

L'offensiva del centrodestra alla vigilia della sentenza che potrebbe far cadere l'ultimo pilastro della legge 40. L'ex sottosegretario Roccella propone un diverso ddl

“Fecondazione eterologa, nuova legge se la Consulta dice sì”

CATERINA PASOLINI

ROMA — Eterologa libera, eterologa vietata. La Corte Costituzionale si riunirà martedì, ma già monta la polemica sulla possibile sentenza. Sale tra le diverse parti sociali e opposte formazioni politiche la speranza e la paura che diventi possibile anche in Italia la fecondazione con gameti di donatori diversi dal partner. Che quelle tremila coppie che ogni anno varcano i confini in cerca di un figlio, negato dalla natura o da malattie genetiche, possano superando la legge 40 che la vieta, farsi seguire e fecondare legalmente nel loro paese. Dimezzando costi, rischi e attese.

E così, a pochi giorni dal “E day”, scatta la controffensiva nel caso in cui la Consulta dia il via libera. Eugenia Roccella, ex sottosegretario Pdl alla Salute, da sempre contraria all'eterologa «perché non mi piace l'idea di progettare famiglie in laboratorio in fondo c'è sempre l'adozione» ieri ha lanciato la sua proposta: «Se la Corte Costituzionale dirà sì alla fecondazione eterologa, ci sarà bisogno di una nuova legge per-

ché si creerebbe un vuoto normativo». E così ha inviato una lunga lettera ai parlamentari, assicura, ha già ricevuto approvazione anche dall'ala cattolica del centro sinistra.

Gli avvocati che hanno presentato i ricorsi contro il divieto, come Maria Paola Costantini, non sono d'accordo. «Già adesso, con i decreti legislativi del 2007 e 2010 che riguardano le donazioni di organi, la questione del vuoto normativo non sussiste, perché sono applicabili alla fecondazione ed è previsto tutto: dalla donazione al consenso informato, alla tracciabilità dei donatori». La legge 40, sottolinea poi l'avvocato, già circoscrive la donazione di gameti alle coppie infertili in età fertile, «quindi l'eventuale cambiamento della Corte non prevede di allargare né alle mamme nonne, né ai single né agli omosessuali».

Ma il problema fondamentale per Roccella è un altro. «Argomenti così importanti non possono essere affidati solo a una sentenza, deve discuterne il parlamento, bisogna aprire un dibattito democratico». Tra i punti fondamentali che la legge dovrebbe

affrontare vi è l'anonimato o meno del donatore «visto che sono convinta: il bambino ha il diritto di sapere chi è il padre o la madre biologica». Poi la gratuità della donazione del gameti, già regolata, ma che secondo l'ex sottosegretario ha bisogno di punti fermi per evitare che, come in alcuni paesi, diventi un mercato, con donne sottoposte a cicli intensivi per dare ovociti ad altre. E infine l'organizzazione delle biobanche e l'inserimento dell'eterologa all'interno del Sistema sanitario nazionale pubblico.

Favorevoli invece all'eterologa, i medici dell'associazione nazionale medicina della riproduzione. «Perché sui trattamenti fatti all'estero i dati forniti da diversi osservatori registrano abusi e seri rischi sanitari per le future madri e i nascituri le cui conseguenze ricadono anche sul nostro Ssn che dovrà garantire le cure mediche».

Il testo in esame dovrebbe trattare temi come l'anonimato o meno del donatore



DEPUTATO
Eugenia Roccella, ex sottosegretario pdl alla Salute

Le tappe	
	LA LEGGE Della legge 40 - dopo ricorsi e sentenze - resta in vigore il divieto di fecondazione eterologa, ovvero con gameti non del partner
	LA PROPOSTA L'ex sottosegretario Eugenia Roccella in caso di via libera della Consulta all'eterologa, ieri ha annunciato: "Si dovrà fare una nuova legge"
	LA CONSULTA Martedì prossimo si riunisce la Consulta per valutare alcuni ricorsi e decidere se il divieto di fecondazione eterologa violi la nostra Costituzione



SANITÀ
Per l'intramoenia
pagamenti tracciabili
 ▶ pagina 29

Sanità. Pronta la riforma - Prestazioni con tariffa
Per l'attività intramoenia
pagamenti solo tracciabili

Roberto Turno

■ Niente più cash ma solo **pagamenti tracciabili** (moneta elettronica e assegni) da intestare all'azienda e non al medico. Tariffe minime e massime per ogni prestazione, destinando, tra l'altro, il 5% alla prevenzione e alla riduzione delle liste d'attesa. Count down fino al 30 novembre prossimo per l'attuale **attività intramoenia** negli studi privati dei camici bianchi pubblici. Il futuro - in attesa che asl e ospedali decidano se acquistare o affittare nuovi spazi, o se convenzionarsi con altri soggetti pubblici - avverrà solo (in via sperimentale e «residuale») con un collegamento «in rete», con una convenzione tra il medico e la sua azienda. Ma solo se mancano gli spazi pubblici. E a patto che negli studi ci siano solo medici in esclusiva o convenzionati col Ssn. Mentre le Regioni attiveranno un'infrastruttura di rete con un rigido controllo dell'intera attività dei medici. E dovranno realizzare gli spazi "dentro casa" entro fine 2014: i manager inadempienti rischieranno la perdita almeno del 20% della retribuzione di risultato o la destituzione.

Addio all'intramoenia negli studi dei medici pubblici, ma non del tutto. Con più controlli e deterrenti anti evasione. Messi alle strette dalla scadenza di fine giugno dell'intramoenia negli studi privati, Governo e partiti di maggioranza corrono ai ripari. Un testo di riforma - frutto di un vertice col ministro **Renato Balduzzi** svoltosi giovedì - è ormai

pronto, e più o meno condiviso. Data l'urgenza, che lascerebbe sguarnita l'intramoenia in più di mezza Italia, si pensa a un decreto legge. Se il Quirinale lo concederà. Anche se la vera incognita è quella solita in sanità: che ne pensano le Regioni? La verifica con i governatori sarà la vera prova della verità per la riforma.

Questo il timing previsto. Entro fine ottobre le Regioni faranno una «ricognizione straordinaria» degli spazi disponibili per la libera professione intramoenia. Su questa base (e in base alle risorse) decideranno se acquistare, affittare o stipulare convenzioni con altri enti pubblici, per creare «spazi ambulatori esterni» per l'intramoenia. Nelle Regioni in cui ci siano aziende che non hanno trovato i nuovi spazi, l'attività negli studi privati potrà proseguire sperimentalmente e in modo «residuale» negli «studi professionali collegati in rete» con una convenzione tra il medico e la sua azienda sanitaria. Le attuali autorizzazioni per l'intramoenia negli studi privati scadranno a fine novembre, proprio quando i medici dovranno optare per l'esclusiva. Le Regioni saranno garanti delle attività, le aziende sanitarie ne avranno la responsabilità. Mentre negli studi «in rete» potrà lavorare solo chi è in esclusiva o in convenzione col Ssn. Né i privati, né chi è in extramoenia.

Ma non basta. Entro marzo del 2013 dovrà essere realizzata una «infrastruttura di rete» per il collegamento telematico tra le aziende sanitarie e tutte le strut-

ture nelle quali si svolge l'intramoenia. Dovrà avere in tempo reale tutti i dati su prenotazioni, impegno orario del medico, pazienti visitati, prescrizioni ed estremi dei pagamenti. In attesa che l'infrastruttura decolli, l'attività attuale negli studi privati potrà proseguire al massimo fino al 30 aprile del 2013. Poi varrà solo se «in rete».

Il pagamento potrà avvenire solo con la tracciabilità totale della somma, da destinare all'azienda. Le tariffe avranno un minimo e un massimo da concordare con la contrattazione integrativa. Garantendo la remunerazione dei costi sostenuti dall'azienda, evidenziando il compenso minimo del professionista e dell'equipe, del personale di supporto, dei costi per l'ammortamento e la manutenzione delle attrezzature. Di più: il 5% del compenso minimo dovrà andare ancora all'azienda sanitaria per destinarlo alla prevenzione o per abbattere le liste d'attesa. La verifica dell'intera riforma andrà fatta entro febbraio del 2015. Se sarà positiva, gli studi in rete andranno a regime. Altrimenti, addio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La spending review

«Sanità, possibili tagli per 40 miliardi»

Circa 40 miliardi sarebbero individuabili e recuperabili nel settore della Sanità ai fini della spending review. A sostenerlo è il sottosegretario alla Salute, **Adelfio Elio Cardinale**. «Sono d'accordo a colpire gli sprechi. Si può fare con tanti metodi: con la sanità elettronica, che permetterebbe di risparmiare 13 miliardi l'anno; con le appropriatezze, che permettono di risparmiare circa 10 miliardi e con una umanizzazione della medicina che farebbe diminuire la medicina difensiva, che costa circa il 10% della spesa sanitaria e, quindi, all'incirca 12 mld».



Cardinale: «Tagli a sanità, possibili 40 miliardi» È polemica sulle parole del sottosegretario

DA ROMA

«**L**a spending review si può fare con la sanità elettronica che permetterebbe di risparmiare 13 miliardi l'anno». Fa discutere l'intervento del sottosegretario alla Salute **Adelfio Elio Cardinale**, al convegno dell'Associazione italiana ospedalità privata. Inoltre «le appropriatezze permetterebbero un risparmio di circa 10 miliardi l'anno, e una maggiore umanizzazione delle cure farebbe diminuire la medicina difensiva, che costa circa il 10 per cento delle spese sanitarie e quindi, all'incirca altri 12 miliardi, si arriverebbe già a quasi 40 miliardi di euro di risparmi, senza far diminuire la qualità». Durissima Rosy Bindi (Pd) che gli dà dell'«irresponsabile». Non

nega, l'ex ministro, che «si possa e si debba combattere sprechi e inefficienze; ma non certo in quella misura e per sottrarre risorse ad un settore sottofinanziato, con una spesa già inferiore alla media europea». «Parole gravi» anche per il responsabile sanità di Idv Antonio Palagiano. Ma alla Bindi replica Simona Vicari, del Pdl che parla di «visione preistorica» del Pd. Il sottosegretario si vede costretto a intervenire di nuovo, ritenendo che le sue dichiarazioni siano state «lette male». Critiche dovute a

Bindi: «Irresponsabile»

Controreplica Vicari (Pdl):

«Visione preistorica»

**Gramazio media: proposte
sensate riferite male**

«nervosismo politico», per Domenico Gramazio (Pdl), vicepresidente vicario della commissione Sanità del Senato e relatore allo stesso convegno: «Cardinale ha fatto proposte accettabili e non ha ipotizzato certo la cancellazione del servizio sanitario nazionale».



L'analisi

Controllori esterni e bilanci trasparenti La sanità può risparmiare 13 miliardi

ENZO PAOLINI

■ ■ ■ Tra i settori sotto il mirino della spending review ha un ruolo preminente la sanità, che con circa 109,6 miliardi di euro pesa per oltre il 37% sulla spesa corrente. Pur essendo la spesa italiana per la salute inferiore a quella di altri paesi europei come Gran Bretagna, Germania e Francia, collocandosi al di sotto della media dei Paesi OCSE, sono stati individuati oltre 97 miliardi che, secondo il governo tecnico sono passibili di "revisione". Si annunciano quindi tagli pesanti. Ma come chiedere a un settore così delicato di perdere ancora risorse? Di fronte alla costante crescita della domanda di assistenza da parte dei cittadini la sanità può essere considerata solo un costo da rivedere? Più che di costi da tagliare si dovrebbe parlare di cattivo utilizzo delle risorse, di poca trasparenza, di sprechi e mancanza di controlli.

Una ricerca di Ermeneia per l'ultimo Rapporto AJOP ha analizzato le inefficienze degli ospedali pubblici evidenziando una spesa totale che eccede il valore effettivo delle prestazioni erogate di oltre 13 miliardi, con una variabilità degli sprechi che va, in termini percentuali, da un minimo del 17,2% del Veneto ad un massimo del 46,4% della Calabria. Vi sono situazioni estreme in alcune realtà italiane do-

ve gli ospedali pubblici, per fare un triste esempio tratto dalla Calabria, offrono ai cittadini prestazioni sanitarie per un valore di 1.595.000 euro ma ricevono dalle casse pubbliche sovvenzioni per 9.950.000 euro e dove per 29 posti letto sono impiegati 149 dipendenti.

Pur con tutti i necessari distinguo e le dovute cautele, ci pare possa essere questa la strada da cui partire, attraverso l'applicazione di alcune riforme che introducano efficienza nella gestione delle risorse. Fino a oggi gli interventi sulla spesa sanitaria hanno visto in prevalenza da un lato il taglio al-

la spesa farmaceutica, dall'altro la riduzione dei posti letto ma andrebbero introdotti cambiamenti gestionali più profondi. Faccio alcuni esempi. Nella maggior parte delle Regioni italiane le nostre ASL hanno insieme il compito di erogare le prestazioni sanitarie e al contempo di controllare la qualità del servizio offerto, innescando quello che è forse il più concreto ed evidente conflitto di interesse del nostro Paese. Questa situazione assurda dovrebbe essere oggetto di immediata revisione attraverso l'introduzione di controlli che vengano operati da terzi ponendo fine al paradosso per cui il ruolo di "controllato" e di "controllore" si identificano nella stessa realtà. A que-

sto si dovrebbe aggiungere l'importanza di costruire un sistema di misurazione dell'efficienza dei servizi sanitari che non può e non deve prescindere dal principio di trasparenza e dall'obbligo per le aziende ospedaliere pubbliche di redigere bilanci confrontabili e accessibili così da poter individuare le aree dove è possibile ottimizzare le risorse impiegate con la conseguente riduzione dei costi impropri.

Infine, l'introduzione di costi standard e la retribuzione degli ospedali attraverso tariffe ben definite e corrispondenti alle effettive prestazioni offerte (i cosiddetti DRG, il modo con cui vengono pagate le strutture private) consentirebbe il controllo della spesa e una valutazione oggettiva dell'efficienza dei singoli erogatori, ponendo fine allo scandaloso sistema dei ripianamenti a pioggia e dei pagamenti a piè di lista.

Solo una coraggiosa politica di riduzione degli sprechi e di riforma del sistema è la strada giusta per riformare un settore così delicato in cui tagli lineari - che riducono in maniera ottusamente paritaria eccellenze e sprechi senza fare le dovute differenze - potrebbero mettere seriamente a rischio la qualità dei servizi.

***presidente Associazione Italiana**

Ospedalità Privata

IL SOTTOSEGRETARIO

«Il taglio degli sprechi negli ospedali vale circa 40 miliardi»

Quaranta miliardi: è la cifra che porterebbe a risparmiare con tagli ad alcune aree d'inefficienza nella Sanità pubblica. Lo ha detto ieri il sottosegretario alla Salute Adelfio Cardinale, durante il convegno

«L'Italia della salute». Tra le proposte di spending review da adottare vi sono una «Sanità elettronica», con risparmio di 13 miliardi l'anno; «le appropriatezze» (-10 miliardi);

«una umanizzazione della medicina che farebbe diminuire la medicina difensiva» (-12 miliardi).

Ora tutti pagheranno i ricoveri

Nuova franchigia: si sborsa fino al 3 per 1000 dell'Irpef, poi è gratis. Riduzioni per famiglie numerose

PAOLO RUSSO
ROMA

Le nuove franchigie sanitarie che manderanno in soffitta ticket ed esenzioni si pagheranno anche sui ricoveri ospedalieri. È una delle novità dell'ultima ora inserite dai tecnici del ministero della Salute alla proposta che Renato Balduzzi vuole calare al più presto sul tavolo del confronto con le Regioni. Pubblicamente il ministro si

Consumismo sanitario Per limitarlo si pensa al miniticket: 50 cent per ogni prescrizione

schernisce e parla di ipotesi di lavoro ma ai suoi ha ordinato di premere sull'acceleratore perché i tempi necessari a rendere operativo il sistema di pagamento «a franchigia» non sono brevi. Infatti, prima che il meccanismo diventi operativo, sarà necessario prima creare e distribuire le nuove tessere sanitarie dotate di microchip, le uniche capaci di memorizzare la quota di spesa a nostro carico che viene via via consumata. Così i superesperti di Balduzzi hanno iniziato a limare il meccanismo per metterlo a punto.

Prima di tutto la franchigia, che è la quota di spesa entro la quale si dovrà pagare (e che una volta superata farà scattare le prestazioni gratis). Sarà pari al 3 per mille del reddito Irpef, corretto con il «quoziente familiare», che di fatto farà diminuire il reddito per le famiglie più numero-

se o con disabili a carico.

In un primo momento si era pensato di calcolare l'aliquota sul reddito Isee, parametro già utilizzato per diverse prestazioni del nostro welfare e che tiene conto anche

dei patrimoni mobiliari e immobiliari. Ma per gli esperti della Salute, le Asl non sarebbero però in grado di controllare l'Isee e verificarne i valori. Meglio quindi attenersi all'Irpef. Anche se questo significherebbe far pagare di più i soliti noti: ossia pensionati e lavoratori dipendenti.

Comunque con l'aliquota del 3 per mille il gettito dei ticket passerebbe dagli attuali 4 ai futuri 6 miliardi. Esattamente i due in più previsti a partire dal 2014 dall'ultima manovra Berlusconi, confermata da Mario Monti.

In pratica, per fare qualche esempio, chi ha 20mila euro di reddito pagherà fino a 60 euro e poi basta. Con 40 mila euro si pagherà fino a 120 euro, con 60mila fino a 160, con 100mila si aprirà il portafoglio fino a che non si sarà superata la soglia dei 300 euro e così via. Le franchigie le pagheranno tutti, anche quel 47% di italiani oggi esente dai ticket che consumano però quasi il 70% della spesa sanitaria.

Il budget a carico dell'assistito non sarà solo su visite specialistiche, analisi, accertamenti diagnostici e farmaci com'è ora per i ticket ma si pagherà anche per ricoveri ospedalieri e day hospital. Come dire che resterà gratuito solo il medico di famiglia e che basterà sostare anche solo un

giorno in corsia o in day hospital per spendere di tasca propria l'intera franchigia.

Per disincentivare il «consumismo sanitario» si pensa anche a un mini-ticket di 50 centesimi da applicare su ogni prescrizione, comprese quelle gratuite una volta esaurita la franchigia.

La quota a nostro carico verrà scalata dalla nuova tessera sanitaria e la franchigia non sarà calcolata sull'anno solare bensì a partire dalla

prima prescrizione. Ad esempio se andrò con la ricetta in farmacia a giugno esaurirò l'importo a mio carico a maggio dell'anno successivo e poi, a questo punto, si ricomincerà scalando le prime spese dalla franchigia iniziale.

La formula «pagare meno ma pagare tutti» ha fino ad ora fatto storcere il naso alle Regioni ma il Governo sembra intenzionato ad andare comunque avanti per questa strada. Anche perché, spiegano al ministero della Salute, per legge i due miliardi di maggiori ticket nel 2014 devono entrare. E con il sistema attuale, dove la stragrande maggioranza della compartecipazione alla spesa è su specialistica e diagnostica, per incamerare quella somma bisognerebbe far gravare sui non esenti un super-ticket pari all'80% del costo di visite specialistiche, analisi, Tac, risonanze ed altri accertamenti diagnostici. Un salasso che scatenerrebbe la corsa verso il privato, portando a rischio default Asl e ospedali di tutta Italia.

L'ANTICIPAZIONE

«Più merito»: il piano di Profumo per la scuola

● Nel ddl prove d'accesso
e un premio per lo studente
dell'anno

GERINA A P.11

«Più merito», ecco il piano di Profumo

MARIAGRAZIA GERINA

Lo studente dell'anno, la carta «IoMerito», le master class per i migliori della scuola. Prove d'accesso all'Università. Tutte le novità del ddl che il ministro sta per presentare

Merito. La parola a cui il ministro Profumo sembra voler legare il suo passaggio a Viale Trastevere è di quelle che, nell'Italia del familismo e delle baronie, fanno sempre un certo effetto. Anche se non è proprio nuova. Anzi, è persino abusata. Chi l'ha preceduto, Mariastella Gelmini, per dire, del merito ha provato a farne addirittura una bandiera, nel bel mezzo di una sollevazione studentesca epocale. Mentre più di una generazione di giovani ricercatori si ritrovava di fatto espulsa in massa dalle università. E i più giovani studenti facevano i conti con le borse di studio negate anche agli aventi diritto.

Ora il suo successore, Francesco Profumo, ci riprova. La prossima settimana, in Consiglio dei ministri, porterà un disegno di legge che, pure in regime di ristrettezze, si spinge a declinare il principio del merito a tutti i livelli possibili. Merito nelle scuole, nell'università, merito nella ricerca. Valorizzazione del sistema scolastico. Rafforzamento dell'attività di valutazione della ricerca. Ce ne è per tutti. Anche se quella che stiamo sfogliando è solo una «bozza», ancora suscettibile di modifiche. Un documento ufficiale, che sta circolando in queste ore in cerca di pareri e di cui l'Unità è

venuta in possesso.

PREMIO ALLO STUDENTE DELL'ANNO

Tra le novità, il tentativo di modificare, almeno nelle procedure, anche l'accesso all'università. Con «prove finalizzate all'accertamento della predisposizione per le discipline oggetto dei medesimi corsi», estese a tutte le facoltà, non solo a quelle a numero chiuso.

La competizione deve essere il sale fin dai primi banchi di scuola. E allora ecco le Olimpiadi internazionali di matematica, informatica, fisica, chimica, scienze naturali, astronomia, filosofia. Ma anche, nazionali, di italiano e di lingue classiche. E poi il titolo di «studente dell'anno», da assegnare al più bravo. E le «master class» estive, riservate ai campioni che si saranno classificati ai primi tre posti delle varie Olimpiadi e competizioni rilanciate dal dl Profumo.

Bisogna però arrivare all'articolo 15 per capire che i soldi per promuovere tutti i possibili incentivi al merito prospettati verranno presi dal solito fondo. Quello istituito nel 1997 per «l'ampliamento dell'offerta formativa e per gli interventi perequativi».

Da lì si attingerà anche per finanziare la «carta» dal nome accattivante: «IoMerito». Premio riservato a tutti quelli che si conquisteranno il titolo di «studente dell'anno». Superare la maturità con il massimo dei voti non basterà. Lo studente dell'anno dovrà essere uno solo, il più bravo. E sarà scelto da ogni singola scuola tra quanti avranno preso 100/100 e lode, «con criteri e modalità» che verranno definiti in un successivo decreto. Potrà avere una riduzione del 30 per cento sulle tasse universitarie. E un «borsellino elettronico», su cui potrà essere accreditata una borsa di studio aggiuntiva.

La competizione, prima di tutto. An-

che per le scuole, che saranno valutate in base ai successi degli alunni (ma conterranno anche i risultati ottenuti nel contrasto all'abbandono scolastico). E potranno ottenere risorse aggiuntive solo se vanteranno un certo numero di alunni che hanno preso parte alle Olimpiadi.

PROVE D'ACCESSO ALL'UNIVERSITÀ

Ma nel ddl Profumo ce ne è anche per l'università. Una delle novità è che ci si potrà iscrivere contemporaneamente a due diversi corsi universitari, scuole e master compresi. Mentre l'articolo sull'«Orientamento e ammissione agli studi universitari» modifica la legge del 2 agosto 1999 che detta le «Norme in materie di accessi ai corsi universitari», introducendo di fatto delle prove d'accesso per tutte le facoltà. «L'iscrizione ai corsi di laurea è disposta dagli atenei previo svolgimento di prove finalizzate all'accertamento della predisposizione per le discipline oggetto dei corsi medesimi», si legge nella bozza. Le prove - prosegue - dovranno essere «relative a materie attinenti a dette discipline», definite «sulla base dei programmi della scuola secondaria superiore» e dovranno verificare anche le capacità di «ragionamento logico» e «comprensione di testi». Le facoltà a numero chiuso restano però quelle già definite nelle legge del '99 - medicina, etc. E mentre per queste ultime il «superamento delle prove» è propedeutico all'ammissione, non si comprende bene quale sarà il valore delle prove d'ingresso per le altre facoltà.

LA COMMISSIONE PROFUMO

Altra novità riguarderà i ricercatori. Sotto la rubrica: «Sperimentazione per la selezione di ricercatori» (Articolo 9), di fatto, il ddl Profumo riforma la non ancora attuata Riforma Gelmini. La legge

240, promulgata tra le proteste il 30 dicembre 2010, lasciava abbastanza indefinite le «procedure pubbliche di selezione» che i vari atenei dovevano adottare per reclutare i ricercatori a tempo determinato. Ora invece il disegno Profumo scandisce più chiaramente quali devono essere le «procedure di valutazione» da adottare per «valorizzare il merito». A selezionare i futuri ricercatori sarà una commissione nominata dal rettore e composta da quattro professori ordinari - due interni all'ateneo, due esterni sor-

teggiate - più un altro componente, anche questo sorteggiato ma da una lista di «studiosi o esperti» in servizio presso un ateneo di un paese Ocse. A loro il compito di individuare tra gli aspiranti «il candidato maggiormente meritevole» da segnalare al dipartimento, che decide a quel punto se assumerlo o meno.

Alla voce «Misure per l'internazionalizzazione del sistema universitario», Profumo corregge in vari punti la legge 240, aggiungendo per esempio l'inglese dove serve. E introduce la possibilità di

chiamata diretta «di studiosi che siano risultati vincitori» di un programma di ricerca di «alta qualificazione». Infine, le università straniere. Che potranno sbarcare in Italia a patto che attivino corsi, solo per i loro iscritti e solo sul «patrimonio letterario, giuridico, storico, artistico, monumentale e archeologico italiano». Niente scuole di Economia, dunque, per esempio, niente Business School. Per quei campi, l'apertura internazionale alle università straniere può attendere.

IL MINISTRO

«I test Invalsi? Una valutazione necessaria»

«Io credo che il Paese abbia bisogno di avviare questo processo sulla valutazione». Lo ha detto il ministro per l'Istruzione Francesco Profumo, a Fiesole all'Istituto Universitario Europeo per la Conferenza nazionale per i 25 anni di Erasmus, rispondendo ad una domanda sui test Invalsi. «Purtroppo - ha aggiunto il ministro -, i nostri risultati sulle competizioni internazionali, per esempio, sulla ricerca a livello europeo sono non così positive nonostante il grande valore

dei nostri ricercatori per due motivi: uno che non abbiamo questa abitudine a lavorare insieme ed essere capaci di fare progetti integrati; il secondo è quello che non siamo abituati a essere valutati sulla base di regole definite dagli altri. Bene, io credo che il Paese lo si cambi attraverso la scuola che è la vera palestra del futuro e con la serenità dovuta è necessario guardarsi allo specchio il che significa fare una valutazione».



*Sanità: per un costo sociale
di 36,4 miliardi*

Tumori: colpiti 960mila italiani in cinque anni

Sofferenza, paure, ma anche fiumi di denaro per diagnosi, cure e assistenza. Quali costi devono affrontare i circa 960 mila italiani che hanno avuto una diagnosi di tumore negli ultimi cinque anni, e i 776 mila caregiver -in otto casi su 10 familiari- che se ne prendono cura? Ebbene, il costo sociale è pari a 36,4 miliardi di euro annui: di cui oltre 5,8 miliardi di spese dirette (soldi che escono direttamente dalle tasche dei cittadini e dei caregiver), e oltre 30 miliardi di costi indiretti, tra i quali vale oltre 12 miliardi l'attività di assistenza o sorveglianza che i caregiver garantiscono ai pazienti. E' quanto emerge dall'Indagine Favo-Censis sui costi sociali del cancro, presentata alla VII Giornata nazionale del malato oncologico, oggi a Roma. Ben 1.055 pazienti e 713 caregiver hanno partecipato all'indagine sui pazienti oncologici realizzata dalla Fondazione Censis, che ha permesso di costruire una rappresentazione dettagliata di caratteristiche, problemi e aspettative dei malati di tumore nonché -per la prima volta nel nostro Paese- una quantificazione dei costi sociali che ricadono sui pazienti e i loro caregiver e che si aggiungono ai costi in carico al Servizio sanitario. Le rilevazioni sono state condotte grazie alla Federazione

italiana delle associazioni del volontariato (Favo), ai Punti informativi Aimac e alle altre Associazioni del settore. L'indagine rivela che i sussidi vari garantiscono ai malati di tumore entrate complessive annue per 1,1 miliardi di euro, che sono pari a poco più del 3% del costo sociale totale. Insomma, c'è uno squilibrio enorme tra i costi sociali che 'piovono' su pazienti e caregiver, e gli strumenti monetari di cui beneficiano. E ancora, si stima che il costo sociale medio annuo -inteso come costo procapite per paziente e caregiver (laddove è presente)- sia pari a 34,2 mila euro; per quelli con diagnosi a due anni è di 36,2 mila euro, per la classe 2-5 anni si contrae a 30,7 mila euro. La spesa annuale è fatta di oltre 3 mila euro di spese mediche (visite specialistiche, esami radiologici, prestazioni fisioterapiche, ecc.), e oltre 3.600 euro di spese non mediche, dai trasporti alla badante. Non solo. I costi sociali sono diversi quando il caregiver è convivente rispetto a quando non lo è: dei 776 mila pazienti con caregiver, 530 mila (il 69%) convive. I pazienti e caregiver conviventi hanno un costo sociale totale annuo pari a 26,1 miliardi di euro, i pazienti e caregiver non conviventi di 8 miliardi di euro.

