamo custodire perché segno di un percorso democratico sancito chiaramente anche dalla nostra Costituzione».

Sulla medesima lunghezza d'onda si pone la posizione di Confprofessioni. «Il salario minimo legale non risolve le problematiche connesse alle dinamiche reddituali e non incide sul fenomeno del working poors, quindi è meglio potenziare il sistema della contrattazione collettiva che già regolamenta le dinamiche salariali, nelle quali le misure di welfare riconosciute ai lavoratori hanno un peso economico e sociale molto rilevante» rileva il presidente Gaetano Stella, «la stessa direttiva europea non impone alcun obbligo agli stati membri di introdurre una soglia retributiva minima per legge laddove le dinamiche salariali siano garantite dai contratti collettivi, come già avviene nel settore degli studi professionali. Negli ultimi anni, l'opera delle parti sociali è stata fondamentale per diffondere tutele e diritti ulteriori a una vasta platea di lavoratori che operano negli studi professionali. La conoscenza delle dinamiche del comparto e la duttilità dello strumento contrattuale hanno permesso una regolazione inclusiva e innovativa dei rapporti di lavoro, delle retribuzioni e delle prestazioni di welfare a beneficio di tutti i lavoratori degli studi». Davanti alla commissione lavoro, la confederazione è intervenuta anche sul tema del taglio del cuneo fiscale e contributivo per favorire la crescita dei salari. «La direzione è giusta» aggiunge il presidente di Confprofessioni, «ma deve essere accompagnata anche dalla detassazione degli incrementi retributivi concordati tra le parti sociali in occasione dei rinnovi dei contratti collettivi di lavoro, proprio per adeguare i redditi dei lavoratori all'andamento dell'inflazione».

# La sfida di Saied a Meloni “Non riprendiamo i migranti”

*Missione Ue dal presidente tunisino: la premier, von der Leyen e Rutte con 100 milioni di euro (e una seconda tranche da 150) Ma il leader li gela: “No alle condizioni del Fmi e non ospiterò i clandestini”. Gli europei accettano di tenere lontani i media*

DAL NOSTRO INVIATO TOMMASO CIRIACO

**TUNISI - A queste latitudini Giorgia Meloni gode di una certa popolarità. Ne parlano i tassisti, sanno della visita anche le guardie che presidiano la capitale: «Italiani, ci avete portato un po' di soldi?». Il problema è che la missione europea della premier, al fianco di Ursula von der Leyen e del premier olandese Mark Rutte, si conclude lanciando un segnale politico, senza però una svolta decisiva. Certo, Bruxelles si produce in un gesto di buona volontà, accettando l'idea di erogare un contributo di liquidità che potrà arrivare fino a 150 milioni di euro (senza particolari garanzie, di fatto a fondo perduto). L'Ue garantisce inoltre 100 milioni per la gestione dei flussi migratori, dando un po' di respiro alle magre casse tunisine. Ma non riesce a sciogliere il nodo che blocca il prestito di 1,9 miliardi di dollari del Fondo monetario internazionale alla Tunisia: se in cambio il presidente Saied non accetta un piano di riforme, lascia intendere von der Leyen, Bruxelles non potrà stanziare i 900 milioni aggiuntivi promessi a Tunisi.**

Tutto è complicato dall'atteggiamento di Saied. Allergico a concessioni sul fronte dei diritti umani, ostile a firmare impegni per riformare il Paese. Tanto che dopo il ritorno a casa degli europei afferma: «Non accettiamo condizioni o diktat, l'Fmi deve rivedere le sue ricette dopodiché si potrà arrivare a una soluzione». Con questo approccio, al Fondo – e in particolare Washington – non sono disposti a soccorrere Tunisi. Né può quindi bastare la mossa degli europei, voluta dalla premier, che dovrebbe culminare nella firma di un memorandum d'intesa tra Bruxelles e Tunisia.

E dire che Meloni, von der Leyen e Rutte accettano un format che ha (fortunatamente) pochi precedenti nelle visite istituzionali. Saied non vede di buon occhio i giornalisti. L'ultima volta, 5 giorni fa, Meloni aveva cancellato l'incontro con i cronisti in ambasciata, preferendo registrare un video messaggio camuffato da dichiarazione alla stampa, con tanto di leggio e microfono spento. Stavolta va pure peggio, anche se a dire il vero alla vigilia Palazzo Chigi anticipa quello che sarebbe poi successo. Su spinta dei tunisini, i tre ospiti parlano da un podio e senza giornalisti, tenuti lontano dal palazzo. E una missione così importante viene condensata in un comunicato congiunto e neutri video messaggi, senza domande. Di norma, non accade neanche nelle missioni in Paesi dal basso o nullo tasso di democrazia, dove viene comunque consentito un contatto tra i leader occidentali e la stampa al seguito.

Saied, d'altra parte, risponde alle attenzioni europee - e di Meloni in particolare – con un atteggiamento poco incline al compromesso. «La Tunisia non è un'equazione matematica». Come a dire: non cederemo alle tabelle del Fmi. Ma fa anche di più. A poche ore dall'arrivo dei tre leader, visita il governatorato di Sfax, città da cui partono i migranti subsahariani, e riduce le speranze italiane e continentali sui rimpatri: «Non facciamo da guardie di frontiera per altri Paesi». Dopo il vertice rincara la dose: «Alcuni sostengono segretamente di ospitare in Tunisia migranti in cambio di denaro, ma è un'idea disumana e inaccettabile».

Difficile, con queste premesse, prevedere un risultato positivo in tempi brevi. Meloni cerca di mettere fretta all'interlocutore (e a Bruxelles) chiedendo che la firma del memorandum fondato su “cinque pilastri” si realizzi entro il Consiglio europeo del 29-30 giugno: «Abbiamo una importante finestra di opportunità». Von der Leyen non nega la bontà dell'intenzione, ma ricorda che per andare oltre i 150 milioni che «potrebbero» essere concessi «subito» a Saied, servirà prima un patto tra la Tunisia e il Fondo, anche se Roma vorrebbe tenere separati i piani: «Non appena sarà trovato un accordo» con l'Fmi, sostiene la presidente della Commissione, «siamo pronti a mobilitare oltre 900 milioni». Denaro che comunque non sarà disponibile prima del 2024. Quanto ai 100 milioni stanziati per il dossier migratorio, 60 serviranno al controllo delle frontiere.

Resta il problema politicamente scivoloso dei rimpatri, soprattutto per Meloni. Nel comunicato congiunto si parla del «rimpatrio nel pieno rispetto dei diritti umani». È però altrettanto vero che nel memorandum Bruxelles-Tunisi non sembra esserci spazio per questi paletti. Il governo italiano, d'altra parte, ha priorità più stringenti. Programma una conferenza internazionale su migrazione e sviluppo a Roma, utile a lanciare il Piano Mattei. E considera l'emergenza migratoria talmente allarmante da imporre un patto con Saied. Se non ad ogni costo, comunque a un costo altissimo.

©RIPRODUZIONERISERVATA

La capa del governo italiano sui flussi vuole accelerare, ma restano i timori Ue e Usa per la sorte dei clandestini

**La finta conferenza stampaVon der Leyen, Rutte e Meloni davanti alle telecamere, ma senza giornalisti**

TUNISIAN PRESIDENCY HANDOUT/ansa

**Bloccati in mare**

La Garde Nationale tunisina riporta a riva un gruppo di migranti che era partito verso le coste italiane

DEFODI IMAGES/GETTY IMAGES

L'analisi

# I soldi europei sono pochi E il presidente tunisino beffa l'Ue e il suo Paese

*Nel bilancio resta un buco da tre miliardi E con i suoi "no" Saied rischia il temuto crac finanziario*

DI LEONARDO MARTINELLI

**TUNISI — Cento milioni di euro per i migranti. Forse altri centocinquanta per l'assistenza al Paese. È questa "misera somma" il vero e unico aiuto d'urgenza promesso ieri dall'Europa alla Tunisia: fondi che si possono sbloccare subito, anche se la seconda tranche non prima della firma di un Memorandum di intesa con la Ue e che può essere iniettata nel bilancio pubblico, per sopperire all'attuale mancanza di liquidità.**

Ieri, Nouri Fethi, economista, già membro del Consiglio di amministrazione della Banca centrale tunisina, aspettava in ansia le cifre. Poi Giorgia Meloni, Ursula von der Leyen e Mark Rutte hanno parlato. Quando Fethi ha capito che il vero aiuto per l'emergenza era di 150 milioni, ha fatto cadere le braccia. «È come la paghetta che si dà al ragazzino per uscire la sera coi suoi amichetti – sottolinea –. La cifra non corrisponde assolutamente ai bisogni della nostra finanza pubblica».

*Ieri il trio europeo ha promesso pure 900 milioni, ma quella è l'"assistenza macro-finanziaria": sarà erogata sul medio-periodo e solo dopo l'approvazione del prestito del Fondo monetario internazionale alla Tunisia. I 150 milioni, invece, sono un "sostegno al bilancio", trasferimento diretto al Tesoro tunisino: «Praticamente una donazione – dice Fethi – ma è una cifra irrisoria». Perché? Prendiamo la Finanziaria 2023. Per la sua copertura totale mancano ancora 7,5 miliardi di dollari e di questi circa 4,5 devono provenire dal finanziamento estero. «In realtà – continua Fethi – risorse equivalenti al 23% di quei 4,5 miliardi sono state individuate, almeno a livello previsionale. Ma sul resto (3,3 miliardi, ndr) non ci sono ancora fondi possibili». Altro che 150 milioni...*

Cosa significa avere ancora oggi un tale buco nel bilancio annuo dello Stato? Vuol dire che si rischia sempre di più il default, sebbene ora questa prospettiva venga allontanata nel tempo da vari economisti, anche grazie alla stagione turistica che quest'estate è prevista da boom (e porterà così valuta straniera).

«Il default non è imminente, perché la Tunisia ha ormai riserve di cambio pari a sette miliardi di euro, che equivalgono a 92 giorni di importazioni – sottolinea Aram Belhadj, economista, professore all'Università di Cartagine –. Nel 2024, però, la possibilità diventerà grande, se nel frattempo non si sbloccherà il prestito del Fmi». E un crac finanziario, si teme, provocherebbe una bomba migratoria ancor più ingestibile. Il buco nel bilancio pubblico, in ogni caso, significa che le grosse società pubbliche, che in Tunisia (un sistema assurdo) importano i beni di prima necessità, si ritrovano senza la liquidità necessaria per pagare le forniture. Significa che nei supermercati di Cartagine, sobborgo dei ricchi a Tunisi, da giorni sono scomparsi la farina, il riso e il burro. E a Kasserine, una delle città più povere del Paese, è venuto a mancare addirittura il pane. Mentre negli ospedali pubblici sono rarissimi i farmaci oncologici e per il diabete.

Al di là del prodigarsi di Meloni, von der Leyen e Rutte, se si vuole davvero superare l'emergenza bisogna sbloccare il prestito del Fondo monetario internazionale (1,9 miliardi di dollari), che poi farà da volano ai fondi europei (900 milioni) e a tanti altri, stavolta cospicui.

Il dibattito va avanti da mesi, ma il presidente Kais Saied non cede sulle riforme economiche e sociali, che il Fondo pretende. «La Tunisia ha proposto un programma, ma nessuno sa cosa ci sia dentro – conclude Fethi –. Saied e il governo devono essere più trasparenti. Vogliamo un dibattito nazionale e pubblico, coinvolgendo anche i partner sociali, così che i tunisini sappiano a che cosa vanno incontro».

Saied, invece, preferisce dire di no a priori, temendo che questo programma "lacrime e sangue" scateni l'ira della popolazione. Prevede la ristrutturazione delle imprese pubbliche (sono più di un centinaio, spesso sull'orlo del fallimento), un forte ridimensionamento dei salari dell'amministrazione dello Stato e la riduzione progressiva dei prezzi sovvenzionati di tanti prodotti di base. Non sembra che ieri Meloni, von der Leyen e Rutte abbiano convinto Saied ad avanzare su questo dossier.

©RIPRODUZIONERISERVATA

## **Le proteste**Una manifestazione a Tunisi contro le politiche del presidente Kais Saied

# Zaki: “No a patti con i dittatori Deluso dai leader di Italia e Ue”

*Lo studente egiziano a Repldee: “In Tunisia deriva autoritaria. Saied prenderà i soldi e andrà per la sua strada” E sulle migrazioni: “Nessuno lascia la sua terra se non costretto. L’Europa non può limitarsi a bloccare le partenze”*

DI CONCHITA SANNINO

**BOLOGNA — «Io ho sempre pensato che tra i principi cardine dell’Unione europea ci fosse la tutela dei diritti fondamentali della persona, oltre che la difesa della democrazia. Ma vedo ora che alcuni Paesi europei non hanno più a cuore evidentemente né il problema dei rifugiati, che implica il rispetto della dignità umana, né quello della democrazia. Altrimenti l’Unione non sarebbe scesa a patti con un dittatore: come in queste ore, con il presidente Saied».**

*È netta e severa l’analisi di Patrick Zaki, in videocollegamento dall’Egitto. La piazza di Bologna accoglie dinuovo, con applausi scroscianti, la voce del “suo” studente — che proprio all’Alma Mater dovrebbe laurearsi a luglio — per uno degli incontri finali di Repubblica delle Idee. Lo studente egiziano è rimasto in prigione per 22 mesi, tuttora non può lasciare il proprio Paese, perché in attesa di un processo che ha appena subito il decimo rinvio. E ragiona con Repubblica della missione a Tunisi di Meloni, von der Leyen e Rutte. «Mi aspettavo molto di più dall’Italia e dall’Europa. Speravo che in questo accordo venisse recepito ciò che tanti di noi e io stesso abbiamo scritto e testimoniato: Saied con la sua deriva razzista, autoritaria contro le minoranze, contro chi ha lapelle un po’ più scura, ha reso la Tunisia un Paese più arretrato, chiuso. Ma vedo che della tutela dei diritti non importa molto». Zaki, il tono calmo, spiega: «Ho cercato di dirlo tante volte: nessuno sceglie di lasciare la propria terra, i propri legami, se non costretto». Ecco perché lo hanno addolorato, ma non sorpreso, le foto dell’orrore di Sfax, pubblicate da Repubblica: cadaveri ammassati a terra, come oggetti marciti, nell’obitorio Bourguiba. «Io qui ci vivo, so bene che il sogno di tantissimi giovani e delle loro famiglie è di raggiungere l’Europa, ottenere lo status di rifugiato, a ogni costo. Possibile che l’unica soluzione, per i Paesi europei, sia invece impedire alla gente di partire, un divieto a tappeto? Ho appena visto un video, in cui un quindicenne egiziano arrestato in Libia implora l’agente di lasciarlo andare. Scene strazianti. E l’unica risposta che arriva dall’Occidente è la messa al bando di qualunque partenza?».*

Sulla Tunisia, resta il nodo del prestito del Fmi che dovrebbe “mobilitare” oltre 900 milioni. Saied accetterà le condizioni poste dal Fmi? «Il presidente tunisino ha bisogno di quelle risorse — riflette Zaki — ha davanti il baratro economico. Non credo avrà altra scelta. Ma attenzione, è successo altrove, come in Iran. Dirà di sì, poi andrà per la sua strada. E l’Ue fingerà sempre di non vedere?».

©RIPRODUZIONERISERVATA

**Laureando Patrick Zaki, 31 anni, attivista egiziano, si laureerà a luglio all’Alma Mater**

# Due agenti e 2.500 euro per rimpatriare un migrante Il piano Meloni a rischio flop

*I dubbi dopo l'annuncio del governo sui respingimenti*

**di Alessandra Ziniti** **BOLOGNA** — *«I rimpatri, ancor più con questo obiettivo che mi desta forti perplessità di principio e legittimità, sono un modello a perdere, che gioca solo sul simbolico e sull'opinione pubblica. Lo dirò giovedì al Parlamento nella mia relazione annuale». Con Mauro Palma, garante dei diritti delle persone private della libertà, Repubblica prova a fare due conti per dimostrare come la strada intrapresa dall'Europa per blindare i suoi confini puntando sui respingimenti persino nei Paesi terzi cosiddetti "sicuri" sia velleitaria.*

Lo dicono, innanzitutto, i numeri: quelli dei costi altissimi, tra 9 e 10 milioni di euro, sostenuti finora per rimpatriare una media di poco più di 5.000 migranti all'anno, appena il 20% di coloro che hanno ricevuto un decreto di espulsione. E lo dicono anche storia ed esperienza: mancano uomini e mezzi per effettuare i rimpatri, sono pochissimi gli accordi bilaterali con i Paesi d'origine necessari per rimpatriare indietro le persone e, finora, nessun Paese terzo ha mai accettato di riprendersi migranti che non gli appartengono.

L'anno scorso per la prima volta la Corte dei conti ha quantificato la cifra spesa dall'Italia per i rimpatri: 27,4 milioni nel triennio 2018-2020, quest'ultimo l'anno più dispendioso con 8,3 milioni serviti per riportare a casa 3.351 persone. «Mediamente — spiega Palma — il costo pro capite è di 2.500 euro a viaggio. Cui bisogna aggiungere il costo per i biglietti degli agenti di scorta, due per ogni migrante, del medico a bordo, dell'equipaggio, dello straordinario all'estero per le forze di polizia, del noleggio del charter, del carburante, dei diritti aeroportuali, dei trasferimenti via terra e dei pernottamenti. Anche per questo non si è mai riusciti a rimpatriare più di 6.000 persone all'anno. Neanche l'accordo con la Tunisia che è il più collaudato, con due voli settimanali per complessive 80 persone, viene rispettato. Per questo si tratta di risorse a perdere che l'Italia farebbe meglio a investire in canali d'ingresso legali».

Costi sostenuti in parte con il sostegno di Frontex, in parte con il fondo Asilo e immigrazione, in parte a carico del bilancio nazionale. Adesso, semmai i respingimenti alla frontiera dovessero partire, l'Italia contasugli ormai famosi 20mila euro a migrante che dovrebbero essere versati in un fondo per il rafforzamento delle frontiere dai Paesi che non accettano ricollocamenti. Sempre che si trovino Paesi terzi sicuri disposti ad accettare persone indietro.

*«Paesi comprati, più che Paesi sicuri — dice don Mattia Ferrari, cappellano di Mediterranea Saving Humans, dal palco di Repidee a Bologna. Che Italia è quella che abdica al valore della fraternità, che — come dice Papa Francesco — è un valore politico? Un Paese infelice che stringe patti turpi con Paesi che non rispettano i diritti umani dove respingere le persone». Da Bologna arriva forte anche la critica di Marco Impagliazzo, presidente di Sant'Egidio: «L'Europa è naufragata sui migranti, avevamo costruito un'Unione come comunità di popoli e oggi l'Europa si ritrova una fortezza tanto bella quanto inespugnabile».*

Rimpatri miraggio, respingimenti con alti profili d'illegittimità, che vanno a erodere diritti intoccabili. La denuncia è di Filippo Miraglia, di Arci: «È un ulteriore passo avanti verso la cancellazione del divieto di respingimento e spero che il Parlamento europeo fermerà questo accordo che mina il nucleo centrale della convenzione di Ginevra. E poi l'idea di poter aumentare i pochi rimpatri che si fanno oggi affidandosi ai Paesi di transito è fuori dal mondo: pura propaganda».

Sul piede di guerra anche i giuristi di Asgi, che già paventano una pioggia di ricorsi: «Si estende il modello Turchia del 2016, con il rischio che la Ue paghi i Paesi terzi senza pretendere da loro garanzie che li i diritti dei migranti siano tutelati», spiega l'avvocata Nazzarena Zorzella. Mentre Gianfranco Schiavone prospetta vere e proprie deportazioni: «Le domande di asilo verrebbero dichiarate inammissibili senza essere esaminate nel merito, una assurda previsione normativa in contrasto con l'articolo 10 della Costituzione».

©RIPRODUZIONERISERVATA

Il Garante e le Ong "L'idea di rimandarli nei Paesi di transito è pura propaganda"

**I personaggi**Da sinistra Mauro Palma, garante dei detenuti, e Marco Impagliazzo, presidente di Sant'Egidio



La polemica

## Il Pd scarica l'Unità "Alle feste del partito il quotidiano non ci sarà"

*Dopo la lettera delle figlie di Berlinguer al direttore Sansonetti i dem prendono le distanze dalla testata*

DI GIOVANNA CASADIO E LORENZO DE CICCO

**ROMA — Si chiamerà ancora festa dell'Unità. Ma senza L'Unità. Niente stand del giornale, appena rinato. Niente distribuzione delle copie tra gazebo e risto-bar con salamella, come avveniva in passato, anche in tempi relativamente recenti, ogni volta che il Pd, o i Ds, hanno tentato di riportare in edicola il foglio che fu di Gramsci. L'ultimo a provarci fu Matteo Renzi, nel 2015, e durò poco, ma Erasmo D'Angelis, che lo dirigeva, fece il tour delle feste di partito. Stavolta no. Il Nazareno di Elly Schlein è sì al lavoro per rilanciare lo storico appuntamento della sinistra, che si terrà probabilmente in Romagna in solidarietà con gli alluvionati, ma si smarca dal quotidiano appena rieditato dall'imprenditore Alfredo Romeo, lo stesso proprietario del Riformista di Renzi, con Piero Sansonetti come direttore.**

*Per capire cosa pensino della nuova Unità nella cerchia di Schlein, basta sentire cosa dice Sandro Ruotolo, responsabile Informazione e Cultura nella segreteria nazionale: «I figli di Berlinguer hanno ragione». Il riferimento è alla lettera firmata da Bianca, Maria, Laura e Marco Berlinguer, pubblicata ieri su Repubblica. «Papà non è un brand pubblicitario», hanno scritto, attaccando l'operazione di marketing del giornale di Sansonetti, che reclamizza la ripresa delle pubblicazioni sfruttando il nome e una foto del leader comunista più amato. Enrico Berlinguer che sorride in piazza con la prima pagina del 1984, quella con la scritta "Eccoci". Una pagina di storia: era la manifestazione contro il taglio della scala mobile. «Grande è stato il nostro sconcerto e, ancor più, la nostra amarezza — è la denuncia dei figli dell'ex segretario del Pci —. Per favore, lasciatelo in pace».*

*Non sono rimasti soli. Sono proprio gli ex direttori dell'Unità a battere un colpo. Nel giorno, ieri, del 39esimo anniversario della morte del leader comunista. Mentre la famiglia e l'Associazione Berlinguer lo ricordano come sempre con una cerimonia al cimitero Flaminio di Roma, la polemica si accende. Sembra essere destinata a non spegnersi. Perché, spiega Andrea Romano (che dell'Unità è stato l'ultimo condirettore insieme con Sergio Staino), «l'Unità è sempre stato un giornale di partito, del Pci, del Pds, dei Ds, del Pd, quindi strutturalmente legato al partito. Ma oggi quel legame non c'è più, è il quotidiano di Sansonetti e Romeo, perciò che venga usata la figura di Berlinguer è veramente bizzarro». Antonio Padellaro, anche lui ex direttore dell'Unità (2004-2008) invita: «La lettera dei figli di Berlinguer è ineccepibile, Sansonetti ne faccia buon uso». Già gli ex giornalisti dell'Unità — rimasti nel limbo nel passaggio da una proprietà all'altra e ora non riassunti — hanno raccontato l'imbarazzo, il dolore e la rabbia di vedere stravolto un patrimonio politico e d'informazione. Ai figli di Berlinguer, che li hanno ricordati nella lettera, ribadiscono: «Siamo d'accordo e ci sentiamo compresi». Senza contare che sull'Unità di nuovo conio si erano scatenate le proteste per gli articoli dell'ex terrorista nero Giusva Fioravanti.*

Molti leader politici della sinistra hanno mandato messaggi alla famiglia Berlinguer. Ma soprattutto si sono fatti sentire i vecchi militanti del Pci, che ancora ricordano cosa ha significato il giornale, bandiera e simbolo di lotte, e come lo si andava a distribuire per strada a prezzo di qualsiasi sacrificio. La lettera dei figli di Berlinguer a Sansonetti ha fatto il giro dei social, condivisa da tanti con lo slogan "Giù le mani da Enrico". Un militante, Giampiero, su Facebook ricorda le domeniche passate a distribuire il giornale e avverte che «certi simboli bisogna usarli per quello che sono».

©RIPRODUZIONERISERVATA

La festa dell'Unità nell'estate del 2022 a Bologna

## IL CASO

# “Tuteliamo chi inquina” La strategia di Lega e Fdl per vincere le Europee

*Le mosse di Meloni e Salvini: negare il cambiamento climatico e attaccare le norme della Ue che impongono un cambio di passo*

DI ANTONIO FRASCHILLA

**ROMA — Hanno obiettivi diversi ma la strategia è la stessa. Lega e Fratelli d'Italia stanno avviando una lunga campagna che porterà alle prossime elezioni europee puntando sui temi legati all'ambiente per negare il cambiamento climatico: attaccando quindi le norme che l'Europa a trazione popolari-socialisti e macroniani porta avanti per ridurre l'impatto dell'inquinamento. Matteo Salvini punta dritto contro la presidente della commissione Ursula von der Leyen e il vicepresidente socialista Frans Timmermans: e lo fa insieme ai suoi compagni di gruppo sovranisti in Europa. Giorgia Meloni e il suo partito Fratelli d'Italia, invece, hanno l'obiettivo di presentarsi agli elettori italiani come i “difensori” della nazione contro le ingerenze dell'Europa che con le sue direttive pro ambiente, dallo stop alle auto a benzina dal 2035 alla direttiva sulla casa green, «danneggia l'economia italiana». Così le destre italiane si allineano all'estrema destra europea che della negazione del cambiamento climatico ha fatto un caposaldo della sua politica.**

Il governo Meloni dal suo insediamento ha contestato più volte l'Europa sul tema: ad esempio per la direttiva green che invita i Paesi europei a migliorare l'impatto energetico delle abitazioni. La traduzione in Italia è stata che si vuole costringere gli italiani a spendere soldi per l'efficientamento energetico delle loro abitazioni. La presidente Giorgia Meloni ha attaccato: «Non siamo pericolosi negazionisti climatici, ma serve un approccio pragmatico. La decisione dell'Unione europea è irragionevole». In realtà la direttiva fissa obiettivi, non sanzioni. Anche sul fronte della pesca e dell'agricoltura sostenibile il ministro meloniano, Francesco Lollobrigida, ha preso posizioni contro l'Europa. Ha proposto ad esempio di ridurre i limiti sulla pesca a strascico: «È necessario rivedere il Piano di azione della pesca sostenibile europea, in particolare per quanto riguarda il rispetto dell'obbligo di sbarco delle catture involontarie e l'eliminazione graduale della pesca a strascico». Poi sull'uso dei pesticidi, parlando a margine del Consiglio Ue sull'agricoltura, ha aggiunto: «La tutela delle api non deve mettere a rischio la produzione agricola. Sarebbe sbagliato collegare il declino degli impollinatori all'uso dei pesticidi». Lo stesso Lollobrigida poi, sostenuto dalla Coldiretti, ha bloccato la ricerca sulla carne sintetica e previsto una etichettatura aggiuntiva per l'eventuale uso di farine da insetti, demonizzando entrambi gli argomenti legati comunque alla riduzione dell'impatto ambientale degli allevamenti e delle produzioni intensive.

*La linea di Fdl, come confermano dal partito, è stata ribadita in recenti incontri interni in vista della campagna elettorale per le Europee. Non a caso ieri in una intervista a Libero l'eurodeputato Nicola Procaccini, responsabile ambiente di Fdl, ha detto: «I talebani del clima, la sinistra che ha portato avanti le battaglie sul green a tutti i costi, senza tenere conto delle famiglie e delle aziende, hanno esagerato. Le elezioni europee certificheranno che tante cose che hanno sostenuto sono follie».*

*Ma a destra cavalca questi argomenti anche Matteo Salvini: in passato il ministro leghista ha fatto spesso battute sul clima, sminuendo un eventuale ruolo dell'innalzamento delle temperature, in pieno stile Trump degli house organ di Steve Bannon, ideologo della destra trumpiana. Nei giorni scorsi Salvini ha puntato il dito contro il vicepresidente della commissione Ue Timmermans sul tema delle auto elettriche: «La commissione europea sta portando avanti un approccio ideologico anti sviluppo e anti Italia sull'auto. L'ideologia alla Timmermans, cioè l'euro 7, è una follia da archiviare. Dire dal 2035 o elettrico o niente, conviene a qualcuno. Le importazioni dalla Cina alla Germania segnano un più 28 per cento. Come c'è stato un Qatar-gate, nessuno mi toglie l'idea che non ci possa essere un Cina-gate». E sull'alluvione in Emilia Romagna? Per Salvini la colpa è di «un certo ambientalismo» che non ha fatto fare lavori per gli argini dei fiumi pensando più «alle nutrie che agli essere umani».*

©RIPRODUZIONERISERVATA

Il vicepremier punta dritto contro Von der Leyen e Timmermans

**Commissione Ue Frans Timmermans, socialista, è vicepresidente della Commissione europea**

**Al governo**

La premier Giorgia Meloni, leader di FdI, con il vicepremier e segretario della Lega Matteo Salvini

LUIGIMISTRULLI/FOTOGRAMMA

Intervista al leader dei Verdi

## Bonelli

# “Usano fake news per alimentare la paura”

— A.FRAS.

**ROMA – Onorevole Angelo Bonelli di Alleanza Verdi e sinistra, la norme Ue sull'ambiente davvero non avranno conseguenze sulle tasche degli italiani?**

«La destra italiana guidata da Giorgia Meloni e da Matteo Salvini utilizza le fake news per creare disinformazione sulla transizione ecologica. Sono imprenditori della paura. Dicono che la transizione ecologica renderà più povere le persone, ma nascondono la verità, anzi la mistificano. I cambiamenti climatici già oggi causano danni economici ingenti e a pagarli sono le classi più povere».

**In che senso? La direttiva green per le case ecologiche o la scelta di produrre solo le costose auto elettriche non ricadranno sulle famiglie italiane?**

«La destra mette in campo questa strategia agitando la paura ma i costi economici e sociali dell'inquinamento e del cambiamento climatico sono drammatici: dal 1980 a oggi il costo degli eventi meteorologici estremi è stato di 90 miliardi di euro, il costo connesso al consumo di suolo secondo Ispra fino al 2030 sarà di 80 miliardi di euro per la perdita di valore dei servizi ecosistemici. La desertificazione influisce sulla filiera agroalimentare e sui prezzi, ed infine lo smog ci porta un conto salato 52 mila decessi ogni anno e 47 miliardi di euro di danni ogni anno secondo i dati dell'agenzia europea ambiente».

**Il governo Meloni cosa dovrebbe fare allora?**

«Guardi, Giorgia Meloni che si ergeva a espressione della destra sociale, oggi tutela interessi forti come quelli delle multinazionali energetiche. Ha ridotto la tassa sugli extraprofiti energetici fatti sulla pelle delle famiglie e delle imprese da 11 miliardi a 2,7 e rinunciato a fare gli accertamenti fiscali di chi non ha pagato. Dovrebbe avviare aiuti e incentivi a imprese e famiglie per ridurre l'inquinamento e sostenerli in cose concrete: il gas ad agosto costava 310 euro a megawattora, oggi costa 32. Ma le bollette non scendono: perché non interviene su questo?».

**©RIPRODUZIONERISERVATAfLa premier e il ministro leghista raccontano al Paese che la transizione ecologica renderà più povere le persone ma così mistificano la verità**

**Deputato Angelo Bonelli, deputato e leader dei Verdi**

MANIFESTAZIONI 24 GIUGNO E 30 SETTEMBRE

# Landini: “Lavoratori in piazza per difendere salute e Costituzione”

*Il leader Cgil: “Evasione non più sopportabile” Sabbadini: “Donne e giovani le emergenze”*

DI MARCO BETTAZZI

**BOLOGNA — «È il momento di ribellarci », dice Maurizio Landini, che torna in Piazza Maggiore a Bologna, da dov'era partita la mobilitazione dei confederali contro le politiche del governo Meloni, e a distanza di poco più di un mese rilancia una Cgil movimentista e di piazza. Prima, per la difesa della sanità pubblica, il 24 giugno. Poi, in difesa della Costituzione e contro l'autonomia differenziata, il 30 settembre. Sempre a Roma. «Perché la Costituzione noi la vogliamo applicare, non la vogliamo cambiare», dice di fronte al pubblico della serata finale della Repubblica delle Idee assieme a Linda Laura Sabbadini e a Walter Galbiati, di Repubblica, per parlare di diseguaglianze.**

Ed entrambi strappano più di un applauso e alzano la voce mano a mano che snocciolano i motivi che alimentano le diseguaglianze in Italia: di genere, tra generazioni e fra territori diversi. Landini chiama per ben due volte il pubblico a scendere in piazza. Prima per la sanità. «Il 24 giugno la Cgil assieme ad associazioni cattoliche e laiche scenderà in piazza a difesa della sanità pubblica e per la sicurezza sul lavoro — incalza — perché non è possibile che ci siano milioni di persone che non si curano perché non hanno i soldi, il diritto alla salute è fondamentale. Il Pnrr investe in ospedali e case di comunità ma il rischio è che facciamo le strutture e poi si privatizza la gestione dei servizi, è il momento di scendere in piazza per dire che non siamo d'accordo. Anche perché non si può continuare a morire sul lavoro, è una strage di Stato». L'altro tema su cui non è d'accordo la Cgil è la riforma dell'autonomia differenziata, per cui scenderà in piazza il 30 settembre. «Penso che sia giunto il momento che ognuno si prenda la responsabilità di manifestare perché questo cambiamento non avvenga», incalza. Guardando la tv, sottolinea poi Landini, sembra «che vada tutto benema non è vero, delle cose che non funzionano non ne parlano, dobbiamo dare voce alle condizioni reali delle persone. È il momento di ribellarci — insiste — e batterci per cambiare questa situazione». E tra le condizioni reali che condizionano di più la vita delle persone oggi c'è la precarietà. «Sia i governi di destra che i governi di sinistra hanno fatto scelte sbagliate e favorito una precarizzazione senza precedenti», attacca Landini, che ricorda i 120mila giovani che ogni anno vanno all'estero e anche le recenti riforme varate dal governo Meloni sui voucher e sui tempi determinati. Si rivolge proprio al governo il segretario della Cgil: «Ma chi ve l'ha chiesto? I lavoratori? Perché se è tanto bello non vi pagate voi coi voucher e non usate voi i contratti a termine? ». È uno dei passaggi più applauditi dalla piazza di Repldee, come quelli in cui Landini dice di essere d'accordo sull'istituzione del salario minimo, anche se con una legge sulla rappresentanza, e poi quando dice che «si è rotto le scatole e che l'evasione fiscale non è più accettabile ». Anche Sabbadini indica nella precarietà e nella mancanza di politiche per l'occupazione femminile due delle cause principali delle diseguaglianze. «In Italia c'è un'emergenza donne e un'emergenza giovani. Se non diciamo questo e non affrontiamo queste due emergenze, nessuna questione natalità può essere risolta. Dobbiamo aumentare il numero dei figli e far arrivare nuovi migranti, è inutile chiudere il Paese o pagare un dittatore per impedire ai tunisini di arrivare nel nostro Paese».

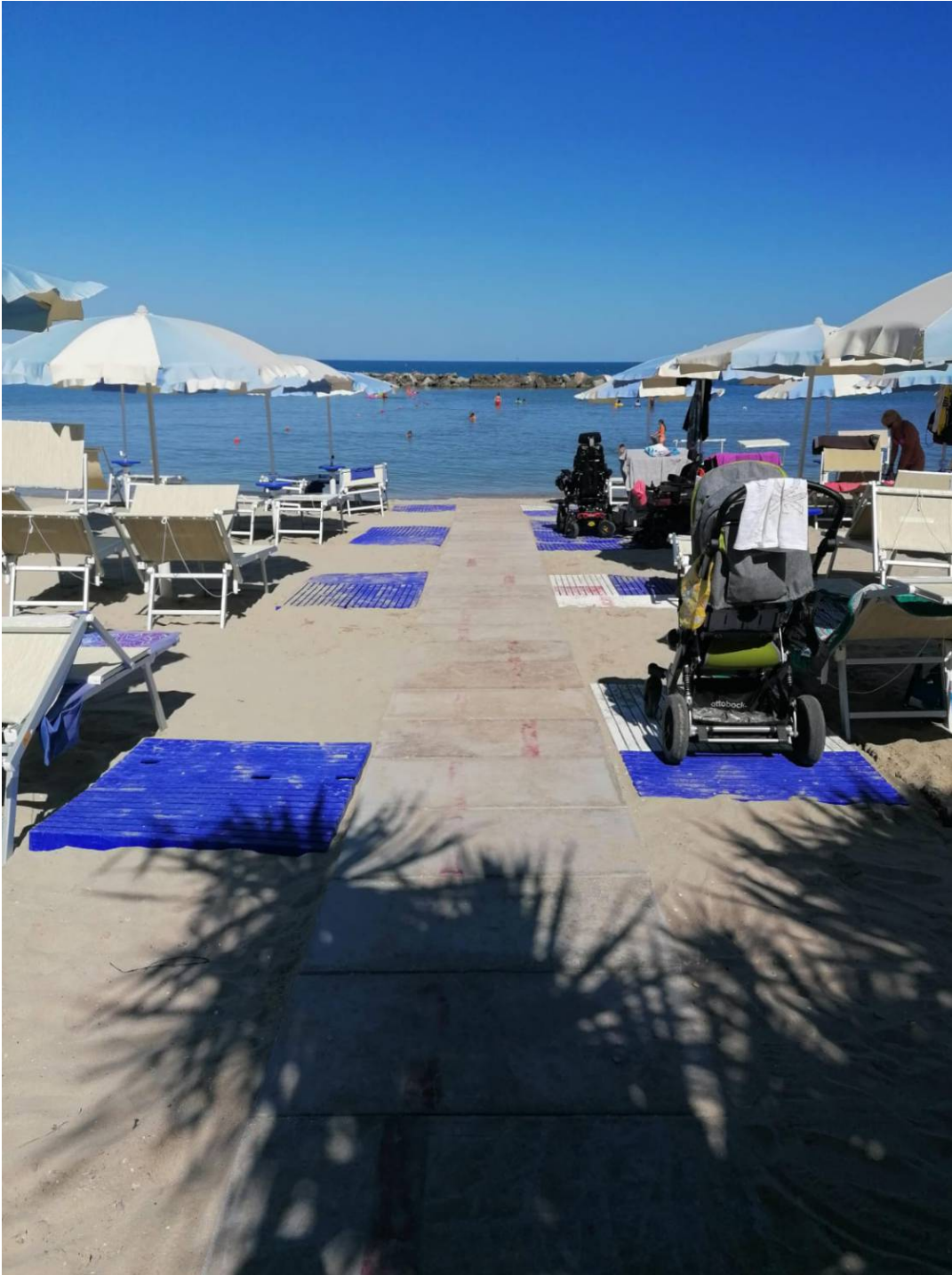
©RIPRODUZIONERISERVATA

Maurizio Landini e Linda Laura Sabbadini sul palco di Repldee 2023

# Viaggi e disabilità: ecco tutto quel che c'è da sapere

In un'intervista a Sanità Informazione, Silvia Antivalle, avvocato dell'Associazione Famiglie disabili lombarde, fornisce tutte le informazioni pratiche che è utile conoscere prima di programmare il proprio viaggio: dal mezzo di trasporto, all'alloggio più consono, alle agevolazioni, fino alle attività ideali...

*di Isabella Faggiano*



«La possibilità di accedere direttamente e personalmente alla scoperta ed al godimento delle bellezze del pianeta rappresenta un diritto di cui tutti gli abitanti del mondo devono poter usufruire in modo paritario». Lo sancisce l'articolo 7 del **Codice mondiale di Etica del turismo**, scritto nel 1999 e adottato dall'Italia nel 2012. Ma chi ha una disabilità o chi convive con una persona disabile sa bene che, in Italia così come in altri Paesi del mondo, siamo ben lontani dal pieno rispetto di tale diritto. Ma questo non significa che una persona con disabilità e la sua famiglia debbano rinunciare al godimento di una vacanza. In un'intervista a *Sanità Informazione* **Silvia Antivalle**, avvocato dell'**Associazione Famiglie disabili lombarde**, fornisce tutte le informazioni pratiche che è utile conoscere prima di programmare il proprio viaggio.

### **Partiamo dal mezzo di trasporto. Avvocato Antivalle, meglio il treno o l'aereo?**

«Ognuno può scegliere il mezzo di trasporto più adatto alle sue esigenze. I treni alta velocità (frecciarossa/italo) garantiscono ottimo servizio di assistenza per salire e scendere dal treno e hanno apposite postazioni per sedie a rotelle. Sono previste anche agevolazioni di costi, ovvero accompagnatore gratuito e tariffa base per persona con disabilità. Lo stesso, purtroppo, non si può dire per le altre tipologie di treno, in cui il servizio non è così puntuale e non sempre sono disponibili apposite postazioni. In aereo l'assistenza è garantita. Ma, non essendo prevista la possibilità di salire sull'aereo in sedia a rotelle, non vengono previsti ausili per consentire a chi non è in grado di stare seduto autonomamente sul sedile di affrontare il viaggio. Per questo, l'opzione che viene proposta è l'uso di una barella che occupa tre posti. Ma qui arriva la dolente nota: il costo dei tre posti occupati dalla barella è tutto a carico dell'utente».

### **Utilizzare la propria auto potrebbe essere più comodo e meno dispendioso?**

«Chi vuole viaggiare in auto è bene che programmi molto bene e in anticipo eventuali soste, a seconda delle proprie esigenze. Le aree di sosta ed i relativi "autogrill" sono quasi sempre accessibili, prevedendo rampe di accesso, ma non sempre lo sono i bagni, anche per eventuali cambi pannoloni. Per esigenze particolari di cibo, per chi ad esempio ha problemi di disfagia ed ha necessità di cibo frullato o tritato o deve seguire una dieta particolare, è preferibile che individui ristoranti e bar vicini alle uscite autostradali, informandosi sui menu a disposizione e sulla possibilità di avere alimenti idonei».

### **Scelto il mezzo di trasporto, sarà necessario prenotare un alloggio. Come costatarne l'idoneità?**

«L'accessibilità va verificata in base alle proprie personali esigenze. Ci possono essere barriere architettoniche, come scale, passaggi stretti, ascensore con pulsantiera bassa e/o con braille. Valutando la sistemazione del letto pensare anche all'eventuale necessità sponde. Verificare che il bagno accessibile, wc e doccia compresi. Se si opta per struttura alberghiera con mezza pensione o completa, e non per un alloggio con cucina,

verificare che i ristoratori possano provvedere alla preparazione di pasti adeguati alle esigenze (cibo frullato o tritato/dieta particolare). In Italia esistono strutture accessibili al 100%».

### **Il passo numero tre è scegliere le attività di intrattenimento. Cosa fare in montagna?**

«La prima cosa è valutare la presenza di percorsi o sentieri accessibili: esistono siti che danno utili indicazioni (ad esempio, per la Val d'Aosta, segnaliamo il sito tenuto dall'Associazione La Casa di Sabbia <https://inaltoconleruote.org/> dove si trovano interessanti indicazioni su sentieri/luoghi da visitare/dove alloggiare accessibili). Alcuni Comuni o Associazioni offrono alle famiglie in vacanza alcuni utili ausili (es. la "jolette", carrozzina che va sui sentieri di montagna) o servizi (ad es.: servizio di educatore a domicilio per consentire momenti in esclusiva ai siblings)»

### **E al mare?**

«Scegliere spiagge totalmente accessibili, che abbiano la passerella fino alla battigia e postazioni per le carrozzine accessibili direttamente dalla passerella e che rendano disponibili sedie con le ruote per accesso in acqua. Anche in questo caso, si trovano su vari siti indicazioni sulle spiagge accessibili, con le relative caratteristiche (personalmente, abbiamo sperimentato lo stabilimento "Alta Marea" a Cupra Marittima, nelle Marche – *nella foto* – che offre un'ottima accessibilità).

### **E per chi volesse dedicarsi a qualcosa di più culturale?**

«Per le visite a musei e monumenti occorre verificare l'accessibilità secondo le proprie esigenze, in primis le barriere architettoniche (come scale, passaggi stretti, ascensore con pulsantiera bassa e/o con braille). Da segnalare che vengono quasi sempre previste agevolazioni per l'ingresso, di solito gratuito per persona con disabilità e/o accompagnatore».

### **Prima di partire è utile munirsi di disability card?**

«Sì, certo. La disability card (Carta Europea della Disabilità – CED) è una carta che permette di comprovare l'invalidità di una persona, grazie alla quale le persone con disabilità possono evitare di portare con sé documenti cartacei che attestino l'invalidità e i dettagli del loro handicap e agevolarle nel conseguimento di benefici, supporti e opportunità utili alla promozione dei propri diritti. Tuttavia, non essendo ancora riconosciuta ovunque è consigliabile munirsi sempre anche dei "classici" Verbali invalidità e 104, in attesa di una più ampia e capillare diffusione della card».



# Aifa: richiamo alle limitazioni d'uso degli antibiotici fluorochinolonici



"I fluorochinoloni ad uso sistemico ed inalatorio sono associati a reazioni avverse molto rare ma gravi, invalidanti, di lunga durata e potenzialmente irreversibili. Questi medicinali devono quindi, essere prescritti solo nelle indicazioni approvate e dopo un'attenta valutazione dei benefici e dei rischi sul singolo paziente". Lo sottolinea Aifa in una "nota informativa importante concordata con le autorità regolatorie europee" d'intesa con i titolari di autorizzazione all'immissione in commercio di antibiotici fluorochinolonici (ciprofloxacina - delafloxacina - levofloxacina - lomefloxacina - moxifloxacina - norfloxacina - ofloxacina - pefloxacina - prulifloxacina - rufloxacina) destinata ai medici.

"In base a dati relativi a studi recenti - spiega Aifa - i fluorochinoloni continuano a essere prescritti al di fuori degli usi raccomandati".

I fluorochinoloni ad uso sistemico ed inalatorio non devono essere prescritti per:

- i pazienti che abbiano avuto in precedenza delle reazioni avverse gravi con un antibiotico chinolonico o fluorochinolonico;
- le infezioni non gravi o autolimitanti (come faringiti, tonsilliti e bronchiti acute);
- le infezioni da lievi a moderate (incluse cistite non complicata, esacerbazione acuta di bronchite cronica e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), rinosinusite batterica acuta

e otite media acuta a meno che gli altri antibiotici comunemente raccomandati per queste infezioni siano ritenuti inappropriati;

- le infezioni non batteriche, ad es. prostatite non batterica (cronica);
- prevenire la diarrea del viaggiatore o le infezioni ricorrenti del tratto urinario inferiore.

"L'Agenzia europea per i medicinali - ricorda Aifa - ha fortemente raccomandato di limitare l'uso dei fluorochinoloni ad uso sistemico ed inalatorio a seguito di una revisione condotta a livello Europeo nel 2018 per valutare il rischio di reazioni avverse gravi e di lunga durata (che durino, cioè, mesi od anni), invalidanti e potenzialmente irreversibili, che interessano principalmente il sistema muscoloscheletrico e nervoso. A seguito della revisione condotta dall'EMA, nel 2019 l'uso dei medicinali a base di fluorochinoloni è stato significativamente limitato".

Tra le suddette reazioni avverse gravi possono esservi tendinite, rottura del tendine, artralgia, dolore alle estremità, disturbi della deambulazione, neuropatie associate a parestesia, depressione, stanchezza, compromissione della memoria, allucinazioni, psicosi, disturbi del sonno e disturbi dell'udito, della vista, del gusto e dell'olfatto. Danni ai tendini (soprattutto ai tendini di Achille, ma possono essere coinvolti anche altri tendini) possono verificarsi entro 48 ore dall'inizio del trattamento oppure gli effetti possono essere ritardati di diversi mesi dopo l'interruzione del trattamento stesso.

È stato condotto uno studio finanziato dall'EMA ("Impact of European Union Label Changes for Fluoroquinolone Containing Medicinal Products for Systemic and Inhalation Use" (EUPAS37856) basato su un'analisi dei livelli di prescrizione dei fluorochinoloni in sei banche dati sanitarie europee (Belgio, Francia, Germania, Paesi Bassi, Spagna e Regno Unito). In base allo studio è possibile che i fluorochinoloni siano ancora utilizzati al di fuori delle indicazioni autorizzate. Tuttavia, a causa dei limiti dello studio stesso, non è possibile trarre conclusioni definitive.

" Si ricorda agli operatori sanitari - conclude la nota informativa Aifa - di avvertire i pazienti del rischio di tali gravi reazioni avverse, nonché della potenziale natura persistente e grave di tali effetti e di consultare immediatamente un medico ai primi segni di queste gravi reazioni avverse prima di continuare il trattamento". Deve essere prestata particolare cautela nei pazienti che siano trattati contemporaneamente con corticosteroidi, negli anziani, nei pazienti con insufficienza renale e nei pazienti che abbiano subito trapianti di organi solidi, poiché in questi pazienti il rischio di tendinite e di rottura del tendine indotta da fluorochinoloni può essere aumentato.

# quotidiano **sanità**.it

Lunedì 12 GIUGNO 2023

## Appropriatezza in sanità pubblica: parliamone

***La storia, spesso controversa, dell'incremento dell'appropriatezza nel sistema sanitario pubblico, che va riconosciuto è almeno in parte avvenuto. Utile per guardare ai mutamenti di oggi e domani e proseguire il cammino, che sarà ancora impegnativo, con nuove prospettive e nuovi strumenti.***

### **Definizione di “appropriatezza”**

In letteratura scientifica la definizione base di “appropriatezza” viene ricondotta alla seguente: “Utilizzo corretto (basato sulle evidenze e/o esperienza clinica e/o buone pratiche) di un intervento sanitario efficace, in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche” [1].

Quando si parla di appropriatezza clinica si fa riferimento alla capacità di un intervento sanitario preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo di rispondere al bisogno del paziente (o della collettività) con un bilancio favorevole tra benefici e rischi, sulla base di modalità e standard riconosciuti.

### **Le “buone pratiche”**

Nel concetto di appropriatezza clinica è quindi insito il concetto di applicazione delle *buone pratiche* e di aderenza a *linee guida basate sulle evidenze*.

Dell'espressione “buone pratiche” non esiste una definizione univoca ed esaustiva [2], ma si può utilmente far riferimento a quella fornita da AGENAS [3], condivisa con il Ministero della Salute e con le Regioni e PP.AA.:

*... sono buone pratiche per la sicurezza dei pazienti interventi/esperienze attuati dalle organizzazioni sanitarie che abbiano dimostrato un miglioramento della sicurezza dei pazienti (suddivisi per tipologia in “raccolta dati”, “coinvolgimento del paziente”, “cambiamenti specifici”, “interventi integrati”) che rispondono ai seguenti criteri:*

- *Attuati a livello regionale, aziendale o di unità operativa;*
- *Basati su evidenze di letteratura;*
- *Realizzati secondo i principi del miglioramento continuo della qualità e rappresentati in accordo con linee guida internazionali (SQUIRE), con particolare attenzione alla metodologia di valutazione dell'efficacia e dei costi;*
- *Sostenibili nel tempo;*
- *Potenzialmente riproducibili/trasferibili in altri contesti...*”

### **Le Linee Guida di pratica clinica**

Sono “... dichiarazioni che includono raccomandazioni, intese a ottimizzare l'assistenza ai pazienti, raccomandazioni che sono informate da una revisione sistematica delle evidenze e da una valutazione dei benefici e dei danni delle opzioni di cure alternative” [4] e rappresentano il punto di riferimento più importante per gli operatori sanitari e per gli stessi pazienti, uno standard di qualità dell'assistenza e uno strumento essenziale per prendere molte decisioni di politica sanitaria.

Esse sono il frutto di una “*revisione sistematica della letteratura con una valutazione esplicita della qualità delle prove e la formulazione di raccomandazioni la cui forza e direzione è basata su giudizi trasparenti*”, e si differenziano dalle conferenze di consenso, dai *position papers*, dai percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, dai protocolli tecnico-operativi, dai pareri di esperti come pure dai criteri di appropriatezza d’uso di tecnologie e dispositivi sanitari.

Nella pratica clinica, il giudizio di appropriatezza di un intervento sanitario deve prendere in considerazione da un lato il “*profilo rischio-beneficio*” dell’intervento, e quindi il livello di raccomandazione degli stessi in relazione alla qualità delle evidenze disponibili, dall’altro le “*preferenze/aspettative*” del paziente[5].

### EBM e “appropriatezza”

Attualmente, la mancanza di un approccio *Evidence Based* rappresenta una delle maggiori minacce all’erogazione di trattamenti di qualità. Sebbene numerose evidenze riguardo ai trattamenti ottimali delle patologie siano state prodotte e diffuse attraverso la letteratura scientifica e le relative Linee Guida, l’aderenza ed il rispetto delle evidenze risulta variabile nell’ambito dei Sistemi Sanitari, soprattutto in termini di modalità di erogazione e tempestività dei processi di diagnosi e cura[6],[7].

Distaccandosi poi dal concetto di appropriatezza riferito all’intervento destinato al singolo paziente e valutando la situazione da una prospettiva più ampia, ci si rende conto dell’impossibilità di parlare di appropriatezza in un contesto di risorse esauribili senza far riferimento anche alla dimensione del costo, e quindi all’ “*appropriatezza organizzativa*”[8]. Questo vale tanto di più oggi in permanenza di un finanziamento tendenziale del FSN pari al 6,2% del PIL, dopo la fase transitoria della pandemia da SARS-COV-2.

### “Inappropriatezza” e sprechi in sanità

Negli USA abbiamo un mercato sanitario privato pari al 16% del PIL. La stima degli sprechi alias “*inappropriatezze*” esistenti è tra il 21% e il 47,6% della spesa sanitaria globale.

In Italia si stimavano alcuni anni fa circa 25 mld di Euro di sprechi su circa 112 mld del FSN (il 22% del totale della spesa diretta) e circa il 17% della spesa sanitaria globale, pubblica e privata (pari a 146 mld di Euro). Ad una prima lettura, nonostante che non siamo contenti, stiamo comunque meglio che negli USA e ancora una volta si constata come una gestione fortemente privatistica della sanità è meno performante di quella a maggioranza “*pubblica*”.

Tipologia sprechi	Ipotesi Bassa	Ipotesi Media	Ipotesi Alta
Sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci	3.8 %	4.8 %	5.8 %
Frammentazione e inadeguato coordinamento assistenza	0.9 %	1.3 %	1.7 %
Sovra utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici	5.9 %	7.2 %	8.5 %
Asimmetria costi acquisto tecnologie	4.0 %	9.3 %	14.6 %
Complessità amministrative	3.2 %	4.9 %	6.7 %
Frodi e abusi	3.1 %	6.7 %	10.2 %
<b>Totale sprechi in USA</b>	<b>21.0 %</b>	<b>34.3 %</b>	<b>47.6 %</b>

Fonte da [Berwick DM](#), [Hackbarth AD](#). *Eliminating waste in US health care*.

### La “appropriatezza organizzativa”

Ripartiamo dalla definizione di “*appropriatezza organizzativa*” in letteratura che è la seguente “... erogazione di un intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con le caratteristiche di complessità dell’intervento erogate e con quelle cliniche del paziente”[9].

Quindi l’ “*appropriatezza organizzativa*” attiene al “*contesto operativo*” in cui viene erogata l’assistenza.

Come riportato nella definizione il contesto operativo “... *deve essere idoneo e congruente* ...”, con le caratteristiche di “... *complessità clinica del paziente e della tipologia di intervento/assistenza da erogare* ...” in modo che il paziente ottenga una assistenza con identico beneficio e con un minore impiego di risorse.

Nell’ambito del “*Progetto Mattoni SSN*”, il mattone “*Misura dell’appropriatezza*” ha ampliato e approfondito molti aspetti teorici e operativi, fra cui le modalità di misurazione ed incentivazione dell’appropriatezza ospedaliera, delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche.

(<http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=10&menu=mattoni>).

Nel 2007 nel documento del Comitato Scientifico del Progetto Mattoni SSN “*Misura dell’Appropriatezza*” si specificava che “*l’appropriatezza organizzativa*”, concerneva:

- L’ambito nel quale sono erogati gli interventi;
- Le azioni tese a individuare e rimuovere incentivi perversi (es. Tariffe di rimborso incongrue) che possono stimolare l’esecuzione di prestazioni anche quando i rischi individuali superano i benefici o quando sono disponibili modalità differenti di erogazione (per esempio, nella scelta fra ricovero ordinario, ricovero diurno e prestazione ambulatoriale);
- L’efficienza produttiva, intesa come minimizzazione dei costi per unità prodotta;
- La soddisfazione del paziente.

Venivano inoltre analizzati i sistemi di controllo analitici effettuati “*ex-post*”:

- PRUO - protocollo per la Revisione dell’Uso dell’Ospedale;
- MAAP - modello di Analisi della Appropriatezza per elenchi di Procedure;
- APPRO – che rappresenta un approccio articolato alla valutazione dell’appropriatezza organizzativa dell’ospedale per acuti basata sull’analisi degli archivi informatici delle dimissioni e sul calcolo di soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari[10].

### “*Appropriatezza*” e “*clinical governance*”

La definizione di “*appropriatezza clinica*” e di “*appropriatezza organizzativa*” sono, a loro volta, riconducibili a quella di “*Clinical Governance*”[11]. Comparsa nel 1998 sulla rivista scientifica [British Medical Journal](#): “... *la Clinical Governance è un sistema attraverso cui le organizzazioni sanitarie sono responsabili del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l’eccellenza dell’assistenza sanitaria...*”.

Il significato concettuale è l’utilizzo di una modalità di gestione in ambito sanitario basato su un nuovo modello di come fare le cose (*nuove logiche operative*): è quindi un nuovo modo di gestire e governare le attività che poggia su quattro aspetti fondamentali: la [responsabilità](#), la [trasparenza](#), il *coinvolgimento* e la *partecipazione*, l’[etica](#) e il [valore](#) del lavoro.

Tutte dimensioni della “*qualità*” che richiedono “*competenze professionali, organizzative e tecnologiche*” degli operatori sanitari, socio sanitari e sociali così come la partecipazione attiva dei pazienti, in una logica di “*comunità*”, che deve essere “*proattiva*” e “*partecipante*”.

### “*Slow Medicine Italy*”

In Italia il movimento “*Slow Medicine Italy*”, promosso da “*Slow Food*” e dall’allora *SQUAS VRQ*, ha lavorato fin dall’inizio sull’assioma che cure appropriate e di buona qualità e un’adeguata comunicazione fra le persone sono in grado di ridurre i costi dell’organizzazione sanitaria e gli sprechi, promuovono l’appropriatezza d’uso delle risorse disponibili, la sostenibilità e l’equità dei sistemi sanitari e migliorano la qualità della vita dei cittadini nei diversi momenti della loro vita.

Una medicina “*sobria, rispettosa, giusta*” è il motto di “*Slow Medicine Italy*”, che sintetizza una idea di cura basata sulla “*sostenibilità*”, sull’*attenzione alla persona e all’ambiente*”, sull’*equità*” e sull’*appropriatezza delle cure*”.

La “*sobrietà*” viene connotata con una frase: “*fare di più non sempre significa fare meglio*”. Questo in un contesto attuale in cui lo spreco di farmaci, trattamenti ed esami sembra rimanere significativo.

Il “*rispetto*” ci ricorda che tutte le donne e gli uomini così come gli altri esseri viventi e l’ambiente che ci circonda hanno diritto ad una ricerca continua della loro salute, prima di ogni altra cosa, e a politiche di rispetto della vita in tutte le sue forme e della singolarità di ogni persona e di ogni cultura di cui fanno parte.

Oggi questo ci riporta alla visione e all’approccio “*One Health*”. (vedi i nostri articoli su “*Quotidiano sanità*”: “*One Health in Italia*” e “*L’approccio “One Health” e le policy per la sua gestione*”, 2023)

E La parola “*giusto*” significa almeno due cose: la prima è l’*uguaglianza* di tutti i cittadini, tutte le persone, nei confronti del loro diritto alla prevenzione, cura e assistenza; la seconda è l’*appropriatezza* delle prescrizioni e dei trattamenti sulla base dell’EMB.

### **Il progetto “*Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy*”**

Il progetto più significativo sviluppato da “*Slow Medicine*” in Italia, a partire dal 2012, è stato “*Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy*” che ha l’obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di “*inappropriatezza*” per giungere a scelte informate e condivise.

Le società scientifiche/associazioni di professionisti che hanno aderito al progetto hanno individuato ciascuna una lista di almeno cinque test diagnostici o trattamenti [12], che in Italia venivano effettuati molto comunemente. Trattamenti che non apportano benefici significativi, secondo evidenze scientifiche di efficacia alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti e possono invece esporli a rischi. Attualmente l’elenco è disponibile sul sito di “*Choosing Wisely Italy*” [13].

Ad oggi le pratiche assistenziali censite dalle 49 società scientifiche partecipanti al progetto non basate su EBM sono oltre 2.400 e molte sono ancora di uso diffuso.

### **Decreto ministeriale, detto “*Lorenzin*”, del 9 dicembre 2015 e nuovi LEA**

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 20 gennaio 2016, Il decreto elencava le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza di prestazioni di alcune specifiche branche specialistiche: Odontoiatria, Genetica, Radiologia diagnostica, Esami di laboratorio, Dermatologia allergologica, Medicina nucleare.

Pochi mesi dopo, il 15/07/2016 sono stati presentati i nuovi LEA ed è stato abrogato il “*Decreto appropriatezza*”. Niente sanzioni per medici e maggiore libertà prescrittiva, ma l’appropriatezza resta (?!).

Fu di fatto un dietrofront sul “*Decreto appropriatezza*”. La novità, prevista nei nuovi LEA, era la risultato di una concertazione tra Ministero della Salute e FNOMCeO.

Venne presentato anche un “*Manifesto sull’appropriatezza*”, realizzato dal Ministero della Salute e dalla FNOMCeO, diffuso poi in tutti gli studi medici, ospedali e sedi delle ASL per informare i cittadini sulla novità introdotte dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza ... Ad anni di distanza osserviamo però che c’è ancora strada da fare ... per una costante azione di recupero dell’”*appropriatezza*”.

### **Tornando su “*appropriatezza*” e sprechi in sanità**

In sanità, tutti i processi che non migliorano la salute delle persone generano “*sprechi*”, anche se la loro esistenza è motivata da nobili motivazioni.

Secondo l’OCSE possono essere considerati sprechi:

- Sia le risorse erose da servizi e processi dannosi e/o che non determinano alcun beneficio, alcun valore;
- Sia i costi che potrebbero essere evitati utilizzando alternative meno onerose che producono gli stessi benefici.

Secondo l'OCSE circa il 20% della spesa sanitaria (2017) apporta un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone. Gli sprechi si annidano a tutti i livelli (politica, management, aziende sanitarie, professionisti, pazienti).

Tutti sono chiamati a trovare soluzioni adeguate a ridurre gli sprechi attraverso due strategie:

- Smettere di fare cose che non generano valore;
- Utilizzare, se esistono, alternative di efficacia/sicurezza sovrapponibili, ma dal costo inferiore.

Secondo l'OCSE si possono identificare tre macro categorie di sprechi:

- *Wasteful clinical care* (sovra utilizzo);
- *Operational waste* (acquisti a costi eccessivi e inadeguato coordinamento dell'assistenza);
- *Governance related waste* (complessità amministrative).

cui si possono aggiungere:

- Il sotto utilizzo di interventi sanitari dal “value” elevato con conseguente peggioramento degli “outcome” di salute;
- Frodi e abusi,

Il sovra-utilizzo di prestazioni inappropriate, in particolare quelle diagnostiche, può essere imputato:

- Alla medicina difensiva con conseguenti scelte diagnostiche terapeutiche finalizzate non tanto all'erogazione della migliore prestazione sanitaria, quanto piuttosto alla riduzione delle possibili cause di denunce da parte dei pazienti;
- Alle perverse logiche di finanziamento e incentivazione di aziende e professionisti basate sulla produzione delle prestazioni, e non sull'appropriatezza;
- Alla medicalizzazione della società;
- Alle crescenti aspettative di cittadini e pazienti per una sanità infallibile;
- Al continuo turnover delle tecnologie.

### **La Sanità del 21° secolo sarà dominata dai “pazienti” e dal concetto di “valore”**

Questo perché i bisogni e la domanda stanno aumentando più velocemente delle risorse disponibili per soddisfarli. Le cause sono legate all'invecchiamento della popolazione, a nuove malattie e all'innovazione e allo sviluppo degli strumenti e delle tecnologie.

Nel contesto di un probabile incremento nel volume e nell'intensità delle attività cliniche, le conseguenze presumibili, di segno positivo e negativo, saranno:

- Il coinvolgimento di sempre più professionalità;
- Un maggior numero di esami;
- Più approfondimenti specialistici;
- Più trattamenti e un maggior numero di trattamenti complessi;
- Un maggiore coinvolgimento dei pazienti;
- Più dati e informazioni da gestire;
- Più controversie legali.

### **Uno sguardo al domani**

Se abbiamo ripercorso la storia, spesso controversa, dell'incremento dell'appropriatezza nel sistema sanitario pubblico, che va riconosciuto è almeno in parte avvenuto, lo abbiamo fatto anche per guardare ai mutamenti di oggi e domani e proseguire il cammino, che sarà ancora impegnativo, con nuove prospettive e nuovi strumenti.

### **“Appropriatezza clinica” e “Health literacy”**

L'appropriatezza clinica e la “health literacy” sono due concetti strettamente correlati che

contribuiscono a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e il coinvolgimento dei pazienti nella gestione della propria salute.

Se l'appropriatezza clinica si riferisce all'adeguatezza e alla pertinenza delle cure fornite ai pazienti in base alle loro esigenze e alle migliori evidenze disponibili, la *"health literacy"* si riferisce alla capacità di una persona di ottenere, comprendere e utilizzare le informazioni relative alla salute per prendere decisioni informate e gestire la propria salute perché sarà diventata capace di ascoltare, leggere e comprendere le indicazioni mediche, valutare criticamente le informazioni e saper comunicare con i curanti.

Una persona con un buon grado di *"health literacy"* è più propensa a partecipare attivamente alla gestione della propria salute, facendo domande, cercando informazioni affidabili e prendendo decisioni informate. Il coinvolgimento attivo dei pazienti aumenta la probabilità di scelte appropriate.

La *"health literacy"* aiuta i cittadini a valutare criticamente le informazioni sulla salute provenienti da varie fonti, come la rete o i media. Una valutazione critica è essenziale per distinguere informazioni accurate da quelle errate o fuorvianti, evitando di cadere in terapie o cure non appropriate.

Un buon grado di *"health literacy"* facilita la comprensione delle istruzioni mediche, del dosaggio dei farmaci, della loro modalità di assunzione ed effetti collaterali possibili, aumentando l'aderenza al trattamento, che è un fattore cruciale per l'*"appropriatezza clinica"*.

Pertanto, promuovere la *"health literacy"* tra i pazienti è un aspetto fondamentale per garantire l'*"appropriatezza clinica"* e favorire risultati di salute positivi. Ciò può essere fatto attraverso strategie educative, materiali informativi chiari e accessibili e una comunicazione aperta e collaborativa tra medici e pazienti.

### ***"Appropriatezza clinica"* e alfabetizzazione digitale**

Anche l'*"appropriatezza clinica"* e l'alfabetizzazione digitale sono due aspetti che possono lavorare insieme per garantire cure mediche appropriate e consapevoli nell'era della sanità digitale, perché buoni livelli di alfabetizzazione digitale determinano competenza e capacità di utilizzare le tecnologie digitali in modo efficace e consapevole.

Nell'ambito della salute l'alfabetizzazione digitale riguarda la capacità di accedere alle informazioni sulla salute *online*, comprendere e valutare le risorse digitali e utilizzare le tecnologie per gestire la propria salute e può promuovere *"appropriatezza"* se le istituzioni politiche e scientifiche preposte alla tutela e alla produzione della salute saranno presenti e non lasceranno il campo ad iniziative e soggetti che seguono altre logiche.

L'alfabetizzazione digitale può contribuire all'*"appropriatezza clinica"* in diversi modi:

- *Accesso alle informazioni sulla salute*: i pazienti diventano capaci di accedere a una vasta gamma di informazioni sulla salute online. Questo può consentire loro di ottenere conoscenze approfondite sulle loro condizioni di salute, sui trattamenti disponibili e sulle migliori pratiche. L'accesso a informazioni affidabili e aggiornate può aiutare i pazienti a prendere decisioni informate e a partecipare attivamente alle decisioni sulla loro cura;
- *Valutazione critica delle informazioni*: l'alfabetizzazione digitale aiuta i pazienti a valutare criticamente le informazioni sulla salute trovate online. Essere in grado di discernere tra fonti affidabili e non affidabili, valutare la qualità delle informazioni e considerare i dati basati sull'evidenza può contribuire a evitare informazioni fuorvianti o errate. Ciò promuove l'*appropriatezza clinica*, poiché i pazienti saranno in grado di prendere decisioni basate su informazioni accurate e valide;
- *Utilizzo delle applicazioni e delle risorse digitali*: l'alfabetizzazione digitale consente ai pazienti di utilizzare applicazioni mobili, dispositivi di monitoraggio della salute e altre risorse digitali per gestire la propria salute. Ad esempio, i pazienti possono utilizzare applicazioni per monitorare i propri livelli di attività fisica, gestire la dieta, registrare i sintomi o tracciare il dosaggio dei



farmaci. Queste risorse digitali possono aiutare i pazienti a seguire il trattamento prescritto in modo adeguato e a collaborare con i medici nella gestione della loro salute;

- *Comunicazione con i professionisti sanitari*: l'alfabetizzazione digitale può agevolare la comunicazione tra i pazienti e i professionisti sanitari attraverso canali digitali come e-mail, portali dei pazienti o piattaforme di telemedicina. Questo può consentire ai pazienti di comunicare con i medici in modo rapido e conveniente, fare domande, richiedere referti o ricevere consigli. Una comunicazione efficace con i professionisti sanitari promuove l'appropriatezza.

### **“Appropriatezza clinica” ed intelligenza artificiale**

Infine, se l’*“appropriatezza clinica”* è una misura dell'adeguatezza e della pertinenza dei trattamenti medici rispetto alle condizioni specifiche dei pazienti e vogliamo garantire che i pazienti ricevano le cure, basate sulle migliori evidenze disponibili e tenendo conto delle loro caratteristiche individuali, l'intelligenza artificiale (IA) può svolgere un ruolo importante.

L'IA ha la capacità di analizzare grandi quantità di dati medici, come record elettronici dei pazienti, dati di imaging, risultati di test di laboratorio e studi scientifici. Utilizzando algoritmi avanzati, l'IA può identificare modelli e tendenze che possono aiutare i medici a prendere decisioni migliori e più informate sulla diagnosi e il trattamento.

Ecco alcuni modi in cui l'IA può contribuire all’*“appropriatezza clinica”*:

- *Diagnosi più accurate*: L'IA può analizzare dati clinici e segni diagnostici per identificare patologie o condizioni specifiche con maggiore precisione. Ciò può consentire ai medici di ottenere una diagnosi più tempestiva ed accurata;
- *Personalizzazione del trattamento*: L'IA può analizzare dati individuali dei pazienti, come la storia clinica, i dati genetici e i fattori di rischio, per suggerire trattamenti personalizzati. Questo può aiutare i medici a evitare terapie inappropriate o inutili e a scegliere l'opzione migliore per ogni paziente;
- *Gestione delle terapie*: L'IA può aiutare a monitorare e gestire il trattamento dei pazienti nel tempo. Ad esempio, può suggerire aggiustamenti delle dosi dei farmaci o fornire avvisi in caso di interazioni farmacologiche per migliorare l'appropriatezza del regime terapeutico;
- *Supporto alle decisioni cliniche*: L'IA può fornire ai medici accesso istantaneo a informazioni e evidenze scientifiche aggiornate per supportare le decisioni cliniche. Attraverso sistemi di supporto alle decisioni cliniche basati su intelligenza artificiale, i medici possono ottenere consigli mirati basati sulle migliori pratiche e sull'esperienza di esperti.

Importante ricordare però che l'IA può fornire informazioni e raccomandazioni, ma spetterà sempre ai clinici valutare le informazioni fornite e prendere decisioni considerando il contesto specifico del paziente.

### **Conclusioni**

Se quindi l’*“appropriatezza clinica”* è una dimensione della qualità che fa riferimento alla validità tecnico scientifica, all'accettabilità e alla pertinenza delle prestazioni sanitarie, gli strumenti, le opportunità e le azioni per accrescerne i potenziali benefici sono oggi molteplici e potenti.

Nel concetto di *“appropriatezza clinica”* è insito il concetto di applicazione delle buone pratiche e di aderenza a Linee Guida basate sulle evidenze. Entrambe oggi possono accrescere il loro potenziale se aggiungiamo la possibilità di usarle in modo sempre più mirato e personalizzato sul singolo paziente. Questo dovrebbe essere tanto più vero in un sistema sanitario *“pubblico”*, *“universalistico”* ed *“equo”* come il nostro SSN.

Abbiamo raccontato la storia e le prospettive dell'appropriatezza ma, a questo punto, è giusto anche tenere a mente che come in tutte le sfide impegnative ci sono e ci saranno *“zone grigie”* nelle gestioni aziendali, che non aiuteranno nell'uso *“appropriato”* delle risorse disponibili. Ci sono e ci saranno difficoltà *“politiche”* di *“trasparenza”* nelle scelte tendenziali dei *“poteri forti”* del nostro Paese relativamente alle politiche sanitarie e alle policy della salute.

Ci sono e ci saranno organizzazioni sindacali e professionali che si chiudono nel loro “*particolare*” mancando in un confronto su una visione di insieme della sanità “*pubblica*” e nel contributo ad un pensiero riformatore adeguato ai tempi.

Abbiamo il PNRR che potrebbe essere l’ultima affermazione di una policy e d’investimenti nella direzione di una sanità “*pubblica*”, ma sappiamo che ci sono già dei rischi di correzione che potrebbero ridimensionare lo sforzo di far crescere l’assistenza territoriale.

Con la globalizzazione il nostro Paese è cambiato, come tutti i Paesi sviluppati o presunti tali. Scompaiono i “*corpi intermedi*”, si semplifica la gestione politica con l’assioma della “*società liquida*”, manca una coscienza diffusa dei propri doveri e dei propri diritti. Il rischio è una forte disgregazione sociale e una pauperizzazione diffusa. La privatizzazione strisciante della sanità si inserisce in queste tendenze. Attenzione però che “*quando tutto sarà privatizzato ... perderemo tutto*”, ovvero i diritti costituzionali e lo stato sociale. A chi conviene? I segni di una disgregazione sociale del Paese ci sono già tutti ...

### **Giorgio Banchieri**

Segretario Nazionale ASQUAS, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università “Sapienza” di Roma

### **Andrea Vannucci**

Socio ASQUAS, Professore a contratto DISM Università di Siena, socio Accademia Nazionale di Medicina, Genova

### **Note:**

- [1] Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. 2006. *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project*. Int J Qual Health Care 18 Suppl 1:5-13.
- [2] Labella B, Caracci G., Tozzi Q. e De Blasi R: *L’Osservatorio Buone Pratiche di AGENAS*. In Monitor (Trimestrale dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) Anno XI numero 31 2012 pag 21-34
- [3] Tozzi Q., Caracci G., Labella B.: *Buone pratiche per la sicurezza in sanità*. Il Pensiero Scientifico Editore (febbraio 2011) pag. 41.
- [4] Consensus report, Institute of Medicine. *Clinical practice guidelines we can trust*. March 23, 2011.
- [5] Di Stanislao F e altri, “*La qualità nell’integrazione tra sanità e sociale*”, ASQUAS, Roma, 2013 pagg. 246
- [6] Jollis JG, Granger CB, Henry TD, Antman EM, Berger PB, Moyer PH, Jacobs AK. 2012. *Systems of care for ST-segment-elevation myocardial infarction: a report From the American Heart Association’s Mission: Lifeline*. Circulation Cardiovascular quality and outcomes 5(4), 423–8. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.111.964668
- [7] Jernberg T, Johanson P, Held C, Svennblad B, Lindback J, Wallentin L. 2011. *Association between adoption of evidence-based treatment and survival for patients with ST-elevation myocardial infarction*. JAMA 305(16), 1677–84. doi:10.1001/jama.2011.522
- [8] Di Stanislao F e altri, “*La qualità nell’integrazione tra sanità e sociale*”, ASQUAS, Roma, 2013 pagg. 246
- [9] Ministero della Salute: *Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche*. Roma, dicembre 2012

[10] Di Stanislao F e altri, “*La qualità nell’integrazione tra sanità e sociale*”, ASIQUAS, Roma, 2013  
pagg. 271

[11] G. Scally e L.J. Donaldson, *British Medical Journal*, 1998.

[12] Brody H. *Medicines ethical responsibility for health care reform: the Top Five list*. N Engl J Med.  
2010;362(4):283-285

[13] <https://choosingwiselyitaly.org/>

# quotidiano **sanità**.it

Venerdì 09 GIUGNO 2023

## Pnrr. Le maggiori criticità su Case e Ospedali di Comunità e adeguamento antisismico. In ballo oltre 4 mld di euro. E anche sui target del 2023 la strada è tutta in salita. La Relazione di Fitto

***Questi tre obiettivi sono giudicati dal Governo come “elementi di debolezza” a causa anche dell'aumento dei costi. Il Ministero della Salute segnala poi ritardi su quattro dei sette adempimenti che dovevano essere già soddisfatti entro lo scorso 31 marzo. E sugli otto adempimenti con scadenza giugno, ad oggi ne risulta portato a termine solo uno. [IL RAPPORTO](#)***

Nella relazione inviata al Parlamento dal ministro per gli Affari europei **Raffaele Fitto** sullo stato di attuazione del Pnrr, relativa al terzo semestre, per il ministero della Salute emergono due "elementi di debolezza" in tre aree della Missione 6. E non sono obiettivi di poco conto.

Queste riguardano il territorio per l'investimento 1.1 "Case di comunità (Cdc) e presa in carico della persona" (vale 2 mld di euro), l'investimento 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (ospedali di comunità)" (vale 1 mld di euro) e l'investimento 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (riguarda l'adeguamento antisismico e vale 1,6 mld). Questi tre gli ambiti sono caratterizzati da criticità riguardanti due voci: "Eventi e circostanze oggettive: aumento costi e/o scarsità di materiali" ed "Eventi e circostanze oggettive: squilibrio offerta/domanda. Insomma parliamo di investimenti per circa 4,6 mld circa un terzo della Mission 6 Salute finanziata con i soldi europei.

N.	Ministero / Amministrazione	Misura	Eventi e circostanze oggettive: aumento costi e/o scarsità materiali	Eventi e circostanze oggettive: squilibrio offerta/domanda, investimenti non attrattivi, impreparazione del tessuto produttivo	Difficoltà normative, amministrative, gestionali, ecc.	Ridefinizione CID e OA (errori, rimodulazione target, indicatori per rendicontazione, ecc.)
31	MLPS	M5C2 – Investimento 2.2: Piani urbani integrati per il superamento degli insediamenti abusivi in agricoltura		X	X	
32	MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO	M4C1 – Riforma 1.1: Riforma degli istituti tecnici e professionali		X	X	
33	MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO	M2C3 – Investimento 1.1: Costruzione di nuove scuole mediante sostituzione di edifici	X		X	
34	MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO	M4C1 – Investimento 1.1: Piano per asili nido e scuole dell'infanzia e servizi di educazione e cura per la prima infanzia	X		X	
35	MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO	M4C1 – Investimento 1.4: Intervento straordinario finalizzato alla riduzione dei divari territoriali nei cicli I e II della scuola secondaria di secondo grado			X	X
36	MSAL	M6C1 – Investimento 1.1: Casa della Comunità (CdC) e presa in carico della persona	X	X		
37	MSAL	M6C1 – Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue	X	X		
		strutture (Ospedali di Comunità)				
38	MSAL	M6C2 – Investimento 1.2: Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile	X	X		
<b>Totale</b>			<b>14</b>	<b>19</b>	<b>26</b>	<b>17</b>

Fonte: elaborazione Struttura di missione PNRR su informazioni trasmesse dalle amministrazioni aggiornate a maggio 2023

Quanto alla formazione in ambito sanitario, nella relazione si ricorda che "è previsto entro il primo semestre del 2023 l'aumento del numero di borse di studio in medicina generale, con l'assegnazione di 1.800 borse, garantendo il completamento di due cicli di apprendimento triennali (M6C2-14)113. In totale, entro giugno 2024 (M6C2-15), è prevista l'assegnazione di ulteriori 900 borse per un totale di

2.700 assegnazioni aggiuntive, che garantiscono il terzo ciclo di apprendimento triennale. Le attività del triennio formativo 2021-2024 sono iniziate a maggio 2022, dopo che il Ministro della Salute aveva ripartito tra le regioni le risorse per finanziare le prime 900 borse di studio per i medici di medicina generale".

"Per il triennio formativo 2022-2025 - prosegue - a settembre 2022 è stato adottato il decreto del Ministro della Salute che ripartisce alle Regioni le risorse per finanziare le ulteriori 900 borse di studio. Il decreto di riparto è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 298 del 22 dicembre 2022. Il concorso nazionale per l'accesso ai corsi di formazione specifica in medicina generale relativi al triennio 2022-2025 si è svolto entro i termini previsti. L'assegnazione di queste ulteriori 900 borse di studio completerà il target".

**Oltre alla formazione, il ministero della Salute segnala sul proprio [sito](#) alcuni ritardi su quattro dei sette adempimenti che dovevano essere soddisfatti entro lo scorso 31 marzo.** Questi riguardano:

- *"Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)"*: il numero aggiuntivo di persone over 65 anni da trattare in assistenza domiciliare per raggiungere l'obiettivo di prendere in carico il 10% della popolazione con più di 65 anni entro il 2026. L'assistenza domiciliare integrata è un servizio per persone di tutte le età con una o più malattie croniche o una condizione clinica terminale che richiede un'assistenza sanitaria professionale continua e altamente specializzata.

- *"Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali"*: quindi l'assegnazione del Codice CIG (codice identificativo di gara), un codice alfanumerico generato dall'Anac.

- *"Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale"*: assegnazione del Codice CIG (codice identificativo di gara), un codice alfanumerico generato dall'Anac.

- *"Assegnazione di un codice CIG/provvedimento di convenzione per il progetto pilota che fornisca strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria"*: assegnazione del Codice CIG (codice identificativo di gara), un codice alfanumerico generato dall'Anac.

**Quanto poi agli otto obiettivi da portare a termine entro giugno 2023**, attualmente risulta già raggiunto solo quello in tema di *"Assegnazione di almeno 400 codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità"*.

**Quelli ancora da portare a termine entro giugno sono invece i 7 seguenti:**

- *"Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP"*: assegnazione del Codice CIG (codice identificativo di gara), un codice alfanumerico generato dall'ANAC. Le nuove costruzioni devono essere conformi ai pertinenti requisiti di cui all'allegato VI, nota 5, del regolamento (UE) 2021/241.

- *"Stipula contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria"*: stipula dell'obbligazione giuridicamente vincolante.

- *"Stipula contratti per l'interconnessione aziendale"*: stipula dell'obbligazione giuridicamente vincolante.

- *"Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali"*: stipula dell'obbligazione giuridicamente vincolante. Il punto cruciale di questo intervento è l'entrata in funzione di almeno 600 Centrali operative (una ogni 100.000 abitanti) con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliare con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.

- *"Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: riabilitazione territoriale, consultori familiari"*: è prevista

l'adozione da parte di tutte le Regioni dei 2 nuovi flussi informativi nazionali: (1) riabilitazione territoriale e (2) consultori familiari.

- *"Assegnazione di 1.800 borse di studio per la formazione specifica in medicina generale"*: questo investimento deve essere volto all'incremento del numero di borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennali.

- *"Completamento della procedura di iscrizione ai corsi di formazione manageriale"*: questo investimento mira ad attivare un percorso formativo per il personale con ruoli apicali all'interno degli Enti del Ssn per permettere loro di acquisire le competenze e le capacità manageriali e digitali necessarie per affrontare le sfide sanitarie attuali e future in un'ottica integrata, sostenibile, innovativa, flessibile e orientata al risultato.

A tutti questi si aggiungono, infine, altri cinque obiettivi da poter però raggiungere in un lasso di tempo più lungo, ovvero entro dicembre 2023.

***Giovanni Rodriquez***

# Piano UE salute mentale, elogi e critiche. «Ora tocca all'Italia utilizzare bene i fondi. Puntare su scuola e fragilità sociali»

In Europa, almeno una persona su sei ha sofferto di disagio psicologico già prima della pandemia e un lavoratore su quattro, ancora oggi, deve fare i conti con lo stress legato alle condizioni di lavoro. In questo contesto, il covid-19 ha acuito delle condizioni di difficoltà abbattendosi soprattutto sulle categorie più fragili nella società. Per [...]

*di Gloria Beltrami*



In Europa, almeno una persona su sei ha sofferto di disagio psicologico già prima della pandemia e un lavoratore su quattro, ancora oggi, deve fare i conti con lo stress legato alle condizioni di lavoro. In questo contesto, il covid-19 ha acuito delle condizioni di difficoltà abbattendosi soprattutto sulle categorie più fragili nella società. Per la Commissione Europea, fino ad oggi la mancata azione a sostegno della salute mentale ha pesato fino a 600 miliardi di euro all'anno.



## Un approccio comune

Il nuovo **Piano UE per la salute mentale** (a cui *Sanità Informazione* aveva dedicato una importante inchiesta | **LEGGI L'INCHIESTA** – *Salute mentale, a che punto è la promessa del primo “Piano Europeo”*. Intanto Stati e Regioni vanno in ordine sparso... ) presentato il 7 Giugno scorso da Margaritis Schinas, Vice-presidente della Commissione Europea e Commissario per la Promozione dello stile di vita europeo, e Stella Kyriakides, Commissaria per la salute e sicurezza alimentare, prevede lo stanziamento di 1,23 miliardi di euro e rappresenta un nuovo pilastro nella concezione di salute che hanno le istituzioni europee: la consapevolezza che salute fisica e salute mentale hanno la stessa importanza. Finora, infatti, mancava una strategia globale per la prevenzione e la cura della salute mentale dei cittadini e, complici anche gli effetti a lungo termine provocati dalla pandemia, gli Stati membri avevano cominciato a muoversi in ordine sparso.

## Lazzari: “In Italia intervenire su scuola e servizi sociali”

Secondo David Lazzari, Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, in Italia ci sono tre aree su cui sarebbe particolarmente importante intervenire: “La prima è la scuola, poi ci sono i servizi sociali e i servizi sanitari. Questi ultimi comprendono lo psicologo di base, le case di comunità e i servizi di salute mentale. In particolar modo, la scuola deve essere il luogo in cui si fa prevenzione delle risorse psicologiche. È lì che si possono intercettare precocemente le situazioni di maggior disagio”. Per l'Italia, aggiunge Lazzari, un'altra sfida da considerare sarà quella di dare vita a dei progetti capaci di agire in maniera strutturale su tali aree: “Sarà interessante anche vedere se i fondi stanziati contribuiranno ad un cambiamento stabile nel tempo. In questo senso, avere dei canali che siano il più strutturati possibile è importante”. Il maggior problema italiano in questo ambito, infatti, resta la mancata prevenzione: “Tutti i fondi della salute mentale vanno a finanziare i servizi che curano soprattutto problemi psichiatrici o disturbi dello sviluppo. Negli adulti, la cura è peraltro quasi solo farmacologica”.

## Giuste intuizioni e critiche sui ritardi

Alle critiche rispetto al ritardo con cui i fondi sono stati stanziati, la Commissione Europea ha risposto: “[Questo pacchetto, ndr] arriva solo pochi mesi dopo il discorso del Presidente nel settembre 2022 e la Conferenza sul futuro dell'Europa. Entrambi lo hanno chiesto ed è stato consegnato. Inoltre, non siamo partiti da zero. La Commissione si dedica da tempo al miglioramento della salute mentale dei cittadini. Molte azioni sono già state avviate”. Il riferimento è ai grandi progetti già citati, come Horizon Europe e

EU4Health, che però non erano stati pensati per stimolare un approccio globale alla salute mentale. Lo spiega Michele Calabrò, direttore di EUREGHA a Bruxelles: “Questo nuovo piano presentato dalla Commissione è positivo innanzitutto perché riconosce a livello istituzionale l'importanza di un approccio olistico alle questioni legate alla salute mentale. Se questo tema viene implementato così come era stato fatto alcuni anni fa con il Beating Cancer Plan, allora siamo sulla strada giusta. Anzi, noi ci aspettiamo un'azione di questo tipo da parte della Commissione”.

## Uno degli ultimi atti della Commissione sulla salute

Così facendo, il nuovo piano europeo fissa un nuovo standard anche per quanto riguarda il disegno delle prossime politiche pubbliche in fatto di salute mentale: “Questi fondi arrivano come step finale nel mandato della Commissione Europea in fatto di salute e, in un certo senso, ne chiudono il cerchio, però suggeriscono anche alla prossima Commissione su quale via procedere. E dobbiamo riconoscere che, prima di questo mandato, per la Commissione Europea la salute non è mai stata un settore di principale interesse anche a causa delle poche competenze che le erano riconosciute in merito”. Se, da un lato, il nuovo Piano europeo sulla salute mentale non ha una potenza di fuoco tale da rispondere a tutte le specifiche esigenze dei ventisette Stati membri, dall'altro costituisce in ogni caso una boccata d'ossigeno. Ora questi sono chiamati a presentare progetti che rispettino i prerequisiti necessari per accedere ai fondi stanziati. Per l'Italia, questa sarebbe davvero un'occasione da non perdere.

## Prevenzione e costi tra i pilastri

Tornando al piano si osserva come un nuovo approccio al trattamento della salute mentale dei cittadini europei sia finalmente realtà: “I rapidi cambiamenti tecnologici, ambientali e sociali – **si legge nella presentazione della Commissione** – hanno notevolmente influenzato la capacità di alcune persone di far fronte a queste sfide. Pertanto, l'UE adotterà un approccio olistico alla salute mentale”. Ecco i principi su cui si baserà:

- prevenzione adeguata ed efficace,
- accesso a cure mediche e psicologiche di alta qualità e a prezzi accessibili,
- reinserimento nella società dopo il recupero.

## Equilibrio tra vita privata e lavoro

Tra gli obiettivi specifici di questo piano rientrano anche l'impegno delle istituzioni europee a sensibilizzare all'equilibrio tra lavoro e vita privata, così come sono previste azioni per tutelare la salute mentale di bambini e adolescenti e migliorare la cura dei gruppi di più fragili.

## Ora tocca agli Stati spendere bene i soldi

Ora che i soldi ci sono, la palla passa dunque agli Stati: "Spetta a loro utilizzare al meglio questi fondi – chiarisce la Commissione Europea – anche perché non sono previsti degli stanziamenti fissi per progetto o Stato membro". Peraltro, il pacchetto di aiuti è stato ricavato ricorrendo a diversi strumenti di finanziamento dell'Unione Europea nell'ambito del bilancio 2021-2027. Spiegano ancora da Bruxelles: "Saranno 765 i milioni di euro che saranno forniti dal programma Horizon Europe per rafforzare la ricerca e l'innovazione sulla salute mentale. Nell'ambito del programma EU4Health, invece, abbiamo stanziato un totale di quasi 70 milioni di euro per iniziative di prevenzione. Gli Stati membri possono anche beneficiare dei fondi per la ripresa e la resilienza o dello strumento di sostegno tecnico per finanziare gli investimenti e riforme sulla salute mentale, secondo quanto previsto dai rispettivi piani nazionali. Infine, gli Stati membri possono avvalersi dei finanziamenti dedicati alla politica di coesione, sulla base naturalmente di quanto deciso con la Commissione".

La sperimentazione alle Molinette

# Un nuovo farmaco rallenta l'evoluzione dei tumori cerebrali

**di Stefania Aoi** *La lotta al tumore cerebrale fa passi avanti. Uno studio internazionale, che ha visto la partecipazione attiva della Neuro-oncologia universitaria dell'ospedale Molinette della Città della Salute di Torino, diretta dalla professoressa Roberta Rudà, ha dimostrato che una nuova molecola chiamata Vorasidenib è in grado di rallentare la crescita tumorale dei gliomi di basso grado. I risultati di questo studio, che ha reclutato 331 pazienti da 10 Paesi e rivoluzionerà la pratica clinica, sono stati pubblicati sulla prestigiosa rivista scientifica New England Journal of Medicine, massima autorità in campo medico, e sono stati presentati in anteprima a Chicago al congresso dell'American society of clinical oncology. La Neuro-oncologia dell'ospedale Molinette è tra gli autori di questa prestigiosa pubblicazione, unico centro italiano e tra i pochi europei.*

I tumori cerebrali colpiscono circa 4-5 persone ogni 100 mila abitanti. Quelli cosiddetti "di basso grado" colpiscono più di frequente pazienti tra i 20 e i 40 anni. Pur non essendo maligni, per le caratteristiche infiltrative nel tessuto nervoso sano, non sono suscettibili di una rimozione chirurgica radicale. E nel tempo il residuo tumorale tende a crescere e può evolvere verso forme più aggressive. « Quando il glioma presenta la mutazione Idh — spiega Roberta Rudà — produce un metabolita anomalo chiamato oncometabolita che promuove la crescita e l'infiltrazione tumorale ed è anche implicato nella suscettibilità a sviluppare crisi epilettiche, sintomo frequente ed invalidante di questi pazienti ». Il farmaco Vorasidenib è un inibitore specifico della mutazione Idh. « E la sua azione si traduce — prosegue — in un significativo rallentamento della crescita tumorale, consentendo di posticipare la radio e la chemioterapia, attualmente considerate terapie standard ».

I pazienti su cui è stato sperimentato il farmaco hanno visto evolvere il tumore dopo 27 mesi in media, mentre i pazienti a cui era stato dato un farmaco placebo in 11 mesi. Mentre le terapie per bloccare la mutazione dell'Idh possono avere effetti collaterali importanti, il farmaco Vorasidenib, assunto per via orale ha dimostrato di essere ben tollerato e, oltre ad avere un effetto sul tumore, sembra essere attivo anche nel ridurre le crisi epilettiche.

Ora il farmaco dovrà seguire l'iter regolatorio e l'approvazione delle autorità negli Stati Uniti e in Europa prima di poter essere prescritto ai pazienti. « Non siamo gli unici in Italia ad aver partecipato allo studio — conclude Rudà — Il nostro è stato un lavoro di squadra e siamo orgogliosi di essere stati tra coloro che hanno reclutato più pazienti e tra i primi a partecipare ».

© RIPRODUZIONERISERVATA

Lo studio riguarda i gliomi di basso grado, patologie benigne ma comunque pericolose

**kRoberta Rudà** *Direttrice della Neuro-oncologia universitaria alle Molinette*

# Sanità e fondi Pnrr Sindacati all'attacco "Vogliamo risposte sui 18 milioni mancanti"

## Il caso

**di Michela Bompani** « Enorme preoccupazione per la nuova manovra di bilancio che la Regione ha compiuto sui fondi Pnrr della sanità: chiediamo la convocazione immediata per conoscere, non dai giornali, lo stato effettivo dei progetti»: **Maurizio Calà, segretario regionale Cgil Liguria, annuncia l'invio, questa mattina, di una lettera firmata da Cgil, Cisl e Uil alla Regione Liguria.**

Esplose così il caso dei fondi Pnrr calcolati male dalla Regione, risultati insufficienti per coprire la realizzazione di Case e Ospedali di Comunità: alla Liguria mancano 18 milioni e per questo la giunta ha approvato una delibera in cui trasferisce sui progetti Pnrr una tranche di 14 milioni, drenandoli da un altro fondo dedicato all'edilizia sanitaria (l'ex articolo 20), rischiando così di "scoprire" i previsti 66 interventi di ristrutturazioni che riguardano pronto soccorso (a partire dal San Martino) e ambulatori. Come ammette la stessa Regione, nella delibera, la realizzazione di opere come l'ospedale di Comunità di Busalla o Campoligure, o le Case di Comunità di Sestri Levante o Sarzana sono risultate costare dal doppio e fino al quadruplo della cifra chiesta dalla Regione al Pnrr.

*Dopo la denuncia su Repubblica del pasticcio sui fondi Pnrr da parte del capogruppo regionale Pd, Luca Garibaldi, che ha depositato sul caso un'interrogazione alla giunta, scendono in campo i sindacati. «Solo un mese fa abbiamo ottenuto, dopo un anno di attesa, la convocazione del presidente della Regione, Giovanni Toti e da tutti gli assessori per avere un quadro complessivo dello stato dei lavori dei progetti Pnrr — spiega Calà — e nonostante le nostre ripetute insistenze, al di là delle molte slide promozionali che ci hanno mostrato, non ci è stato detto nulla su questa mancanza di fondi. È un'omissione gravissima. Per questo chiediamo l'immediata convocazione dei tavoli specifici, con i sindacati, di ogni assessorato, per conoscere, nei minimi dettagli lo stato di ogni singolo progetto Pnrr».*

Non solo, si carica di un più grave significato la manifestazione, convocata dalla Cgil, giovedì 15 giugno, davanti al pronto soccorso dell'ospedale Galliera, con un presidio dalle 10 alle 12, dal titolo "Pronto soccorso in codice rosso": « Tra le molte emergenze che caratterizzano il pronto soccorso in Liguria, dalla carenza di personale all'assenza di un piano di manutenzione per le strutture — dice Calà — con questa delibera, per salvare i progetti Pnrr, la Regione sottrae fondi destinati a quelle manutenzioni ». I sindacati, Cgil e Uil, sono in pieno allarme anche perché questa, di fatto, è la seconda manovra di Bilancio compiuta dalla giunta Toti sulla Sanità, in pochi mesi: « Siamo molto preoccupati perché i conti della Sanità in Liguria non tengono — denuncia Alfonso Pittaluga, segretario regionale Uil Liguria — con questa delibera la Regione compie la seconda manovra di Bilancio sulla Sanità. In Liguria c'è ora un'emergenza sanitaria che supera le altre: è la tenuta dei conti regionali. Situazione ancor più grave, perché inserita in un quadro nazionale di definanziamento della sanità pubblica ». E ai sindacati si uniscono le opposizioni in Regione: «Siamo davanti a un errore progettuale gravissimo fatto dalla Regione di Toti — attacca Gianni Pastorino, consigliere Linea Condivisa — già ci troveremo ad approvare il nuovo Piano socio sanitario a settembre, con un anno di ritardo, dove manca totalmente il fabbisogno di personale ». E il M5s chiama in campo la Struttura di missione sui fondi Pnrr sanitari che ha lavorato fino a poco tempo fa: «Chiederemo alla giunta di chiarire questo spostamento di fondi — dice il capogruppo Fabio Tosi — è inevitabile temere un'ulteriore contrazione dei servizi. Inoltre ribadiamo che la struttura di missione ha drammaticamente sbagliato le proprie valutazioni. E i 130mila euro destinati allo stipendio del capo della struttura, forse, non sono stati spesi bene».

E questa mattina, al Ducale, a parlare di Pnrr e semplificazione della governance, arriva a Genova il ministro della Funzione pubblica, Paolo Zangrillo, per la sesta tappa della sua carovana nazionale "Facciamo semplice l'Italia".

Cgil, Cisl e Uil chiedono la convocazione immediata dei tavoli dedicati in Regione. Non tornano i conti delle case di comunità, scoperti i capitoli di spesa delle manutenzioni

## Galliera

Davanti al pronto soccorso si terrà una manifestazione, convocata dalla Cgil, giovedì 15 giugno, con un presidio dalle 10 alle 12, per protestare contro le tante emergenze della sanità

## Erzelli

La spianata dove dovrebbe sorgere l'ospedale finanziato in parte dal Pnrr

Le idee

## Welfare, sanità e scuola sotto attacco

**di Andrea Mornioli** Nei giorni scorsi la nuova direzione del Dipartimento di Salute Mentale del distretto di Barcola a Trieste ha pensato di mettere delle reti metalliche alle finestre del primo centro di salute mentale territoriale aperto dopo la chiusura dei manicomi da Franco Basaglia con la scusa di "proteggere le persone da se stesse". Lo ha fatto dopo 47 anni di apertura di cui di "sbarre" non si era mai sentito il bisogno.

Può sembrare una piccola cosa ma per tutti quelli e quelle che in questi anni hanno investito e lavorato nel sociale e nel socio-sanitario, convinti che tali ambiti non riguardano il "far del bene" ma, prima di tutto, la tutela e la promozione dei diritti, partendo dall'accompagnare le persone più fragili e in difficoltà nei loro percorsi di emancipazione e di riconquista delle libertà personali, questa decisione appare davvero come un segnale pericoloso. Un segnale coerente con una deriva politica e culturale che al posto di un'idea di welfare pubblico e universalistico, costruito dentro alle comunità e in un'ottica inclusiva, propone un sistema di protezione sociale identitario, corporativo e paternalista. Dove i fragili e i poveri sono divisi tra meritevoli e colpevoli; dove per "gli scarti" si prevede solo il contenimento e l'istituzionalizzazione; dove la cura, invece che come responsabilità dello Stato torna a essere "fatto privato", perché scaricata sulle famiglie (e quindi sulle donne viste le profonde asimmetrie di genere sui compiti di cura) o mettendo a profitto la sofferenza, spingendo sulle privatizzazioni. Quando qualche mese fa, dopo la morte di Franco Rotelli (con altre e altri protagonisti e artigiano del percorso nato con la chiusura dei manicomi che ha restituito umanità, libertà e felicità a migliaia di persone a cui era negato l'accesso alla dignità e all'aver spazio nel mondo), avevamo pensato a due giornate di riflessione a Napoli nel suo ricordo e per ridefinire oggi senso e prospettiva del lavoro sociale, non pensavamo di trovarci dentro a tale deriva. E per questo, oggi, consapevoli del rischio che stiamo correndo, questa iniziativa ci appare ancora più urgente e necessaria.

Un'iniziativa che speriamo non si limiti soltanto a un momento di riflessione e confronto ma che si caratterizzi come prima tappa di un percorso di mobilitazione collettiva e condivisa tra operatori e operatrici che lavorano nel pubblico come nel privato sociale.

Nell'ambito della salute mentale, ma anche, e più in generale, nei servizi sociali e socio-sanitari, insieme a quelli e quelle che lavorano nella scuola e nell'educazione. Perché mai come oggi quello a essere sotto attacco, politico, culturale economico è il welfare di questo Paese, a partire dalla sanità e dalla scuola.

Le due giornate, che si intitolano "Rendere conciliabile l'inconciliabile", promosse dalle cooperative "Dedalus" e "E.r.a", dalle associazioni "A voce alta" "Amici di Fausto Rossano", dal C.i.d.i e dal centro sociale "Je so pazzo", avranno un ospite speciale: "Marco Cavallo". Marco Cavallo è una grande scultura di legno e cartapesta realizzata nel 1973 dalle persone internate nel manicomio e che in tutti questi anni è diventato il simbolo sia dell'umanità nascosta rinchiusa in istituzioni totali con o senza muri, sia della lotta sociale, medica, politica nata e praticata intorno a tanti servizi che hanno trovato il loro senso, e il loro lavorare "con" e non "per" nell'abitare la dimensione politica e culturale del loro fare. Due giornate concepite non per fermarsi al ricordo, o al solo ambito della sofferenza mentale, ma che intendono proporre e rilanciare un nuovo movimento civile dal basso e dai servizi. Saranno protagoniste le esperienze che ostinatamente provano a fare un lavoro sociale che non si accontenta di contenere ma che tenta di cambiare. Che sa essere visionario e non pigro. Che considera le persone non oggetti ma soggetti con cui lavorare e che in tale riconoscimento mantiene il proprio essere istituyente di nuove soggettività, istituzioni, sistemi di relazione.

Si incomincia domani a Porta Capuana dove alle 16 Marco Cavallo incontrerà le persone del quartiere, la stampa e le istituzioni, accompagnato dal laboratorio musicale di Maurizio Capone e dalle alunne e gli alunni della scuola "Bovio Colletta". E poi, dalle 17 in poi, Marco Cavallo sarà al Centro Sociale "Ex-opg", a discutere con altre e altri in un confronto dal titolo: "Fare spazio nel mondo a chi non lo ha", per poi presentare il docu-film: "Varchi Attivi" di Pasquale D'Imperio con la voce narrante di Michele Placido. E, il giorno dopo, a Castel Capuano, grazie alla fondazione diretta da Aldo De Chiara, alle ore 17.00, a continuare il ragionamento utilizzando come punto di partenza del confronto il bellissimo libro di Franco Lorenzoni: "Educare controvento: storie di maestre e maestri ribelli". Insomma, in un'epoca in cui parole come "fiducia" e "speranza" appaiono affaticate e in cui a prevalere sembra più l'"io" che il "noi". In cui tutto sembra arretrare, chiudersi e frammentarsi vi invitiamo a due giornate che vogliono proporre aperture, innovazione e aggregazione di pensieri e emozioni. E, per invitarvi, crediamo che le parole più utili siano quelle di un internato del manicomio di Sassari, che su un muro della sua stanza/prigione, prima di essere finalmente liberato, citando una frase di Kurt Cobain lasciò scritto: "Voi mi odiate e io per dispetto vi amo tutti".

Ci vediamo, a Porta Capuana, per dialogare, abbracciare e confrontarsi con Marco Cavallo, perché la "libertà è un grande cavallo blu".

© RIPRODUZIONERISERVATA



ASP e Ospedali

La nota

## Comitato etico territoriale, Messina: «Bene le nomine relative a Villa Sofia-Cervello»

Il commissario straordinario sottolinea: «Piccione, Cassata, Castagna e Mannone sono professionisti di altissima levatura».



🕒 **Tempo di lettura:** 2 minuti



8 Giugno 2023 - di **Redazione**

### Fisiatria Bagheria

#### Visita Fisiatrica Bagheria

Specializzato in Medicina Fisica e Riabilitazione. Dott. Riccardo Nicosia Fisiatra.

medicisicilia.it

APRI

[INSANITAS](#) > ASP E Ospedali

PALERMO. «Manifesto **vivo apprezzamento** per la scelta da parte della Regione Siciliana, nell'ambito dei componenti del **Comitato Etico Territoriale** della Sicilia, di alcune professionalità appartenenti all'azienda che mi onoro di guidare. Nella specie, Piccione, Cassata, Castagna e Mannone sono professionisti di altissima levatura, che quotidianamente apportano valore aggiunto al corredo umano e professionale di questa azienda e che sono certo, pertanto, potranno operosamente contribuire alla missione strategica quanto importante del suddetto comitato».

Così commenta **Walter Messina** (nella foto), commissario straordinario dell'AOR «**Villa Sofia Cervello**» la notizia della nomina all'interno dell'istituto Comitato Etico Territoriale della Sicilia di alcuni dipendenti dell'azienda ospedaliera palermitana.

Il comitato, previsto dalla normativa nazionale, che altresì lo disciplina, ha per **mission** la valutazione etica, scientifica e metodologica degli studi clinici sperimentali e della valutazione di indagini cliniche sui dispositivi medici e farmacologici, con la precisa responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone coinvolte nella sperimentazione.

### Epicondilite - Valutazioni Posturali

Specializzato in Medicina Fisica e Riabilitazione. Dott. Riccardo Nicosia Fisiatra.  
medicisicilia.it

APRI

## Candlelight

### I componenti del Comitato Tecnico Territoriale


Del Cet, oltre al dirigente responsabile del servizio “Farmaceutica” dell’assessorato, faranno parte: **Andrea Cortegiani**, **Vito Di Marco**, **Giulia Letizia Mauro**, **Tommaso Mannone** e **Luca Castagna**, esperti in materia di sperimentazione clinica; **Luigi Spicola**, medico di medicina generale territoriale; **Nicola Cassata**, pediatra; **Domenica Matranga**, biostatistica; **Filippo Drago**, farmacologo; **Giuseppina Fassari**, farmacista ospedaliera; **Maddalena Samperi**, esperta in materia giuridica; **Silvia Valenti**, esperta in materia assicurativa; **Giuseppe Caruso**, medico legale; **Salvatore Leone**, esperto di bioetica; **Giuseppe Iacona**, rappresentante dell’area delle professioni sanitarie interessata alla sperimentazione; **Claudio Ales**, rappresentante delle associazioni di pazienti o cittadini impegnate sui temi della salute; **Alessandro Ungaro**, esperto di dispositivi medici; **Flavia Costa**, ingegnere clinico; **Vincenzo Bonaccorsi**, esperto in nutrizione; e **Maria Piccione**, esperta in genetica.



MENU

Cerca...



 [Stampa questo articolo](#)

Tag:

[COMITATO ETICO](#) [COMITATO ETICO TERRITORIALE](#) [VILLA SOFIA- CERVELLO](#) [WALTER MESSINA](#)

**Contribuisci alla notizia**

[Invia una foto o un video](#)

[Scrivi alla redazione](#)

## Altre notizie



## La formazione dei medici di famiglia deve diventare una specializzazione

**PS** [panoramasanita.it/2023/06/12/la-formazione-dei-medici-di-famiglia-deve-diventare-una-specializzazione/](https://panoramasanita.it/2023/06/12/la-formazione-dei-medici-di-famiglia-deve-diventare-una-specializzazione/)



*Il commento dello Snami alle parole del ministro Schillaci*

Il Sindacato Autonomo commenta le affermazioni del Ministro della Sanità Orazio Schillaci che, ospite al Forum in Masseria di Bruno Vespa, ha sostenuto che la formazione della medicina di famiglia deve essere equiparata a una scuola di specializzazione. “Condividiamo ciò che ha affermato il Ministro- dice Angelo Testa, presidente nazionale Snami- e auspichiamo che presto il percorso disegnato venga ratificato. Un altro tassello alle intenzioni espresse dalla Presidente del Consiglio Giorgia Meloni di voler ripartire dalla prossimità, riportando la sanità verso i territori e valorizzando il ruolo dei Medici di Medicina Generale”. “Il tutto metterebbe ordine anche ai ritardi attuali per cui vengono aumentate le borse ma non vengono banditi i concorsi e le stesse non sono nemmeno più opzionate visto lo scarso appeal del Corso di formazione in medicina generale” continua Matteo Picerna, vice segretario nazionale Snami.

“Verrebbero meno anche i disservizi sui ritardi dell’inizio dei corsi di formazione- aggiunge Federico Di Renzo, addetto alla presidenza nazionale Snami- che dovrebbero partire obbligatoriamente il 1 novembre di ogni anno ed invece vivono un cronico ritardo.” “Da sempre abbiamo chiesto come Snami- conclude Angelo Testa- che il corso di formazione diventasse una specialità con pari dignità alle stesse. Sembra che la buona strada inizi ad essere intrapresa”

# PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Panorama della Sanità

## L'Oms raccomanda le linee guida del Politecnico di Milano per la progettazione dei futuri ospedali

**PS** [panoramasanita.it/2023/06/09/loms-raccomanda-le-linee-guida-del-politecnico-di-milano-per-la-progettazione-dei-futuri-ospedali/](https://panoramasanita.it/2023/06/09/loms-raccomanda-le-linee-guida-del-politecnico-di-milano-per-la-progettazione-dei-futuri-ospedali/)



*“La sfida oggi è mettere a sistema tutte le istanze riguardando uno sviluppo sostenibile, inclusivo e in ottica One Health” afferma Stefano Capolongo direttore del Dipartimento di Architettura, Ingegneria delle Costruzioni e Ambiente Costruito del Politecnico di Milano*

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha presentato a Baku (Azerbaijan) le nuove raccomandazioni progettuali per i nuovi ospedali che verranno realizzati nella Regione Europea, frutto di accordo di ricerca con il Politecnico di Milano. Il [documento](#) è stato curato dal Design & Health Lab del Dipartimento di Architettura, Ingegneria delle Costruzioni e Ambiente Costruito dell'ateneo milanese con il coordinamento di Stefano Capolongo. La pandemia Covid-19 ha evidenziato l'importanza della preparazione in vista di disastri naturali e quelli causati dall'uomo, le emergenze e altre crisi sociali. La capacità di fornire servizi sanitari continui è fondamentale in queste situazioni e la progettazione di un'architettura per la salute è la via maestra per affrontare i molteplici fattori che stanno trasformando la società, l'economia e l'ambiente. Gli ospedali – evidenzia il Politecnico di Milano – sono particolarmente importanti perché interpretano al meglio queste trasformazioni, promuovono la rigenerazione urbana e hanno un impatto positivo su scala diffusa in un determinato territorio. Affinché un ospedale rimanga funzionale durante le emergenze e i disastri, deve essere progettato con infrastrutture solide e flessibili, un'elevata resistenza ai pericoli e un'attenzione particolare alla sicurezza e al comfort.

La pandemia Covid-19 ha inoltre sottolineato l'importanza dell'ambiente ospedaliero nella trasmissione degli agenti patogeni ed evidenziato la necessità di garantire un rispetto sostenibile degli standard igienici.

*“Come sarà l'Ospedale del futuro? Siamo già nel futuro: le soluzioni tecnologiche, progettuali e organizzative hanno raggiunto livelli molto avanzati –commenta **Stefano Capolongo** direttore del Dipartimento di Architettura, Ingegneria delle Costruzioni e Ambiente Costruito del Politecnico di Milano – La sfida oggi è mettere a sistema tutte le istanze riguardando uno sviluppo sostenibile, inclusivo e in ottica One Health. Il*

*technical brief redatto per l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccoglie le principali strategie per la realizzazione di ospedali innovativi flessibili, resilienti ed Evidence-based nell'intera regione Europea."*



**Le linee guida** sono pensate per istituzioni sanitarie, organizzazioni sanitarie e ai loro organi di governance: i direttori generali, ma anche architetti e tecnici che si occupano di infrastrutture per la salute. Le raccomandazioni affrontano le sfide future da differenti punti di analisi.

“In primo luogo – spiega il Politecnico di Milano – la scelta della **posizione dell’ospedale**, con una funzione differente se ubicato in centro città o nelle periferie (quest’ultimo in grado di servire aree più vaste). L’attenzione poi si sposta sull’importanza delle aree verdi a beneficio di pazienti e personale medico e sul benessere dei lavoratori. Un design accessibile degli spazi invece può soddisfare i bisogni di tutte le fasce della popolazione, lavorando anche sull’estetica, sia all’interno che all’esterno dell’ospedale. **A livello manageriale** un contributo rilevante arriva dalla digitalizzazione che può portare grandi benefici alla gestione dei beni e dei servizi delle strutture, all’organizzazione del lavoro e dei servizi sul territorio. **L’ospedale del futuro non deve essere chiuso e immutabile**: le sinergie con la rete sanitaria territoriale possono migliorare i servizi e la resilienza del sistema sanitario e aumentare la capacità dei pazienti di accedere ai servizi di medicina locale. Nella programmazione bisogna essere consapevoli dei rischi di

infezione all'interno delle strutture, e quindi prestare attenzione al controllo della qualità dell'aria durante le fasi di progettazione e costruzione, che dovranno prevedere la gestione dell'igiene.

**L'ospedale del futuro è sostenibile a livello sociale, economico ed ecologico**, con una strategia che è parte integrante dell'intero ciclo di vita della struttura, compresa la gestione dell'energia e delle risorse, e i suoi possibili adattamenti e ampliamenti. La prevenzione e la sicurezza sono essenziali, sia dal punto di vista della sicurezza generale che del rischio di incendi e di eventi sismici; un tema che va affrontato a 360°: progettazione e costruzione, manutenzione, formazione e preparazione alle emergenze”.

## Oms: Su 171 paesi solo 56 producono medicinali derivati dal plasma

**PS** [panoramasanita.it/2023/06/12/oms-su171-paesi-solo-56-producono-medicinali-derivati-dal-plasma/](https://panoramasanita.it/2023/06/12/oms-su171-paesi-solo-56-producono-medicinali-derivati-dal-plasma/)



*Il 14 giugno la Giornata mondiale del donatore di sangue*

“Dona il sangue, dona il plasma, condividi la vita, condividi spesso” è lo slogan della campagna della Giornata mondiale del donatore di sangue 2023 dell’Oms, che si celebra il prossimo 14 giugno. Si concentra sui pazienti che necessitano di supporto trasfusionale per tutta la vita e sottolinea il ruolo che ogni singola

persona può svolgere, offrendo il prezioso dono del sangue o del plasma. Sottolinea inoltre l’importanza di donare regolarmente sangue o plasma per creare un approvvigionamento sicuro e sostenibile di sangue ed emoderivati che possa essere sempre disponibile, in tutto il mondo, in modo che tutti i pazienti bisognosi possano ricevere cure tempestive. Gli obiettivi sono: celebrare e ringraziare le persone che donano il sangue e incoraggiare più persone a diventare nuovi donatori; incoraggiare le persone in buona salute a donare il sangue regolarmente, tutte le volte che è sicuro e possibile, per trasformare la qualità della vita dei pazienti dipendenti da trasfusioni e contribuire a costruire un approvvigionamento di sangue sicuro in tutti i paesi del mondo; evidenziare i ruoli fondamentali delle donazioni regolari di sangue e plasma volontarie e non remunerate nel raggiungimento dell’accesso universale a prodotti sanguigni sicuri per tutte le popolazioni; mobilitare il sostegno a livello nazionale, regionale e globale tra i governi e i partner per lo sviluppo per investire, rafforzare e sostenere i programmi nazionali sul sangue.

### I dati dell’Oms sulle donazioni di sangue

Dei 118,5 milioni di donazioni di sangue raccolte a livello globale, il 40% di queste viene raccolto in paesi ad alto reddito, che ospitano il 16% della popolazione mondiale. Nei paesi a basso reddito, fino al 54% delle trasfusioni di sangue viene somministrato a bambini di età inferiore ai 5 anni; mentre nei paesi ad alto reddito, il gruppo di pazienti trasfusi più frequentemente ha più di 60 anni, rappresentando fino al 76% di tutte le

trasfusioni. Sulla base di campioni di 1000 persone, il tasso di donazioni di sangue è di 31,5 donazioni nei paesi ad alto reddito, 16,4 donazioni nei paesi a reddito medio-alto, 6,6 donazioni nei paesi a reddito medio-basso e 5,0 donazioni nei paesi a basso reddito.

Dal 2008 al 2018 è stato segnalato un aumento di 10,7 milioni di donazioni di sangue da donatori volontari non retribuiti. In totale, 79 paesi raccolgono oltre il 90% del loro approvvigionamento di sangue da donatori di sangue volontari non retribuiti; tuttavia, 54 paesi raccolgono più del 50% del proprio apporto di sangue da familiari/sostituti o donatori pagati.

Solo 56 dei 171 paesi dichiaranti producono medicinali derivati dal plasma (PDMP) attraverso il frazionamento del plasma raccolto nei paesi dichiaranti. Un totale di 91 paesi ha riferito che tutti i PDMP sono importati, 16 paesi hanno riferito che nessun PDMP è stato utilizzato durante il periodo di riferimento e 8 paesi non hanno risposto alla domanda.

### **Politica e organizzazione nazionale del sangue**

L'OMS raccomanda che tutte le attività relative alla raccolta, all'analisi, alla lavorazione, allo stoccaggio e alla distribuzione del sangue siano coordinate a livello nazionale attraverso un'organizzazione efficace e reti integrate di fornitura di sangue. Il sistema nazionale del sangue dovrebbe essere disciplinato dalla politica nazionale sul sangue e dal quadro legislativo per promuovere l'applicazione uniforme degli standard e la coerenza nella qualità e sicurezza del sangue e dei suoi derivati.

Nel 2018, il 73 % dei paesi dichiaranti, ovvero 125 su 171, disponeva di una politica nazionale sul sangue. Complessivamente, il 66% dei paesi dichiaranti, ovvero 113 su 171, dispone di una legislazione specifica che copre la sicurezza e la qualità delle trasfusioni di sangue, tra cui:

- 79% dei paesi ad alto reddito
- 63% dei paesi a medio reddito
- 39% dei paesi a basso reddito.

La risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità WHA63.12 esorta tutti gli Stati membri a sviluppare sistemi nazionali di sangue basati su donazioni volontarie non retribuite ea lavorare per l'obiettivo dell'autosufficienza.

*Dati ottenuti tramite il database globale dell'OMS sulla sicurezza del sangue da 108 paesi per l'anno 2018.*



## Una nuova pneumologia consapevole del proprio ruolo nella sanità del futuro

**PS** [panoramasanita.it/2023/06/12/una-nuova-pneumologia-consapevole-del-proprio-ruolo-nella-sanita-del-futuro/](https://panoramasanita.it/2023/06/12/una-nuova-pneumologia-consapevole-del-proprio-ruolo-nella-sanita-del-futuro/)



*Si è concluso il XXIV Congresso Nazionale della Pneumologia italiana AIPO-ITS che ha richiamato esperti provenienti da tutta Italia e dall'estero.*

Altissima affluenza di congressisti – quasi 2000 presenze – al XXIV Congresso Nazionale della Pneumologia italiana AIPO-ITS che si è chiuso ieri a Bari. “Quello che abbiamo vissuto e osservato in questi giorni di congresso fa ben sperare circa il

futuro della specialità” ha dichiarato il Presidente del Congresso Mauro Carone.

“Rivedere un così forte interesse al confronto scientifico e una così grande partecipazione è certamente segnale di voglia di proseguire nella strada della formazione, del confronto di esperienze e di conoscenze guardando all’innovazione come opportunità per la medicina del domani.”

Ha poi preso la parola Claudio Micheletto, Presidente Eletto di AIPO-ITS, che ha presentato il XXVI congresso della Pneumologia Italiana AIPO che si terrà a Verona dal 17 al 19 ottobre 2025 e che avrà come titolo “Pneumologia e Ambiente un respiro fuor di queste mura”. “Questo congresso ha segnato la ripresa della pneumologia” ha detto Claudio Micheletto. “In questi giorni abbiamo toccato con mano l’incremento del numero degli specializzandi visibile dall’alto numero di giovani presenti. Nelle occasioni importanti le due società scientifiche AIPO e SIP devono rimanere compatte e collaborare come fatto negli ultimi anni. Le unità operative complesse devono avere uno sviluppo omogeneo su tutti gli ambiti. Importante è anche l’interazione con il territorio”.

È poi intervenuto Fabiano Di Marco, Presidente Eletto della Società Italiana di Pneumologia (SIP) che ha espresso soddisfazione per il successo di questo congresso e ha sottolineato l’importanza di una collaborazione sinergica fra le due società scientifiche. Fabiano Di Marco ha inoltre presentato il prossimo congresso SIP che si terrà a Milano dal 16 al 18 novembre 2024.

Durante i lavori si è parlato delle applicazioni della **telemedicina** nella gestione delle patologie respiratorie croniche, evidenziando come queste siano sempre più numerose e di come la tecnologia possa essere utilizzata per il monitoraggio delle condizioni di salute

del paziente e della corretta assunzione dei farmaci, per il teleconsulto e per verificare l'assunzione dei farmaci. L'esperienza del Covid-19 ha suscitato, secondo i relatori, un nuovo e crescente interesse da parte dell'opinione pubblica per il valore della salute respiratoria attraverso il riconoscimento del valore della pneumologia nell'ambito del sistema sanitario italiano. Inoltre, la telemedicina può trovare applicazione nel monitoraggio del paziente cronico respiratorio consentendo di sorvegliare le condizioni di salute, la corretta assunzione dei farmaci.

Si è parlato delle **vaccinazioni** evidenziando come la recente pandemia da Covid19, abbia evidenziato l'importanza di questo strumento. È emerso come la vaccinazione antipneumococcica debba essere presa in considerazione non solo in tutte le categorie di pazienti respiratori, in tutta la popolazione che ha superato i 60 anni di età. Nel dibattito è emerso come nei soggetti vaccinati si registra un miglior grado di protezione dalle infezioni pneumococciche, con episodi meno gravi in caso d'infezione e riduzione della mortalità nei soggetti colpiti, con differenze variabili, all'interno della popolazione, tra soggetti normalmente immunocompetenti e pazienti con immunodepressione. Inoltre, durante la pandemia si è riscontrata una minore incidenza di malattia da Covid-19 nei soggetti sottoposti a vaccinazione antipneumococcica, probabilmente dovuta a un'attivazione generale del sistema immunitario.

Ad aprire i lavori del Congresso lo scorso 9 giugno sono stati gli interventi del Ministro della Salute Orazio Schillaci e il Presidente della Regione Puglia Michele Emiliano. Entrambi hanno manifestato il loro apprezzamento per aver organizzato un evento di tale portata che ha richiamato nella città di Bari 2000 esperti per confrontarsi e approfondire le tematiche legate alla cura delle patologie respiratorie.

“Ringrazio AIPO per aver organizzato un congresso di queste dimensioni nella nostra regione” ha detto il **Governatore Michele Emiliano**. “in alcune aree della Puglia c'è un'eccessiva incidenza di patologie cardiorespiratorie rispetto alla media nazionale. È necessario un approccio che colleghi i risultati scientifici della vostra attività con interventi mirati a ridurre il rischio di contrarre patologie”

Queste le parole del **Ministro Schillaci** pervenute tramite un video messaggio: “Questo congresso rappresenta una significativa opportunità di confronto fra specialisti italiani e internazionali su un'importante branca della medicina. La pandemia ha evidenziato l'importanza della salute respiratoria e il ruolo essenziale dello pneumologo e della cura delle malattie respiratorie. La pneumologia italiana è fondamentale per la cura e la presa in carico delle patologie respiratorie a tutti i livelli di gravità e oggi spazia in modo trasversale da una specialità all'altra. Da qui la consapevolezza di un nuovo approccio alle malattie orientato alla medicina personalizzata o di precisione. Una medicina sempre più proattiva e non solamente reattiva per rispondere in modo adeguato alle esigenze di salute di ogni persona considerandola nella sua interezza. In questo processo di cambiamento, che investe non solo la pneumologia ma la sanità nel suo complesso, giocano un ruolo decisivo i progressi tecnologici per realizzare un connubio vincente fra innovazione e qualità, la chiave di volta per raggiungere l'appropriatezza, l'efficacia e la sicurezza delle cure” ha concluso il Ministro Schillaci.

# Scoperta terapia per i gliomi cerebrali. Una molecola rivoluzionerà la pratica clinica

DI [INSALUTENEWS.IT](https://www.insalutenews.it) · 11 GIUGNO 2023



Torino, 11 giugno 2023 – Uno studio internazionale, che ha visto la partecipazione attiva della Neuro-Oncologia universitaria dell'ospedale Molinette della Città della Salute di Torino, attualmente diretta dalla prof.ssa Roberta Rudà, ha dimostrato che una nuova molecola,

vorasidenib, è in grado di rallentare la crescita tumorale dei gliomi di basso grado.

I risultati di questo studio INDIGO, che ha reclutato 331 pazienti da 10 Paesi e rivoluzionerà la pratica clinica, sono stati appena pubblicati sulla prestigiosa rivista scientifica internazionale *New England Journal of Medicine*, massima autorità scientifica in campo medico, e sono stati presentati in anteprima nei giorni scorsi in sessione plenaria all'American Society of Clinical Oncology (ASCO) a Chicago.

La Neuro-Oncologia dell'ospedale Molinette, avendo partecipato al disegno dello studio e reclutato pazienti, appare tra gli Autori di questa prestigiosa pubblicazione, unico Centro italiano e tra i pochi Centri europei.

I gliomi cerebrali colpiscono circa 4-5 persone su 100.000 abitanti. Quelli cosiddetti "di basso grado", rappresentati da astrocitomi ed oligodendrogliomi, colpiscono maggiormente pazienti giovani (tra i 20 e i 40 anni) e sono caratterizzati dalla presenza della mutazione IDH1-IDH2, determinante per la crescita tumorale.



*Prof.ssa Roberta Rudà*

Pur non essendo neoplasie maligne, questi tumori, per le caratteristiche infiltrative nel tessuto nervoso sano, non sono suscettibili di una rimozione chirurgica radicale. Nel tempo il residuo tumorale tende a crescere e può evolvere verso forme più aggressive. Quando il glioma presenta la mutazione IDH produce un metabolita anomalo (oncometabolita) che promuove la crescita e l'infiltrazione tumorale ed è anche implicato nella suscettibilità a sviluppare crisi epilettiche, sintomo frequente ed invalidante di questi pazienti.

Il farmaco vorasidenib è un inibitore specifico (terapia target) della mutazione IDH e la sua azione si traduce in un significativo rallentamento della crescita tumorale, consentendo di posticipare la radio e la chemioterapia, attualmente considerate terapie standard. Queste terapie possono essere gravate da effetti collaterali importanti, che impattano in modo significativo la qualità di vita di questi giovani pazienti. Invece vorasibenib, farmaco assunto per via orale, ha dimostrato di essere ben tollerato e, oltre ad avere un effetto sul tumore, sembra essere attivo anche nel ridurre le crisi epilettiche.

Ora il farmaco dovrà seguire le tempistiche dell'iter regolatorio e l'approvazione delle autorità registrative negli USA ed in Europa prima di poter essere prescritto ai pazienti con questo tipo di tumore, ma sicuramente vorasidenib apre un nuovo scenario nel trattamento di questi pazienti, lo scenario delle "terapie target o terapie di precisione", già diffusamente impiegate in oncologia ma finora di impiego limitato in neuro-oncologia.

Il Centro di Neuro-Oncologia universitaria dell'ospedale Molinette di Torino rappresenta da anni una eccellenza nel campo della diagnosi e terapia delle neoplasie cerebrali, riferimento per pazienti provenienti da tutta Italia, in particolare con diagnosi di glioma.

# Solo 50mila siciliani alle urne, seggi aperti fino alle 15 nei comuni al ballottaggio

CLIMA TESO A SIRACUSA DOPO GLI APPARENTAMENTI



di Manlio Viola | 12/06/2023



Affluenza alle urne sempre più bassa in Sicilia nel turno di [ballottaggio](#) in corso in 4 comuni dell'isola che non sono riusciti ad eleggere il sindaco a primo turno. Seggi aperti nuovamente dalle 7 di questa mattina. Si vota fino alle 15 poi si procederà direttamente con lo spoglio delle schede. La sfida principale a Siracusa, unico capoluogo al secondo turno; al voto anche Acireale (Ct), Aci Sant'Antonio (Ct) e Piazza Armerina (En).

---

Leggi Anche:

**Urne aperte in 4 comuni siciliani al ballottaggio,  
186mila chiamati al voto**

---

## Le affluenza

A Siracusa ha votato solo il 34,7% degli aventi diritto con un calo del 13,11% ma il calo più consistente si è registrato ad Acireale con quasi il 22% in meno degli aventi diritto recatisi al voto. C'è, però, da ricordare che Acireale era il comune dove si è votato di più il 28 maggio con una percentuale del 52,6%, mentre alle 23 di ieri si è fermato al 30,8%. Insomma il calo percentuale è alto perché al primo turno avevano votato davvero in tanti. Ad Aci Sant'Antonio, invece, al voto il 40,06% con una diminuzione del 12,38%. Infine Piazza Armerina dove i votanti sono stati il 34,7% con un calo del 8,9%.

## I chiamati alle urne

Gli elettori sono in totale 186.040. A Siracusa gli aventi diritto al voto sono 102.147. Si vota fino alle 23 di oggi ma anche domani dalle 7 alle 15. In generale nell'isola hanno votato in 50.075 pari al 31,22% con una diminuzione del 14,67% rispetto al primo turno

## La sfida nel Siracusano

A Siracusa un solo Comune va al ballottaggio, ed è il capoluogo di provincia. Torneranno a duellare Ferdinando Messina con le sue 7 liste, tra cui Dc, Mpa, Lega e Fratelli d'Italia, contro Francesco Italia fermo al 23% con 4 civiche. Qui il clima è ad alta tensione dopo [le parole di Salvo Baio](#), storico esponente della sinistra siracusana ed esponente del Pd. Ha attaccato Italia per aver rigettato [l'apparentamento con il Partito democratico](#). Giancarlo Garozzo, uno dei candidati sindaco rimasti fuori al primo turno, ha [realizzato una doppietta](#). Da un lato la sua lista, "Fuori sistema per Siracusa", si è apparentata con il candidato sindaco del Centrodestra, Ferdinando Messina. Dall'altro ha bloccato il [premio di maggioranza](#) al sindaco uscente Italia, qualora quest'ultimo riuscisse a vincere il ballottaggio.

## Nel Catanese

Due Comuni sono del Catanese. Uno è Aci Sant'Antonio dove si sfideranno nuovamente Quintino Rocca e Giuseppe Santamaria. Il primo con 4 liste civiche ha conquistato il 33% dei voti. Il secondo ha 5 liste con Dc e Forza Italia e si è fermato al 30%. Poi c'è Acireale dove si dovrà decidere tra Roberto Barbagallo, 8 liste civiche col 34%, e Nino Garozzo, 5 liste con Fratelli d'Italia, Sud chiama nord, Lega e Dc col 26%. Prima l'Italia-Lega è il primo partito con oltre il 10%.

## Nell'Ennese

In provincia di Enna al ballottaggio figura soltanto Piazza Armerina. Gli abitanti dovranno decidere fra due settimane chi sarà il prossimo sindaco tra Nino Cammarata, arrivato al 32% con 3 liste e sostenuto da Udc e Fratelli d'Italia, e Massimo Di Seri, anche lui 3 liste con Dc, Forza Italia e Sud chiama nord, quest'ultimo spinto da Forza Italia che si afferma come primo partito con più del 15% dei consensi.