



## **RASSEGNA STAMPA 03/02/2016**

1. MATTINO Sanità: più persone si curano al Nord, più chiudono ospedali al Sud
2. ITALIA OGGI medici, responsabilità professionale a due vie
3. QUOTIDIANO SANITÀ Decreto appropriatezza. Le istruzioni per l'uso della Fimmg
4. QUOTIDIANO SANITÀ Inappropriatezza prescrittiva. Medici di laboratorio: "No agli esami inutili"
5. ANSA Allergie, con probiotici in gravidanza dimezzato rischio bebè
6. AZ SALUTE I farmaci innovativi anti tumore
7. GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO Oncologico, così salviamo un Irccs al collasso
8. CORRIERE DELLA SERA Smog, al Pronto soccorso il 25% di bambini in più
9. ITALIA OGGI La Dieta Mediterranea per legge

# Sanità: più persone si curano al Nord, più chiudono ospedali al Sud

## La denuncia

In Campania si perderanno 250 posti letto: saranno trasferiti a strutture settentrionali

### Marco Esposito

I viaggi della speranza per curarsi al Nord hanno un effetto matematico sugli ospedali del Sud: vengono tagliati posti letto. Con il rischio di un effetto a spirale: meno assistenza, più mobilità sanitaria, ancora meno assistenza. A lanciare l'allarme è il presidente della Commissione Bilancio della Camera, Francesco Boccia, pugliese. «È imbarazzante vedere in tv - afferma caustico - amministratori del Sud che si lamentano e poi votano all'unanimità in Conferenza Stato-Regioni decreti ministeriali invotabili che incidono sul funzionamento dell'intero sistema. Come avvenuto nella sanità, per l'attuazione della spending review, con il Decreto ministeriale 70 del 2015».

In quel decreto, che attua dopo diversi anni la riforma Balduzzi, si prevede un parametro di posti letto per abitanti pari in Italia a 3,7 per mille abitanti «pesati». E già è noto che la «pesatura» sfavorisce le regioni con minore aspettativa di vita e quindi quelle meridionali. Ma qui il punto è un altro: quel valore di 3,7 posti letto - in base al comma 3 lettera b dell'articolo 1 del decreto - «è incrementato o decrementato» per «tenere conto della mobilità tra regioni». Non la mobilità futura, in modo da spingere le amministrazioni locali a prendere provvedimenti, ma quella storica, registrata nel 2012. In Campania, secondo i primi conteggi, quel 3,7 scende a 3,5. In Puglia a 3,2. Che fine fanno i posti letto tagliati nel Mezzogiorno? Vengono offerti al Nord, che quindi può mantenere un servizio quantitativamente più consistente e ridurre i tempi per i ricoveri, con la possibilità di attirare ancora più ammalati dalle regioni meridionali. Va ricordato che i costi di chi si cura cambiando regione sono integralmente a carico del sistema sanitario della regione di residenza.

## Boccia

«I governatori meridionali sono incompetenti: hanno detto sì a un cappio al collo»

## Mobilità

«La condizione dei pazienti che si ricoverano in altre regioni è aggravata dalla stupidità di quel decreto»

«I presidenti delle Regioni del Sud nel 2015 - denuncia Boccia - hanno votato all'unanimità per mettere un cappio al loro stesso collo. È vero che in molte regioni c'è stato un cambio di presidente per le elezioni, tuttavia nessuno ha speso una parola: né i predecessori che hanno messo a punto il provvedimento né i nuovi eletti». Il deputato del Partito democratico denuncia anche il fatto che «quel provvedimento non passò in Parlamento per il dovuto parere e gli effetti sulle regioni del Sud sono sotto gli occhi di tutti. La condizione di oggi dei pazienti meridionali che vanno a curarsi in altre regioni è aggravata dalla stupidità di quel decreto che non è stato messo in discussione da nessuno: il silenzio dei governatori delle Regioni del Mezzogiorno è la prova della loro scarsa competenza sul tema».

Il decreto va attuato nel corso del Patto per la salute del 2014-2016. In Campania si perderanno circa 250 posti letto. Un valore però, secondo l'amministrazione guidata da Vincenzo De Luca, che non comprometterà il servizio sanitario. «Il nostro obiettivo - spiega Enrico Coscioni - è migliorare la qualità più che la quantità del servizio, in modo da ridurre i tempi di attesa e invertire la tendenza nella mobilità regionale. Una mobilità che non c'è solo per i ricoveri ma anche per le analisi. Il meccanismo della Balduzzi era noto, Boccia non scopre nulla di nuovo».

«Il Mezzogiorno si deve svegliare - insiste Boccia - si sta facendo spending review sull'assistenza sanitaria con regole che danneggiano sistematicamente il Sud Italia. Aggiungo un dato: dal taglio dei posti letto previsto dal decreto sono esentati gli Irccs, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Ebbene: di Irccs ce ne sono appena dieci in tutto il Mezzogiorno e diciotto nella sola Lombardia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Medici, responsabilità professionale a due vie

Cinque anni di tempo per fare causa al medico; dieci anni per fare causa all'ospedale. La responsabilità sanitaria si sdoppia e le tutele seguono regole diverse a seconda che si agisca per danni contro la struttura o il professionista. Questo il compromesso delineato dal progetto di legge di riforma della responsabilità del personale sanitario, approvato in prima lettura dalla camera il 28 gennaio 2016 e ora all'esame del senato. La riforma, in itinere, si occupa anche della responsabilità penale (già disciplinata dal decreto Balduzzi n. 158/2012), ma le novità più rilevanti riguardano il settore civile, che viene disciplinato sistematicamente.

**Responsabilità civile** - L'articolo 7, per la responsabilità civile, distingue la struttura sanitaria dal medico. Viene, infatti, previsto un regime di doppia responsabilità civile, che è responsabilità contrattuale per la struttura, mentre è extra-contrattuale per l'esercente la professione sanitaria. In concreto la differenza comporta molte conseguenze. Se il paziente (o gli eredi) fanno causa alla struttura sanitaria, sarà quest'ultima a dovere provare di avere eseguito le prestazioni sanitarie con diligenza (articoli 1218 e 1228 codice civile). Inoltre ci sono dieci anni di tempo per fare la causa. La responsabilità del medico è, invece, definita extracontrattuale (articolo 2043 codice civile): in questo caso è il paziente che deve dimostrare gli elementi della condotta illecita e il termine di prescrizione è di cinque anni. Deve ritenersi che la responsabilità civile verso il paziente operi anche in caso di colpa lieve. Quanto alla responsabilità civile, il decreto Balduzzi è molto laconico e si limita a richiamare l'articolo 2043

codice civile, in coda alla esclusione della responsabilità penale del medico per colpa lieve. E nelle sentenze ci si imbatte in affermazioni contraddittorie sulla natura (contrattuale o extracontrattuale) della responsabilità del medico. Il disegno di legge codifica anche la regola per l'ipotesi della rivalsa della struttura sanitaria sul medico per ribaltare le conseguenze economiche di un risarcimento danni: l'azione si potrà fare solo in caso di dolo o colpa grave del professionista. Altri aspetti della responsabilità civile sono l'obbligo di assicurazione, il tentativo obbligatorio di conciliazione (consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite, quale condizione di procedibilità, articolo 696-bis codice di Procedura civile), l'azione diretta del danneggiato nei confronti dell'assicurazione.

**Responsabilità penale** - Quanto alla responsabilità penale, per morte o lesioni personali per imperizia del sanitario secondo il pdl, scatta solo per dolo o colpa grave. Il nuovo articolo 590-ter del codice penale oltre a limitare a questi due casi la responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria, introduce la scriminante speciale della colpa grave quando, salve le rilevanti specificità del caso concreto, sono rispettate le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida ufficiali, che dovranno essere pubblicate entro 180 giorni. La criticità della norma è rappresentata dal riferimento alle «rilevanti specificità del caso concreto», che apre la strada a una amplissima discrezionalità giudiziale.

Antonio  
Ciccina Messina

**IO ONLINE** Il testo del pdl sul sito [www.italiaoggi.it/documenti](http://www.italiaoggi.it/documenti)



Martedì 02 FEBBRAIO 2016

## Decreto appropriatezza. Dal colesterolo alle risonanze. Le istruzioni per l'uso della Fimmg. "Ma continueremo a combattere queste norme"

*Il sindacato ha elaborato delle linee guida provvisorie per aiutare i colleghi nella comprensione del contenuto del [provvedimento](#) fornendo anche alcuni esempi. Ma Fimmg precisa che il vademecum non dev'essere considerato un "atto di rassegnazione a fronte di norme che abbiamo combattuto e continueremo a combattere in tutte le sedi e con tutti gli strumenti legittimi a disposizione". [LE ISTRUZIONI](#)*

In attesa di chiarimenti delle Regioni i medici di famiglia della Fimmg hanno messo a punto una serie di istruzioni per l'applicazione del Decreto appropriatezza che tanti disagi sta creando.

Il sindacato precisa che le linee guida "sono il risultato dell'analisi del testo e delle tabelle pubblicate e potrebbero non corrispondere alle analisi e conseguenti azioni applicative degli organi deputati quali Aziende Sanitarie, Regioni e organismi ministeriali. Sono pertanto provvisorie e finalizzate ad aiutare i colleghi nella comprensione del contenuto del provvedimento, non devono essere interpretate come un atto di rassegnazione a fronte di norme che abbiamo combattuto e continueremo a combattere in tutte le sedi e con tutti gli strumenti legittimi a disposizione".

La Fimmg evidenzia poi che il decreto "è talmente cervellotico e imperfetto che ogni sforzo di comprenderlo risulterà inevitabilmente insufficiente a superare il caos nel quale forzatamente si muove. Ad ogni buon conto si ritiene che nessun medico avrebbe dovuto dividerlo e chi lo dovesse aver fatto o lo farà potrebbe trovarsi a rispondere a norma del codice deontologico. Resta la responsabilità politica del Ministro e quella di un apparato funzionariale che in maniera proterva confida sull'abitudine di non essere mai chiamato a risarcire i danni che provoca".

Nello specifico le istruzioni esaminano il decreto e fanno alcuni esempi, su alcune prescrizioni: controllo colesterolo e risonanze magnetiche. Vediamo gli esempi qui di seguito anche se rimandiamo alla lettura delle istruzioni per un'analisi più specifica.

### **Esempio 1:**

(nota 55) COLESTEROLO HDL A se si tratta di screening in soggetti con più di 40 anni  
(nota 55) COLESTEROLO HDL B se il soggetto è un malato cardiovascolare, se ha familiarità per malattie dismetaboliche, dislipidemia o eventi cardiovascolari precoci.

**Attenzione: se l'HDL è elevato lo potete ripetere quando lo ritenete necessario, se è basso solo dopo 5 anni (strano, noi sapevamo esattamente il contrario).**

### **Esempio 2:**

(nota 37) RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE DELLA COLONNA A se il dolore rachideo trattato resiste per più di 4 settimane, in assenza di sindromi gravi di tipo neurologico  
(nota 37) RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE DELLA COLONNA B in caso di traumi recenti o fratture

da compressione.

**Attenzione: se il paziente ha una sindrome neurologica grave ma non ha traumi recenti o dolore resistente da 4 settimane la prestazione non sarebbe appropriata secondo il decreto!**

La sesta colonna riporta le indicazioni di appropriatezza prescrittiva la cui lettera (si presume che ove, pur in presenza di indicazione di appropriatezza, non siano presenti lettere non si debba riportare nulla) deve essere riportata sulla ricetta di seguito alla descrizione della prestazione e che secondo l'art.2, c1, lett. b del Decreto rappresentano le specifiche circostanze in assenza delle quali la prestazione, **comunque erogabile nell'ambito e a carico del Servizio sanitario nazionale**, risulta ad alto rischio di inappropriata;

### **Esempio 3**

(nota 95) TEMPO DI PROTROMBINA C utile nel monitoraggio dei farmaci anticoagulanti orali.

Il Decreto ci spiega anche quando siamo autorizzati a formulare un "sospetto oncologico":

- 1) Quando c'è un'anamnesi positiva per tumori (basta un lipoma?)
- 2) Perdita di peso (basta un chilo?)
- 3) Assenza di miglioramento con la terapia dopo 4-6 settimane (che terapia? Quale sintomo?)
- 4) Età sopra i 50 e sotto i 18 (?)
- 5) Dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna

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

## Inappropriatezza prescrittiva. Medici di laboratorio: “No agli esami inutili, così avremo diagnosi più accurate e risparmi”

**Per la Società scientifica di medicina di laboratorio (S.I.Bio.C), che si associa all'appello lanciato nei giorni scorsi dai diabetologi della Sid, l'appropriatezza prescrittiva può essere raggiunta solo interagendo con tutte le specialità cliniche. Fondamentale il sostegno dei medici di famiglia**



**02 FEB** - “No agli esami inutili, solo così potremo ottenere una riduzione della spesa sanitaria”. La Società scientifica di medicina di laboratorio (S.I.Bio.C.) si associa [all'appello contro gli esami “inutili”](#), lanciato nei giorni scorsi agli specialisti di tutte le discipline e ai colleghi di medicina generale dalla Società italiana di diabetologia (Sid) che ha redatto un *Position Statement* sull'appropriatezza nella prescrizione alle persone con diabete di oltre 20 parametri di laboratorio che risultano essere stati prescritti troppo spesso nel 2014.

“L'appropriatezza prescrittiva – ha dichiarato **Marcello Ciaccio**, neo eletto Presidente S.I.Bio.C. – può essere raggiunta solo interagendo con tutte le specialità cliniche. Questo è uno degli obiettivi previsti nel programma della nostra Società per il biennio 2016-2017. Con il blocco della prescrizione di esami inutili, non solo per i pazienti diabetici, si potrà ottenere una contemporanea riduzione della spesa sanitaria. Una più adeguata appropriatezza prescrittiva implica anche migliori risultati per i pazienti che non devono essere sottoposti ad esami inutili e fuorvianti, ma solo a quelli specifici per meglio individuare e caratterizzare la malattia, in tempi più rapidi, e per una personalizzazione della terapia”.

<https://www.ansa.it>

## Allergie, con probiotici in gravidanza dimezzato rischio bebè

(ANSA) - ROMA, 2 FEB - Un bambino italiano su quattro in età prescolare soffre di allergie, una patologia che negli ultimi anni ha fatto registrare un vero e proprio boom di casi. Gli studi più recenti hanno però dimostrato che l'uso di probiotici

- microrganismi vivi somministrati come integratori - durante la gravidanza, dimezza il rischio allergia nel neonato. Ad affermarlo, in un incontro a Roma, i presidenti dalle società scientifiche di ginecologia (Sigo), neonatologia (Sin) e pediatria (Sip).

L'uso corretto di specifici probiotici fin dalla gravidanza e la loro somministrazione al bambino nell'arco del primo anno di età, rilevano gli esperti, "può ridurre del 50% l'incidenza di allergie nei neonati ad alto rischio". Il dato emerge dalle linee guida internazionali sui probiotici per la prevenzione delle malattie atopiche e autoimmuni promosse dalla World Allergy Organization (WAO). Eppure, avvertono pediatri e ginecologi, sono ancora poche le mamme che li usano in modo consapevole ed i medici che li prescrivono a scopo preventivo. Solo in Italia, la percentuale di bimbi allergici è più che triplicata negli ultimi 20 anni: erano il 7% nel 1995, oggi ne soffre ben il 25% della popolazione pediatrica. Tra le forme più diffuse, la rinite allergica interessa un bambino su quattro in età evolutiva, seguita dall'asma (circa il 10%) e dalle allergie alimentari che colpiscono il 3% dei piccoli nei primi 2 anni di età. Mentre il flagello per i nuovi nati è rappresentato dalla dermatite atopica, che in meno di un decennio ha registrato una costante impennata di casi (+6%) e oggi interessa oltre un milione di bambini. (ANSA).

# I farmaci innovativi anti tumore



di Carmelo Nicolosi

La grande sfida sulla salute degli italiani, soprattutto in oncologia, è quella di garantire la sostenibilità del sistema di salute pubblica, quel sistema universale (tutti hanno diritto alle cure), che nel mondo in molti ci invidiano.

La causa principale del bisogno di trasformazione dei servizi sanitari sono i farmaci oncologici innovativi. A elevato effetto terapeutico, hanno portato a una diminuzione della mortalità tumorale, pur in presenza di un crescente aumento dell'incidenza (40 casi di cancro, in Italia, ogni ora). Purtroppo, ai benefici, si contrappone il loro alto costo.

Altro handicap, è il federalismo in sanità. Di fatto, oggi esistono 20 ministeri della Salute, uno per ogni regione. E si chiede che il Governo intervenga per uniformare il trattamento in tutte le regioni, anche assumendone il controllo.

Ritengo un bene il recente incontro, in una sala del Senato, di politici, oncologi, economisti, rappresentanti del [ministero della Salute](#), dell'Istituto superiore di sanità, dell'Associazione italiana di oncologia medica, di Federsanità-Anci, di Cittadinanza attiva, dell'Agenas, organizzato da Motore Sanità, con Federsanità-Anci e MSD Italia.

All'incontro, anche i più fedeli tra i federalisti, hanno mostrato perplessità. Ogni regione ha un suo percorso diagnostico terapeutico; alcune autorizzano il trattamento con farmaci innovativi, altre no.

La conferenza Stato-Regioni è inutile se le regioni non si parlano tra di loro. «Diciamoci la verità – puntualizza con estrema onestà la senatrice **Emilia Grazia De Biasi**, presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato – nessuno vuole

parlare di sanità. E non si può accettare che la differenza tra la vita e la morte sia legata alla regione dove si vive». Brava, senatrice!

L'Organizzazione mondiale della sanità propone di legare il prezzo dei nuovi farmaci oncologici al valore aggiunto che offrono, rispetto ai trattamenti disponibili. Un'ottima proposta, ma ce n'è anche un'altra. I farmaci innovativi hanno un costo di ricerca elevatissimo. Da qui, il notevole prezzo. Ed ecco l'idea: perché l'Europa, i vari Stati, non intervengono nella ricerca unitamente alle aziende del farmaco? Il costo verrebbe abbattuto e il farmaco arriverebbe sul mercato con un prezzo accettabile. Se poi, l'Europa applicasse il criterio di offerta ai cittadini uguale in tutti gli Stati membri, il mercato si allargherebbe e il prezzo scenderebbe. E si parla anche di reti oncologiche europee. Proposte sensate che devono però attraversare le montagne della politica e della burocrazia.

Altro problema riguarda il ritardo, tutto italiano, dell'accesso al farmaco innovativo nel Paese. L'Agenzia europea dei farmaci, per dare l'autorizzazione ci mette in media 400 giorni. In Italia, per lo stesso farmaco, L'AIFA si prende, in media, 530 giorni. E per essere inserito nel prontuario di una regione ci vogliono ulteriori circa 100 giorni.

Il che significa che un cittadino italiano con tumore avrà il farmaco con notevole ritardo rispetto ad altri Stati europei.

Il tempo di aggravarsi e morire.

Eppure, la normativa italiana fissa il termine in 180 giorni. Perché accade ciò, qualcuno dovrebbe dirlo ai malati, tanto per onestà. ■

ISTITUTO TUMORI EMILIANO LANCIA IL NUOVO DG, DELVINO, E PUNTA L'INDICE SULLA DELIBERA DEL 2011. IL NODO DEL DEFICIT

# «Oncologico, così salviamo un Irccs che era stato destinato al collasso»

**VALENTINO SGARAMELLA**

● **BARI.** «Se questo luogo decolla, noi facciamo un sacco di danni agli altri. Ma a voi questo decollo è necessario perché se questa struttura non decolla allora chiude. Tertium non datur». Il presidente della giunta regionale, Michele Emiliano, non usa mezzi termini e traccia un quadro impietoso e severo della situazione dell'Irccs Giovanni XXIII con un deficit da 18 milioni di euro nel giorno in cui si presenta il nuovo direttore generale Antonio Delvino. «Questa è una partita che molti davano già persa. Questa struttura così com'è non può funzionare, mi dissero. Non può più mantenere la qualifica di Irccs». Spiega: «La delibera di giunta 1388 del 2011 ha strozzato la vostra vita - dice ancora Emiliano - vi obbligava a rispettare parametri nella composizione delle strutture di questo ospedale, era la sentenza di morte dell'Irccs». In sostanza: «Doveva andare incontro ad un profondo processo di accorpamento con altre importanti strutture», dice Emiliano guardando il presidente del Consiglio indirizzo e verifica (Civ), Emanuele Sannicandro, ed il direttore scientifico, Giampiero Gasparini, in una sala stipata di camici bianchi. La delibera tra l'altro fissava un massimo di 7 unità operative complesse (Uoc) sanitarie ed altrettante amministrative. Ciò ha comportato la trasformazione di Radiologia, Radioterapia, Anato-

mia patologica, Laboratorio analisi in unità semplici. Per evitare una debacle del grande istituto, Emiliano si rivolge alla classe medica dell'Oncologico. «È indispensabile un processo di pacificazione interiore di ciascuno di voi e dell'intera struttura organizzativa. Era evidente una sofferenza che leggo ancora oggi sui vostri volti». La soluzione adottata: «Abbassare tutti le armi, erano necessarie le dimissioni di chi aveva un ruolo in questa vicenda». Il presidente ha chiesto aiuto: «Chiedo sin da oggi al di là di torti e ragioni di fare uno sforzo supremo per attuare questa riconciliazione intima tra struttura, politica, medici e pazienti». Una frecciata polemica: «Le eccellenze del Mezzogiorno non devono mai fiorire ed è l'unico modo perché funzioni la sanità italiana. Se voi foste competitivi e non ci fosse più esodo di pazienti, il Nord collasserebbe in 6 mesi».

«Se dovessi rendermi conto che le regole del gioco non sono rispettate - dice Delvino - chiaramente rinuncerò. Lavorerò per superare la conflittualità che ha devastato l'istituto negli ultimi anni. Ho chiesto a tutti i presenti di fare un mezzo passo indietro». Circa le cause del buco finanziario, «si è generato a seguito della riduzione di prestazioni assistenziali. Con un'offerta assistenziale bassa e fatturati bassi non si ammortizzano i costi fissi». La terapia: «Aumentare l'offerta di ricovero, attività ambulatoriale, day service e tagliare rami secchi, che non fanno nemmeno parte di questo istituto». Sul numero di posti letto, «bisogna aumentarli ma devono aumentare anche i pazienti che scelgono di venire da noi, spingere i cittadini pugliesi a scegliere noi. Entro due settimane un primo progetto».

«Se dovessi rendermi conto che le regole del gioco non sono rispettate - dice Delvino - chiaramente rinuncerò. Lavorerò per superare la conflittualità che ha devastato l'istituto negli ultimi anni. Ho chiesto a tutti i presenti di fare un mezzo passo indietro». Circa le cause del buco finanziario, «si è generato a seguito della riduzione di prestazioni assistenziali. Con un'offerta assistenziale bassa e fatturati bassi non si ammortizzano i costi fissi». La terapia: «Aumentare l'offerta di ricovero, attività ambulatoriale, day service e tagliare rami secchi, che non fanno nemmeno parte di questo istituto». Sul numero di posti letto, «bisogna aumentarli ma devono aumentare anche i pazienti che scelgono di venire da noi, spingere i cittadini pugliesi a scegliere noi. Entro due settimane un primo progetto».



# Smog, al Pronto soccorso il 25% di bambini in più

Malattie respiratorie, allarme nelle città italiane. Il ministro Galletti: 85 milioni contro l'inquinamento

## Gli interventi

Colonnine elettriche e mobilità sostenibile  
«Liberare le risorse e spenderle bene»

**ROMA** Negli ultimi due mesi, i Pronto soccorso pediatrici hanno registrato «un aumento di accessi per emergenze respiratorie, con un incremento pari a circa il 25 per cento», dunque uno su quattro in più. Lo ha detto il presidente della Società di Pediatria, Giovanni Corsello. «Il dato si rileva — ha spiegato all'Ansa — soprattutto nelle grandi città ed è dovuto all'emergenza smog e inquinamento delle ultime settimane. Casi di iper-reattività delle mucose respiratorie agli inquinanti dell'aria, che portano anche a urgenze respiratorie. Capita soprattutto in bambini in qualche modo predisposti, ma anche nei primi anni di vita. E i casi sono in aumento, legati proprio all'emergenza smog di questi giorni».

Proprio per fronteggiare l'emergenza smog, ieri il ministro dell'Ambiente Gianluca Galletti ha convocato il tavolo tecnico dell'Aria, con Comuni e Regioni per provare a rendere subito disponibili i fondi. E poi ha chiarito: «Il ministero non è un bancomat. Non basta stanziare risorse, ma occorre anche fare in modo che vengano spese, sottraendole alla lunga trafila burocratica». Obiettivo del ministro è dunque un pressing amministrativo che dovrebbe portare a poter utilizzare già da marzo 85 milioni di euro per la mobilità so-

stenibile, oltre a quelli già previsti.

Si tratta di 50 milioni di euro per l'installazione di colonnine elettriche, 35 milioni per progetti relativi alla mobilità casa-scuola e scuola-lavoro. Galletti ha anche deciso la riscrittura di un bando pubblicato l'anno scorso, che prevedeva 350 milioni di euro per l'efficientamento delle scuole. Era stato formulato in maniera tale da risultare troppo complesso. Non era criptico il bando, ma richiedeva alle scuole spese da anticipare e garanzie, essendo un credito agevolato (allo 0,5 per cento) previsto dal fondo Kyoto. Dei 350 milioni ne erano stati richiesti solo 90, adesso si provvederà a rimodularlo.

I 50 milioni di euro delle colonnine elettriche finanzieranno progetti di privati. I 35 saranno a fondo perduto, destinati ai Comuni dai 100mila abitanti in su, che attueranno progetti di car sharing, bike sharing, bus elettrici e altre misure per gli spostamenti casa-lavoro e scuola-lavoro. In più ci sono i fondi previsti dal collegato ambientale, in vigore da ieri, che prevedono 70 milioni di euro per l'efficientamento energetico dei palazzi della pubblica amministrazione e 20 per quelli privati (lavori su infissi, caldaie e domotica). «Bacchette magiche, non ce ne sono», ribadisce il ministro. Ricordando che «è un'emergenza climatica e ambientale che non si registrava da tantissimi anni».

**Virginia Piccolillo**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## L'incontro

● Ieri a Roma si è svolto un tavolo tecnico sulla qualità dell'aria fra ministero dell'Ambiente, Comuni e Regioni

● Saranno emanati due decreti «antismog» con interventi per 85 milioni di euro

# 50

## Milioni euro

La cifra prevista dal ministero dell'Ambiente per l'installazione di colonnine elettriche



*L'iniziativa di FareAmbiente presentata oggi presso la sala stampa della camera dei deputati*

# La Dieta Mediterranea per legge

## Per valorizzare i prodotti tipici locali in mense e ristoranti

DI RENATO NARCISO

**P**er FareAmbiente la Dieta Mediterranea è uno stile di vita, non solo un puro stile alimentare. È un insieme di diversi fattori, antropologici, sociale, economici, gastronomici, ambientali e paesaggistici. Per tale motivo su iniziativa del suo presidente nazionale **Vincenzo Pepe**, FareAmbiente è stata promotrice di una proposta di legge, il cui primo firmatario è il deputato Pd Simone Valiante, e viene presentata oggi 3 febbraio 2016 presso la sala stampa della camera dei deputati.

Tale legge prevede una serie di norme e iniziative che andranno tra l'altro a tutelare, promuovere e valorizzare i prodotti tipici e locali della Dieta Mediterranea nella ristorazione sia privata che pubblica (in particolare mense scolastiche e aziendali); prevede inoltre l'istituzione di una commissione per la promozione, tutela e valorizzazione della Dieta Mediterranea che si avvarrà anche del supporto delle associazioni coinvolte e avrà funzioni consultive, propositive e di monitoraggio sulle politiche nazionali relative a problematiche nutrizionali. Prevista anche l'istituzione di una «giornata nazionale della Dieta Mediterranea - patrimonio dell'umanità» da celebrare il 17 novembre, anniversario dell'inserimento da parte dell'Unesco, nella Lista dei beni Immateriali ai sensi della Convenzione per la salvaguardia del patrimonio culturale avvenuto nel 2010.

In tale data tutti gli istituti scolastici e universitari saranno tenuti a svolgere iniziative di promozione e divulgazione sul tema. In particolare questa legge è molto attenta all'ambiente prevedendo altresì che in sede di gara d'appalto per l'affidamento e la gestione dei servizi di refezione scolastica, di mense ospedaliere case di cura etc.,

le imprese appaltanti dovranno prevedere una riserva di punteggio per le offerte di servizi e forniture che siano a chilometro zero e che abbiamo inseriti alimenti freschi ricadenti del catalogo dei prodotti Dieta Mediterranea. Sono inclusi nei parametri di questa scelta anche i distributori automatici situati all'interno di strutture pubbliche. Fondamentale, in tal senso, come afferma Mario Toniutti, Direttore Generale di Gruppo Illiria, azienda tra le top 10 del mercato del vending italiano, la sinergia con le istituzioni pubbliche per raggiungere il fine comune di promuovere, anche attraverso i distributori automatici, canale di vendita di non trascurabile rilevanza e impatto sociale, prodotti a valenza salutistica e di produzione locale. Un vero e proprio cambiamento di rotta dunque in campo alimentare. Una proposta questa che se approvata sancirà per legge la preminenza dei prodotti nostrani su tutti gli altri. Una battaglia fortemente sostenuta da FareAmbiente che da sempre afferma che la salvaguardia dell'ambiente e della salute iniziano proprio a tavola. Una cattiva alimentazione è causa spesso di malattie quali il diabete, problemi cardiovascolari, disturbi al metabolismo etc., soprattutto nelle fasce di minore età, poiché i bambini spesso sono attratti da merendine preconfezionate, magari pubblicizzate dall'eroe televisivo o cinematografico del momento, piuttosto che da cibi genuini e da merende naturali a base di frutta fresca. «Bisogna creare la cultura della Dieta Mediterranea, commenta soddisfatto Vincenzo Pepe presidente nazionale di FareAmbiente e grande sostenitore dell'iniziativa, la scelta di un sano cibo è anche un modo per salvaguardare la propria identità nazionale e territoriale. Il cibo non può essere declassato a semplice

prodotto di nutrimento, il cibo rappresenta un momento di incontro familiare, parentale e sociale. Il cibo è tradizione, basti pensare a tutti i piatti tipici natalizi, pasquali o patronali. Il cibo è anche salvaguardia della salute e dell'ambiente perciò, riteniamo indispensabile creare una cultura della Dieta Mediterranea a cominciare dalle scuole». Intervengono alla presentazione Vincenzo Pepe, presidente nazionale di FareAmbiente - Movimento ecologista europeo;

Simone Valiante - membro commissione ambiente della camera;

Silvia Velo - sottosegretario del ministero dell'ambiente;

Paolo Russo - membro commissione agricoltura della camera;

Fiorella Guadagni - docente università San Raffaele Roma; Mario Toniutti - direttore generale Illiria Group; Aldo Arcangelo, amministratore Unico Energia; Massimiliano Salemme - direttore Italian Genius Academy;

Armando De Santis - biologo nutrizionista presso Italian Genius Academy;

Gaetano Costa, chef dell'onimo Gaetano Costa Restaurant Le Roof, presso Gran Hotel Ritz di Roma. Presenti anche lo chef Alfonso Maria Pepe; Angelo Fanton, presidente federuochi; e il maestro Alfredo Folliero presidente dell'Unione europea pizzaioli tradizionali e ristoratori.

Modera Giuseppe Malargiornalista Tg1

