

## Standard d'Italia unitevi

**L**a riforma costituzionale, nata con il Governo che si sarebbe riappropriato di poteri sfilacciati dal federalismo, torna come un boomerang a favore delle Regioni, che non solo siederanno nel nuovo Senato, ma avranno voce in capitolo su quella che è la loro maggiore fonte di spesa: la sanità.

Il Parlamento infatti (questa settimana deciderà l'aula del Senato) dà l'assist alle Regioni che tornano a legiferare sull'organizzazione sanitaria, anche se lo Stato potrà intervenire se ci saranno fughe in avanti.

A questo si aggiunge il goal delle Regioni

che hanno messo al sicuro i costi standard (tutti, non solo quelli sanitari, unendo sotto una sola bandiera i criteri per determinare le risorse a livello locale) nella Costituzione: come dire che ora da decidere per la sanità saranno davvero solo i criteri di riparto, ma sul metodo per calcolare quanto vada ripartito non ci saranno più dubbi. E sui criteri il lapis dei governatori è sempre ben temperato e il suo "segno" - che arriva di solito in extremis perché non ci siano passi indietro - è sempre indelebile. (P.D.B.)

A PAG. 7

**NUOVO TITOLO VI** Il testo approvato dalla Affari costituzionali approda in aula al Senato

# Costi standard in Costituzione

**Aumentano le competenze delle Regioni: allo Stato interventi straordinari**

I costi standard entrano a pieno titolo nella Costituzione. E le Regioni recuperano competenze tra cui quelle legislative per l'organizzazione sanitaria. La commissione Affari costituzionali del Senato ha approvato la scorsa settimana il nuovo Titolo V nel testo base che ricalca il Ddl del Governo sulle riforme. Testo che da lunedì è in aula al Senato e su cui è già previsto il voto a partire da mercoledì.

I costi standard sono stati introdotti con l'approvazione di un sub emendamento dell'Ncd, a prima firma del capogruppo Maurizio Sacconi, che introduce in costituzione dopo «gli indicatori di riferimento di costo e di fabbisogno» le parole «uniformati a criteri di efficienza», ossia i costi standard per le spese degli enti locali per quanto riguarda l'autonomia finanziaria. I costi e i fabbisogni standard nella determinazione delle risorse di Comuni, città metropolitane e Regioni (soppresse le Province) sono stati introdotti all'articolo 119 della Costituzione.

Tutte le modifiche riguardano gli articoli 117 e 119 della costituzione e rispetto al testo del Governo aumentano le competenze per le Regioni.

In particolare, all'articolo 117 si prevede che spetti allo Stato la competenza sul coordi-

namento della finanza pubblica e del sistema tributario. Inoltre spetteranno allo Stato, oltre alla competenza sui mercati finanziari anche quella sui mercati assicurativi. Tra le altre materie resteranno inoltre alla competenza esclusiva dello Stato la produzione, il trasporto e distribuzione nazionali dell'energia e le infrastrutture strategiche e grandi reti di trasporto e navigazione d'interesse nazionale e porti e aeroporti di interesse nazionale e internazionale (come previsto anche dal testo del Governo). Ma non la sanità.

Poi la potestà legislativa delle Regioni. La modifica introdotta sopprime totalmente la legislazione concorrente e lascia agli enti locali il potere di legiferare su «pianificazione del territorio regionale, mobilità al suo interno, dotazione infrastrutturale, programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali, promozione dello sviluppo economico locale e organizzazione in ambito dei servizi alle imprese e in materia di servizi scolastici, istruzione e formazione professionale, promozione del diritto allo studio, anche universitario, di disciplina, per quanto di interesse regionale, delle attività culturali, della valorizzazione dei beni ambientali e paesaggistici, di valorizzazione e organizzazione regiona-

le del turismo, di regolazione, sulla base di apposite intese concluse in ambito regionale, delle relazioni finanziarie tra gli enti territoriali della Regione per il rispetto degli obiettivi programmatici regionali locali di finanza pubblica, nonché in ogni materia non espressamente riservata alla competenza dello Stato».

Viene infine introdotta una clausola di salvaguardia dell'interesse nazionale, ossia la possibilità del Governo di intervenire non solo a tutela dell'unità giuridica o economica della repubblica ma anche a «tutela dell'interesse nazionale», anche se la proposta dei relatori riduce l'ambito di applicabilità della norma. «Su proposta del Governo - si legge nel testo - la legge dello Stato può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale». Il Ddl del Governo prevedeva che tale potere potesse applicarsi anche laddove «lo renda necessario la realizzazione di programmi di riforme economico-sociali di interesse nazionale».

La riforma costituzionale ha anche modificato il quorum per eleggere il Capo dello Stato, con una modifica approvata

che sposta dal quarto al nono scrutinio l'elezione del Presidente della Repubblica a maggioranza assoluta. Il quorum resta dei due terzi nei primi quattro scrutini, scende a tre quinti nei successivi quattro, e solo dalla nona votazione si abbassa alla maggioranza assoluta dei grandi elettori (630 deputati e 100 senatori, senza più i 58 rappresentanti delle Regioni).

Il Senato, infine, è composto da 95 senatori rappresentativi delle istituzioni territoriali e da 5 senatori che possono essere nominati dal presidente della Repubblica. I consigli regionali e i consigli delle Province autonome eleggono col metodo proporzionale i senatori tra i propri componenti e tra i sindaci. Nessuna Regione può avere un numero di senatori inferiore a due. La durata del mandato dei senatori coincide con quella degli organi delle istituzioni territoriali nei quali sono stati eletti.

**Red.San.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**ANALISI DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO****Spesa per il personale sopra la media Ue27**

La sanità è per tutti gli Stati dell'Unione europea una delle spese più rilevanti. Anche per l'Italia che però, secondo il nuovo rapporto sulla «Spesa pubblica in Europa 2000-2013» della Ragioneria generale dello Stato, è davvero a metà classifica e in linea con gli Stati più virtuosi. Anche se come sempre ammoniscono gli economisti, in sanità a volte il risparmio non è sempre virtù.

Nel sistema Cofog (Classification of function of government, quello che utilizza la Rgs) la sanità è la seconda «divisione», in termini di spesa primaria nella maggior parte dei casi e il suo peso in questo senso va da un minimo del 7,7% (2011) e del 7,9% (2012) di Cipro al 18,7% (2011) e al 18,3% (2012) della Repubblica Ceca e al 18,5% (2012) dell'Irlanda, era 16,7% nel 2011. La situazione italiana registra una spesa per sanità del 16,2% nel 2011 e del 16,4% nel 2012 dell'intera spesa primaria, con una quota pari al 7,3% del Pil per entrambi gli anni considerati.

Rispetto all'incidenza sul Pil, parametro di confronto che la Rgs utilizza nella sua analisi, l'Italia è in linea con la media dei Paesi Ue 27: 7,3% nel 2012. Stesso discorso per il 2011 così come stessa percentuale era quella della media Ue 27. Il picco più elevato l'Italia lo ha registrato invece nel 2009 con il 7,6% di incidenza sul Pil e quello più basso nel 2000 con il 6 per cento.

Sono al di sopra di questa media sette Paesi: Belgio, Repubblica Ceca, Danimarca, Francia, Olanda, Austria, Finlandia e Regno Unito, con l'incidenza maggiore sempre nel 2012 dell'8,9% in Olanda e quella minore (tra i Paesi sopra la media) del 7,9% in Austria e Regno Unito.

Tutti gli altri Stati sono al di sotto della media Ue 27, con il livello minore di incidenza sul Pil del 3,1% in Romania. Ma l'analisi della Rgs va oltre e mette a confronto tra i vari Stati le categorie economiche in cui è divisa la sanità, sia dal punto di vista della loro incidenza percentuale sulla spesa primaria che da quello del peso sempre percentuale sul Pil.

**Categorie economiche e spesa primaria.** Al primo posto nella Ue 27 per la sanità ci sono sempre i redditi da lavoro dipendente. Che assorbono in media nell'Ue 27 il 26,32% della spesa sanitaria. Questa volta l'Italia è sopra la media con il 31,87% nel 2012 (in calo però nel 2013), contro Paesi in cui l'incidenza della spesa per il personale sulla spesa sanitaria è bassissima: il 2,45% in Slovacchia e il 2,8% in Lussemburgo sono gli estremi della minore incidenza. Ma anche però rispetto a Paesi (dove la struttura dell'assistenza sanitaria è più simile alla nostra) che

raggiungono «vette» del 56,71% a Malta, 55,85% in Irlanda, 50,95% a Cipro. E con i Paesi tradizionalmente a Ssn in posizioni sempre più alte: 45,06% nel Regno Unito e 44,26% in Spagna.

Altra voce con incidenza elevata è quella per «consumi intermedi», la spesa per acquisto di beni e servizi e per assistenza convenzionata in sostanza. In questo caso la media Ue 27 è al 19,58%, con l'Italia al 26,59% (da questa spesa sono esclusi normalmente i farmaci). Gli estremi questa volta sono rappresentati verso il basso dall'1,68% della Repubblica Ceca e dall'1,92% del Belgio, mentre verso l'alto ci sono la Romania con il 51,9% e il Regno Unito con il 49,75 per cento.

Terza voce con incidenza rilevante sulla spesa (le altre superano rarissimamente il 10%) è quella per prestazioni sociali in denaro e natura (le erogazioni delle amministrazioni pubbliche alle famiglie in denaro nell'ambito dei sistemi di sicurezza e di assistenza sociale, secondo l'Istat), per le quali la media Ue 27 è al 48,38%, ma l'Italia si ferma al 34,52 per cento. E i picchi verso il basso sono rappresentati dallo 0% della Romania e del Regno Unito e dal 2,94% della Lettonia, mentre quelli verso l'alto sono il 92,97% della Repubblica Ceca e il 90,97% del Belgio.

**Categorie economiche e incidenza sul Pil.** Dal punto di vista dell'incidenza percentuale sul Pil delle stesse categorie economiche, quelle più pesanti restano sempre le stesse già analizzate per il rapporto con la spesa primaria, ma naturalmente il loro peso cambia, appunto, in funzione del Pil nazionale. La media Ue per i redditi da lavoro dipendente, a esempio, è di un'incidenza sul Pil medio dei Paesi Ue 27 dell'1,9%. Verso il basso della classifica ci sono Lussemburgo (0,1%) e Slovacchia (0,2%), mentre in alto spiccano Danimarca e Irlanda rispettivamente con un'incidenza della spesa per redditi da lavoro dipendente sul Pil del 4,2 e 4 per cento.

Per i beni e servizi l'incidenza media Ue 27 sul Pil è dell'1,4% e l'Italia raggiunge in questo caso l'1,9%, contro lo 0,2% di Germania e Slovacchia, ma anche rispetto al 3,9% del Regno Unito e al 2,8% della Finlandia.

Per le prestazioni sociali in denaro e natura infine, la media Ue 27 è al 3,5%, ma l'Italia anche in questo caso si ferma al 2,5%. Sono naturalmente allo 0% la Romania e il Regno Unito (che nella precedente classificazione indicavano ancora 0), mentre l'incidenza più bassa di questa voce sul Pil si registra con lo 0,1% in Lettonia e lo 0,2% a Cipro. In vetta ci sono invece il 7,6% dell'Olanda e il 7,4% del Belgio.

**P.D.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# CHE FARE SE LA SANITÀ NON REGGE PIÙ

LUIGI LA SPINA

In teoria, il nostro è il miglior sistema sanitario del mondo, perché

assicura l'assistenza gratuita a tutti. Lo sarebbe senz'altro, se fosse vero. È questa una delle tante illusioni di cui l'Italia si è fatta vanto in questi anni, compatendo non solo i poveri americani che hanno dovuto aspettare Obama per contare su una sanità un po' più accessibile, ma anche i vicini di casa europei che possono go-

dere, forse, di strutture ospedaliere più moderne ed efficienti, ma che pagano di più per essere curati. Ora, sembra che non sia più possibile continuare a mascherare la reale situazione di disagio e, in alcuni casi, di vera ingiustizia a cui sono sottoposti tanti italiani che si ammalano, perché in molte regioni italiane la spesa pubblica per la sanità continua a crescere

in maniera incontrollata, con il rischio che il nostro sistema di welfare faccia crac.

Al di là dei solenni impegni di risanamento delle nuove giunte regionali, dopo la consueta denuncia degli sprechi attribuiti alla precedente amministrazione, i costi della sanità pubblica continuano a crescere per motivi del tutto comprensibili.

CONTINUA A PAGINA 27

# CHE FARE SE LA SANITÀ NON REGGE PIÙ

LUIGI LA SPINA  
SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

La prima causa è quella demografica: il continuo allungamento delle speranze di vita, confortante soprattutto per noi italiani rispetto alle popolazioni di altri paesi del mondo, lo è meno per chi dovrà fornire le cure indispensabili ad anziani sempre più numerosi. Anche perché sono arrivati e stanno per arrivare alla soglia della vecchiaia, generazioni nate dopo il secondo dopoguerra, nel periodo del cosiddetto «baby boom». Per tutti costoro dovranno provvedere i contributi allo Stato di figli e nipoti, poveri nel numero e ancor più poveri nella capacità finanziaria di stipendi a rischio di precarietà e di tagli imposti dalla crisi.

Pure il secondo motivo della futura insostenibilità del nostro sistema di welfare deriva dal progresso, quello della moderna medicina. Ormai i costi per procurare ai nostri ospedali le più

avanzate attrezzature diagnostiche e chirurgiche, ma anche per assicurare ai malati i farmaci più recenti, sono aumentati in maniera impressionante. Nè sarebbe augurabile che si facessero risparmi in questi necessari investimenti, pena una assistenza di serie B rispetto alle altre nazioni dell'Occidente.

È vero, inoltre, che sprechi e inefficienze sono assai diffusi, ma sull'esito delle rituali battaglie propagandistiche dei nostri amministratori regionali è bene far poco conto: l'assistenza sanitaria è un enorme bacino di clientelismo politico, di potere baronale e sindacale, anche quando non si registrano casi di corruzione penalmente perseguibile. Queste fortissime macchine di resistenza corporativa innalzano muri di gomma di fronte ai quali anche i migliori propositi di riforma e di razionalizzazione delle spese sono destinati a infrangersi.

Ecco perché lo slogan del welfare all'italiana, «sanità gratuita per tutti», è una illusione che tradisce la realtà. Quella di chi, di fronte alle lunghissime liste d'attesa per un intervento chirur-

gico, per una visita specialistica, ma anche per un semplice controllo di prevenzione, è costretto a rivolgersi alle cure di una struttura privata, con costi salatissimi. Quella di numeri che dimostrano le evidenti contraddizioni del sistema, basti osservare che quel cinquanta per cento della popolazione esente da ticket costituisce l'ottanta per cento degli assistiti da parte del servizio pubblico nazionale. Quella di coloro che non possono usufruire dei cosiddetti «livelli essenziali d'assistenza», perché i deficit delle sanità regionali sono tali da costringere i dirigenti a ridurre personale e strutture anche in quei settori.

È ora di colmare il divario insopportabile tra illusione e realtà del nostro welfare sanitario, prendendo atto di un sistema che non regge più e che, soprattutto, non reggerà più nel prossimo futuro. Assicurare l'assistenza gratuita a coloro che non si possono permettere le cure è non solo un diritto del cittadino, ma un dovere di uno Stato civile. Garantirlo a tutti non è più possibile e prometterlo vuol dire perpetrare una truffa.





But must make a treatment decision now

Accedi

VANTAGGI PER L'ABBONATO

ABBONATI SUBITO

RINNOVA IL TUO ABBONAMENTO

Inserisci i termini da cercare...

multimedia

shopping24



Home | Dal Governo | In Parlamento | Regioni e Aziende | In Europa e dal mondo | Lavoro e professione | Giurisprudenza | Imprese | Medicina e scienza

Home Dal Governo

DAL GOVERNO

## Agenas e Aifa: conferenza straordinaria delle Regioni per decidere le nomine dei Dg

15 luglio 2014 Cronologia articolo

Tweet 1 Recommend 2 G+1 0



A poco meno di tre mesi (la conferenza delle Regioni che avrebbe dovuto decidere era fissata per il 22 maggio, ma i governatori hanno chiesto un rinvio dell'argomento) tornano alla ribalta della conferenza delle Regioni le nomine del direttore generale Agenas e Aifa.

E' stata fissata per giovedì 17 luglio, infatti, una conferenza straordinaria che ha all'ordine del giorno l'intesa sulla proposta del ministro della Salute relativa alla nomina di Francesco Bevere, attuale direttore generale della Programmazione sanitaria della Salute, a direttore generale di Agenas, in sostituzione di Fulvio Moirano, il cui mandato è scaduto, senza essere rinnovato, in marzo. E alle Regioni è richiesto anche il parere sulla conferma Luca Pani alla guida dell'Agenzia italiana del Farmaco.

Nella stessa conferenza le Regioni dovranno decidera anche altri nomi per il consiglio di amministrazione (due) e per il collegio dei revisori (uno) dell'Agenzia nazionale del farmaco.

Clicca per Condividere



©RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta la notizia

Leggi e scrivi

### ANNUNCI GOOGLE

#### Manager Sanitario

Impiego nel Settore Sanitario? Scegli il Master eCampus. Info ora!  
www.uniecampus.it/master

#### Visura Camerale

Registro Imprese online. Accedi ora e Registrati Gratuitamente!  
www.registroimprese.it

#### Prestiti Pensionati INPS

Tasso Agevolato Fino a 80.000 € Richiedi Ora Preventivo!  
www.convenzioneinps.it

### NEWSLETTER

Iscrivendoti alla Newsletter puoi ricevere una selezione delle principali notizie pubblicate. E' necessaria la registrazione

Iscriviti gratuitamente >

Scegli Sky Cinema  
a soli **29,90** € al mese per 12 mesi  
Sky On Demand INCLUSO  
sky Scopri di più >>

### Sfoglia Sanità in PDF

#### Ultima uscita



nr. 27  
15-21 lug. 2014

Sfoglia PDF >

SCARICA COPIA SAGGIO GRATUITA >

#### Uscite precedenti:

nr. 268-14 lug. 2014

nr. 251-7 lug. 2014

Consulta l'archivio >  
Gestisci abbonamento >

### Quaderni PDF

La consultazione dei quaderni di Sanità è riservata agli abbonati. Se non sei abbonato puoi acquistare il singolo quaderno

## **LORENZIN SODDISFATTA PROPOSTE UE SUL FRONTE IMMIGRAZIONE**

### **NECESSARIO RIVISITARE BUDGET A DISPOSIZIONE FRONTEX SANITARIO**

(ANSA) - ROMA, 15 LUG - "L'annuncio da parte di Jean Claude Juncker della nomina di un commissario speciale per l'immigrazione, con la dichiarazione che sottolinea come quella clandestina e dei profughi non sia un problema dell'Italia, di Cipro e Malta ma dell'Europa tutta, e' un successo dell'Italia e di tutti quei Paesi che da mesi sottolineano l'esigenza di un fronte comune europeo". Così il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, dopo le dichiarazioni di Juncker della nomina di un commissario speciale per l'immigrazione. "Insieme ai colleghi ministri della Salute, abbiamo evidenziato durante il semestre greco l'importanza di mettere in campo una serie di iniziative a tutela della salute pubblica - prosegue la Lorenzin - nella prevenzione di epidemie, evidenziando le emergenze in un settore molto delicato come la sanità. Che, come dichiarato da Juncker, venga rivisto il budget a disposizione di Frontex, attualmente fissato in 90 milioni di euro, non è solo auspicabile ma necessario e conferma quanto affermato a più riprese anche dal nostro ministro degli interni Angelino Alfano".(ANSA).

# Conti in rosso, commissariato l'Istituto superiore di sanità

Carla Massi

**U**n mese fa il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha annunciato l'intenzione di commissariare l'Istituto su-

periore di sanità, l'organo tecnico del ministero. Una decisione legata a buchi di bilancio relativi agli anni 2011 e 2012. In tutto, un buco da 30 milioni su oltre 300 milioni di movimento finanzia-

rio l'anno. Che erano stati contestati dalla Corte dei Conti. Ieri, in tarda serata, l'annuncio del commissario: sarà Gualtiero Walter Ricciardi, docente di Igiene all'università Cattolica di Roma.

A pag. 13

## Iss commissariato: buco da 30 milioni

►Saldi negativi nel 2011 e 2012, l'Istituto superiore di sanità contestato dalla Corte dei Conti. Lorenzin: «Ripianare i debiti»

►Gualtiero Ricciardi ordinario di Igiene sarà il supercontrollore «Sono ottimista, questa struttura sarà risanata al più presto»

### IL CASO

ROMA Un mese fa il ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha annunciato l'intenzione di commissariare l'Istituto superiore di sanità. L'organo tecnico del ministero. Una decisione legata a buchi di bilancio relativi agli anni 2011 e 2012. In tutto, un buco da 30 milioni su oltre 300 milioni di movimento finanziario l'anno. Che erano stati contestati dalla Corte dei Conti.

Ieri, in tarda serata, l'annuncio del commissario: Gualtiero Walter Ricciardi, docente di Igiene all'università Cattolica di Roma. Con decreto dei ministeri della Salute e dell'Economia è stato disposta la nomina del supercontrollore «a causa della situazione di disavanzo finanziario registrato in bilancio per due esercizi consecutivi». Una disposizione legislativa del 2011 prevede che se un ente pubblico, sottoposto alla vigilanza dello Stato, presenta una situazione di disavanzo per due esercizi consecutivi va nominato un commissario e devono decadere gli organi dirigenziali.

### LA SORVEGLIANZA

La fase di commissariamento, secondo Beatrice Lorenzin, dovrà essere breve. E dovrà servire «ad eseguire quegli interventi di efficientamento, modernizzazione e sviluppo necessari affinché l'Istituto superiore di sanità tenga il passo dei principali enti di ricerca internazionali». L'Istituto è il «cuore» scientifico della sanità pubblica: dalle ricerche alla raccolta dei dati sulle malattie infettive, alla sorveglianza

dei casi di Aids, agli studi sui nuovi farmaci, alle analisi delle sostanze, all'ultimo studio sui tumori diffusi nella "Terra dei fuochi" fino ai pareri sui casi controversi come sono stati quello di Di Bella e Stamina.

«Sono consapevole - spiega Gualtiero Walter Ricciardi - dell'importanza di questo compito e onorato dell'incarico. L'Istituto ha un ruolo rilevante nel nostro paese, con le sue straordinarie competenze scientifiche ed umane. Adesso si tratta di riorganizzare ancora meglio l'ente. Non faremo mancare all'Italia una struttura così importante. Il lavoro di squadra darà i suoi frutti».

Fino a ieri sera il presidente dell'Istituto era Fabrizio Oleari, ex Capo dipartimento del ministero della Salute, nominato a febbraio del 2013. La gestione contestata riguarda il periodo durante il quale alla presidenza era Enrico Garaci e alla direzione Monica Bettoni.

Dall'inizio dell'anno dentro l'Istituto era cresciuta la preoccupazione per il bilancio tanto da rendere difficile assicurare il rinnovo dei contratti per gli esperti nei progetti ricerca. Durante questi trenta giorni, dall'annuncio del commissariamento ad oggi, i ricercatori hanno alzato la voce, i sindacati sono arrivati a ventilare l'ipotesi che dietro la decisione del commissario ci sia l'intenzione dello smantellamento dell'Istituto. È stato l'ex presidente Enrico Garaci a dare una lettura diversa dei saldi negativi (sia di parte corrente che in conto capitale) emersi dalla relazione della Corte dei Conti. «Non viene evidenziato - parole di Garaci - che quel saldo negativo, rispettivamente di 26 milioni nel 2011 e

circa 4 milioni nel 2012 era ampiamente compensato da un avanzo di gestione rispettivamente di 27 milioni e di 27,400 milioni. Quindi se esaminiamo globalmente il bilancio non c'era un conto in rosso per i due anni in questione, ma semmai un residuo attivo di 1 milione per il 2011 e di 23,400 milioni per il 2012».

### AGENZIA FARMACO

Ieri il supercontrollore all'Istituto, domani seduta straordinaria della Conferenza Stato-Regioni. All'ordine del giorno le nomine del direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e dell'Agenzia italiana del farmaco. Si dovrà lavorare per trovare l'intesa sulla proposta del ministro della Salute relativa alla nomina, appunto, di Francesco Bevere, attuale direttore generale della Programmazione sanitaria della Salute, a direttore generale Agenas in sostituzione di Fulvio Moirano. Alle Regioni verrà poi richiesto il parere sulla conferma Luca Pani alla guida dell'Aifa. E anche per il Consiglio superiore di sanità si prevede la diminuzione netta delle poltrone.

Carla Massi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### I numeri

**1500**

Sono i dipendenti dell'Istituto di sanità che conta anche 450 collaboratori

**15**

I dipartimenti tecnici che fanno ricerca in collaborazione anche con l'estero

**520**

Sono i ricercatori che hanno il contratto in scadenza entro la fine del 2014

**320**

I milioni di movimento finanziario annuo dell'Istituto superiore di sanità

**GARACI ERA PRESIDENTE NEGLI ANNI SOTTO ACCUSA: «C'È UN AVANZO NEI BILANCI»**



LA RIFORMA/ Intesa raggiunta: no alla versione dell'Economia, si torna (quasi) al vecchio testo

# Patto salute, buona la prima

Lorenzin: «Futuro in sicurezza» - Sull'attuazione l'ombra del dopo-Errani

«A tenere duro non si sbaglia mai». Il commento a caldo del governatore del Veneto **Luca Zaia** la dice lunga sul braccio di ferro Regioni-Economia che fino all'ultimo, giovedì scorso, ha tenuto in sospeso la firma del Patto. Perché la versione arrivata sul tavolo delle Regioni era stata riveduta e corretta rispetto a quella della settimana prima (v. Il Sole-24 Ore Sanità n. 26/2014). Le limature respinte al mittente riguardavano 7 articoli non concordati, che in sintesi mettevano a repentaglio la certezza dei finanziamenti fissati nel Patto. In tutto, 337,5 miliardi ripartiti in tre anni.

Alla fine, come garantito dai più ottimisti, l'intesa si è trovata: con piccole modifiche sul testo non "emendato" i governatori hanno avuto la meglio. Una vittoria che, per la ministra della Salute **Beatrice Lorenzin**, è un successo per tutto il Ssn. «Con l'accordo sottoscritto da Governo e Regioni sul patto abbiamo messo in sicurezza il sistema sanitario italiano per le prossime generazioni», ha commentato al termine della Conferenza Stato-Regioni. «È stata un'assunzione di responsabilità da parte di tutti gli attori e gli operatori del sistema: il Patto rimette al centro le politiche sanitarie che guardano alla qualità dell'assistenza e alla prevenzione dopo anni in cui avevamo solo l'ossessione del costo. Questo non vuol dire che non si tengono in equilibrio i bilanci, ma che possiamo cominciare a fare di nuovo programmazione sanitaria. Passa inoltre il principio - ha precisato infine Lorenzin - che quello che si risparmia viene reinvestito in sanità».

Se il dado è tratto, l'attuazione del Patto incontrerà, c'è da giurarci, più di una difficoltà. Non solo perché il progetto è quantomeno ambizioso - la precedente intesa, lo ricordiamo, era stata attuata per poco più della metà - e viene affidato a un calendario serrato di adempimenti (v. pagina 4-5), ma an-

che perché viene a mancare la regia di **Vasco Errani**. Le sue dimissioni dal governo dell'Emilia Romagna in seguito alla condanna per la vicenda Terremere e l'inevitabile addio al vertice della Stato-Regioni creeranno probabilmente un vuoto difficile da colmare. Il ruolo di "collante" che Errani ha sempre rappresentato tra Regioni e Governo ora viene meno, proprio al momento di attuare altre riforme importanti legate all'intesa appena sottoscritta: prime tra tutte quella sui nuovi criteri di riparto del fondo sanitario e la scelta dei nuovi vertici **Aifa** e **Agenas**.

Il patto, come ha ricordato la stessa ministra, ha affrontato grandi temi: la longevità, la riorganizzazione del territorio e del personale, la garanzia di una maggiore efficienza dei servizi, nuovi sistemi di controllo ed efficientamento sia della qualità che della quantità, l'incompatibilità tra gli incarichi istituzionali di commissario e presidente di Regioni in piano di rientro, la proposta per la revisione dei ticket a fine novembre. Ancora, l'intesa mette finalmente un punto sul tormentone Lea, fermi al 2001 e da aggiornare entro il 31 dicembre. Entro ottobre le Regioni, il ministero della Salute e l'Università dovranno inoltre ridefinire i criteri e il numero dei processi formativi, e le modalità di accesso al sistema per i medici e per le altre professioni sanitarie grazie a una delega per la quale contenuti e passaggi sono indicati nell'ultima versione del Patto.

"Patto nel patto", il documento programmatico sulla sanità digitale (v. pagina 8) prevede un piano di investimenti pubblico-privati da 4 miliardi in tre anni.

A dare ossigeno ai sistemi sanitari regionali, dopo la lunga notte dei tagli, c'è poi - last but not least - un primo sblocco del turnover, con la possibilità per le Regioni più virtuose di tornare ad assumere personale.

Una svolta attesa dai governatori e dai cittadini: «È stata raggiunta una giusta flessibilità - sottolinea il presidente della Regione Umbria, **Catiuscia Marini** - per poter avere nuovo personale. È arrivata un'intesa con il ministero della Salute e dell'Economia, e quindi le Regioni virtuose potranno anche tornare ad assumere e gestire il personale. Le Regioni che sono ancora vincolate al Piano di rientro avranno una modalità diversa per accedere a questa flessibilità: è stato infatti abbassato di un anno il blocco delle assunzioni già previsto, però al raggiungimento dell'equilibrio economico».

Il nuovo Patto fa necessariamente tesoro delle esperienze regionali. «Tra le novità mi piace sottolineare l'accento posto sulla medicina territoriale, la valorizzazione delle risorse umane, l'attenzione per la ricerca, l'equilibrio tra contenimento della spesa ed esigenze di innovazione - spiega l'assessore al Diritto alla salute della Toscana, **Luigi Marroni** -. La Toscana ha dato un forte contributo al raggiungimento di questo risultato e nei contenuti del patto ci sono molti punti che da tempo sono patrimonio del sistema sociosanitario integrato toscano».

A ribadire una maggiore certezza di ruoli e responsabilità tra Regioni e Governo è **Luca Coletto**, assessore alla Salute del Veneto e coordinatore degli assessori in Conferenza delle Regioni. «Nell'intesa raggiunta - ha spiegato - sono stati sbrogliati i nodi sui tagli del Fondo sanitario. Infatti se il Governo deciderà per futuri tagli dovrà dirci dove saranno fatti e non saranno più le Regioni a sforbiare. In questo modo il Governo si prende in carica anche la possibilità di rimodulare il fondo e il Patto stesso».

Per **Claudio Montaldo**, presidente della Liguria, l'intesa del 10 luglio mette in piedi un sistema che «potrà rispondere ai nuovi bisogni di salute delle persone». «Anche per la Ligu-

ria - conclude Montaldo - si apre una fase di grande potenzialità, supportata dalla solida base dei risultati conseguiti in questi anni. Saremo un punto cardine del nuovo quadro che si verrà a definire. È stato un impegno durissimo arrivare a questo risultato dopo mesi di confronto con il governo. Un particolare ringraziamento - è la nota finale - va a colui che è stato il principale protagonista di questo percorso: **Vasco Errani**».

**Barbara Gobbi**  
**Rosanna Magnano**

## LE NOVITÀ DEL REGOLAMENTO SUGLI STANDARD

# Ospedali con meno tagli e più rapporti col territorio

Una serie di tavoli dovranno elaborare linee guida e atti di indirizzo

**A**ccanto al Patto, è già pronto - e l'esame rinviato giovedì scorso per lasciare spazio al Patto dovrebbe essere questa settimana già per il via libera - il nuovo regolamento sugli standard ospedalieri, ritoccato rispetto all'ultima versione di dicembre 2012, soprattutto coordinandolo proprio con il nuovo Patto della salute a cui fa spesso riferimento.

Naturalmente la prima cosa a essere riscritta è la data di entrata in vigore per i nuovi standard (3,7 posti letto per mille abitanti, compresi 0,7 per riabilitazione e lungodegenza): le Regioni dovranno adottare il regolamento entro il 31 dicembre 2014, garantendo il progressivo adeguamento agli standard previsti durante il triennio 2014-2016.

Le prime modifiche rispetto al testo del 2012 riguardano proprio il taglio dei posti letto, specificando che riduzioni o incrementi nelle Regioni con piano di rientro (o di riorganizzazione come si chiameranno secondo il Patto) avverranno «con la gradualità definita nei programmi operativi e con le indicazioni dei ministeri affiancanti». La stima degli effetti dei nuovi standard è almeno di un dimezzamento delle prime previsioni di taglio, da oltre 7mila a non più di 3.500 posti letto in meno nel complesso.

**Remunerazione degli ospedali.** Aggiunto anche un meccanismo per dare omogeneità alla remunerazione degli ospedali classificati: ci penserà la commissione permanente per la revisione e l'aggiornamento delle tariffe prevista nel nuovo Patto per la salute a stabilire criteri e parametri di riferimento. Ma tutti gli erogatori privati (ospedali classificati compresi) dovranno trasmettere alla Regione il proprio bilancio.

La guida a cui fa riferimento (rispetto al testo 2012) il regolamento è l'intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012 «disciplinare sulla revisione della normativa dell'accreditamento e successive disposizioni». E per l'uso appropriato dell'ospedale si dovrà mettere a punto un atto di indirizzo (che vale per pubblico e privato) sulla base di linee guida elaborate da un tavolo tecnico da istituire entro 90 giorni dall'approvazione degli standard presso la Salute, composto anche da Agenas e Regioni.

**Classificazione delle strutture.** Per la classificazione delle strutture ospedaliere si seguono le indicazioni del testo originario degli standard che dovranno tenere conto anche di un accordo di programmazione integrata interregionale con le Regioni confinanti da stipulare sempre entro il 31 dicembre 2014.

**Le "piccole" case di cura.** Poi le "piccole" case di cura. Come già anticipato resta - a partire dal 1°

gennaio 2015 - il limite di 60 posti letto per acuti per l'accreditabilità, ma con le deroghe per le strutture monospecialistiche (secondo valutazione regionale). E con la possibilità per chi non raggiunge la soglia indicata di riconversione e/o fusione anche con la costituzione di un unico soggetto giuridico per l'accreditamento entro il 30 settembre 2016 perché possano essere operativi a inizio 2017. In questi casi la soglia minima di posti letto diventa di 80 e i soggetti che fanno parte del nuovo soggetto giuridico non possono comunque averne meno di 40.

**Standard per disciplina.** Per quanto riguarda gli standard relativi alle singole discipline - oltre alla specifica che alcune possono essere gestite da un'unica struttura come a esempio medicina generale e geriatria o neuropsichiatria infantile e pediatria - si dovrà identificare il fabbisogno di prestazioni ospedaliere di acuzie e lungodegenza e riabilitazione post-acuzie applicando un percorso di appropriatezza sui ricoveri effettivamente erogati e calcolare il numero corrispondente di posti letto normalizzati (pubblico e privato).

**Mobilità, esiti e volumi di attività.** Per la mobilità tra Regioni valgono le indicazioni del nuovo Patto per la salute e per volumi ed esiti, le soglie minime, identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento saranno definite entro 6 mesi da un tavolo tecnico composto da rappresentanti di salute, Agenas, Regioni, che farà anche proposte per l'aggiornamento periodico delle soglie di volume e di esito sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili da recepire come integrazione del regolamento. Un tavolo tecnico come quello precedente si occuperà, ancora una volta entro sei mesi, degli standard generali di qualità e ancora un tavolo tecnico dovrà elaborare linee guida e raccomandazioni per le nuove reti ospedaliere, ma questa volta entro un anno. Per i percorsi integrati terapeutici le Regioni dovranno tenere presenti anche le indicazioni Ue (neoplasie mammarie, senologia, reti oncologiche, cure palliative ecc.).

**La rete dell'emergenza.** Tempi più chiari anche per alcuni aspetti dell'emergenza. La nuova versione del regolamento stabilisce che le Regioni debbano provvedere a ridefinire la distribuzione dei mezzi di soccorso, «nel rispetto degli standard che verranno indicati», per le tipologie dei mezzi non ancora identificati nel documento, dalla Stato-Regioni e secondo criteri di densità abitativa, distanze e caratteristiche territoriali, entro sei mesi dalla data di approvazione del presente

regolamento.

**Continuità ospedale-territorio.** Non mancano novità anche per il capitolo sulla continuità ospedale-territorio. Si tratta della medicina di iniziativa e della farmacia dei servizi. Il regolamento le definisce «modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si

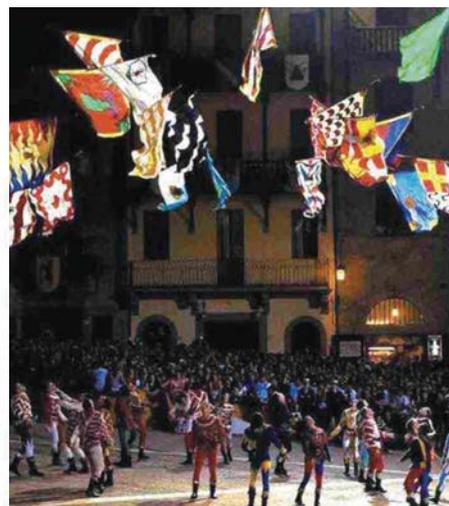
aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità, così come previsto dal nuovo Patto per la salute 2014-2016». E in attuazione della legge n. 38/2010 (dolore) e per il completamento della legge n. 39/1999 (attuazione del Psn), per assicurare lo sviluppo dell'assistenza domiciliare palliativa specialistica, le Regioni devono completare l'attivazione degli hospice e assicurare sul territorio l'accesso alle cure palliative domiciliari specialistiche.

**P.D.B.**

**Sprint ai rapporti con la medicina di iniziativa e la farmacia dei servizi**

**Spesa primaria per categorie economiche: incidenza % sul Pil (anni 2011-2012)**

Italia - 2012	Servizi generali	Difesa	Ordine pubblico e sicurezza	Affari economici	Protezione dell'ambiente	Abitazioni e assesto del territ.	Sanità	Attività ricreative, culturali e di culto	Istruzione	Protezione sociale	Totale spesa primaria
Redditi da lavoro dipendente	1,4	0,9	1,5	0,4	0,1	0,1	2,4	0,2	3,2	0,3	10,5
Consumi intermedi	1,0	0,3	0,3	0,3	0,6	0,2	1,9	0,3	0,4	0,3	5,6
Imposte+rettifica per diritti famiglie su riserve fondi pensione	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	0,0	0,7
Contributi alla produzione	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	1,0
Prestazioni sociali in denaro e in natura	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	0,0	0,0	20,1	22,6
Trasferimenti correnti diversi	0,9	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,2	0,1	0,1	1,5
Investimenti lordi	0,3	0,1	0,1	0,7	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,0	2,0
Acquisizioni nette di attività non finanziarie non prodotte	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Trasferimenti in c/capitale	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
<b>Totale spesa primaria</b>	<b>3,8</b>	<b>1,4</b>	<b>2,0</b>	<b>3,3</b>	<b>0,9</b>	<b>0,6</b>	<b>7,3</b>	<b>0,8</b>	<b>4,1</b>	<b>20,8</b>	<b>45,0</b>



**IN RETE**

I testi del Patto per la salute e degli standard ospedalieri

www.24oresanita.com

**I finanziamenti**

**109,92**

I miliardi complessivi per il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale previsti per il 2014

**112,06**

I miliardi complessivi per il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale previsti per il 2015

**115,44**

I miliardi complessivi per il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale previsti per il 2016

# «Assetto federalista tradito se non ci sono i nuovi Lea»

Alto rischio di contenzioso con accordi che rinviando ad azioni successive

**FEDERICO SPANDONARO (Università di Roma Tor Vergata)**



## Un Patto

**con risvolti importanti e altri più discutibili, che in conclusione va, forse, letto anche per quello che «non dice» e la cui essenza sta proprio nella conferma sostanziale dell'attuale**

**N**on è certamente facile valutare e neppure riassumere i contenuti del nuovo Patto della salute che - a una prima lettura - appare come un complesso documento di indirizzo generale del Ssn di cui sfuggono i contenuti "concreti". Vale la pena iniziare cercando, quindi, di esplicitare le aspettative che, soggettivamente, avrei avuto rispetto a un Patto tra istituzioni centrali e regionali. Dato l'assetto federalista, mi sarei infatti sostanzialmente aspettato un accordo avente a oggetto cosa debbano garantire i servizi sanitari regionali a fronte di una data garanzia di finanziamento. Così tuttavia non è, visto che la revisione dei Lea (il livello minimo che è regionalmente obbligatorio garantire) è prevista solo successivamente.

Quindi le Regioni aderiscono a un Patto con cui si impegnano a continuare a garantire l'esistente con i Fondi previsti, in cambio di una serie di "promesse" di azioni da adottare: il rischio degli accordi che dipendono da azioni successive è, chiaramente, quello che si inneschi un inesauribile contenzioso da mancata o ritardata attuazione.

Sono molte le possibili chiavi interpretative, che spiegano i condizionamenti all'interno dei quali vede la luce il Patto. Eccone alcune:

- il Patto è in sostanza "senza soldi";
- l'assetto federalista è nuovamente in transizione;
- i costi standard sono a un punto fermo.

Sul primo punto è chiaro che "senza risorse" è difficile la revisione Lea. D'altra parte il finanziamento garantito cui concorre lo Stato copre a malapena l'inflazione fino al 2015 (+1,9%) e solo per il 2016, come d'uso in politica, si azzarda un maggiore ottimismo, che comunque si ferma al +3%: non si capisce dove siano le risorse per rendere possibile l'accesso alle tanto citate innovazioni, spesso citate nel Patto, non si capisce dove siano.

Sul secondo punto non è certamente casuale che il Patto si apre con un preambolo sulle future nuove regole del gioco federalista, che in funzione dell'auspicabile superamento della legislazione concorrente, rimangono pericolosamente in bilico tra il ritorno a una funzione legislativa regionale meramente residuale e la garanzia alle Regioni di avere potestà esclusiva sull'organizzazione socio-sanitaria. Nella sostanza l'assetto sembra quello ante riforma Costituzionale, ma è davvero questa la strada più opportuna per garantire l'uniformità dei Lea?

Sul terzo punto notiamo che l'evoluzione del sistema di applicazione dei costi standard ha portato lo strumento lontanissimo dai suoi obiettivi iniziali: riproduce complessivamente il finanziamento garantito, lasciando, però, sospese molte questioni. Come mai ormai solo quattro Regioni sono in equilibrio? È ragionevole che la quota di

finanziamento che il metodo stima come efficiente, sia di gran lunga inferiore al finanziamento medio dei Paesi confrontabili con l'Italia?

Un elemento che vale la pena di evidenziare è che il forte richiamo all'uso dell'Hta sembra essere la ciambella principale a cui il sistema intende aggrapparsi per rendersi finanziariamente sostenibile. Credo (e spero) che non ci siano dubbi, sul fatto che un uso più istituzionalizzato e trasparente dell'Hta sia auspicabile, e quindi anche la partecipazione alle logiche di network europeo (ma attenzione a chiarire il concetto buttato lì in due righe dei presidi Hta in ogni Regione). Sul tema però, la logica complessiva di applicazione continua ad apparire poco chiara.

È a esempio preoccupante l'idea che si possa fare un aggiornamento del Pfn solo "sulla base del criterio costo/beneficio e dell'efficacia terapeutica", dimenticando che il criterio è inapplicabile senza chiarire preventivamente il cosiddetto threshold di costo-efficacia e, almeno nel sistema italiano a budget fisso e preordinato, anche il budget impact. Per non essere troppo ingenui, l'idea implicita è probabilmente quella di rivedere

il prezzo dei farmaci (in larga misura degli oncologici): operazione legittima ma delicata, che coinvolge aspetti distributivi non banali e dove il dibattito deve essere trasparente e esplicito.

Analogamente, ben venga che il criterio costo-efficacia valga anche per i dispositivi medici, ma perché sia cogente è necessario approntare un prontuario e un sistema di governance.

Ancora una nota (duplicata) sulle logiche europee richiamate nel Patto; attenzione all'articolo che prevede (se lo interpreto correttamente) il superamento della Cnn: anche qui l'obiettivo è condivisibile, ma il vincolare la commercializzazione alla rimborsabilità è altra questione, con risvolti anche internazionali non banali.

Ben vengano, infine, le norme tese a rendere operativo il recepimento della Direttiva 24 (transfrontaliere), ma se pensiamo che il problema si esaurisca in una migliore regolazione dei flussi dei "viaggi della speranza" siamo fuori strada. I contact point sono necessari, ma la condizione sufficiente per essere preparati agli effetti della Direttiva è definire una chiara ed efficace politica del Ssn sulla mobilità, prima di tutto in entrata.

Per chiudere mi sembra che il Patto abbia risvolti davvero importanti (a esempio il superamento dei presidenti Commissari) e altri più discutibili (a esempio una non chiara posizione sulle compartecipazioni e una scarsa incidenza sul versante della non autosufficienza), ma in conclusione vada, forse, letto anche per quello che «non dice». Per ora mi pare che l'essenza del Patto sia proprio la conferma sostanziale dell'attuale.

**Federico Spandonaro**  
 Università di Tor Vergata  
 Presidente Crea Sanità

## Malattie rare. Modelli di valutazione, l'Italia fa scuola

**Presentati a Roma i risultati di tre anni di lavoro sui criteri di giudizio dei presidi medici. Per un modello condiviso di assistenza**

**Roma.** Un modello condiviso d'assistenza per i malati rari. E un metodo di valutazione per i centri di patologie "orfane" a partire dai giudizi dei pazienti. Solo così si potrà entrare a far parte davvero delle reti europee di cura, ma soprattutto rendere il percorso clinico uguale per tutti gli italiani rari, da nord a sud. Parte con questo spirito il progetto "Community per le malattie rare" messo in campo da Uniamo Firm onlus, la federazione italiana delle malattie rare, che nel presentare ieri a Roma i risultati di tre anni di lavoro sui criteri di valutazione dei presidi medici ha sottolineato quali opportunità possano nascere per il nostro sistema sanitario dagli Ern (Reti europee di riferimento). Per una volta insomma, l'Italia è un passo in avanti rispetto al resto d'Europa, perché il modello di valutazione sperimentato da Uniamo in cinque centri per le Talassemie Emoglobinopatie potrà essere esteso ad altre patologie rare, visto che è basato sull'ascolto e la centralità del malato. L'Italia in fondo, «è ricca di eccellenze» nella cura delle malattie rare, ha ricordato il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, ora è fondamentale che queste «forme di collaborazione siano organizzate e diventino stabilmente parte del sistema». Anche perché non va nascosto, per il responsabile del dicastero, che vanno fatti «ancora molti sforzi per assicurare realmente ai pazienti un rapido percorso di diagnosi e cura». La sfida che il nostro Paese ha davanti è proprio il network europeo previsto dalla direttiva sulle cure transfrontaliere; tuttavia secondo il direttore di Orphanet Italia Bruno Dallapiccola, serve «un ruolo attivo» del ministero e del tavolo che sta seguendo l'identificazione delle reti, «altri-

menti rischiamo di lasciare l'Italia fuori da questo processo» e di veder andare all'estero i malati.

Alessia Guerrieri



## Cure mediche

*Ticket, spunta l'ipotesi  
di agganciarli al reddito*

Russo A PAGINA 9

# Troppe esenzioni sui ticket spunta un tetto di reddito

Al via il riequilibrio: aiuto ridotto per chi guadagna di più

PAOLO RUSSO  
ROMA

**P**er i ticket sanitari è arrivata l'ora di fare il tagliando. Troppo cari, soprattutto quelli su visite specialistiche e accertamenti diagnostici, ma la metà degli italiani - quelli che consumano più sanità - non li paga perché esenti o per reddito o per patologia. In quest'ultimo caso poi il diritto al tutto gratis scatta anche per i milionari. Un sistema pieno di controsensi che ora tutti dicono voler cambiare: Parlamento, Regioni e Governo.

Ma ciascuno con la sua formula magica. L'ultima proposta la lanciano le Commissioni Affari Sociali e Bilancio della Camera, nel documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità economica del nostro Servizio sanitario pubblico che verrà presentato domani a

## CONTRIBUTO NECESSARIO

Anche i malati cronici sopra la soglia pagheranno le cure e i medicinali

Montecitorio. Un sistema che scricchiola perché oramai la nostra spesa sanitaria è da bassa classifica europea, perché non si fanno più investimenti per innovare gli ospedali e i cittadini spendono sempre più di tasca propria per curarsi: le stime parlamentari parlano della bellezza di 30,3 miliardi di euro.

E se i cittadini pagano di più si deve anche ai super-ticket su visite analisi. Che il documento bipartisan propone di ridurre facendo pagare qualcosa a chi può permetterselo ed oggi è esente. Questo perché chi non paga consuma però l'80% delle prestazioni, le esenzioni per patologia (il 50% del totale) non contemplano nessun limite di reddito, che quando vale si basa su quanto di meno veritiero esista: la denuncia dei redditi Irpef. Da qui la proposta di un meccanismo di pagamento a franchigia, proporzionato al reddito Isee, l'indicatore dell'effettiva ricchezza delle famiglie. A seconda del reddito verrebbe fissata una franchigia, mettiamo di 200 euro. Fino a quella cifra si paga, quando si comincia a spendere oltre in corso d'anno ci pensa lo Stato. Più soft la linea proposta di Governo e Regioni nel Patto della salute appena siglato, che sarà

però messa a punto nel dettaglio non prima del 30 novembre.

Per ora l'idea è di considerare «la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare», lasciando da parte il reddito Isee, ma fissando un tetto di reddito anche agli esenti per patologia. I maggiori introiti servirebbero ad abbassare i super ticket su visite e analisi. «Quelli che hanno fatto rinunciare alle cure 9 milioni di italiani», ricorda il Presidente della commissione Affari Sociali, Pierpaolo Vargiu. Che denuncia: «illudendosi di poter continuare ad offrire tutto gratis a tutti si finge di non vedere che fuori dalla coperta stanno finendo proprio i ceti più deboli».

Ma anche le Aziende sanitarie hanno i loro problemi. «Oramai subiamo la concorrenza di un privato agguerrito che per alcune prestazioni fa prezzi più bassi dei ticket», spiega il neo-presidente della Federazione di Asl e ospedali (Fiaso), Francesco Ripa di Meana. «Con la riforma dei ticket -aggiunge- ci so dovrebbe però porre anche il problema se sia giusto o meno dare risposta alla domanda inappropriata di prestazioni». Una partita, quella sul consumismo sanitario, ancora tutta da giocare.

30,3  
miliardi

La cifra spesa dagli italiani di tasca propria per curarsi: finisce in ticket sanitari

80%  
delle cure

Sono destinate a malati che non pagano i ticket: una platea troppo ampia



# Commissariati i controllori della Sanità

In due anni l'Iss ha accumulato un rosso di 25 milioni. Tutti i poteri a Ricciardi, professore-manager

ROMA

L'Istituto Superiore di Sanità, il massimo organismo pubblico di ricerca e di verifica scientifica delle decisioni di governo su quel che riguarda la salute pubblica da ieri sera è ufficialmente commissariato. Per troppi debiti è la motivazione ufficiale. Una decisione comunque anomala nel panorama internazionale, che già al suo annuncio nei giorni scorsi da parte del ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ha creato scalpore tra l'ambiente scientifico italiano ma anche all'estero. «Un atto dovuto», specificano al dicastero citando il decreto legge "98" del 2011, che prevede appunto il commissariamento degli enti pubblici posti sotto vigilanza dello Stato quando accusino una situazione di dissesto per due anni consecutivi. E l'Iss di debiti dal 2011 al 2013 ne ha accumulati tanti,

25 milioni. Anche per questo alla sua guida la Lorenzin ha nominato quello che forse è il massimo esperto di management sanitario: il professor Gualtiero Ricciardi, Ordinario di Igiene al Gemelli di Roma. Uno che da anni insegna in tutta Italia come gestire al meglio le aziende sanitarie. Certo è che all'Istituto ora avrà un bel da fare. Il ministro ha annunciato che comunque il commissariamento sarà breve, sei mesi rinnovabili, trapela dal ministero, ma gli obiettivi sono comunque ambiziosi. Non solo pareggiare i conti ma trasformare l'Iss da zavorra dei conti pubblici in un ente capace di attrarre investimenti dall'estero. Magari gestendo meglio i fondi che ci sono, fino ad oggi utilizzati anche per progetti chiacchierati, come il vaccino anti-Aids di Barbara Ensoli, impantanatosi nelle fasi iniziali della sperimentazione ma costato non poco.

Ricciardi succede a Fabrizio

Oleari, alto funzionario ministeriale, nominato dall'ex ministro Balduzzi. Decisione che anche all'ora scatenò non poche polemiche, perché l'allora presidente non avrebbe avuto un curriculum di ricercatore all'altezza del ruolo, a giudizio dei suoi detrattori. Anche se le perplessità maggiori derivavano proprio dal fatto di provenire da quel dicastero sul quale l'Iss, non di rado, deve giocare anche un ruolo di controllo. Basti ricordare le prime ordinanze contro il fumo elettronico. Il parere dell'Istituto tirò il freno alla campagna anti e-cig ricordando che la «svapata», pur dannosa, lo era molto meno della tradizionale sigaretta. Insomma il controllore con a capo un ex controllato non suonava granché bene a molti. Anche perché l'Iss, oltre a fare ricerca, di dossier sanitari importanti ne maneggia parecchi. Basti pensare al parere, totalmente negativo, espresso sul fantomatico metodo Stamina.

E poi c'è tutta la delicata attività nel campo dell'alimentazione, che va ben al di là della funzione di laboratorio centrale di controllo per svolgere di fatto le funzioni di una vera Agenzia sulla sicurezza degli alimenti che in Italia manca. E poi gestisce campagne di prevenzione e vigila sui vaccini. [PAO. RUS.]

**Dal vaccino anti-Aids alle spese del personale l'ente nel mirino per i conti fuori controllo**



Il ministro della Salute Beatrice Lorenzin



**Health&Wealth** Per formare nuove professionalità e costruire legami con le imprese e le istituzioni

# Ecco l'Università per la salute e il benessere il corso di laurea diventa un progetto pilota

## Potrebbe essere il punto di partenza per una scelta meritocratica dei dirigenti

Presentato per la prima volta un anno fa, da ieri il progetto di università tematica Health&Wealth ha anche il timbro dell'ufficialità grazie all'accordo di programma sottoscritto dal rettore **Sergio Pecorelli** e dal ministro della Salute **Beatrice Lorenzin**.

Con l'Accordo di programma triennale il Ministero e l'Università di Brescia «si impegnano a una collaborazione istituzionale per implementare linee di azione dirette alla promozione di progetti di ricerca e sviluppo orientati al tema della salute e del benessere delle persone e dell'ambiente». A tal proposito viene istituito un tavolo di lavoro composto da quattro membri, di cui due designati dal Ministero e altrettanti dall'università, al quale potrà essere chiamato a partecipare anche un rappresentante del Ministero dell'Istruzione. Fra un anno verrà predisposta una relazione sui risultati raggiunti. Il primo scalino del protocollo scadrà il 31 luglio del prossimo anno, ma si punta a prolungarlo almeno su base triennale. Al momento non sono previsti «nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica», ma obiettivo implicito è fare in modo che si possano intercettare fondi specifici, soprattutto a livello europeo. Il modello di università tematica

sulla salute e sul benessere delle persone attraversa le quattro macro aree della Statale (Medicina, Ingegneria, Economia e Diritto), propone un nuovo corso di laurea e uno di dottorato, punta a formare nuove professionalità, manager della Salute in particolare, e a costruire una rete di legami stretti con imprese e istituzioni del territorio. Ieri, ad accogliere il ministro Lorenzin, nell'aula magna di Medicina c'erano diversi rappresentanti di quei mondi, dal prefetto ai consiglieri regionali o locali, fino a diversi rappresentanti delle associazioni imprenditoriali. «Parliamo tanto di innovazione, ricerca, sviluppo, ambiente ma interveniamo a macchia di leopardo - ha detto il ministro -: il concetto che sta dietro a Health&Wealth è quello che può far fare il salto di qualità al paese, e non solo in ambito sanitario».

Nella sua idea «il petrolio» del Paese sta proprio nell'intreccio tra patrimonio artistico e culturale e benessere fisico ed economico ed è in tale contesto che sta dentro anche «la necessaria trasformazione del sistema sanitario». Che comunque ci sarà (per demografia, sostenibilità del sistema e via dicendo, ndr) ed è quindi meglio che «avvenga con le buone e non con le cattive». «Un certo regionalismo ha fallito, co-

me dimostrano certi conti - ha osservato Lorenzin -, abbiamo bisogno di cambiare». Una strada possibile? «Il tema della governance è fondamentale: bisogna rendere più meritocratica la scelta dei dirigenti che stanno in sanità». E quindi più slegati dalle cordate politiche e parentali. È questa direzione, superata la prima fase della messa in ordine dei conti pubblici, verso cui il ministro vuole andare a partire dal prossimo autunno. Nella stessa direzione a favore di un'ottimizzazione delle risorse va anche la riforma degli enti vigilati quali **l'Aifa** (Agenzia del farmaco) o **l'Iss** (Istituto superiore di sanità) o, ancora, la necessità di fornire ai medici una maggiore «alfabetizzazione economica». «Dove li formiamo in nostri manager sanitari?», ha chiesto il ministro. Un pezzo di risposta sta forse anche nel corso di laurea magistrale Health&Wealth. Con l'idea di fondo che in futuro servirà una migliore ottimizzazione delle risorse e la strada maestra per arrivare a tale obiettivo è quella della prevenzione e dell'educazione a corretti stili di vita. Più si invecchia bene, insomma, più si è autosufficienti da tutti i punti di vista.

**Thomas Bendinelli**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



16-07-2014

## **RIDUZIONE ESPRESSIONI FACCIALI SEGNO DI PROBLEMI CUORE E POLMONI**

(AGI) - Londra, 15 lug. - I pazienti con gravi patologie cardiache e polmonari potrebbero non riuscire ad assumere tutte le normali espressioni facciali, in particolare la capacita' di esprime sorpresa in risposta a stimoli emotivi. Almeno questo e' quanto emerso da uno studio della Indiana University (Usa), pubblicato sull'Emergency Medicine Journal. Questa scoperta potrebbe essere usata per aiutare i medici del pronto soccorso a decidere a chi dare la priorita' e valutare chi ha davvero bisogno di test costosi e invasivi. I ricercatori hanno testato la possibile accuratezza diagnostica della ridotta gamma di espressioni facciali in 50 adulti arrivati in pronto soccorso con mancanza di respiro (dispnea) e dolore toracico. I pazienti sono stati invitati a visualizzare su un computer portatile tre brevi segnali visivi, progettati per evocare una risposta emotiva. La webcam del computer ha registrato le espressioni facciali dei pazienti in risposta a ciascuno di questi segnali, che comprendevano una vignetta umoristica, il primo piano di un volto sorpreso e una foto di qualcuno in lacrime. Queste registrazioni sono state poi analizzate, utilizzando il Facial Action Coding System (FACS), che misura i cambiamenti nell'attivita' dei muscoli facciali quando si sorride, si e' accigliati o sorpresi. I pazienti sono stati poi sottoposti a test in grado di verificare la presenza di gravi malattie cardiache o polmonari, tra cui infarto, embolia polmonare, polmonite, ecc. I pazienti sono stati in seguito monitorati per 14 giorni. Durante questo periodo, otto pazienti (16 per cento) hanno sviluppato gravi malattie cardiache o polmonari. Tra i 42 pazienti considerati senza alcun problema di salute serio, due hanno poi sviluppato un peggioramento della malattia polmonare ostruttiva cronica; due hanno sviluppato insufficienza cardiaca; e uno fibrillazione atriale. L'analisi delle registrazioni ha mostrato che i pazienti con dolore toracico e mancanza di respiro, causata da un problema al cuore o ai polmoni, avevano una gamma significativamente piu' ristretta di espressioni facciali in risposta a stimoli visivi rispetto a quelli che non hanno avuto questi problemi di salute. In particolare chi e' stato trovato con problemi cardiaci o polmonari ha avuto anche piu' difficolta' a esprime sorpresa.

# “Il cortocircuito dei sette geni nella mente dei bambini autistici”



Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.

**I CASI**  
«Sono come le sette note che generano infinite combinazioni»  
**LE PERCEZIONI**  
«Sono molto diverse dalle nostre, dalla luce fino ai rumori»

MONICA MAZZOTTO

**A**ndrea deve far suonare, con le nocche, ogni oggetto che incon-

tra, Paolo non parla e, quando cammina, vuole svuotare e riempire i bidoni della spazzatura. Davide urla senza apparente motivo e si nasconde sotto il letto. Poi, però, c'è Francesco che parla e riesce a spiegarti cosa vede e come funzionano i suoi sensi con un video di sua realizzazione.

Ragazzi diversi, che in comune hanno l'autismo, un disturbo poco conosciuto, ma sempre più diffuso. «Negli Anni 70 c'era un autistico ogni

100 mila abitanti, oggi un bambino su 100 è autistico. E ci sono picchi come la Corea, dove si arriva a uno su 80 abitanti». A spiegarlo è Lucio Moderato, direttore dei servizi territoriali della Fondazione Istituto Sacra Famiglia, docente all'Università Cattolica di Milano e direttore scientifico dell'associazione «Autismo e Società»: è uno dei massimi esperti italiani, autore di un centinaio di pubblicazioni e padre di «Superability», un metodo terapeuti-



■ SELPRESS ■  
www.selpress.com

co per chi soffre di disabilità intellettive.

**Professore, da 30 anni lavora in questo campo e ha incontrato migliaia di soggetti autistici: pensa che questi dati allarmanti siano dovuti anche alla maggiore accuratezza delle diagnosi?**

«Le diagnosi sono più precise e tante forme di autismo, un tempo, non venivano riconosciute o venivano scambiate per altri disturbi, come la schizofrenia. Ma l'aumento dei casi c'è ed è reale».

**Da uno studio sul «Journal of the American Medical Association» emerge che il rischio di soffrire della sindrome sia al 50% genetico e al 50% ambientale. È così?**

«E' vero, esiste un'interazione tra fattori genetici e fattori ambientali, ma l'interazione è particolare. Il rapporto tra i primi e i secondi è simile a quello tra una bomba e una spoletta. Se c'è la bomba e non c'è la spoletta, la bomba non esplode, e viceversa. Deve esserci l'occasione e la predisposizione. Ma sostenere che, in media, il rapporto sia di 50 e 50 è semplicistico, perché, essendo una media, vuol dire che in tanti casi per il 70% sarà genetico e per il 30% ambientale o viceversa».

**Solo il 60% degli italiani pensa di sapere che cos'è l'autismo e, di questo, il 70% crede che gli autistici possiedano forme di genialità. Che cos'è l'autismo?**

«Non è una malattia, ma un disturbo generalizzato dello sviluppo. L'elevata frequenza di disabilità intellettiva e di epilessia avvalorano l'ipotesi che l'autismo derivi da un'anomalia dello sviluppo cerebrale che ha avuto un altro tipo di evoluzione. Infatti, non esiste un solo tipo di autismo, ma infiniti, e oggi si parla di sindrome dello spettro autistico. Immaginate due linee parallele: la prima rappresenta l'intensità dell'autismo e l'altra l'intelligenza. Provate a congiungere due degli infiniti punti di queste linee: avrete infinite combinazioni. Ci può essere il bambino con un alto livello di autismo e alti livelli di intelligenza o

un basso livello di autismo e un basso livello di intelligenza. E tra questi casi limite ci sono infinite combinazioni».

**Perché questa variabilità?**

«Perché allo stato della ricerca entrano in gioco almeno sette

geni che si incrociano e che interagiscono con l'ambiente. Questi geni hanno una diversa influenza su diverse aree di sviluppo: alcuni sugli aspetti sensoriali, altri su quelli intestinali, altri su quelli neurologici. Per

far capire quanto può essere vasta la combinazione dei sette geni si può pensare alle note: quanti brani sono stati composti con sette note? Infiniti. E questo è il problema dell'autismo. Anche se li racchiudiamo sotto la stessa etichetta, non c'è un caso uguale a un altro. Sono tutti complessi e atipici. Questa è la sfida e nel mio lavoro devo sempre cercare la strada "su misura"».

**Ma gli autistici possiedono anche dei punti in comune?**

«Sì. Hanno un pensiero che funziona prevalentemente per immagini e processano le immagini in modo seriale, una alla volta. Immaginate la nostra mente come una botte aperta e le informazioni come l'acqua. Come si riempie una botte? Con facilità, visto che il foro di ingresso è ampio. Non dobbiamo prendere la mira. La mente degli autistici, invece, è come una damigiana, con il foro d'entrata piccolo. La damigiana la puoi riempire solo se stai attento. Se butti secchiate, la maggior parte dell'acqua andrà fuori. Questo è il sistema di apprendimento dell'autistico. In più i neuroni non sono collegati da opportuni legami sinaptici. Per questo non creano circuiti funzionali utili. In pratica non generano categorie, ma connessioni singole, come se ogni oggetto fosse a sé stante».

**Per esempio?**

«Il nome "mela" viene associato a una singola mela, ogni volta ex novo. Non si crea la categoria "mela" grazie alla quale ogni mela, indipendentemente dalla forma o colore, viene riconosciuta».

**Se manca la categorizzazione, è anche un problema ripescare dalla memoria le informazioni assimilate?**

«Sì. Mancando le categorie e i collegamenti tra neuroni, è come se entrassimo in una biblioteca e per cercare un libro fossimo costretti a guardare un volume alla volta. A complicare i processi di apprendimento, poi, si deve aggiungere l'ipersensibilità».

**Cosa intende?**

«Le informazioni utili per l'apprendimento arrivano al cervello grazie ai sensi. Gli autistici li hanno alterati, ma non come si credeva un tempo, quando li si considerava come individui chiusi in se stessi. Al contrario sono "troppo" aperti. Non sentono poco, ma troppo. Possiedono una sensibilità incredibile alla luce e ai rumori. Anche la percezione cutanea è elevata: noi non sentiamo l'aria che si muove, loro sì e sentono spesso dei pruriti insopportabili. Il mondo è troppo intenso per loro. Pensate di avere sempre un faro piantato negli occhi, di non riuscire a stare seduti e di sentire un rumore costante. E ora provate a leggere un libro».

**Un lavoro all'Università del Connecticut sostiene che ci siano comunque possibilità di guarigione: lei cosa pensa?**

«Purtroppo la cattiva informazione si occupa spesso di autismo. Credo che non ci sia nulla di più dannoso delle illusioni. I genitori spesso si affidano ad informazioni ottenute su Internet e diventano vittime di abili illusionisti. Purtroppo, al momento, non c'è possibilità di guarire, ma c'è tanto che può essere fatto. In molti casi possiamo rendere questi bambini in grado di affrontare le sfide della vita. Ci vuole tecnica e soprattutto pazienza».

**In che modo?**

«I bimbi autistici sono difficili: piangono e non capisci cos'anno, ridono e non sai perché. A volte ridono quando sono tristi e piangono quando sono allegri. Fanno cose "strane". Ma questi comportamenti "hanno un senso". Siamo noi che dobbiamo capire ciò che non va».

**Quali gli interventi più opportuni?**

«Per esempio è importante capire che le terapie vanno fatte a casa, anche se pochi lo fanno. E' inutile che il bambino faccia psicomotricità e logopedia e poi non sappia lavarsi i capelli. Dobbiamo fare ciò che in termini tecnici si chiama "Net", "Natural environment treatment": trattamenti in ambienti di vita

■ SELPRESS ■  
www.selpress.com

naturali, in sinergia con insegnanti, educatori, terapisti e genitori. Dobbiamo cercare di insegnare loro tutte le attività quotidiane che permettano di avere una vita sociale accettabile».

**Che cosa ha imparato dalle persone con autismo?**

«Sono i miei docenti! In un mondo troppo veloce ci dicono che è con la lentezza e con la dedizione che si impara ed è con il sacrificio che si diventa grandi».



## Lucio Moderato Psicologo

**RUOLO:** È PROFESSORE  
DI PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ  
ALL'UNIVERSITÀ CATTOLICA  
DI MILANO

**IL LIBRO:** «VOCI DAL SILENZIO»  
FRANCO ANGELI EDIZIONI

# quotidianosanita.it

Martedì 15 LUGLIO 2014

## Diabete. Costa all'Italia 11,2 miliardi all'anno. Il 10% del budget sanitario

***Nella due giorni dell'Italian Barometer Diabetes Forum, duecento dei massimi esperti mondiali sull'argomento hanno dato vita ad un vivace dibattito, alla ricerca di soluzioni per un problema che non riguarda solo la salute, ma anche la sostenibilità del sistema sanitario. La ricerca tricolore, nonostante la carenza di fondi, produce lavori di eccellente qualità***

Una 'tassa' di 100 euro l'anno. È quanto grava sulle tasche degli italiani il costo dei soli ricoveri legati al diabete, che in media corrono un rischio doppio, rispetto ai soggetti non diabetici, di doversi ricoverare almeno una volta l'anno per le complicanze legate a questa malattia, con degenze protratte di almeno il 20%.

Il diabete provoca ogni anno 12 mila ricoveri per 100 mila persone e in media una persona con diabete su 4 deve ricorrere al ricovero ogni anno. Questo genera una spesa di 6 miliardi di euro, pari appunto 100 euro pro capite.

Sono alcuni dei dati del rapporto *"Facts and figures about diabetes in Italy 2014"*, presentato nel corso della settima edizione dell'*Italian Barometer Diabetes Forum*, organizzata da IBDO e da Università di Roma "Tor Vergata", sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica e con il patrocinio di Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione Europea, Parlamento Europeo, Ministero della Salute, con il contributo non condizionato di Novo Nordisk.

"Obiettivo del Forum - **Simona Frontoni**, Presidente Comitato Scientifico *Barometer Forum* - è identificare delle strategie per affrontare il diabete, derivanti dalla collaborazione tra addetti ai lavori e Istituzioni a livello sempre più globale, e non solo dal punto di vista clinico, ma soprattutto sociale, economico e politico. I costi del diabete incidono per il 10% sulla spesa sanitaria nazionale; ogni anno si spendono cioè oltre 11,2 miliardi a causa di questa malattia. E una fetta consistente di questa spesa è rappresentata dalle ospedalizzazioni, che pesano per oltre il 58% (circa 6 miliardi di euro) sulla spesa totale per il diabete. Da sottolineare inoltre che oltre 50 milioni di euro all'anno sono spesi solo per i ricoveri dovuti a ipoglicemia grave. Minimo è invece l'impatto del costo dei trattamenti: appena il 7% del totale".

"L'edizione 2014 del Forum, che coincide con l'avvio del semestre di presidenza italiana del Consiglio d'Europa - sottolinea **Renato Lauro**, Presidente *IBDO Foundation* - ha visto la partecipazione di oltre 200 esperti di diversa estrazione e diversa provenienza geografica: da Juan Riese Jordà, coordinatore della *Joint Action* europea contro le malattie croniche (CHRODIS-JA) ad Andrew Boulton, presidente della *European Association for the Study of Diabetes* (EASD). Tra gli obiettivi che questo progetto si pone c'è quello di applicare i metodi della medicina di precisione, per capire l'evoluzione della malattia e trovare le terapie personalizzate".

In un contesto internazionale caratterizzato da continui tagli per le risorse alla ricerca, l'area del diabete mellito resta comunque una priorità, come testimoniato anche dallo sviluppo di reti di collaborazione tra accademia, società scientifiche, industrie, associazioni di pazienti e partner istituzionali. La ricerca ha il ruolo fondamentale di consegnare ai pazienti e alla società le conoscenze necessarie per affrontare questa sfida medica ed epidemiologica del terzo millennio. Buone notizie, nonostante le crescenti ristrettezze nei finanziamenti, vengono dal nostro Paese. "Ogni ricercatore italiano ha a disposizione in media appena 8 mila euro l'anno - spiega il professor **Enzo Bonora**,

presidente della Società Italiana di Diabetologia – eppure, nonostante questo, l'Italia continua a mantenere ben saldo il suo quarto posto nella classifica mondiale come H-index. Non solo i ricercatori italiani continuano a produrre lavori di qualità e a pubblicarli, ma sono anche tra i più citati. E' il cosiddetto '*Italian paradox*': pochi fondi ma tanta ricerca di ottima qualità".

E i 'cervelli' italiani si fanno ben valere anche all'estero "Sono oltre 15 mila i ricercatori italiani attivi negli Stati Uniti – ricorda il dottor **Ranieri Guerra** *Attaché* scientifico presso l'Ambasciata italiana a Washington – praticamente tanti, quanto tutto il comparto ricerca in Italia. E non sorprende visto che negli Stati Uniti i finanziamenti per la ricerca si muovono su altre cifre, offrendo dunque altre opportunità. Nel campo del diabete ad esempio, nel periodo 2011-2014 il Governo ha finanziato ben 439 progetti di ricerca, 75 dei quali sono ancora in corso. Ma il grosso dei finanziamenti proviene dal privato, con un rapporto di 4 a 1 rispetto al pubblico, mentre in Italia mancano proprio gli investimenti privati. Ma per cambiare il sistema non basta la disponibilità finanziaria; fondamentale per attirare investimenti, anche dall'estero, è lavorare con un *business plan* adeguato, che garantisca una puntuale rendicontazione dell'impiego dei fondi".

**Maria Rita Montebelli**

# A che cosa serve la ricerca di base? A migliorarci la vita

Un'indagine a Harvard sfata molti luoghi comuni "Queste le motivazioni autentiche degli studiosi"



ANDREA BALLABENI  
HARVARD UNIVERSITY

**C**he cos'è la ricerca di base? E a che cosa serve? Non vi sono risposte facili ed unanimesi a queste domande. Sappiamo che la ricerca di base non è immediatamente collegabile ad applicazioni pratiche, ma che è necessaria (tanto da essere anche definita «ricerca fondamentale») per il loro sviluppo futuro attraverso le cosiddette ricerche translazionali, ed applicate. Ma non sappiamo ancora bene se e quanto sia possibile stimare e modulare il potenziale applicativo delle stesse ricerche di base.

Con i colleghi David Hemenway (Harvard School of Public Health) ed Andrea Boggio (Bryant University) ho condotto uno studio su queste complesse tematiche dopo aver proposto un questionario di circa 20 domande ad oltre 300 scienziati di base dell'università di Harvard («Policies to increase the social value of science and the scientist satisfaction. An exploratory survey among Harvard bioscientists»-<http://f1000research.com/articles/3-20/v2>). La nostra tesi è che il potenziale applicativo della ricerca di base non sia identico in tutti

i progetti di ricerca e che sia quasi sempre possibile farne una stima approssimativa. Inoltre pensiamo che alcuni incentivi motivazionali «soft», che più o meno coincidono con il concetto di «nudge» dell'economia comportamentale, siano uno strumento efficace per aumentare tale potenziale.

Una domanda del questionario chiedeva di indicare il livello di accordo sul fatto che si possa ponderare sui benefici pratici futuri della ricerca di base senza perdere lo status di scienziato di base. Il 71,2% del campione si è detto completamente d'accordo. Questo ci indica che non è vero che la ricerca di base sia tale solo se non esiste alcuna elucubrazione sugli sviluppi pratici, un luogo comune diffuso nella società. Si chiedeva anche di indicare lo scopo principale della ricerca biomedica di base. L'85,7% del campione ha indicato il miglioramento della salute pubblica, indebolendo un altro luogo comune che vede lo scienziato di base interessato principalmente alla pura conoscenza.

Si chiedeva pure di esprimere il livello di importanza di vari fattori motivazionali. La motivazione più importante risulta essere il poter offrire un beneficio pratico alla società, più che la soddisfazione della propria curiosità o del risolvere problemi intellettuali complessi, sfatando così il

luogo comune che vede la ricerca di base come trainata unicamente (o principalmente) dalla curiosità personale degli scienziati. Si chiedeva anche di esprimere il livello di accordo sul fatto che sia sempre possibile una stima approssimativa del potenziale applicativo della ricerca di base. Ben il 74,4% del campione si è dichiarato in parte o completamente d'accordo, sfatando la comune credenza che sia del tutto impossibile stimare tale potenziale.

Il 69,8% del campione si è poi detto parzialmente o completamente d'accordo sul fatto che incentivi motivazionali «soft» di tipo non finanziario, piuttosto che obblighi e restrizioni, potrebbero essere uno strumento efficace per aumentare il potenziale applicativo.

La curiosità personale del singolo scienziato è ovviamente un importante fattore motivazionale, che dovrà continuare ad avere un ruolo strategico. E sarà importante continuare a destinare parte dei fondi pubblici per un tipo particolare di ricerca di base volta solo al puro avanzamento della conoscenza e da alcuni definita come «blue skies research». Storicamente questo tipo di ricerca ha portato a diverse e importantissime scoperte, alcune del tutto casuali. Ci ricordiamo spesso più facilmente di queste scoperte perché sono quelle che più ci colpiscono ed in qualche

modo corroborano la falsa percezione che la ricerca proceda del tutto «serendipicamente». Invece la maggior parte delle applicazioni ha alle radici, per lo più, una ricerca di base leggermente più mirata e motivata dal desiderio di benefici pratici, anche definita «use-inspired research» (che alcuni accademici esemplificano con il lavoro del microbiologo francese Louis Pasteur a fine '800).

Lo scopo della ricerca di base, finanziata quasi sempre con soldi pubblici, è quello di migliorare la qualità di vita delle società, sia attraverso il puro arricchimento della conoscenza sia (e forse soprattutto) attraverso benefici più materiali come la prevenzione e la cura delle malattie. Come società abbiamo quindi il dovere di massimizzare il potenziale benefico della ricerca di base. Lo studio che abbiamo condotto all'università di Harvard ci suggerisce che è quasi sempre possibile stimare, seppure approssimativamente, il potenziale applicativo della ricerca di base e che gli incentivi «soft», se razionalmente congegnati per far leva sulle molteplici motivazioni degli scienziati, potrebbero essere uno strumento strategico per aumentare tale potenziale.

Questi «nudges» sarebbero efficaci soprattutto perché non comprometterebbero la natura «fondamentale» e «spirituale» degli studi di base, la libertà di ricerca scientifica e anche il piacere dei singoli scienziati.

## L'OBIETTIVO

La società deve saper massimizzare tutti i benefici potenziali

28 - continua

## Colesterolo alto? Si rischia anche il cancro

*Alti livelli di colesterolo non sono associati solo a problemi cardiovascolari, ma potrebbero svolgere un ruolo chiave nell'attivare alcune forme di tumore. Lo studio*



Tutti sappiamo cos'è il colesterolo e molti di noi hanno sperimentato i suoi effetti avversi anche personalmente. Nessuno però ancora aveva ipotizzato il fatto che potesse essere **implicato nell'attivazione di alcune forme tumorali**. A suggerirlo, oggi, sono alcuni scienziati dell'Università dell'Illinois a Chicago (UIC), i quali ritengono che il colesterolo "cattivo" può avere un ruolo importante, oltre che nelle malattie cardiache e l'indurimento delle arterie, anche nell'attivazione di una via di segnalazione cellulare legata al cancro.

Le nostre cellule sfruttano diverse migliaia di vie di segnalazione per svolgere le loro funzioni. Una di queste viene denominata Wnt canonica e si tratta di un percorso che **promuove la crescita e la divisione cellulare**, soprattutto durante lo sviluppo delle cellule embrionali. Un'attività eccessiva di tale via di segnalazione nelle cellule già mature si ritiene possa essere coinvolta nello sviluppo del cancro.

«I nostri punti di ricerca vertono su un nuovo ruolo di regolamentazione per il colesterolo e inoltre presentano un eccitante nuovo bersaglio terapeutico per la soppressione della via di segnalazione Wnt canonica per trattare o prevenire il cancro», spiega Wonhwa Cho, professore di chimica presso l'UIC e autore principale della ricerca.

La scoperta è stata quasi causale. I ricercatori, infatti, stavano cercando le proteine vincolanti del colesterolo quando hanno scoperto **un possibile legame tra colesterolo e una proteina chiamata Dishevelled**. Anche in questo caso si tratta di una proteina coinvolta nella segnalazione Wnt sia canonica che non canonica. Essa sembra svolgere un ruolo chiave in alcuni particolari processi legati al movimento e all'organizzazione cellulare.

Dobbiamo pensare a Dishevelled come una sorta di interruttore posizionato sul percorso. Quando il segnale arriva nei suoi pressi viene direzionato sia per la wnt canonica che la wnt non canonica. Prima di oggi **nessun ricercatore era però stato in grado di conoscere** quali fossero gli elementi che regolavano la scelta tra la wnt canonica e non canonica.

«Una volta che ci siamo resi conto che il colesterolo è in grado di legarsi specificamente a

Dishevelled, ci siamo interessati al colesterolo come un potenziale fattore determinante di quale delle vie di segnalazione Wnt viene attivata», spiega il professor Cho.

In merito agli studi condotti dal team di Cho è stato possibile dimostrare che quando il colesterolo è associato a Dishevelled il segnale prosegue lungo la via di segnalazione Wnt canonica. Tale segnalazione **sembra non attivarsi senza il colesterolo**.

Ma non solo: osservazioni più approfondite hanno permesso di notare come aumenti localizzati di colesterolo all'interno della membrana cellulare fossero in grado di favorire selettivamente la via Wnt canonica anziché quella non canonica. Questo – afferma Cho – potrebbe in parte spiegare il motivo per cui il colesterolo elevato possa aumentare il rischio di cancro.

«Sappiamo che cose come le diete ad alto contenuto di grassi, che aumentano i livelli di colesterolo, sono state **collegate a una elevata incidenza di cancro** – continua Cho – La nostra ricerca fornisce un meccanismo per [comprendere] come il colesterolo promuova percorsi che portano al cancro».

La ricerca, riportata recentemente su *Nature Communications*, apre inoltre una possibile via a terapie maggiormente efficaci. Ma già ora si ipotizza che un farmaco che sia in grado di interferire con il legame colesterolo-Dishevelled potrebbe essere efficace contro tutti i tipi di tumore guidati dalla segnalazione canonica wnt. Tra questi, ricordiamo **il cancro al colon, il melanoma, il cancro al seno e ai polmoni**.

Se tutto ciò funzionasse sarebbe già un ottimo punto di partenza nella lotta contro malattie devastanti come quelle sopra elencate.

La ricerca è stata sovvenzionata dal National Institutes of Health e dal National Research Foundation della Corea.

16 luglio 2014

Farmacista33  
IL QUOTIDIANO ONLINE DEL FARMACISTA ITALIANO

LUG152014

## Assogenerici: dati Osmed confermano necessità di ampliare uso di equivalenti

L'aumento della spesa farmaceutica territoriale costituisce effettivamente un segnale d'allarme e oggi, più che mai, un più ampio ricorso a equivalenti e biosimilari è la chiave per poter garantire ai cittadini l'accesso ai salvavita di domani. Commenta così **Enrique Häusermann** presidente di AssoGenerici i dati di spesa comunicati nei giorni scorsi dal direttore generale dell'Aifa, **Luca Pani**. L'allarme, prosegue, «non solo per le finanze pubbliche, ma soprattutto per i cittadini su cui ricade una quota non indifferente della spesa farmaceutica». Secondo Häusermann «parte di questa maggiore spesa, però, potrebbe essere evitata. Secondo i dati del nostro "salvadanaio"» spiega «i cittadini italiani da gennaio a giugno hanno speso 456 milioni di euro per pagare la differenza di prezzo farmaco tra generico e originale a brevetto scaduto, e già 34 milioni nella prima settimana di luglio. Una spesa di difficile comprensione, visto che esiste una notevole variabilità tra una Regione e l'altra se non tra un'Asle l'altra». Secondo i dati indicati da Pani, la quota di medicinali equivalenti dispensata in Italia, il 14,9%, sia molto più bassa di quella dei paesi europei di riferimento. «Sono in arrivo nuovi farmaci molto importanti» conclude Häusermann «per i quali si rischia di non avere risorse sufficienti. È venuto il momento di aumentare il risparmio laddove è possibile senza mettere a repentaglio né la qualità né la sicurezza e l'efficacia delle cure. Un più ampio ricorso a equivalenti e biosimilari è oggi più che mai la chiave per poter garantire ai cittadini l'accesso ai salvavita di domani».