

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI
12 FEBBRAIO 2014

DALLA SARDEGNA

L'UNIONE SARDA

ALGHERO. La Asl mette in vendita il suo gioiellino sul mare Il Marino potrebbe diventare un albergo

Da polo di eccellenza per la fisioterapia e l'ortopedia a hotel di lusso. Le camere di degenza dell'ospedale Marino potrebbero presto venire trasformate in suite vista mare. Le organizzazioni sindacali Nursing up e Flp lanciano l'allarme sulla progressiva demolizione dei servizi sanitari, avviata da alcuni anni, scoprendo pure, collegandosi sul sito internet della Asl, che la struttura sanitaria di via XXIV Maggio è già stata inserita nell'elenco dei beni disponibili, ovvero liberi per la vendita al miglior offerente.

SMANTELLAMENTO «I ghiotti sviluppi di tipo urbanistico-speculativo hanno prevalso e hanno prodotto un'azione di smantellamento della sanità pubblica di eccellenza - commentano amareggiati i delegati delle organizzazioni sindacali Daniele Monti e Adriana Serra - a beneficio forse di una futura sanità privata, indegna di qualsiasi paese civile e anche di una dirigenza degna di tale nome».

Non è la prima volta che se ne parla. Sono anni che aleggia l'ipotesi di convertire lo storico Regina Margherita in albergo sulla spiaggia: con il ricavato della vendita dell'Ospizio, si è sempre detto, si potrebbe anche edificare un nuovo polo ospedaliero o, perché no, riqualificare l'esistente. Oggi l'eventualità appare ancora più incalzante visto che il Marino è nella lista nera delle strutture sanitarie da meno 120 posti letto, quindi in odore di chiudere i battenti.

SERVIZI DIMEZZATI «Abbiamo assistito alla riduzione dei posti letto della struttura di Ortopedia con il conseguente dimezzamento del personale medico e infermieristico - fanno sapere i sindacati - alla contrazione dell'operatività della Fisioterapia che da un'apertura al pubblico della durata di dodici ore è stata ridotta ad una attività di sole sei ore giornaliere, con conseguente raddoppiamento dei tempi di attesa e buona pace dei disabili e dei pazienti che attendono mesi per ottenere una prestazione». Alcuni ambulatori sono stati trasformati in uffici amministrativi, «mentre gli uffici ubicati in via Raffaello Sanzio, per i quali sussistono contratti di locazione, restano parzialmente vuoti».

DALL'ITALIA

DOCTORNEWS33

Direttiva cure all'estero, meno margini a Regioni per rifiutare viaggi ai pazienti

Rispetto al parere della conferenza stato-regioni, la Camera ridisegna il decreto di recepimento della direttiva dell'Unione Europea sui "pazienti transfrontalieri". La bozza era

stata accusata da più parti di restringere l'accesso alle cure in un altro stato membro per gli italiani che in patria non ottengano risposte adeguate o in tempi contenuti; ma la Commissione affari sociali ha approvato un'importante modifica secondo cui in caso di ricovero o intervento impegnativo fuori Italia non si dovrà più chiedere all'Asl due autorizzazioni, la prima per sapere entro 10 giorni se la propria domanda è accettabile e la seconda per l'ok al viaggio. Il relatore di maggioranza **Giovanni Monchiero**, deputato di Scelta civica, conferma: «Si è raccolto grande consenso intorno all'eliminazione dell'obbligo di inoltrare la prima richiesta. Con quei dieci giorni aggiuntivi, l'attesa per vedersi autorizzare il viaggio sarebbe aumentata anche rispetto a com'è ora e sarebbe assurdo dover fare una domanda per sapere se si deve fare una domanda... tra l'altro è un iter non previsto da nessuna parte del nostro ordinamento». Parere della conferenza stato-regioni bocciato in altri due punti. La Commissione è intervenuta per rendere "inoffensivo" il secondo periodo dell'art. 8 comma 8, dove si prevedeva che il rimborso delle prestazioni richieste all'estero potesse subire delle limitazioni, anche circoscritte al territorio di una singola azienda, o di una o più regioni. «Il principio è ammesso dall'Unione Europea ma è accentuato dalle esigenze di alcune regioni. Il problema è che creava disparità, anche tra Asl e Asl: si rischiavano 50-100 sanità diverse. In commissione la norma esce modificata e si riduce l'ambito di applicazione di quell'articolo 18 che contiene le clausole di cedevolezza per cui la norma nazionale poteva diventare scavalcabile da atti di singole regioni». Una norma che, non nega Monchiero, se interpretata all'estremo avrebbe in teoria costituito un precedente per limitare i viaggi di cura anche tra una regione e l'altra.

Smi, agitazione senza proposte chiare è Titanic sindacale

Una gestione delle trattative «esclusiva» e «autoreferenziale». Così in una nota il Sindacato dei medici italiani-Smi contesta l'iniziativa di ieri della Fimmg, peraltro mai nominata esplicitamente, di dichiarare lo stato di agitazione nei confronti della Conferenza delle Regioni. «Un rito stanco» continua la nota firmata dal segretario nazionale Smi **Salvo Calì**, perché «ricorrere a questo strumento senza una chiara piattaforma e senza aver fatto autocritica sulla Legge Balduzzi, che è l'origine dell'atto di Indirizzo, è un suicidio per i medici del territorio. Ma anche la dimostrazione che per alcuni sindacati versare, a posteriori, "lacrime di cocodrillo" è una triste consuetudine. Si è insistito con le scorciatoie organizzative» continua Calì «h24, integrazione, medicina di gruppo, senza prevedere risorse, il tutto a costo zero. Come sempre si è trascurata l'assenza di una regia nazionale in questi processi, lasciando campo libero alle "fantasie" delle Regioni L'obiettivo? Forse prendere qualche titolo sui giornali e partecipare alla spartizione di qualche poltrona. Il tutto a scapito del lavoro di migliaia di medici e della qualità dei servizi per i cittadini». Calì, peraltro, concorda che «l'atto di indirizzo non può non sfociare in un Accordo nazionale basato sull'ennesimo pesante sacrificio economico per la categoria. Per questa ragione, chiediamo a tutti i sindacati di aprire un vero confronto con le altre forze sindacali e di definire una piattaforma unitaria, invece di minacciare uno sciopero inconcludente e senza prospettiva» conclude.

Istat, Italia a livelli bassi in Ue per spesa e posti letto

Ai livelli più bassi in Europa sia per la spesa sanitaria pubblica sia per i posti letto ospedalieri e per gli ospedali. È questo il quadro dell'Italia che emerge da rapporto Istat "Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo", presentato ieri a Roma. La spesa sanitaria pubblica corrente dell'Italia nel 2012 (dato provvisorio) è stata di circa 111 miliardi di euro, pari al 7% del Pil e a 1.867 euro annui per abitante. Guardando la classifica della spesa sanitaria pubblica europea, si può vedere che l'Italia si colloca quasi a metà, nella parte bassa. Con i suoi 2.345 dollari per abitante spesi nel 2011 è subito dietro la Finlandia (2.477 dollari pro capite) e poco più sopra della Spagna (2.244 dollari pro capite), cui seguono parecchio più sotto Portogallo, Slovenia e Grecia. Il Regno Unito spende quasi 2.821 dollari pro capite, mentre Francia e Germania superano i 3.000 dollari, con importi pro capite rispettivamente di 3.204 e 3.436 dollari. Il livello di spesa più alto si registra nei Paesi Bassi (4.055 dollari), quello più basso in Polonia (1.021 dollari). Nel 2011 la spesa sanitaria pubblica corrente in Italia è stata di 1.849 euro per abitante. Per quanto riguarda l'offerta di posti letto ospedalieri a livello europeo, nel 2010 l'Italia (3,5 posti ogni mille abitanti) si è posta sotto la media europea di 5,5 posti letto per mille abitanti, al pari della Danimarca e subito dopo Cipro. A livello regionale, tra il 2002 e il 2010, l'offerta di posti letto ospedalieri utilizzati si è allineata alla media nazionale, passando da 4,3 a 3,5 posti letto per mille abitanti, con vistose differenze che vanno dai 2,9 posti letto della Campania ai 4,3 del Molise. Anche il numero di strutture ospedaliere ha continuato a diminuire nella maggior parte delle regioni, passando da 1.286 nel 2002 a 1.165 strutture nel 2010. Infine la mobilità ospedaliera interregionale continua a rimanere consistente. Le regioni sono interessate da circa 588mila ricoveri ospedalieri di pazienti non residenti (8,4% dei ricoveri ordinari per acuti nel 2011) e da 523mila ricoveri effettuati dai pazienti in una regione diversa da quella di residenza. Ci si ricovera lontano da casa perché le strutture di altre regioni sono geograficamente vicine, per motivi di studio, lavoro, per usufruire di prestazioni di alta specializzazione non erogate dalla propria regione o maggiore fiducia nei servizi di altre regioni. I principali poli di attrazione sono al Centro-Nord.

Bancomat obbligatorio, Fnomceo: d'accordo ma basta proroghe

I professionisti, tra cui medici e odontoiatri, dal prossimo 30 giugno 2014 dovranno accettare pagamenti elettronici, quindi anche con il bancomat, per importi superiori ai 30 euro. È quanto prevede il decreto Milleproroghe all'esame del Parlamento, facendo marcia indietro rispetto al termine previsto inizialmente.

Sul tema è intervenuto anche un decreto del Ministero dello Sviluppo economico, di concerto con quello dell'Economia, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 27 gennaio, che stabilisce che in prima applicazione, fino al 30 giugno 2014, l'obbligo del bancomat si applicherà solo ai pagamenti fatti a favore di commercianti e professionisti, il cui fatturato dell'anno precedente sia stato superiore a 200mila euro. Lo stesso decreto prevede inoltre che entro 90 giorni dopo l'entrata in vigore del decreto, le modalità di adeguamento per i soggetti con fatturato inferiore a 200 mila euro, inizialmente esclusi, potranno essere definite con un ulteriore provvedimento.

Una misura che i medici valutano «corretta e giusta da fare per la tracciabilità dei pagamenti», ma che comporterà degli aggravii nei costi di gestione. «Come al solito in Italia si lavora con le proroghe - commenta **Luigi Conte**, segretario della Fnomceo (Federazione

ordini medici) - Noi non abbiamo niente da dire contro questo provvedimento. La lotta all'evasione è doverosa, ma ci sono delle difficoltà oggettive di cui dobbiamo farci carico. Una volta per tutte però si decida una scadenza seria, e tutti ci mettiamo in linea. Basta con proroghe di 5-6 mesi, che non servono a niente». La proroga, rispetto all'1 gennaio, era inizialmente prevista per il 30 giugno 2015, ma poi all'ultimo è stata fissata per giugno 2014. Inoltre, rileva la Fnom, «non c'è alcuna sanzione per chi non si doti di pos, e sono pochi i professionisti che da soli fatturano più di 200mila euro - conclude -. Ad avere il pos saranno i grossi centri. Questa misura è più un invito a dotarsi di questo strumento».

DIRITTO SANITARIO Irap Mmg: rimborso a rischio con dati contraddittori

Il fatto

L'Agenda delle Entrate ha impugnato dinanzi alla Corte di Cassazione una sentenza della Commissione Tributaria Regionale di Firenze che, a conferma del provvedimento di primo grado, aveva riconosciuto l'illegittimità dell'atto di silenzio-rifiuto tenuto dall'Ufficio alla richiesta di rimborso Irap avanzata da un medico convenzionato con il Ssn, con conseguente diritto al recupero degli importi precedentemente versati a titolo di imposta.

Profili giuridici

La Corte di Cassazione ha accolto il ricorso osservando, tra gli altri aspetti, che rilievi dell'Agenda delle Entrate avevano riportato puntualmente la sussistenza ed apprezzabilità quantitativa di beni strumentali, spese relative ad immobili e compensi corrisposti a terzi, introducendo un severo dato di contraddizione del quadro giustificativo generale, facendo così risaltare la differenziazione organizzativa dell'attività del medico-contribuente quale assunta proprio attraverso le risorse materiali e contrattuali emerse dalle dichiarazioni dei redditi e dai modelli presentati negli anni di riferimento.

[Avv. Ennio Grassini – www.dirittosanitario.net]

QUOTIDIANOSANITA'.IT

Istat. Report 2012. Per la sanità pubblica spesi 111 mld. Ma restiamo in coda ai principali partner europei. E le famiglie spendono di tasca propria fino a 1.200 euro l'anno

Il Ssn spende 1.867 euro annui per abitante, un livello molto inferiore rispetto ad altri Paesi europei. La spesa privata ammonta al 20,6% del totale e assorbe l'1,8% del Pil. Spendono di più le famiglie del Centro Nord (1.222 euro l'anno), meno quelle del Sud (949 euro l'anno). Tumori e malattie circolatorie si confermano le principali cause di ricovero ospedaliero. E' quanto emerge dall'indagine "Noi Italia" dell'Istat.

Giunto alla sesta edizione, il rapporto "Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo", realizzato dall'Istat, offre un quadro d'insieme dei diversi aspetti economici, sociali, demografici e ambientali del nostro Paese, della sua collocazione nel contesto europeo e delle differenze regionali che lo caratterizzano. Il prodotto arricchisce la

produzione dell'Istat attraverso la proposta di 120 indicatori, raccolti in 19 settori, che spaziano dall'economia alla cultura, al mercato del lavoro, alle condizioni economiche delle famiglie, alle infrastrutture, alla finanza pubblica, all'ambiente, alle tecnologie e all'innovazione.

Nel 2012 la spesa sanitaria pubblica è di circa 111 miliardi di euro, pari al 7 per cento del Pil e a 1.867 euro annui per abitante, un livello molto inferiore rispetto ad altri importanti paesi europei. Nel 2011 le famiglie contribuiscono con proprie risorse alla spesa sanitaria complessiva per una quota pari al 20,6 per cento (oltre 2 punti percentuali in meno rispetto al 2001). La spesa sanitaria delle famiglie rappresenta l'1,8 per cento del Pil nazionale; ammonta mediamente a 949 euro per le famiglie del Mezzogiorno e a 1.222 euro per quelle del Centro-Nord.

Nel 2011 le regioni sono state interessate da circa 588 mila ricoveri ospedalieri di pazienti non residenti (8,4 per cento dei ricoveri ordinari per "acuti") e da oltre 523 mila ricoveri di pazienti provenienti da una regione diversa da quella di residenza (7,6 per cento, riferito ai soli residenti in Italia). Gli indici di mobilità più alti, superiori al 20 per cento, si riscontrano nelle regioni più piccole (Basilicata, Valle d'Aosta e Molise).

I tumori e le malattie circolatorie si confermano le principali cause di ricovero ospedaliero, con differenze poco significative a livello regionale.

Le malattie del sistema circolatorio rappresentano la principale causa di morte in quasi tutti i paesi dell'Ue. In Italia, il tasso standardizzato di mortalità per questa causa è pari a 30,4 decessi ogni diecimila abitanti, quello relativo ai tumori è pari a 25,9, con valori maggiori negli uomini (35,5) rispetto alle donne (19,3). I tumori sono la seconda causa di morte sia in Italia sia nel gruppo dei 27 paesi Ue.

In Italia, il tasso di mortalità infantile nel 2010 è di 3,3 decessi per mille nati vivi. Negli ultimi dieci anni il valore di questo indicatore ha continuato a diminuire su quasi tutto il territorio italiano, raggiungendo valori tra i più bassi in Europa.

Nel 2012 i fumatori sono il 21,9 per cento della popolazione over 14, i consumatori di alcol a rischio il 14,1 per cento. Risulta invece obesa una persona di 18 anni e più su 10 (10,4 per cento).

Vediamo ora nel dettaglio le varie voci riguardanti il capitolo sanità.

Spesa sanitaria pubblica

La spesa sanitaria pubblica misura quanto viene destinato per soddisfare il bisogno di salute dei cittadini in termini di prestazioni sanitarie. La spesa sanitaria pubblica corrente dell'Italia risulta nel 2012 (dato provvisorio) di circa 111 miliardi di euro, pari al 7,0 per cento del Pil e a 1.867 euro annui per abitante.

Spesa sanitaria delle famiglie

Nell'area europea il finanziamento pubblico dei servizi sanitari rappresenta la scelta prevalente. Nel 2011, le famiglie italiane hanno contribuito con proprie risorse alla spesa sanitaria complessiva per una quota pari al 20,6 per cento, in calo di oltre due punti percentuali rispetto al 2001. La spesa sanitaria delle famiglie rappresenta l'1,8 per cento del Pil nazionale.

Offerta ospedaliera

Il settore della sanità in Italia si colloca in un contesto nazionale ed internazionale di crisi economico-finanziaria tale da dover proseguire al ridimensionamento delle risorse a disposizione per l'erogazione dei servizi. Per il 2014 è stata pianificata un'ulteriore consistente riduzione del livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (1 miliardo di euro a decorrere dall'anno 2014, ex legge n. 228/2012), che si inserisce in un contesto problematico rispetto al controllo della spesa pubblica, e del numero dei posti letto ospedalieri che a regime dovrebbe attestarsi a 3,7 posti letto ogni mille abitanti (di cui lo 0,7 riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza, ex legge 135/2012). A queste riduzioni si aggiunge la revisione dello standard di riferimento pro capite per l'attività di ricovero ospedaliero, passato da 180 a 160 ricoveri ogni mille abitanti (di cui il 25 per cento fa riferimento ai ricoveri diurni). Gli indicatori di offerta ospedaliera, in questi ultimi anni, hanno presentato una forte tendenza alla riduzione tanto che sono stati presi diversi provvedimenti, di carattere nazionale e regionale, finalizzati a promuovere lo sviluppo di un modello di rete ospedaliera integrato con l'assistenza territoriale. Tale riorganizzazione continuerà ad essere richiesta alle regioni nei prossimi anni, soprattutto se presentano un'offerta di posti letto inferiore allo standard consentito dalla normativa (4,5 posti letto per mille abitanti, che scendono a 3,7 con la normativa del 2012).

Mobilità ospedaliera

Il fenomeno della mobilità ospedaliera interregionale è particolarmente rilevante sia in termini quantitativi, sia perché riguarda quei pazienti che, per motivi di varia natura, si ricoverano in una regione diversa da quella di residenza. Nel complesso, le regioni sono interessate da circa 588 mila ricoveri ospedalieri (o dimissioni) di pazienti non residenti (8,4 per cento del totale dei ricoveri ordinari per "acuti" nel 2011) e da oltre 523 mila ricoveri effettuati dai pazienti in una regione diversa da quella di residenza (7,6 per cento, riferito ai soli residenti in Italia). Le motivazioni che conducono ad effettuare il ricovero lontano dalla propria residenza sono diverse. In alcuni casi la mobilità si giustifica con la vicinanza geografica con strutture di altre regioni, oppure dipende dalla presenza dell'assistito in altre regioni per motivi di studio o lavoro. In altri casi le motivazioni sono legate alle condizioni di salute e quindi alla necessità di usufruire di prestazioni di alta specializzazione non erogate dalla propria regione o alla maggiore fiducia nei servizi ospedalieri di altre regioni. I principali poli di attrazione sono concentrati nelle regioni del Centro-Nord.

Ospedalizzazione per tumori e malattie del sistema circolatorio

L'ospedalizzazione è di fondamentale rilevanza nella cura della salute, in quanto preposta al trattamento delle malattie gravi; questa tipologia di assistenza assorbe la quota più consistente della spesa sanitaria pubblica totale. I tumori e le malattie del sistema circolatorio sono le patologie per cui è più frequente il ricorso all'ospedale e anche quelle per cui è più elevata la mortalità. I ricoveri in regime ordinario (con pernottamento) per queste diagnosi sono diminuiti nel tempo. Tale diminuzione è stata più rilevante per le malattie del sistema circolatorio (-21,5 per cento tra 1999 e 2011) che per i tumori (-16,3 per cento). Ciò dipende dalla tendenza a trattare queste patologie in contesti assistenziali diversi (day hospital o ambulatori), oltre che da un possibile miglioramento del quadro nosologico. Nel 2011, in Italia si sono registrate 1.214 dimissioni ogni 100 mila residenti per i tumori e 2.144 per le malattie del sistema circolatorio.

Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile, vista la correlazione negativa che lo lega alle condizioni sanitarie, ambientali e socio-economiche, si può interpretare come espressione del livello di sviluppo e di benessere di un paese. A partire dal 2000 il valore di questo indicatore ha continuato a diminuire su tutto il territorio italiano, raggiungendo valori tra i più bassi in Europa, anche se negli anni più recenti si assiste ad un rallentamento di questo trend. Permangono, inoltre, differenze territoriali che vedono il Mezzogiorno penalizzato. Nel 2010, il tasso di mortalità infantile è di 3,3 decessi per mille nati vivi, valore di poco inferiore a quello osservato nel 2009 (3,4).

Mortalità per malattie del sistema circolatorio

Le malattie del sistema circolatorio, tipiche delle età adulte e senili, rappresentano la principale causa di morte in Italia e nel gruppo dei 27 paesi dell'Ue. Negli ultimi anni, la mortalità per queste malattie è in diminuzione in tutti i paesi europei. In Italia, dove il livello di mortalità è tra i più bassi d'Europa, i tassi sono diminuiti in modo diffuso su tutto il territorio raggiungendo nel 2010 il valore di 30,4 decessi ogni diecimila abitanti rispetto al 31,9 osservato nel 2009. Gli uomini, con un tasso di 37,3 decessi per diecimila abitanti, risultano svantaggiati rispetto alle donne (25,6).

Mortalità per tumori

I tumori rappresentano la seconda causa di morte subito dopo le malattie del sistema cardiocircolatorio, sia in Italia, sia nel gruppo dei 27 paesi Ue. La diminuzione della mortalità per tumore è legata al successo di misure di prevenzione primaria, che influiscono sulla riduzione del rischio di sviluppare la malattia, così come agli avanzamenti diagnostici e terapeutici che aumentano la sopravvivenza dei malati. Nel 2010 il tasso standardizzato di mortalità per tumori in Italia è pari a 25,9 decessi ogni diecimila abitanti, in leggero calo rispetto al valore di 26,3 del 2009. I livelli di mortalità per tumori sono maggiori negli uomini (35,5) rispetto alle donne (19,3) sebbene la mortalità degli uomini stia diminuendo nel tempo più rapidamente di quella delle donne.

Fumo, alcol e obesità: i fattori di rischio

Molte delle malattie croniche, tra le principali cause di morte, si possono prevenire adottando stili di vita salutari fin dall'età giovanile. Il programma "Guadagnare salute" della Regione europea dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) è stato adottato anche in Italia dal 2007. Esso sostiene gli interventi dei vari settori economici, sanitari e di comunicazione, atti a contrastare la diffusione dei principali fattori di rischio, quali fumo, alcol, stili alimentari non salutari e sedentarietà, questi ultimi strettamente connessi all'obesità. In Italia, nel 2012, con riferimento alla popolazione di 14 anni e più, i fumatori rappresentano il 21,9 per cento, i consumatori di alcol a rischio il 14,1 per cento, mentre la prevalenza delle persone obese ammonta al 10,4 per cento della popolazione adulta di 18 anni e più.

[Per saperne di più](#)

Rinnovo patente. Cambiano modalità per accertamento dell'idoneità psico-fisica

Publicato in Gazzetta Ufficiale il decreto del Ministero della Salute con le nuove modalità di redazione della relazione tecnica per l'accertamento dei requisiti di idoneità psico-fisica

per il rinnovo della patente di guida per via telematica. IL DECRETO

Visite medica per il rinnovo della patente? Arriva un nuovo 'modello'. È quanto prevede il decreto del 21 gennaio del Ministero della Salute pubblicato sulla G.U. del 10 febbraio in ottemperanza a quanto previsto dal decreto del 15 novembre 2013 del Capo del Dipartimento del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti che prevede che con provvedimento del Ministero della Salute sono definite le modalità di redazione della relazione medica per l'accertamento di idoneità psico-fisica per il rinnovo della patente di guida in via telematica.

SOLE24ORE/SANITA'

Ministero della Salute: ecco il piano per la prevenzione della corruzione

Autorizzazione e concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi; concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e le progressioni di carriera: quattro argomenti in cui annidano ben 360 rischi di possibile corruzione e su cui si concentra il piano triennale 2013-2016 di prevenzione della Salute, appena pubblicato sul sito del ministero.

Il piano anticorruzione comprende non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati dal codice penale, ma anche le situazioni in cui a prescindere dalla rilevanza penale sia evidente un malfunzionamento dell'amministrazione per «fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui essa rimanga a livello di tentativo». Il piano prevede una mappatura dei vari processi che riguardano le attività a rischio che sarà compito dei referenti per la prevenzione. Le misure per neutralizzare o ridurre il rischio si distinguono in *obbligatorie*, previste dalla legge e che devono essere necessariamente attuate e *ulteriori*.

Per le prime occorre individuare i termini entro cui devono essere implementate; per le seconde, devono essere verificati l'impatto sull'organizzazione e la disponibilità delle risorse necessarie per l'applicazione.

Tra le misure obbligatorie (che valgono per tutte le pubbliche amministrazioni) è previsto il Codice di comportamento e la sua diffusione; la rotazione del personale, quella dei dirigenti e del personale non dirigenziale; l'astensione in caso di conflitto di interesse; l'inconferibilità e l'incompatibilità di incarichi dirigenziali; lo svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro con l'amministrazione, la formazione di commissioni, l'assegnazione agli uffici; il conferimento di incarichi dirigenziali in corso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione; la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito; la formazione; i Patti di integrità negli affidamenti; azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile; il monitoraggio dei tempi procedurali e quello dei rapporti tra amministrazioni e soggetti esterni; la trasparenza.

Per quanto riguarda le misure ulteriori invece, gli uffici responsabili della gestione dei processi a più elevato livello di rischio, individuati nel "registro dei rischi" entro 3 mesi dall'approvazione piano adottano le iniziative organizzative e le direttive interne per implementare e attuare le misure di prevenzione indicate nel registro e nei successivi 6 mesi applicano in via sperimentale le, verificandone l'impatto sull'organizzazione e sull'attività di servizio, anche in base alle risorse disponibili.

Se si presentassero «obiettive criticità» delle misure di prevenzione o fattori organizzativi «ostativi» alla loro piena attuazione, il dirigente informa il referente competente per la prevenzione e propone le correzioni necessarie.

Concluso il periodo di sperimentazione, attuano le misure di prevenzione con le eventuali correzioni condivise con il referente e il dirigente competente dell'ufficio dirigenziale generale.

Lenzi (presidente Cun): «In quattro anni persi 1.700 posti di specializzazione». Borsa di studio Lilly a un giovane ricercatore

«In Italia negli ultimi 4 anni abbiamo perso 1.700 posti destinati alle scuole di specializzazione. I posti sono circa la metà di quelli necessari. Siamo in controtendenza rispetto al resto dell'Europa e del mondo che richiede specializzazione e cultura per la scienza. Rischiamo di laureare ottimi professionisti ma perdere tutti i potenziali scienziati e innovatori». A dichiararlo è **Andrea Lenzi**, presidente del Consiglio universitario nazionale (Cun), ordinario di endocrinologia alla Sapienza di Roma in occasione dell'appuntamento annuale che ha avuto luogo oggi in Senato, promosso dalla Fondazione Lilly nell'ambito del progetto «La Ricerca in Italia: un'idea per il futuro».

L'iniziativa, arrivata ormai alla sua sesta edizione, punta a favorire la cultura della ricerca in Italia proponendo un nuovo modello basato su meritocrazia, trasparenza e valorizzazione economica. Anche quest'anno la Fondazione Lilly ha confermato il suo impegno assegnando una borsa di studio a un giovane ricercatore, Alberto Ranieri De Caterina il vincitore della borsa di studio Fondazione Lilly per il «bracciale salvacuore» che si propone di dimostrare che il bracciale della pressione può proteggere il cuore dai danni dell'infarto, e aprendo il nuovo bando di ricerca. «La ricerca biomedica italiana ha un riconoscimento importantissimo ma non solo manca di investimenti in termini di risorse finanziarie ma anche di risorse umane» ha sottolineato Lenzi.

Scuole di specializzazione: solo 3.300 posti per 7.000 laureati

Dichiara Andrea Lenzi: «Il percorso delle scuole di specializzazione dei medici è ovunque considerata, oltre che uno strumento di professionalizzazione, una via di incremento del sapere critico e scientifico tanto che la legge 240/10 le assimila ai dottorati, per l'accesso ai fondi ricerca e alla carriera accademica. In Italia però, in soli 4 anni abbiamo perso 1.700 posti destinati alle scuole di specializzazione. Erano 5.000 nel 2010 su 6.700 laureati in medicina nello stesso anno. Nel 2013 i posti sono stati ridotti a 4.500. Questo anno, 2014, a oggi sono previsti 3.300 contratti di specializzazione a fronte di circa 7000 laureati. Ne risente l'assistenza, anche in termini di risparmio di spesa dato che lo specialista può coadiuvare la medicina del territorio nel selezionare adeguati percorsi diagnostici e terapeutici».

«Per formare 1.000 specializzandi sono necessari 25 milioni di euro annui. In Italia, il numero ideale sarebbe 6.000, per un totale di 150 milioni di euro», ha chiarito Lenzi

Sottolinea Andrea Lenzi: «Avremmo bisogno di scovare le vocazioni alla ricerca prima possibile, per questo è necessario migliorare i percorsi formativi pre-laurea finalizzati alla ricerca, con l'istituzione di corsi MD-PhD (MD dottore in medicina; PhD dottore di ricerca), come prevedono i percorsi di studio in USA e in alcuni paesi europei che li considerano i titoli più prestigiosi. Questa impostazione permette di coniugare la formazione professionale con uno specifico addestramento alla ricerca scientifica per instradare alla scienza prima della laurea i più meritevoli e interessati.

Abbiamo bisogno infine - conclude Lenzi - di flessibilità di regole sul Dottorato di ricerca post laurea per non tagliare le ali a progetti innovativi e di sviluppo economico con ricadute immediate sul trasferimento tecnologico all'impresa e al territorio».

My Campus, l'Università che vorrei

In risposta alla scarsa valorizzazione e al graduale impoverimento del percorso di formazione che conduce alla ricerca, la Fondazione Lilly ha affiancato alla borsa di studio una nuova iniziativa. Da quest'anno sosterrà My Campus, l'Università che vorrei, un progetto della Sapienza di Roma. Si tratta di una competizione aperta agli studenti che presentano progetti o idee innovative ai fini della realizzazione di prodotti/servizi e applicazioni immediatamente spendibili nel miglioramento della qualità della vita all'interno dell'Ateneo. La finalità dei premi, infatti, è quella di promuovere, sostenere e incentivare la cultura dell'innovazione per gli studenti già durante i propri studi universitari, anche in collaborazione con enti e imprese.

Il corso per valorizzare la ricerca e lo sviluppo promosso da La Sapienza e dalla Fondazione Lilly

Nel 2011, inoltre, è partito il master in "Sviluppo e valorizzazione della ricerca" - RED-, promosso da La Sapienza Università di Roma e dalla Fondazione Lilly. Giunto alla sua terza edizione, primo e unico nel suo genere offerto da una università pubblica in Italia i cui costi di iscrizione sono quasi interamente coperti da borse di studio, RED è uno strumento nato per potenziare l'imprenditorialità dei ricercatori e unire il mondo accademico con quello delle industrie.

«Una delle grandi difficoltà dei ricercatori italiani, di qualsiasi provenienza biomedica, scientifica o umanistica, è quella di uscire dai laboratori universitari per far fruttare le loro idee con brevetti, spin-off e progetti di collaborazione con il mondo imprenditoriale – sottolinea Andrea Lenzi - La ricerca è la chiave per produrre sviluppo e gli studenti sono i più grandi futuri innovatori e il corso è un vero e proprio laboratorio sperimentale con l'obiettivo di supportare gli studenti nello sviluppo delle loro idee con la creazione di spin-off, brevetti, collaborazioni».

L'obiettivo del corso è quello di stimolare l'autoimprenditorialità e migliorare lo scambio tra il mondo della ricerca e quello del business. La missione del programma è di contribuire in un arco temporale contenuto - circa un quinquennio – a formare circa 100 ricercatori e docenti così da favorire la valorizzazione economica della ricerca e dei brevetti fino ad aumentare il numero complessivo di iniziative imprenditoriali innovative. «Il sistema ostacola la via che porta dalla ricerca ai brevetti fino alla creazione di imprese basate sull'innovazione. Per questo motivo abbiamo supportato il corso de La Sapienza di pari passo con il finanziamento per le borse di studio» afferma **Concetto Vasta**, direttore generale della Fondazione Lilly.

Il «bracciale salvacuore»

Dal 2008, la Fondazione Lilly ogni anno ha premiato con una borsa di studio un giovane

scienziato affinché possa svolgere in Italia il suo progetto, identificato attraverso un meccanismo di peer-review che garantisca la totale meritocrazia; oggi in Senato è stato premiato Alberto Ranieri da Caterina che riceverà 210mila euro nei prossimi tre anni, per studiare gli effetti del braccialetto salvacuore: il semplice gonfiaggio e sgonfiaggio di un bracciale della pressione ad un arto, prima e dopo la riapertura della coronaria responsabile dell'infarto, potrebbe ridurre il danno finale subito dai tessuti del cuore. Le stime sono di una potenziale riduzione media del danno da infarto pari al 20 – 30%. Durante l'evento, durante il quale si è discusso di come far ripartire la ricerca alla presenza del mondo accademico e istituzionale, la Fondazione Lilly ha poi annunciato l'ambito del nuovo bando: «Nuove strategie terapeutiche e qualità della vita nelle malattie reumatiche».

Alberto Ranieri Da Caterina, che oggi è un dottorando alla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, svolgerà la sua ricerca presso l'ospedale Ospedale del Cuore "G. Pasquinucci" di Massa, che è il quinto centro in Italia per numero annuale di infarti: qui confluiscano tutti i casi dell'area nord ovest della Toscana.

Il progetto di De Caterina è stato riconosciuto come il migliore tra i 13 sottomessi quest'anno: «Si tratta di una tecnica a costo zero, se non per i costi iniziali del bracciale della pressione, che è comunque molto economico, e potrebbe ridurre fino al 30% i danni dell'infarto sul cuore» spiega lo scienziato. «Il mio studio ha l'obiettivo di fornire i dati a supporto affinché entri nella pratica clinica e sia utilizzato con i pazienti prima e dopo l'attacco cardiaco, in ambulanza e nelle ore successive».

Afferma Andrea Lenzi, coordinatore del Comitato scientifico Fondazione Lilly: «Il progetto, premiato fra una rosa di 13 proposte, è stato selezionato dal comitato che presiedo secondo le regole stringenti della peer review. I valutatori, infatti, sono stati sorteggiati da un notaio fra i migliori centri del mondo del settore ed hanno svolto una analisi comparativa in cieco. Questo è il miglior modello oggettivo e replicabile anche su vasta scala».

Sottolinea ancora Lenzi: «Il candidato ha una solida preparazione che nasce anche da sedi di studio capaci di insegnare non solo le basi teoriche ma anche la traslationalità pratica delle idee, il trasferimento tecnologico e la valorizzazione della scienza applicata nella pratica immediatamente. Formato e specializzato a Roma, il ricercatore è andato poi ad Oxford dove ha avuto questa brillante idea che però adesso svilupperà nel nostro Paese, grazie a questo premio. Gli auguro non solo una brillante carriera scientifica ma anche di sapere mettere in pratica le capacità imprenditoriali che un giovane ricercatore deve possedere».



Mediadue Comunicazione

Maria Antonietta Izza - m.izza@mediadue.it - 339 1816584