

# quotidianosanita.it

Giovedì 18 LUGLIO 2013

## Pma. Attiva a Cagliari la prima struttura pubblica che esegue diagnosi preimpianto

***Il tribunale di Cagliari [a novembre autorizzò una coppia](#) - lei talassemica, lui portatore sano - alla diagnosi preimpianto in una struttura del Ssn in ossequio alla sentenza della Corte UE dei diritti dell'uomo. L'Asl di Cagliari ha pubblicato [una delibera](#) che prevede una convenzione con una struttura privata per eseguire il test.***

Per la prima volta dall'entrata in vigore della legge 40/2004, a Cagliari, lo scorso novembre, un giudice in materia di fecondazione assistita ha ordinato ad una struttura pubblica, il laboratorio di citogenetica dell'ospedale Microcitemico di Cagliari, di eseguire una tecnica diagnostica pre-impianto sull'embrione anche tramite il ricorso ad altre strutture sanitarie come avviene per altri tipi di indagini.

La storia ha inizio quando il tribunale del capoluogo sardo ha accolto il ricorso presentato da una coppia italiana infertile – lei, 33enne, affetta da talassemia major, lui, 33enne, portatore sano della malattia– che si era vista negare l'esame che consente di sapere se l'embrione è affetto dalla stessa patologia dei genitori.

La sentenza del Tribunale civile di Cagliari accoglieva una precedente sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo di Strasburgo che accoglieva il ricorso presentato da un'altra coppia italiana (portatrice sana di fibrosi cistica) contro la legge 40. Questa coppia avrebbe potuto rivolgersi ad una struttura privata i cui costi però erano impossibili per il loro reddito.

Il ragionamento del giudice di Cagliari è stato che le strutture pubbliche che eseguono interventi di procreazione medicalmente assistita devono necessariamente dotarsi anche delle attrezzature atte a svolgere la diagnosi pre-impianto per le coppie affette da malattie genetiche. Qualora queste non fossero in grado di farlo, la sentenza prevedeva che l'azienda potesse ricorrere ad altre strutture sanitarie.

E così l'altro ieri la Asl di Cagliari ha pubblicato la delibera che prevede una convenzione esterna con una struttura privata per eseguire la diagnosi clinica dell'embrione.

In tal modo è stato stabilito che non c'è differenza tra struttura pubblica e privata in affermazione del principio di equità nell'accesso alle cure. Ma soprattutto è stato sancito che i centri pubblici di procreazione medicalmente assistita se autorizzati per tecniche in vitro devono lavorare come i privati e quindi se richiesto eseguire PGD.

Dichiarano gli avvocati:” Dopo 9 mesi di solleciti per l'esecuzione della decisione affinché si potesse procedere con la diagnosi preimpianto, ieri è stata pubblicata la [Delibera 1158](#), che prevede una convenzione esterna con una struttura privata per eseguire la diagnosi clinica dell'embrione, in tal modo non vi sarà alcun'interruzione di servizio.”

“Finalmente il principio di equità nell'accesso alle cure e alle diagnosi è rispettato” ha dichiarato soddisfatta **Filomena Gallo**, segretario dell'Associazione Luca Coscioni e legale della coppia insieme ad **Angelo Calandrini** e **Renato Chiesa**.

“In Sardegna– hanno aggiunto i tre legali – le coppie che hanno bisogno di diagnosi pre-impianto potranno ottenere l'indagine diagnostica accedendo al trattamento di fecondazione assistita direttamente presso l'Ospedale Microcitemico con invio delle cellule da analizzare presso una struttura privata convenzionata”.

“Ad oggi – ha concluso Gallo – abbiamo assistito cinque coppie che potranno finalmente in una struttura pubblica chiedere di conoscere lo stato di salute dell'embrione. Inoltre, stiamo procedendo contro altre strutture pubbliche di fecondazione assistita autorizzate per fecondazione in vitro affinché la diagnosi pre-impianto sia applicata ”.

## **FARMACI: 'ORFANI' E ANTITUMORALI, CAMERA APPROVA EMENDAMENTO**

(ASCA) - Roma, 17 lug - E' stato approvato questa mattina in commissione alla Camera l'emendamento che garantisce tempi rapidi alla dispensazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale dei farmaci "orfani" e di quelli di eccezionale rilevanza terapeutica e sociale. L'emendamento, cosi' come annunciato venerdi' scorso dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, e condiviso dal Consiglio dei ministri, prevede una corsia preferenziale che impegna l'Aifa a sveltire l'iter di autorizzazione e negoziazione per questi farmaci in modo da garantire tempi certi, comunque non superiori a 100 giorni complessivi. L'emendamento, inserito nel decreto del "Fare", e' stato approvato dalle commissioni riunite I e V. com-mpd/

# INTERVISTA BEATRICE LORENZIN

## O si cambia o si chiude. Riusciremo a offrire cure migliori spendendo meno

Dai ticket ai costi standard, dal metodo Stamina alle sigarette elettroniche: tutti i prossimi passi del ministro della Salute, senza tagli lineari.

di Carlo Puca - foto di Lorenzo Pesce per «Panorama»

**L**e tazzine usate e macchiate di caffè. Una scrivania di noce piena di carte e faldoni. La libreria che raccoglie romanzi storici e volumi di medicina. Il divano di pelle e il quadro ottocentesco recuperati dagli scantinati. Ecco, nell'ufficio di Beatrice Lorenzin, la «ministra dell'umanizzazione» (scoprirete a breve perché) non c'è nulla di asettico. L'unico vezzo sono fiori e piante, rifrangono la luce enfaticamente del Tevere. Ma i colori più scintillanti appartengono ai lavoretti dei bambini. Arrivano dagli ospedali pediatrici e svelano storie di resistenza alla morte: «Guidare la Salute significa fare i conti con emozioni contrastanti. Il giorno della Festa della mamma sono andata al Fatebenefratelli e al Sandro Pertini. Ho condiviso la gioia del reparto di ginecologia e incontrato il dolore della pediatria. Nelle persone, accanto alla disperazione, ho sempre trovato la dignità. Che lezione, ragazzi, che lezione...».

**Ministro, cominciamo da questo. Medici e paramedici italiani restano fra i migliori del mondo, ma a volte il servizio sanitario sembra mancare di umanità.**

Però si può recuperare, l'attenzione all'altro appartiene alla nostra tradizione intellettuale. La contemporaneità ha reso la società più disumana e disumanizzante anche negli

ospedali. Perciò il «patto per la salute», accanto alla rimessa in ordine dei conti, vede correre parallelo il concetto di cura caritatevole: l'attenzione al malato come persona e non come numero periodico. Ma è un discorso che vale anche per i lavoratori della sanità. Sono persone, mica algoritmi.

**I nostri genitori dicevano: «Fa' il medico, è un lavoro sicuro e di prestigio». Sembra però che i dottori stiano vivendo lo stesso arretramento sociale conosciuto dagli insegnanti.**

Come e più degli insegnanti, i medici sono una risorsa. Lavorano sul campo, sono operatori portatori di un valore sociale, piccoli eroi del quotidiano.

**Gli eroi minacciano però lo sciopero contro il blocco dei contratti. Cosa dirà loro?**

Quanto ripeterò in Consiglio dei ministri: che vanno valorizzati. Intanto serve una riforma delle specializzazioni. E poi bisogna risolvere molti problemi amministrativi. Va sburocratizzata la professione: per essere più umani, i medici devono poter fare i medici e basta.

**Questo dell'umanizzazione è un progetto affascinante, però sbatte contro la realtà.**

Si può cominciare con le piccole cose. Penso agli anziani over 70 al pronto soccorso. Anche se in codice verde, dobbiamo met-

tere in campo una corsia preferenziale e di accompagnamento realizzata insieme ai volontari.

**A proposito di terza età: nel Napoletano, a Meta di Sorrento, 37 anziani disabili venivano orrendamente segregati.**

Mi ha colpito il volto del generale Cosimo Piccinno. Dovrebbe essere uno abituato a certe nefandezze, invece ho trovato il comandante dei Nas davvero turbato. È così che abbiamo deciso di avviare controlli a tappeto nelle strutture sanitarie private e pubbliche. Tutte devono sapere che l'ispezione è dietro l'angolo e potrebbe arrivare da un momento all'altro. Meta non è la prima volta, mi piacerebbe fosse l'ultima.

**Rimaniamo in Campania: lei ha detto che l'alto tasso di tumori in regione dipende dagli «stili di vita» errati e non dalle discariche abusive. Apriti cielo...**

Guardi, la panna è stata fin troppo montata. Non ho mai detto una cosa del genere. Ho espresso due concetti diversi, messi assieme a fini di polemica. Voglio dirlo con nettezza: i veleni disseminati in Campania sono un disastro ambientale e sanitario. Roberto Saviano mi ha chiesto di visitare la Terra dei fuochi. Bene, sono prontissima ad andarci insieme a lui quando vuole. Intanto ho predisposto una nuova indagine dell'Istituto superiore di sanità per quei territori. **Resta da spiegare la faccenda degli stili**

di vita.

Che resta, eccome, e non riguarda soltanto la Campania. Alimentazione, sport, prevenzione, screening salvano la vita.

**Ora impazzano le sigarette elettroniche.**

**Verranno equiparate alle sigarette di tabacco, divieti e tassazione compresi?**

Stiamo studiando gli effetti delle e-cigarette. Il congegno utilizzato non è un medicinale, mentre la nicotina causa dipendenza. Ho disposto il divieto di vendita ai minorenni e dell'utilizzo nelle scuole. Per i locali privati aperti al pubblico la scelta spetta invece all'esercente. Quanto al resto, sono provvedimenti che non riguardano il ministro della Salute. **Il fumo fa male ma l'alcol pure. L'osservazione è brutale: poiché l'Italia è il primo produttore di vino al mondo, la politica chiude un occhio per ragioni elettorali.**

Non è certo il mio caso. Contrasterò con forza l'abuso di alcolici e superalcolici. Il primo passo sarà una campagna concentrata sui più giovani. Il progetto principale riguarda gli studenti leader delle singole classi: verranno «formati a formare» i loro compagni di scuola su tutte le dipendenze, compresa quella dal cibo.

**Proposta: e se si istituisse un check-up gratuito, approfondito e periodico, per tutti gli italiani sopra i 50 anni d'età?**

Proposta accolta. La prevenzione è la nuova frontiera della medicina. Ma spendiamo poco per questo, appena lo 0,5 per cento del budget, che va assolutamente aumentato. E in questo momento non ci sono risorse disponibili.

**E allora come si fa?**

Bisogna ottimizzare quanto c'è. Io penso a strutturare uno screening obbligatorio su due livelli, facendone protagonisti i farmacisti e i medici generali. Saranno ambasciatori presso gli over 50, a partire dai maschi, che si curano meno delle donne. Chiederanno loro di fare una serie di visite periodiche e obbligatorie. E soprattutto saranno promotori di nuovi stili di vita.

**Altro capitolo: su Stamina lei è diffidente. Il suo predecessore Renato Balduzzi fu invece assecondante con Davide Vannoni. C'è stato troppo clamore mediatico su**

questioni che richiedono cautela e un approccio scientifico. I pazienti non devono pensare a Stamina come un metodo di cura perché, almeno per ora, non lo è. Il primo agosto Vannoni consegna il suo protocollo. Poi, per 18 mesi, verrà sperimentato. Solo allora sapremo. Comunque Stamina di certo non sarà la soluzione per tutte le malattie rare del mondo. Ma, forse, solo per alcune patologie.

**Ministro, ancora non abbiamo parlato di soldi. Nonostante i tagli degli ultimi anni, sulla sanità circolano ancora numeri mostruosi. Possibile che non si riesca a scremare ulteriormente la spesa?**

E possibile, sì, ma anzitutto va chiarito che è finita l'epoca dei tagli lineari. Il che non significa un ritorno alle spese folli: il risanamento continua, però su basi qualitative. Tutto è contenuto nel «patto per la salute»,

che riprogramma il Servizio sanitario nazionale in accordo con le regioni.

**Le regioni continuano a impegnare molti danari, ma ne reclamano di più.**

Sanno bene anche loro che o si cambia o si chiude. E si cambia sviluppando i modelli virtuosi. Dobbiamo prendere quanto di meglio c'è in ogni realtà locale e renderlo strutturale per il Paese.

**Esempi, per favore...**

Meno ricoveri e più cure domiciliari. L'utilizzo dell'e-health, il complesso delle tecnologie informatiche applicate alla sanità. La riforma dei Lea, i livelli essenziali di assistenza sanitaria. La riorganizzazione dei piccoli ospedali come strutture intermedie. Il passaggio ai costi standard. Parliamo di miliardi di risparmi, fra diretti e indiretti. In cambio, peraltro, di servizi migliori e di più trasparenza, utile a combattere corruzione e infiltrazioni mafiose.

**Così si potrebbero tagliare circa 30 miliardi di euro. A quel punto si potrebbero pure scansare i nuovi ticket sanitari che teorizzano al ministero dell'Economia.**

È escluso, nuovi ticket risulterebbero anti-costituzionali.

**Intanto gli italiani spendono ogni anno 29 miliardi. E c'è chi paga troppo e chi nulla.**

Il sistema dei ticket va riformato non per fare cassa, ma spalmando le risorse in maniera più equa. Con un occhio ai più deboli: a causa della crisi, ci sono italiani che rinunciano agli accertamenti. È un delitto economico e sociale.

**«Programma vasto» avrebbe detto Charles De Gaulle. Ma forse non avrà tempo per realizzarlo: pare che il governo Letta cadrà prima.**

Il governo durerà. Ma io lavoro a prescindere dai suoi tempi e dalle beghe di partiti e persone. Quando sei qui pensi soltanto a mettere a regime un sistema che duri nel tempo. E sia utile a tutti. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# Bio

**Beatrice Lorenzin**  
(qui accanto in una foto di qualche anno fa) è nata a Roma il 14 ottobre 1971.

Padre istriano, madre toscana, fidanzata con un manager Rai, considerata una «secchiona», Lorenzin aderisce al movimento giovanile di Forza Italia nel 1996. Un anno dopo diventa consigliere nel XIII municipio capitolino. Dal 1999 è coordinatore laziale dei Giovani azzurri. Nel 2001 è eletta consigliere comunale di Roma. Poi, a sorpresa, nel 2005 Silvio Berlusconi la indica come nuovo coordinatore regionale di FI. Dal 2008 è deputata, dopo essere stata coordinatrice nazionale, dei Giovani azzurri e capo della segreteria di Paolo Bonaiuti. Il 28 aprile 2013 diventa ministro della Salute del governo presieduto da Enrico Letta. Ha intenzione di rivoluzionare la sanità italiana.



## Valori sotto controllo

La spesa sanitaria e il suo andamento in rapporto al pil.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Incidenza spesa sanitaria sul pil	7,24	7,06	7,08	7,06	6,96	6,88
Variazione percentuale della spesa	1,86	-0,83	-0,67	0,24	1,73	2,12
Variazione del pil (inflaz. inclusa)	2,20	1,74	-0,91	0,47	3,23	3,31



Beatrice Lorenzin, 41 anni, deputato Pdl e ministro della Salute.

Si cerca la stretta sui tempi pre trattativa - Ministri a consulto e Regioni al lavoro sui contenuti

# Patto salute, i paletti regionali

Finanziamento e investimenti le pregiudiziali - E Lorenzin tratta con Saccomanni

**C**onto alla rovescia per l'avvio delle trattative sul nuovo Patto per la salute che dovrebbe aprire i cantieri a fine mese. Sempreché resti tra le priorità del Governo, stretto tra le vicende della finanza pubblica e il caos nato dall'ostracismo del Pdl che minaccia la crisi sul processo Berlusconi, paralizza le Camere e divide in due la politica tra chi vorrebbe il ritorno alle urne e chi invece, come **Giorgio Napolitano**, esorta il premier Letta a continuare.

In questo quadro **Beatrice Lorenzin** lavora intanto nelle stanze della Salute, ma non solo: il ministro ha già avviato incontri serrati con il collega Saccomanni, perché è dall'Economia che dovrà arrivare il via libera a una serie di problemi su finanziamento e piani di rientro, propedeutici per le Regioni all'avvio delle trattative.

E intanto pensa a modelli di bestpractice per tutti, deospedalizzazione, e-health e più territorio con la massima attenzione a cure domiciliari e prevenzione. E niente tagli lineari giura, ma nemmeno ritorni alla spesa pubblica «disinvoltata». Con questi obiettivi, il ministro sta scrivendo quello che definisce il «piano regolatore della Sanità», un Patto che vorrebbe trasformare in quinquennale e portare al tavolo ufficiale con le Regioni entro il mese. La bozza c'è già, assicura Lorenzin.

**Regioni al lavoro.** Anche le Regioni però sono al lavoro. La Commissione salute della scorsa settimana ha deciso all'unanimità di formalizzare una richiesta di incontro al ministro Lorenzin non solo sul Patto per la salute, ma anche su tutte le questioni aperte del settore. Con una pregiudiziale per la ripresa del confronto con il Governo: il definitivo chiarimento sui 2 miliardi di ticket relativi al 2014 e la garanzia sul finanziamento 2013. Il riparto federalista non è ancora arrivato - e le Regioni del Sud già rilanciano l'introduzione dell'indice di deprivazione - e negli ultimi anni le manovre di finanza pubblica - v. tabella a pagina 9 - hanno determinato per quest'anno e per la prima volta, una riduzione rispetto al 2012 delle risorse assegnate di un miliardo. Chiarezza ci vuole anche, secondo le Regioni, sulle risorse adeguate per gli investimenti in edilizia sani-

taria anche per quanto riguarda il rispetto delle norme sismiche e antincendio.

Il punto di partenza concordato e confermato dalle Regioni è il documento già approvato a febbraio 2012 (v. articolo in questa pagina), integrato con alcune tematiche visto che nell'anno passato dalla sua stesura il Governo Monti è intervenuto con la legge 135/2012 sulla "spending review" in cui ci sono la riduzione dei contratti per beni e servizi e la previsione del regolamento per la definizione degli standard ospedalieri, e con la legge 189/2012, che ha introdotto innovazioni con il «parziale riordino» dell'assistenza territoriale, la mobilità del personale, la nuova intramoenia e i nuovi criteri per la nomina dei direttori generali e dei primari.

**I nuovi argomenti per il Patto.** Per questo la Commissione salute ha elaborato un documento approvato all'unanimità (v. tabella in questo articolo) in cui si prevede la prosecuzione del percorso di definizione dei costi standard in Sanità; la necessità di definire i Liveas (Livelli essenziali di assistenza sociale); la rivisitazione e l'aggiornamento delle prestazioni indicate dal Dpcm del novembre del 2001 sui Lea; l'importanza delle politiche per la gestione e lo sviluppo del personale; la necessità di approfondire due importanti aspetti come le cure primarie e l'assistenza ospedaliera.

Altri aspetti che dovranno essere trattati nel Patto riguardano l'innovazione, per cui è stato proposto di valorizzare alcuni centri di eccellenza regionali prevedendo un apposito finanziamento vincolato e il privato accreditato sul quale è stata sottolineata la necessità di prevedere delle verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni erogate in convenzione e della differenziazione di costi fissi.

**Standard ospedalieri nel mirino.** A proposito della possibilità di prendere nuovamente in esame il regolamento riguardante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, Campania, Lazio e Calabria hanno rilanciato le loro osservazioni critiche su cui le Regioni dovranno intervenire.

La prima è che il calcolo dei posti letto per la mobilità sanitaria

non può essere a "somma zero" a livello nazionale e deve essere sganciato dal saldo complessivo per le Regioni che hanno una mobilità passiva per non confermare la situazione attuale impedendo, di fatto, un recupero dei cosiddetti "viaggi della speranza".

Poi la soglia di almeno 60 posti letto fissata per l'accreditamento e la sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali per le strutture private; secondo le Regioni questo passaggio deve essere riformulato prevedendo una deroga per le strutture monospecialistiche.

**Paolo Del Bufalo**

**Le integrazioni proposte dalle**

**Regioni alle linee guida del 2012**

A	Il percorso che si riferisce alla definizione dei costi standard in Sanità deve proseguire confermando e migliorando il modello istituzionale previsto dalla riforma del Titolo V della Costituzione. Il Dlgs 68/2011 aveva, infatti, previsto che a decorrere dal 2013 la determinazione dei costi standard e dei fabbisogni standard per le Regioni a statuto ordinario nel settore sanitario avrebbe portato a un graduale e definitivo superamento dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale fin qui utilizzati. I costi e i fabbisogni sanitari standard determinati secondo le modalità stabilite dal sopracitato decreto avrebbero dovuto costituire il riferimento cui rapportare progressivamente nella fase transitoria, e successivamente a regime, il finanziamento integrale della spesa sanitaria, nel rispetto della programmazione nazionale e dei vincoli di finanza pubblica
B	L'assenza della definizione del Liveas (Livelli essenziali di assistenza sociale) è un elemento mancante per una completa integrazione socio-sanitaria delle prestazioni nei territori e per una più puntuale definizione/ripartizione dei costi tra Sanità e sociale
C	La rivisitazione e l'aggiornamento delle prestazioni indicate dal Dpcm del novembre del 2001 sui Lea dopo più di dieci anni dalla loro entrata in vigore rappresenta un altro argomento importante di discussione con il Governo
D	Anche se già presente nel documento del 2012, è stata rimarcata la necessità di rafforzare la parte del documento relativa alle politiche per la gestione e lo sviluppo del personale. Questo per poter accompagnare, con forme e strumenti nuovi, i processi di programmazione e organizzazione che le Regioni stanno attuando pur con le difficoltà dovute al blocco della contrattazione non solo della parte economica, ma anche di quella normativa
E	Si ritiene importante poter approfondire due importanti aspetti che sono fortemente correlati tra di loro come le cure primarie e l'assistenza ospedaliera. Infatti, poiché è stato condiviso che questi due punti potrebbero essere considerati come quelli più qualificanti del prossimo Patto per la salute, è stata segnalata la necessità di pensare a una rivisitazione complessiva dell'assistenza territoriale che non si fermi, però, all'applicazione dell'articolo 1 della legge 189/2012 e che sia in grado di accompagnare una diversa e moderna programmazione regionale dell'assistenza ospedaliera anche attraverso la ripresa della discussione in merito al regolamento riguardante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, ripartendo dall'ultimo testo diramato dalla Segreteria della Conferenza Stato/Regioni alla fine del mese di dicembre dell'anno scorso

BASE DI DISCUSSIONE IL DOCUMENTO 2012

# Ecco le «linee guida» da cui partono i governatori

La base della nuova elaborazione delle Regioni per il Patto per la salute è il documento «Linee guida per il Patto per la salute 2013-2015» approvato il 29 febbraio 2012. Il documento ha previsto un indice di argomenti su cui articolare la trattativa con il Governo (v. tabella) per definire «forme, strategie, processi di riorganizzazione, governo dei conti per garantire e assicurare la tenuta e la sostenibilità del Ssn attraverso meccanismi che garantiscano l'appropriata allocazione di tutte le risorse disponibili nel Fsn per l'erogazione dei Lea».

Su questa base le Regioni hanno precisato a suo tempo «di dover promuovere, seppur in una situazione economica difficile che pone problemi di sostenibilità a tutto il sistema (v. tabella a pagina 9), alcune riforme non più rinviabili, anche attraverso opportune e condivise modifiche normative finalizzate».

Questi gli argomenti base delle linee guida:

**1. la rete delle cure primarie**, «che dovrà contraddistinguersi in forme organizzative, che favoriscano lo sviluppo delle aggregazioni professionali di medici e professionisti sanitari tra di loro e all'interno delle organizzazioni aziendali territoriali attraverso anche nuove forme di convenzioni più aderenti alla programmazione definita da ogni singola Regione»;

**2. lo sviluppo delle reti ospedaliere e territoriali**, «per favorire una maggiore presa in carico dei cittadini, soprattutto con riferimento alla cronicità e alla non autosufficienza»;

**3. una forte integrazione con il sistema sociosanitario**, «precisando che, per gli aspetti sociali e socio-assistenziali, è necessaria una risposta di natura finanziaria con il rifinanziamento del fondo per la non autosufficienza»;

**4. la riforma dei piani di rientro**, «modificando in primo luogo la denominazione in "Piani di riorganizzazione e riqualificazione dei sistemi sanitari che comportano il rientro dal deficit", recuperando la progettualità persa in questi anni. Come sono attualmente strutturati rappresentano la negazione della logica di un patto ed è quindi necessario introdurre e declinare il concetto di terzietà»;

**5. valorizzare e rafforzare il ruolo della Stem** «per la sua missione fondamentale di terzietà tra Governo e Regioni»;

**6. la decisione, in materia di tariffe, Tuc e mobilità**, «di assumere la Tuc come tariffario di riferimento, da approvare e aggiornare periodicamente con Intesa Stato-Regioni, prevedendo che la stessa debba essere applicata direttamente per la remunerazione delle prestazioni erogate a pazienti non residenti»;

**7. le politiche della gestione e dello sviluppo del personale** «che dovranno avere come indirizzo prioritario la valorizzazione di tutte le professioni sanitarie, al fine di attuare i processi di riorganizzazione, riconversione e riqualificazione definiti a livello regionale».

## L'indice degli argomenti della proposta 2012

Vincoli economici e sostenibilità	Processi socio-sanitari
1. Analisi del fabbisogno e del finanziamento	1. Rete della prevenzione collettiva
2. Compartecipazione dei cittadini attraverso ticket ed esenzioni	2. Rete delle cure primarie
3. Tariffe e Tuc	3. Integrazione rete territoriale e rete emergenza-urgenza
4. Mobilità sanitaria: necessità di definire patti tra Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale	4. Rete ospedaliera e delle strutture sanitarie extraospedaliere
	5. Strutture e interventi socio-sanitari
	6. Declinazione dell'appropriatezza in tutti i suoi aspetti
Investimenti	Piani di rientro
1. Investimenti e ammodernamento tecnologico	1. Nuove regole per assicurare la qualità dei servizi e governo della spesa
Fattori di produzione	Rapporti Ssn/università
1. Farmaceutica	1. Rivisitazione dei modelli gestionali di collaborazione tra Ssn e Università mediante nuovi accordi e protocolli
2. Dispositivi medici	
3. Gestione e sviluppo del personale dipendente	
4. Beni e servizi	

## I tagli alla Sanità delle manovre degli ultimi anni (miliardi)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Totale
Patto per la salute 2010-2012 - Articolo 2, comma 67, della legge 191/2009 - Risorse necessarie per coprire la vacanza contrattuale	-	-	0,466	0,466	0,466	-	1,398
Patto per la salute 2010-2012 - Somma accantonata per il Bambino Gesù	0,500	0,500	0,500	-	-	-	0,150
Articolo 9, comma 16, della legge 122/2010 - Riduzione livello finanziamento Ssn - blocco dei contratti e delle convenzioni	-	0,418	1,132	1,132	1,132	-	3,396
Articolo 11, comma 12, della legge 122/2010 (economie di spesa - Farmaceutica)	0,300	0,600	0,600	0,600	0,600	-	2,700
Articolo 17, comma 6, della legge 111/2011 - Reintroduzione ticket specialistica ambulatoriale	-	-	0,834	0,834	0,834	-	2,502
Articolo 17 della legge 111/2011 - Misure di contenimento della spesa	-	-	-	2,500	5,450	-	7,950
Articolo 17 della legge 111/2011 - Visite fiscali, riduzione finanziamento	-	-	-	0,70	0,70	0,700	0,210
Legge 135/2012, articolo 15 - Riduzione del livello di finanziamento	-	-	0,900	1,800	2,000	2,100	6,800
Legge 228/2012 (stabilità 2013), articolo 1 - Riduzione del livello di finanziamento	-	-	-	0,600	1,000	1,000	2,600

Ai tagli vanno aggiunti secondo le Regioni i maggiori oneri derivanti dal Dlgs 118/2011 (omogeneizzazione dei bilanci e ammortamenti non sterilizzati) e l'aumento dell'Iva (legge 214/2011): in tutto quindi l'ammontare dei tagli raggiunge i 34,9 miliardi

Si cerca la stretta sui tempi pre trattativa - Ministri a consulto e Regioni al lavoro sui contenuti

# Patto salute, i paletti regionali

Finanziamento e investimenti le pregiudiziali - E Lorenzin tratta con Saccomanni

**C**onto alla rovescia per l'avvio delle trattative sul nuovo Patto per la salute che dovrebbe aprire i cantieri a fine mese. Sempreché resti tra le priorità del Governo, stretto tra le vicende della finanza pubblica e il caos nato dall'ostracismo del Pdl che minaccia la crisi sul processo Berlusconi, paralizza le Camere e divide in due la politica tra chi vorrebbe il ritorno alle urne e chi invece, come **Giorgio Napolitano**, esorta il premier Letta a continuare.

In questo quadro **Beatrice Lorenzin** lavora intanto nelle stanze della Salute, ma non solo: il ministro ha già avviato incontri serrati con il collega Saccomanni, perché è dall'Economia che dovrà arrivare il via libera a una serie di problemi su finanziamento e piani di rientro, propedeutici per le Regioni all'avvio delle trattative.

E intanto pensa a modelli di bestpractice per tutti, deospitalizzazione, e-health e più territorio con la massima attenzione a cure domiciliari e prevenzione. E niente tagli lineari giura, ma nemmeno ritorni alla spesa pubblica «disinvoltata». Con questi obiettivi, il ministro sta scrivendo quello che definisce il «piano regolatore della Sanità», un Patto che vorrebbe trasformare in quinquennale e portare al tavolo ufficiale con le Regioni entro il mese. La bozza c'è già, assicura Lorenzin.

**Regioni al lavoro.** Anche le Regioni però sono al lavoro. La Commissione salute della scorsa settimana ha deciso all'unanimità di formalizzare una richiesta di incontro al ministro Lorenzin non solo sul Patto per la salute, ma anche su tutte le questioni aperte del settore. Con una pregiudiziale per la ripresa del confronto con il Governo: il definitivo chiarimento sui 2 miliardi di ticket relativi al 2014 e la garanzia sul finanziamento 2013. Il riparto federalista non è ancora arrivato - e le Regioni del Sud già rilanciano l'introduzione dell'indice di deprivazione - e negli ultimi anni le manovre di finanza pubblica - v. tabella a pagina 9 - hanno determinato per quest'anno e per la prima volta, una riduzione rispetto al 2012 delle risorse assegnate di un miliardo. Chiarezza ci vuole anche, secondo le Regioni, sulle risorse adeguate per gli investimenti in edilizia sani-

taria anche per quanto riguarda il rispetto delle norme sismiche e antincendio.

Il punto di partenza concordato e confermato dalle Regioni è il documento già approvato a febbraio 2012 (v. articolo in questa pagina), integrato con alcune tematiche visto che nell'anno passato dalla sua stesura il Governo Monti è intervenuto con la legge 135/2012 sulla "spending review" in cui ci sono la riduzione dei contratti per beni e servizi e la previsione del regolamento per la definizione degli standard ospedalieri, e con la legge 189/2012, che ha introdotto innovazioni con il «parziale riordino» dell'assistenza territoriale, la mobilità del personale, la nuova intramoenia e i nuovi criteri per la nomina dei direttori generali e dei primari.

**I nuovi argomenti per il Patto.** Per questo la Commissione salute ha elaborato un documento approvato all'unanimità (v. tabella in questo articolo) in cui si prevede la prosecuzione del percorso di definizione dei costi standard in Sanità; la necessità di definire i Liveas (Livelli essenziali di assistenza sociale); la rivisitazione e l'aggiornamento delle prestazioni indicate dal Dpcm del novembre del 2001 sui Lea; l'importanza delle politiche per la gestione e lo sviluppo del personale; la necessità di approfondire due importanti aspetti come le cure primarie e l'assistenza ospedaliera.

Altri aspetti che dovranno essere trattati nel Patto riguardano l'innovazione, per cui è stato proposto di valorizzare alcuni centri di eccellenza regionali prevedendo un apposito finanziamento vincolato e il privato accreditato sul quale è stata sottolineata la necessità di prevedere delle verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni erogate in convenzione e della differenziazione di costi fissi.

**Standard ospedalieri nel mirino.** A proposito della possibilità di prendere nuovamente in esame il regolamento riguardante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, Campania, Lazio e Calabria hanno rilanciato le loro osservazioni critiche su cui le Regioni dovranno intervenire.

La prima è che il calcolo dei posti letto per la mobilità sanitaria

non può essere a "somma zero" a livello nazionale e deve essere sganciato dal saldo complessivo per le Regioni che hanno una mobilità passiva per non confermare la situazione attuale impedendo, di fatto, un recupero dei cosiddetti "viaggi della speranza".

Poi la soglia di almeno 60 posti letto fissata per l'accreditamento e la sottoscrivibilità degli accordi contrattuali annuali per le strutture private; secondo le Regioni questo passaggio deve essere riformulato prevedendo una deroga per le strutture monospecialistiche.

**Paolo Del Bufalo**

**Le integrazioni proposte dalle**

**Regioni alle linee guida del 2012**

A	Il percorso che si riferisce alla definizione dei costi standard in Sanità deve proseguire confermando e migliorando il modello istituzionale previsto dalla riforma del Titolo V della Costituzione. Il Dlgs 68/2011 aveva, infatti, previsto che a decorrere dal 2013 la determinazione dei costi standard e dei fabbisogni standard per le Regioni a statuto ordinario nel settore sanitario avrebbe portato a un graduale e definitivo superamento dei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale fin qui utilizzati. I costi e i fabbisogni sanitari standard determinati secondo le modalità stabilite dal sopracitato decreto avrebbero dovuto costituire il riferimento cui rapportare progressivamente nella fase transitoria, e successivamente a regime, il finanziamento integrale della spesa sanitaria, nel rispetto della programmazione nazionale e dei vincoli di finanza pubblica
B	L'assenza della definizione del Liveas (Livelli essenziali di assistenza sociale) è un elemento mancante per una completa integrazione socio-sanitaria delle prestazioni nei territori e per una più puntuale definizione/ripartizione dei costi tra Sanità e sociale
C	La rivisitazione e l'aggiornamento delle prestazioni indicate dal Dpcm del novembre del 2001 sui Lea dopo più di dieci anni dalla loro entrata in vigore rappresenta un altro argomento importante di discussione con il Governo
D	Anche se già presente nel documento del 2012, è stata rimarcata la necessità di rafforzare la parte del documento relativa alle politiche per la gestione e lo sviluppo del personale. Questo per poter accompagnare, con forme e strumenti nuovi, i processi di programmazione e organizzazione che le Regioni stanno attuando pur con le difficoltà dovute al blocco della contrattazione non solo della parte economica, ma anche di quella normativa
E	Si ritiene importante poter approfondire due importanti aspetti che sono fortemente correlati tra di loro come le cure primarie e l'assistenza ospedaliera. Infatti, poiché è stato condiviso che questi due punti potrebbero essere considerati come quelli più qualificanti del prossimo Patto per la salute, è stata segnalata la necessità di pensare a una rivisitazione complessiva dell'assistenza territoriale che non si fermi, però, all'applicazione dell'articolo 1 della legge 189/2012 e che sia in grado di accompagnare una diversa e moderna programmazione regionale dell'assistenza ospedaliera anche attraverso la ripresa della discussione in merito al regolamento riguardante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, ripartendo dall'ultimo testo diramato dalla Segreteria della Conferenza Stato/Regioni alla fine del mese di dicembre dell'anno scorso

BASE DI DISCUSSIONE IL DOCUMENTO 2012

# Ecco le «linee guida» da cui partono i governatori

La base della nuova elaborazione delle Regioni per il Patto per la salute è il documento «Linee guida per il Patto per la salute 2013-2015» approvato il 29 febbraio 2012. Il documento ha previsto un indice di argomenti su cui articolare la trattativa con il Governo (v. tabella) per definire «forme, strategie, processi di riorganizzazione, governo dei conti per garantire e assicurare la tenuta e la sostenibilità del Ssn attraverso meccanismi che garantiscano l'appropriata allocazione di tutte le risorse disponibili nel Fsn per l'erogazione dei Lea».

Su questa base le Regioni hanno precisato a suo tempo «di dover promuovere, seppur in una situazione economica difficile che pone problemi di sostenibilità a tutto il sistema (v. tabella a pagina 9), alcune riforme non più rinviabili, anche attraverso opportune e condivise modifiche normative finalizzate».

Questi gli argomenti base delle linee guida:

**1. la rete delle cure primarie**, «che dovrà contraddistinguersi in forme organizzative, che favoriscano lo sviluppo delle aggregazioni professionali di medici e professionisti sanitari tra di loro e all'interno delle organizzazioni aziendali territoriali attraverso anche nuove forme di convenzioni più aderenti alla programmazione definita da ogni singola Regione»;

**2. lo sviluppo delle reti ospedaliere e territoriali**, «per favorire una maggiore presa in carico dei cittadini, soprattutto con riferimento alla cronicità e alla non autosufficienza»;

**3. una forte integrazione con il sistema sociosanitario**, «precisando che, per gli aspetti sociali e socio-assistenziali, è necessaria una risposta di natura finanziaria con il rifinanziamento del fondo per la non autosufficienza»;

**4. la riforma dei piani di rientro**, «modificando in primo luogo la denominazione in "Piani di riorganizzazione e riqualificazione dei sistemi sanitari che comportano il rientro dal deficit", recuperando la progettualità persa in questi anni. Come sono attualmente strutturati rappresentano la negazione della logica di un patto ed è quindi necessario introdurre e declinare il concetto di terzietà»;

**5. valorizzare e rafforzare il ruolo della Stem** «per la sua missione fondamentale di terzietà tra Governo e Regioni»;

**6. la decisione, in materia di tariffe, Tuc e mobilità**, «di assumere la Tuc come tariffario di riferimento, da approvare e aggiornare periodicamente con Intesa Stato-Regioni, prevedendo che la stessa debba essere applicata direttamente per la remunerazione delle prestazioni erogate a pazienti non residenti»;

**7. le politiche della gestione e dello sviluppo del personale** «che dovranno avere come indirizzo prioritario la valorizzazione di tutte le professioni sanitarie, al fine di attuare i processi di riorganizzazione, riconversione e riqualificazione definiti a livello regionale».

## L'indice degli argomenti della proposta 2012

Vincoli economici e sostenibilità	Processi socio-sanitari
1. Analisi del fabbisogno e del finanziamento	1. Rete della prevenzione collettiva
2. Compartecipazione dei cittadini attraverso ticket ed esenzioni	2. Rete delle cure primarie
3. Tariffe e Tuc	3. Integrazione rete territoriale e rete emergenza-urgenza
4. Mobilità sanitaria: necessità di definire patti tra Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale	4. Rete ospedaliera e delle strutture sanitarie extraospedaliere
	5. Strutture e interventi socio-sanitari
	6. Declinazione dell'appropriatezza in tutti i suoi aspetti
Investimenti	Piani di rientro
1. Investimenti e ammodernamento tecnologico	1. Nuove regole per assicurare la qualità dei servizi e governo della spesa
Fattori di produzione	Rapporti Ssn/università
1. Farmaceutica	1. Rivisitazione dei modelli gestionali di collaborazione tra Ssn e Università mediante nuovi accordi e protocolli
2. Dispositivi medici	
3. Gestione e sviluppo del personale dipendente	
4. Beni e servizi	

## I tagli alla Sanità delle manovre degli ultimi anni (miliardi)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Totale
Patto per la salute 2010-2012 - Articolo 2, comma 67, della legge 191/2009 - Risorse necessarie per coprire la vacanza contrattuale	-	-	0,466	0,466	0,466	-	1,398
Patto per la salute 2010-2012 - Somma accantonata per il Bambino Gesù	0,500	0,500	0,500	-	-	-	0,150
Articolo 9, comma 16, della legge 122/2010 - Riduzione livello finanziamento Ssn - blocco dei contratti e delle convenzioni	-	0,418	1,132	1,132	1,132	-	3,396
Articolo 11, comma 12, della legge 122/2010 (economie di spesa - Farmaceutica)	0,300	0,600	0,600	0,600	0,600	-	2,700
Articolo 17, comma 6, della legge 111/2011 - Reintroduzione ticket specialistica ambulatoriale	-	-	0,834	0,834	0,834	-	2,502
Articolo 17 della legge 111/2011 - Misure di contenimento della spesa	-	-	-	2,500	5,450	-	7,950
Articolo 17 della legge 111/2011 - Visite fiscali, riduzione finanziamento	-	-	-	0,70	0,70	0,700	0,210
Legge 135/2012, articolo 15 - Riduzione del livello di finanziamento	-	-	0,900	1,800	2,000	2,100	6,800
Legge 228/2012 (stabilità 2013), articolo 1 - Riduzione del livello di finanziamento	-	-	-	0,600	1,000	1,000	2,600

Ai tagli vanno aggiunti secondo le Regioni i maggiori oneri derivanti dal Dlgs 118/2011 (omogeneizzazione dei bilanci e ammortamenti non sterilizzati) e l'aumento dell'Iva (legge 214/2011): in tutto quindi l'ammontare dei tagli raggiunge i 34,9 miliardi

# L'austerità fa male alla salute

Tagli alla sanità, meno assistenza: un libro lancia l'allarme sugli effetti della crisi in Europa.

Per il cancelliere tedesco Angela Merkel «il debito greco è diventato sostenibile». Il premier Antonis Samaras sostiene che «i sacrifici hanno dato i loro frutti».

Tra gennaio e maggio 2011 i nuovi casi di infezione da Hiv in Grecia sono aumentati di oltre il 50 per cento. Dal 2010 al 2012 il numero di chi ha contratto il virus dell'aids è cresciuto di 20 volte. La causa? «Il governo greco ha fatto tagli radicali al budget sanitario e i programmi di prevenzione dell'aids sono stati tra i primi a essere ridotti» riassume David Stuckler e Sanjay Basu, autori di *L'economia che uccide. Quando l'austerità ci costa la vita* (Rizzoli), che analizzano gli effetti della recessione sulla salute comparandoli con quanto accaduto in passato, dalla depressione del 1929 al crollo dell'impero sovietico. «Questa volta la dinamica è molto più lenta, la ripresa stenta, l'occupazione non decolla» riassume a *Panorama* Stuckler, economista a Oxford. «È difficile prevedere gli effetti a lungo termine, ma potrebbe verificarsi un aumento esponenziale dei problemi

di salute mentale a causa soprattutto della forte disoccupazione giovanile. In Italia, per esempio, abbiamo contato almeno 300 casi di suicidio o tentato suicidio al di sopra del trend storico e sono soltanto la punta dell'iceberg. Per ogni persona che si toglie la vita da 100 a 1.000 sono affette da depressione». La rivista medica *Lancet* evidenzia come un aumento dell'1 per cento della disoccupazione provochi una crescita di suicidi e omicidi, un balzo del 3 per cento si traduce in più morti per alcolismo. Chi è senza lavoro ha un rischio doppio di cadere nel baratro delle malattie mentali. In questo quadro, l'Irlanda ha ridotto l'assistenza agli ultrasessantenni; il Portogallo ha aumentato i ticket per cure ordinarie e d'emergenza; la Spagna ha cancellato l'universalità della copertura sanitaria, di fatto escludendo centinaia di migliaia di immigrati e perfino i turisti di altri paesi europei; la Grecia ha tagliato stipendi, numero di medici e infermieri, ospedali. E ha imposto un

ticket su ogni visita: 5 euro. Così i greci hanno affollato gli ambulatori per migranti e rifugiati. «Dal 2011 almeno il 20-25 per cento dei nostri assistiti sono greci. Al Pireo, dove la morte dei cantieri navali ha lasciato a casa moltissima gente, si arriva al 95 per cento» dice Christina Samartzi, che lavora ad Atene per l'associazione umanitaria Médecins du monde (Mdm). «Si tratta soprattutto di anziani e bambini che devono essere vaccinati, spesa che molti genitori non possono permettersi». In Italia i tagli pesano soprattutto sulla prevenzione. «In certe regioni si aspettano 7-8 mesi per una mammografia, altrettanti per interventi di ortopedia» riassume Walter Ricciardi, direttore dell'Osservatorio nazionale sulla salute. «Temo che, se non si interviene presto sulla riorganizzazione di poteri e competenze tra stato e regioni, finiremo come Spagna e Grecia».

## Pochi posti, ortopedici in fuga all'estero «Rischiamo di restare senza specialisti»

**ROMA.** «I dati del ministero della Salute sui camici bianchi che chiedono la documentazione per andare a lavorare all'estero sono gravi. Continuando in questo modo le sale operatorie si svuoteranno di bravi medici e soprattutto di ortopedici». Questo il

commento di Paolo Cherubino, presidente della Società italiana di ortopedia e traumatologia (Siot) sul numero di attestati di conformità Ue richiesti al dicastero da medici,

odontoiatri, veterinari e farmacisti, per poter lavorare all'estero. «Da diversi anni - aggiunge Cherubino - la Siot ha lanciato l'allarme, ma le istituzioni non sembrano preoccuparsi. Quest'anno, per esempio, usciranno dalle scuole di specializzazione ottimi ortopedici, ma purtroppo saranno costretti a emigrare

perché in Italia la situazione è drammatica e il futuro occupazionale è sempre più incerto e precario». Secondo il presidente della Siot «sono costretti a emigrare perché non trovano un posto fisso che dia loro la serenità di un lavoro retribuito», ma

soprattutto perché «non viene definito da parte dei governi il cosiddetto atto medico, cioè una garanzia assicurativa». Da qui l'appello: «Occorre intervenire al più presto se vogliamo fermare questa emorragia».

Confermata intanto dal sindacato degli ortopedici, dalla Siot e dall'Otodì l'adesione allo sciopero nazionale dei medici del Servizio sanitario nazionale indetto per lunedì. «Basta con i tagli - si legge nella nota congiunta -, bisogna ridare dignità alla professione medica, che viene ripetutamente abbandonata dallo Stato».

### L'allarme della Siot dopo i dati sull'impennata delle richieste di espatrio



stampa | chiudi

CONFERMATO L'EFFETTO DEI CAROTENOIDI

## Carote e pomodori proteggono dal sole (se non si fuma)

*Il beta-carotene e il licopene neutralizzano i radicali liberi e limitano i danni al Dna, riducendo il rischio di melanoma*

MILANO - Pomodori, carote, albicocche e gli altri vegetali ricchi di carotenoidi hanno un effetto protettivo, evidenziato da molteplici studi, nei confronti di varie malattie croniche, inclusi tumori, malattie cardiovascolari e degenerazione maculare senile. D'estate c'è un motivo in più per parlare di carotenoidi, perché questi pigmenti, e in particolare il licopene (al quale il pomodoro deve il colore rosso) e il betacarotene (il pigmento giallo-arancio di carote e albicocche), che si concentrano nella cute, sono uno dei principali sistemi difensivi usati dalla pelle per contrastare gli effetti nocivi delle radiazioni solari (GUARDA).

La ricetta della salute >>>

**LO STUDIO** - Ma che cosa influenza la concentrazione cutanea di queste sostanze? Se lo sono chiesto alcuni ricercatori tedeschi che, in uno studio pubblicato sul *Journal of Biomedical Optics*, hanno ripetutamente valutato, nel corso di un anno, i livelli cutanei di licopene e di beta carotene di dieci persone sane. Di ciascuna, ad ogni valutazione, sono state analizzate la dieta e vari fattori legati allo stile di vita. I carotenoidi cutanei sono risultati più elevati durante l'estate e l'autunno, in associazione con un maggior consumo di frutta e verdura; la presenza di fattori stressanti (quali affaticamento, malattia, fumo, abuso di alcolici) portava ad una riduzione di questi livelli, riduzione che avveniva in modo repentino (entro un giorno dall'evento stressante), mentre la risalita richiedeva anche tre giorni.

**EFFETTI** - «Nel nostro organismo - commenta Isabella Savini, professore nel Corso di laurea in Scienze della Nutrizione Umana dell'Università di Roma Tor Vergata - il betacarotene e altri carotenoidi svolgono molteplici funzioni biologiche (precursori della vitamina A, attività antiossidante, regolazione dei processi di proliferazione e differenziamento cellulare) ed è per questo che le condizioni di stress ci portano a un rapido consumo delle loro riserve. In particolare, a livello cutaneo il betacarotene e il licopene hanno un'azione fotoprotettiva "multipla" (per esempio, neutralizzano i radicali liberi indotti dai raggi UV e limitano i danni al Dna), riducendo così il rischio di melanoma». «È importante sottolineare - prosegue Savini - che questi effetti benefici, osservati in seguito a diete ricche in carotenoidi, non vengono incrementati dall'assunzione di carotenoidi attraverso i supplementi. Un apporto adeguato di vegetali è quindi la scelta migliore per garantire una buona salute alla cute e a tutto l'organismo».

Carla Favaro

stampa | chiudi

**A Fidenza**

## Sindaco e direttore di ospedale: rischia l'incompatibilità

Il sindaco di Fidenza Mario Cantini potrebbe dover presentare le dimissioni da primo cittadino del comune parmense. L'Autorità nazionale anticorruzione (Civit) ha dichiarato infatti incompatibile il suo ruolo di amministratore pubblico con quello di direttore amministrativo dell'ospedale di Vaio del comune di cui è primo cittadino. Il Civit si è espresso dopo una richiesta di chiarimenti da parte dell'Ausl, dell'Asp e del Comune di Fidenza sul decreto 39/2013, entrato in vigore lo scorso 4 maggio, che fissa i paletti dell'incompatibilità tra incarichi pubblici. Parere contrario dunque anche al doppio ruolo per il consigliere comunale di Parma di Altra Politica Maria Teresa Guarnieri, direttore dell'Azienda pubblica dei servizi alla persona (Asp) di Fidenza. A questo punto i due dovranno scegliere fra la carica elettiva e il lavoro nelle strutture sanitarie pubbliche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Università.** La diffusione dei dati sulla qualità della ricerca rilancia il «finanziamento competitivo»

# Atenei, premi a un miliardo

## Emendamento al Dl del fare per far salire gli incentivi al 17% dell'Ffo

**Gianni Trovati**  
MILANO.

■ I «premi al merito» per le università puntano dritti al miliardo di euro, e provano a fare un balzo del 26% rispetto alle previsioni attuali. Merito della valanga di numeri diffusi martedì dall'Anvur con la **valutazione della ricerca** 2004-2010, e dell'ex ministro dell'Università Mariastella Gelmini che ha colto la palla offerta dal dibattito sul merito accademico per lavorare a un emendamento al Dl Fare in discussione alla Camera in cui si prevede l'aumento della quota premiale del fondo di finanziamento universitario: emendamento sul quale c'è già stata una triangolazione con l'attuale ministro dell'Università, Maria Chiara Carrozza, e che può quindi imboccare una corsia preferenziale.

Tradotta in cifre, la proposta chiede di destinare «al merito» da quest'anno il 17% del Fondo di finanziamento ordinario, e potrebbe a spostare sul piatto degli incentivi un miliardo e 30 milioni: la base di calcolo è rappresentata infatti da 6,06 miliardi di euro, cioè la quota di Fondo ordinario

libera dagli altri interventi di dettaglio (il Fondo totale 2013 è di 6,69 miliardi). Di questo pacchetto, 680 milioni seguirebbero la strada tracciata dai risultati della ricerca universitaria elaborati dall'agenzia di Valutazione guidata da Stefano Fantoni, mentre il resto sarebbe indirizzato dagli indicatori sulla didattica, quelli che misurano in particolare il tasso di attività degli studenti nell'ottenere i crediti formativi. Negli anni successivi, gli incentivi potrebbero poi tornare a crescere secondo i ritmi più tranquilli già previsti dalle regole attuali, che impongono un aumento annuo oscillante fra lo 0,5% e il 2%. «È molto importante accelerare subito sul finanziamento premiale - spiega Mariastella Gelmini -, perché oggi abbiamo a disposizione dati aggiornati e dettagliati». Lo stesso ministro Carrozza, del resto, presentando martedì a Roma i dati dell'Anvur, aveva sottolineato l'importanza di questa «rivoluzione della trasparenza» per rilanciare il finanziamento premiale, oltre che ovviamente per far conoscere a docenti, studenti e famiglie «settore per settore quali so-

no le strutture migliori».

Nel lavoro sull'emendamento si era studiata anche l'ipotesi di inserire una «clausola di salvaguardia» per vietare perdite eccessive agli atenei che brillano meno nelle valutazioni sul merito. L'ipotesi al momento è stata accantonata, anche perché l'efficacia della clausola di questo tipo dipende dalla dinamica annuale del Fondo, come dimostra il fatto che in tutti gli ultimi decreti ministeriali era inserita un'assicurazione di questo tipo, diversa ogni anno e decisa dal ministro. Probabile quindi che si continui a seguire questa strada.

L'arrivo dei nuovi dati Anvur, oltre ad aumentare il significato degli incentivi che fino a ieri dipendevano da valutazioni ormai decennali, potrebbe del resto offrire qualche piacevole sorpresa anche agli atenei, in particolare nel Sud, che occupano gli scalini bassi delle graduatorie generali. grazie al dettaglio delle valutazioni, che scendono nel merito dipartimento per dipartimento.

*gianni.trovati@ilsole24ore.com*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Le quote

## 17%

#### Il parametro

L'emendamento-Gelmini al Dl del fare chiede di destinare al finanziamento «competitivo», collegato ai risultati di ricerca e didattica, almeno il 17% del Fondo ordinario a partire dal 2013. In questo modo il plafond del 2013 sarebbe di un miliardo

## 66%

#### L'indicatore della ricerca

Il metodo prevede di pesare l'incentivo per il 66% sulla base dei dati relativi alla ricerca, e di collegare il resto agli indicatori che misurano la qualità della didattica (in particolare il numero di crediti ottenuti dagli studenti regolari)



## La graduatoria

In tabella le aree, ordinate in base al voto medio (scala da 0 a 1) che hanno ottenuto, e la percentuale di «prodotti eccellenti» registrati da ognuna di esse; vengono quindi indicati gli atenei, distinti tra grandi, medi e piccoli a seconda della loro dimensione nella singola area, che hanno registrato la performance migliore, e la percentuale di prodotti eccellenti tra quelli che l'università ha sottoposto alla valutazione Anvur

Area e atenei	% prodotti eccellenti *	Area e atenei	% prodotti eccellenti *
<b>AREA 03</b> Scienze chimiche - <i>Voto medio 0,79</i>	<b>(11.933)</b> 56,88	<b>AREA 11a</b> Scienze storiche, filosofiche e pedagogiche - <i>Voto medio 0,58</i>	<b>(13.487 **)</b> 15,6
Grande: Bologna	64,27	Grande: TorinoS	22,31
Media: Roma Tor Vergata	79,63	Media: Venezia Ca' Foscari	20,12
Piccola: Catanzaro	89,30	Piccola: Trento	25,58
<b>AREA 02</b> Scienze fisiche - <i>Voto medio 0,78</i>	<b>(20.286)</b> 67,08	<b>AREA 04</b> Scienze della terra - <i>Voto medio 0,56</i>	<b>(8.859)</b> 34,74
Grande: Padova	77,14	Grande: Padova	52,80
Media: Trieste Sissa	89,22	Media: Roma Tre	54,19
Piccola: Chieti e Pesaro	77,14	Piccola: Salerno	61,14
<b>AREA 09</b> Ingegneria industriale e dell'informazione - <i>Voto medio 0,72</i>	<b>(16.858)</b> 53,82	<b>AREA 11b</b> Scienze psicologiche - <i>Voto medio 0,55</i>	<b>(13.487 **)</b> 33,91
Grande: Padova	67,28	Grande: Trento	74,60
Media: Sannio	71,58	Media: Milano San Raffaele	56,29
Piccola: Torino	100,00	Piccola: Napoli Benincasa	60,02
<b>AREA 10</b> Scienze dell'antichità, filologico-letterarie e storico-artistiche - <i>Voto medio 0,66</i>	<b>(14.637)</b> 23,42	<b>AREA 12</b> Scienze giuridiche - <i>Voto medio 0,50</i>	<b>(12.798)</b> 10,44
Grande: Venezia Ca' Foscari	34,19	Grande: Firenze	17,96
Media: Trento	35,36	Media: Trento	20,46
Piccola: Roma LUSPIO	20,84	Piccola: Milano Bocconi	12,95
<b>AREA 05</b> Scienze biologiche - <i>Voto medio 0,61</i>	<b>(17.268)</b> 40,06	<b>AREA 08b</b> Ingegneria civile - <i>Voto medio 0,49</i>	<b>(9.934 **)</b> 8,99
Grande: Padova	58,09	Grande: Venezia Iuav	14,29
Media: Piemonte Orientale	58,89	Media: Bologna	17,44
Piccola: Trieste Sissa	72,11	Piccola: Parma	23,10
<b>AREA 01</b> Scienze matematiche e informatiche - <i>Voto medio 0,60</i>	<b>(11.752)</b> 41,94	<b>AREA 06</b> Scienze mediche - <i>Voto medio 0,47</i>	<b>(29.454)</b> 33,96
Grande: Roma La Sapienza	52,43	Grande: Padova	53,32
Media: Pavia	61,65	Media: Verona	50,60
Piccola: Trieste Sissa	93,53	Piccola: Trento	66,56
<b>AREA 07</b> Scienze agrarie e veterinarie - <i>Voto medio 0,59</i>	<b>(10.349)</b> 42,93	<b>AREA 14</b> Scienze sociali e politiche - <i>Voto medio 0,45</i>	<b>(4.494)</b> 8,76
Grande: Padova	57,96	Grande: Milano Bicocca	16,12
Media: Tuscia	61,39	Media: Piemonte Orientale	30,22
Piccola: Pisa Sant'Anna	77,70	Piccola: Pisa Sant'Anna	30,05
<b>AREA 08a</b> Architettura - <i>Voto medio 0,59</i>	<b>(9.934 **)</b> 42,03	<b>AREA 13</b> Scienze economiche e statistiche - <i>Voto medio 0,32</i>	<b>(12.654)</b> 18,25
Grande: Milano Politecnico	51,28	Grandi: Padova	33,95
Media: Trento	68,93	Medie: nessuna	-
Piccola: Salento	93,73	Piccole: Lucca IMT	84,68

Nota: \* tra parentesi in rosso il numero di prodotti valutati dall'Anvur; \*\* il numero di pubblicazioni riguarda l'area 8 e l'area 11 nel complesso senza distinzione tra a e b

Fonte: Anvur

## PARLA IL PRESIDENTE DEL CUN

# La ricerca non è tutta uguale

## Lenzi (Cun): premiati gli atenei specialistici

«**V**alutazione ma non classifiche. Rating e non ranking». All'indomani della presentazione della prima valutazione della qualità della ricerca italiana (Vqr) realizzata dall'Anvur (si veda *ItaliaOggi* di ieri), Andrea Lenzi, presidente del Consiglio universitario nazionale, invita a utilizzare i dati «con grande cautela, evitando la tentazione dello scoop e della semplificazione».

**Domanda. Presidente, i dati andranno pure letti correttamente, ma che ci sia una graduatoria è un dato di fatto?**

**Risposta.** Una valutazione rigorosa implica la capacità di avere confronti omogenei, senza centrare l'analisi su dati a effetto. Le graduatorie, secondo indicatori ben costruiti, dovrebbero servire solo come strumento di governo per il miglioramento del sistema. Ma di fronte alla notizia della graduatoria tutti trascurano un dato fondamentale: la quasi totalità del mondo dell'università e della ricerca ha collaborato col massimo impegno a questa importante attività dell'Anvur. Sono stati richiesti tre prodotti per ogni ricercatore e docente, erano attesi 190 mila prodotti (numero mai affrontato in un esercizio di valutazione) e quasi altrettanti (oltre 184 mila) sono arrivati. Da oggi, quindi, nessuno potrà più dire che l'università non vuole essere valutata.

**D. Questa mole enorme di dati non smentisce però un luogo comune: il Nord produce ricerca di qualità, il Sud arranca. Perché?**

**R.** Questo sistema di graduatoria pura non tiene conto di tanti fattori: del contesto economico e sociale, del territorio, della

missione dell'ateneo e del tipo di università. È evidente che le grandi università generaliste sono state più penalizzate di quelle specialiste, così come lo sono stati quegli atenei che hanno deciso di dedicare la propria missione alle scienze umane, ai beni culturali o anche a prodotti di ricerca quali brevetti o spin-off che «pagano meno» delle pubblicazioni su riviste scientifiche di qualità.

**D. Pensa ci potrà essere qualche università che chiederà una maggiore elasticità al Miur?**

**R.** Di certo qualcuno protesterà non tanto per i dati, forniti dagli atenei stessi, ma per gli algoritmi attraverso cui sono state costruite le graduatorie. Penso che dobbiamo fare un ulteriore sforzo e «valutare la valutazione».

**D. Ora che succede?**

**R.** Il ministro valuterà sul piano politico come utilizzare i dati e come suddividere le risorse in base al merito. Ci sono 540 da assegnare in base alle performance della ricerca. Tutto andrà poi pensato per il futuro in funzione agli obiettivi che gli atenei si porranno e andrà effettuata una nuova verifica dei dati a breve, per capire che scelte hanno fatto gli atenei per migliorarsi senza perdere le loro specificità.

*Benedetta Pacelli*



Andrea Lenzi

