

Si segnala, inoltre, che la disciplina del PSI comprende termini e modalità di monitoraggio dei risultati conseguiti dagli enti, ai fini della certificazione dei risultati.

Tra i decreti attuativi approvati dal Governo, vi è quello che regola l'obbligo di comunicazione dei risultati dell'azione amministrativa dei politici giunti alla fine del proprio mandato. La relazione deve essere predisposta dal sindaco o dal presidente di provincia entro 90 giorni dalla scadenza del mandato e deve essere certificata dai revisori dei conti. I risultati di gestione devono essere esplicitati per ogni anno, evidenziando le entrate e uscite del bilancio dell'ente, l'entità dell'indebitamento e i rilievi ricevuti dalla Corte dei Conti. L'intento della disposizione è quindi di fornire uno strumento trasparente per l'identificazione delle responsabilità dell'amministrazione uscente, anche al fine di un corretto confronto elettorale.

In termini più ampi, secondo quanto previsto dalla legge anticorruzione<sup>52</sup> e nell'ottica di una maggiore trasparenza della dirigenza delle Pubbliche Amministrazioni, il Governo ha disposto che entro la fine del mese di gennaio 2013, tutte le amministrazioni pubbliche debbano comunicare al Dipartimento della Funzione Pubblica nomi, titoli e curricula dei soggetti a cui sono conferiti incarichi dirigenziali senza procedure selettive pubbliche (sia per gli incarichi di nuova attribuzione che per quelli conferiti in precedenza e ancora in corso). Tale comunicazione diventa obbligatoria con cadenza annuale ed è destinata agli Organismi indipendenti di valutazione nell'ambito del monitoraggio.

## La razionalizzazione del Sistema Sanitario Nazionale

La razionalizzazione della spesa pubblica ha interessato anche il comparto della sanità. Gli interventi nel settore sanitario previsti dalla *spending review* mirano a incidere sulle aree di spesa che rivelano inefficienze gestionali nell'utilizzo delle risorse. Da tali interventi si attende una riduzione dei costi di 900 milioni per il 2012, 1,8 miliardi per il 2013, 2 miliardi per il 2014 e 2,1 miliardi a decorrere dal 2015. In particolare, le disposizioni intervengono sulle seguenti aree di spesa:

- farmaceutica convenzionata: dal 2012 è ridotto il tetto di spesa consentita e incrementato lo sconto sia a carico dei farmacisti sia, in via transitoria, a carico dell'industria farmaceutica;
- farmaceutica ospedaliera: in caso di superamento del tetto di spesa è introdotto il meccanismo automatico del *pay-back*, per un importo pari al 50 per cento di tale scostamento. Sono stati, inoltre, determinati i valori percentuali riferiti al fabbisogno sanitario nazionale standard e al fabbisogno sanitario regionale standard per gli anni 2013 e 2014, pari rispettivamente al 4,8 ed al 4,4 per cento;
- beni e servizi: è ridotto del 5 per cento il corrispettivo e il volume d'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci) per tutta la durata dei contratti. La misura si applica fino al 31 dicembre 2012 per i dispositivi medici. Le aziende sanitarie dovranno proporre una rinegoziazione dei contratti di

<sup>52</sup> Commi 39 e 40 della legge n. 190/2012

fornitura, o eventualmente recedere dagli stessi, qualora il prezzo unitario concordato superi il 20 per cento del prezzo di riferimento individuato dall'Osservatorio per i contratti pubblici;

- acquisto di prestazioni da privati: è prevista la riduzione complessiva degli acquisti (volumi e corrispettivo) per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, in misura tale da ridurre progressivamente la spesa rispetto al consuntivo del 2011. Sono previsti criteri di trasparenza sulla remunerazione delle funzioni agli enti erogatori (es. pronto soccorso, programmi di prevenzione, sperimentazione ecc.).

Le Regioni dovranno adottare provvedimenti per l'efficientamento del numero standard di posti letto a carico del SSN. La misura farà scendere il riferimento dagli attuali 4 posti letto per 1.000 abitanti a 3,7 e, contestualmente, ridurrà il tasso di ospedalizzazione dal 18 al 16 per cento.

A livello di amministrazione centrale, il Ministero della Salute ha predisposto una razionalizzazione degli organi collegiali che si riducono da 30 a 8 unità, con la creazione di due comitati accorpanti le commissioni preesistenti.

#### FOCUS

##### Efficienza ospedaliera

Lo schema di regolamento sulla 'Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera', inviato dal Governo alla Conferenza Stato-Regioni dal Ministro indica il metodo di calcolo per la riduzione delle Unità operative complesse e la riconversione delle strutture ospedaliere. Al 1 gennaio 2012 in Italia erano presenti 231.707 posti letti (3,82 ogni mille abitanti) di cui 195.922 per acuti - ossia pazienti che necessitano di assistenza medica continua - (3,23 ogni mille abitanti) e 35.785 per post-acuti (0,59 ogni mille abitanti). La legge 135/2012 indica come obiettivo una media complessiva di 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui 0,7 deve essere dedicato a riabilitazione e lungo-degenti e i restanti 3 per gli acuti. Le Regioni che presentano un numero di posti letto superiore a quello previsto dai nuovi standard dovranno provvedere alla riorganizzazione. Laddove, invece, il numero dei posti letto attuali fosse inferiore, le Regioni avranno la facoltà di aumentarli fino alla soglia indicata dal Regolamento. I posti letto devono quindi arrivare in totale a 224.318. Di questi 181.879 dovranno essere per acuti (- 14.043) e fino a 42.438 per post- acuti (+ 6.635).

I calcoli si basano sulla popolazione generale di ogni Regione pesata e corretta in base alla percentuale di anziani e ai flussi di mobilità ospedaliera tra Regioni. Il correttivo tiene conto del fatto che alcune Regioni registrano una mobilità attiva, in quanto i propri ospedali attraggono pazienti residenti altrove.

Nella riforma della sanità varata dal Governo, si prevede la razionalizzazione di alcuni enti sanitari<sup>53</sup>.

E' stato istituito l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP), con il compito di promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione<sup>54</sup>. Per il finanziamento delle sue attività sono stanziati 5 milioni di euro per il 2012 e 10

<sup>53</sup> Tra queste vi è la società 'Consorzio anagrafi animali', che è soppressa e posta in liquidazione e i cui compiti affluiscono nell'Agenzia per le erogazioni in agricoltura (AGEA).

<sup>54</sup> Alla luce della *spending review*, la ragione d'essere dell'istituto è ottimizzare gli oneri per il SSN nell'erogazione delle prestazioni in favore delle popolazioni immigrate. Infatti, l'Istituto diventa il centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario.

milioni di euro a decorrere dal 2013. In più sono previsti i rimborsi delle prestazioni erogate a carico del SSN e la partecipazione a progetti anche di ricerca nazionali e internazionali.

## **V.2 SANITÀ**

Le norme in materia di contenimento della spesa pubblica hanno interessato, come in precedenza illustrato, anche il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). A queste misure di carattere economico, sono stati affiancati interventi di riorganizzazione di alcuni fondamentali elementi dal SSN e, in parte, dello stesso Ministero della Salute, al fine di affrontare le nuove sfide assistenziali in maniera più efficace.

In particolare, la riforma della sanità ha risposto all'urgenza di riassetto, in primo luogo, del sistema delle cure territoriali e, in secondo luogo, di alcuni aspetti normativi relativi al personale dipendente del SSN, in particolare del personale medico, nonché al completamento della riqualificazione e razionalizzazione dell'assistenza farmaceutica. La riforma interviene sostanzialmente modificando il Decreto Legislativo 502/1992 sul riordino della disciplina in materia sanitaria.

### **Assistenza sanitaria territoriale**

La riforma prevede la riorganizzazione delle cure primarie, stabilendo che le Regioni ridefiniscano i servizi territoriali di assistenza primaria e i processi di deospedalizzazione. In parallelo, la riforma prevede un rafforzamento dei servizi sul territorio, necessario a garantire l'erogazione dell'assistenza sanitaria in condizioni di efficienza e appropriatezza.

Tra i punti qualificanti del riordino dei servizi territoriali di assistenza primaria spettante alle Regioni vi è l'integrazione tra forme organizzative 'monoprofessionali' (aggregazioni funzionali territoriali) e 'multiprofessionali' (unità complesse di cure primarie). Ciò favorirà un coordinamento operativo tra i medici di medicina generale, i pediatri, gli specialisti ambulatoriali, che potranno associarsi secondo modelli individuati dalle Regioni anche al fine di decongestionare gli ospedali.

La riorganizzazione tende a garantire l'attività di assistenza per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Così per le unità complesse o multi professionali, le Regioni sono invitate a privilegiare la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata (tutti i giorni) con idonea turnazione, in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere.

La norma prevede che restino invariati i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali, quindi l'estensione del servizio non avrà ripercussione sul bilancio sanitario delle Regioni. Più in generale, le forme organizzative dovranno essere predisposte nei limiti delle disponibilità finanziarie per il SSN assegnate alle Regioni.

Sempre nei limiti delle disponibilità finanziarie destinate per il SSN, la riforma esplicita i principi normativi che regolano la stipula degli accordi collettivi

nazionali<sup>55</sup> per il personale convenzionato: *i*) la libera scelta del medico da parte dell'assistito; *ii*) la regolamentazione della libera professione a opera della convenzione; *iii*) la preferenza nell'accesso alle attività incentivate (previste dagli accordi integrativi) a favore dei medici che non esercitano attività di libera professione strutturata nei confronti dei propri assistiti; *iv*) la cessazione del rapporto convenzionale con il SSN nel caso di libera professione; *v*) la garanzia di continuità nell'assistenza; *vi*) la ridefinizione della struttura del compenso spettante al medico e la prevenzione dei conflitti d'interesse; *vii*) la disciplina dell'accesso alle funzioni di medico di medicina generale; *viii*) le modalità attraverso le quali le USL individuano gli obiettivi, i programmi, i livelli di spesa programmatici dei medici singoli o associati. In particolare, gli oneri delle convenzioni sono definiti dalla legge di stabilità, sulla base di un atto d'indirizzo del Governo.

Per le esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale, le Regioni potranno mettere in atto processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie con ricollocazione presso altre aziende sanitarie della Regione situate al di fuori dell'ambito provinciale. Questa mobilità è sottoposta all'accertamento preventivo delle situazioni di eccedenza, ovvero di disponibilità di posti, per effetto della predetta riorganizzazione da parte delle aziende sanitarie.

La riforma rivede anche la disciplina di accesso alla professione sanitaria per alcune categorie di medici. Per il ruolo unico di medico di medicina generale e per quello di pediatra di libera scelta, l'accesso alla professione avverrà attraverso una graduatoria unica per titoli, predisposta annualmente a livello regionale. Per l'accesso alle funzioni di specialista ambulatoriale<sup>56</sup> l'accesso avverrà invece secondo graduatorie provinciali esclusive per titolo di specializzazione.

La riforma sancisce poi il trasferimento delle competenze per l'assistenza ai marittimi e al personale dell'aviazione civile dal Ministero della Salute alle Regioni. Il trasferimento esclude la certificazione delle competenze in materia di primo soccorso sanitario e di assistenza medica a bordo di navi mercantili.

In merito alla promozione dell'integrazione sanitaria dei cittadini stranieri detenuti negli Istituti di pena italiani, attraverso il pieno accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), anche durante il periodo di detenzione il Governo ha curato un Progetto 'Salute senza barriere' finanziato dal FEI (Fondo Europeo per l'Integrazione dei cittadini dei Paesi Terzi)<sup>57</sup>. Nell'ambito dell'attuazione della Riforma della medicina penitenziaria, l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti (INMP) ha inoltre firmato un protocollo d'intesa per la collaborazione con il Forum Nazionale per la salute in carcere<sup>58</sup>.

<sup>55</sup> Modificando il D.Lgs. 502/1992 sul riordino della disciplina in materia sanitaria.

<sup>56</sup> Ad esempio medico, odontoiatra, biologo, chimico, psicologo, medico veterinario.

<sup>57</sup> Tre sono gli obiettivi specifici degli interventi: *i*) crescita della consapevolezza di detenuti e operatori sul diritto all'assistenza sanitaria in carcere, sul funzionamento del SSN e sulla conoscenza della riforma della medicina penitenziaria; *ii*) miglioramento della capacità di presa in carico dei bisogni di salute della popolazione straniera detenuta; *iii*) mappatura dello stato di attuazione del trasferimento delle competenze della salute in carcere dal Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria (DAP) al SSN.

<sup>58</sup> Il Progetto, avviato a maggio 2012, ha durata annuale e coinvolge nove Istituti di pena e relative ASL, in altrettante Regioni del Nord, del Centro e del Sud Italia. Sono previsti seminari informativi residenziali, rivolti anche al personale sanitario e un monitoraggio dell'applicazione della riforma della medicina penitenziaria.

## Livelli essenziali di assistenza

Al fine di assicurare la tutela della salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza, la riforma ha previsto un Decreto Ministeriale per aggiornare i livelli essenziali di assistenza (Lea) previsti dall'art. 1 del D.L. 502/1992. L'aggiornamento tiene conto delle nuove patologie emergenti con riferimento prioritario alle malattie croniche, alle malattie rare e alle persone affette da ludopatia<sup>59</sup>.

Per la formulazione della proposta di aggiornamento è stata creata una rete di referenti regionali per valutare le esigenze dei cittadini e delle amministrazioni. Per alcune patologie di particolare complessità sono stati creati specifici gruppi di lavoro che hanno approfondito le relative problematiche<sup>60</sup>. A tal fine lo schema di decreto in predisposizione potrà prevedere oltre 110 nuove malattie rare e includere nei Lea alcune nuove patologie croniche<sup>61</sup>.

Potranno anche essere introdotte misure per favorire l'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale e per conseguire una riduzione degli oneri a carico del SSN per livello di assistenza. In particolare, le Regioni dovranno attivare programmi di verifica sistematica dell'appropriatezza prescrittiva e di erogazione dell'assistenza specialistica ambulatoriale effettuando nello specifico un controllo sulle ricette. Per favorire lo svolgimento dei controlli, si prevede l'obbligo del medico che prescrive d'indicare nella ricetta il quesito o il sospetto diagnostico che motiva la prescrizione, pena l'inutilizzabilità della ricetta stessa. Andranno anche segnalate le 'indicazioni prioritarie' per la prescrizione di prestazioni di diagnostica strumentale per evitare indicazioni inappropriate.

A dicembre 2012 è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il riparto delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2012. Il Governo ha sottolineato come la ripartizione dei fondi destinati sia stata volta alla realizzazione degli obiettivi prioritari e di rilevanza nazionale, tra cui la non autosufficienza, i fondi destinati ai malati di Sla, ai pazienti in stato vegetativo (240 milioni di euro). Tra gli obiettivi vi sono anche 50 milioni per interventi destinati al contrasto degli effetti sulla salute connessi alla povertà e al basso reddito.

<sup>59</sup> Definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come la patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita di denaro. Il provvedimento elaborato dal Ministero della Salute che attua l'aggiornamento dei Lea include esplicitamente le persone affette da ludopatia tra coloro cui sono rivolti i servizi territoriali per le dipendenze (SERT, Centri diurni, ecc.) già attivi nelle ASL. Si afferma il principio che le persone con ludopatia hanno diritto ad accedere al SSN per ricevere le prestazioni di cui hanno bisogno, al pari dei soggetti con altre forme di dipendenze patologiche, senza che questo comporti ulteriori oneri dal momento che le Regioni non saranno tenute a istituire servizi *ad hoc*.

<sup>60</sup> Il coinvolgimento di numerosi specialisti ed esperti è avvenuto in riferimento alla malattia diabetica, alle malattie dell'apparato respiratorio, alle malattie reumatologiche, nefrologiche e gastroenterologiche.

<sup>61</sup> Le nuove patologie croniche sono: *i*) le Broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) al II stadio (moderato), III stadio (grave), e IV stadio (molto grave), comunemente conosciute come enfisema polmonare e bronchite cronica; *ii*) le Osteomieliti croniche, cioè malattie croniche infiammatorie delle ossa; *iii*) le Patologie renali croniche (con valori di creatinina clearance stabilmente inferiori a 85 ml/min); *iv*) il Rene Policistico Autosomico Dominante; *v*) la Sarcoidosi al II, III e IV stadio, cioè malattie che interessano più tessuti e organi con formazioni di granulomi e che comportano problemi polmonari, cutanei e oculari; *vi*) la Sindrome da Talidomide. Viene prevista nei Lea anche la maggiore diffusione dell'analgesia epidurale, prevedendo che le Regioni individuino nel proprio territorio le strutture che effettuano tali procedure e che sviluppino appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo delle procedure stesse.

## Digitalizzazione della sanità

La riforma della sanità ha dato nuovo slancio allo sviluppo dell'ICT quale strumento irrinunciabile per l'aggregazione funzionale e per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere. Così lo sviluppo ulteriore del cosiddetto 'Sistema Tessera Sanitaria' contribuirà a migliorare in modo significativo la capacità di monitoraggio e controllo della spesa e la verifica dell'appropriatezza prescrittiva. Tale Sistema, finalizzato al monitoraggio tempestivo e omogeneo delle prescrizioni mediche, è stato potenziato ai fini della verifica puntuale delle condizioni reddituali per le esenzioni dal ticket sanitario, attraverso l'interconnessione telematica con i Sistemi Informativi dell'Agenzia delle Entrate, dell'INPS e del Ministero del Lavoro. Al fine, poi, di conseguire la disponibilità in tempo reale delle informazioni, il vigente ordinamento prevede l'ulteriore evoluzione del Sistema per la realizzazione della ricetta elettronica e la dematerializzazione del modulo cartaceo; sono in corso le attività per la progressiva realizzazione del progetto in tutte le Regioni.

Il Governo ha inoltre creato la nuova area *Open Data* del portale del Ministero della Salute<sup>62</sup> dedicata alla valorizzazione, promozione e diffusione di dati pubblici prodotti dal Ministero stesso. I dati sono disponibili in formato aperto, standardizzato e leggibili informaticamente per facilitare la loro consultazione e incentivare il loro utilizzo.

## Esercizio dell'attività libero professionale intramuraria

Sono state introdotte nuove norme in materia di attività professionale *intramoenia* dei medici. Le aziende sanitarie dovranno procedere a una definitiva ricognizione degli spazi disponibili per le attività libero-professionali. Gli spazi ambulatoriali potranno essere acquisiti anche tramite l'acquisto o la locazione presso strutture sanitarie autorizzate non accreditate o attraverso la stipula di convenzioni con altri soggetti pubblici.

Entro il 31 marzo 2013 dovrà essere attivata l'infrastruttura di rete per il collegamento, in voce o in dati, tra l'ente o l'azienda e le singole strutture nelle quali sono erogate le prestazioni di attività libero professionale intramuraria. La riforma ha, inoltre, stabilito che le autorizzazioni concesse per l'attività *interamoenia* allargata agli studi professionali esauriscano la loro validità al 31 dicembre 2012. Oltre questa data, l'autorizzazione è prorogata fino all'attivazione del collegamento dello studio professionale all'infrastruttura di rete. Il Governo ha adottato il decreto attuativo in cui sono definite le regole tecniche per la realizzazione della infrastruttura di rete<sup>63</sup>. Questa infrastruttura è realizzata fornendo al professionista accesso telefonico al sistema del Centro Unico

<sup>62</sup> I primi set di dati disponibili riguardano le ASL e la relativa popolazione, i prodotti fitosanitari (una delle sezioni più visitate del portale), le farmacie, le parafarmacie, i depositi e i grossisti di medicinali, i 50 medicinali senza obbligo di prescrizione o da banco più venduti, gli stabilimenti di trasformazione alimentare, l'elenco dei dispositivi medici. Per ulteriori informazioni, si rimanda al sito: [www.dati.salute.gov.it](http://www.dati.salute.gov.it)

<sup>63</sup> Il decreto prevede una disposizione regionale che precisi le funzioni e le competenze dell'azienda sanitaria e del professionista. Attraverso la rete, la Regione garantirà l'espletamento del servizio di prenotazione, l'inserimento obbligatorio e la comunicazione, in tempo reale, all'azienda sanitaria competente dei dati relativi all'impegno orario del sanitario, ai pazienti visitati, alle prescrizioni e agli estremi dei pagamenti, anche in raccordo con le modalità di realizzazione del fascicolo sanitario elettronico.

Prenotazione, ove esistente, o ad altro sistema dell'azienda sanitaria per le prenotazioni.

Entro il 31 aprile 2013 il pagamento di tutte le prestazioni dovrà essere corrisposto al competente ente o azienda del SSN, assicurando così la tracciabilità della corresponsione di qualunque importo. Allo stesso tempo dovrà essere adottato un programma sperimentale che preveda lo svolgimento dell'attività *intramoenia* presso gli studi privati dei professionisti collegati in rete. Il collegamento in rete fra studi privati e aziende sanitarie dovrà avvenire previa sottoscrizione di una convenzione rinnovabile annualmente tra il professionista interessato e l'azienda sanitaria di appartenenza. Il programma sperimentale dovrà essere verificato entro febbraio 2015, quando ciascuna Regione o provincia autonoma potrà consentire in via permanente e ordinaria, lo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria presso gli studi collegati in rete.

L'attività d'*intramoenia* non potrà essere svolta presso studi professionali collegati in rete nei quali operino anche professionisti non dipendenti o non convenzionati del SSN, ovvero dipendenti non in regime di esclusività, salvo deroga dell'azienda del SSN e a condizione che sia garantita la completa tracciabilità delle singole prestazioni, senza oneri economici per il SSN.

È stata infine prevista una revisione delle tariffe al fine di comprendere gli importi che consentano di coprire per ogni prestazione i compensi del professionista e i costi dell'*equipe*, delle apparecchiature e della struttura nonché dei costi diretti e indiretti sostenuti dalle aziende sanitarie, anche per la realizzazione dell'infrastruttura di rete. Sugli importi che l'assistito corrisponde al libero professionista, l'azienda o ente competente del SSN tratterrà il 5 per cento vincolato a interventi di prevenzione e alla riduzione delle liste d'attesa.

## FOCUS

### Trasparenza nella dirigenza sanitaria e responsabilità professionale

La riforma interviene sulle modalità di nomina dei direttori generali delle aziende e degli enti del SSR (Servizio Sanitario Regionale) da parte delle Regioni. Nella nomina dei direttori generali, le Regioni dovranno attingere a un elenco regionale d'idonei della stessa o di altre Regioni, costituito previo avviso pubblico, attraverso una procedura selettiva secondo modalità e criteri individuati dalle Regioni. La commissione giudicatrice sarà composta da esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche, indipendenti dalla Regione. Alla procedura potranno accedere solo coloro che documenteranno, oltre ai titoli richiesti, un'adeguata esperienza dirigenziale nel settore. Saranno, inoltre, garantite idonee misure di pubblicità, anche sul web, dei bandi, delle nomine e dei curricula, oltre che di trasparenza nella valutazione degli aspiranti alla nomina. L'aggiornamento dell'elenco deve essere eseguito almeno ogni due anni.

Per i primari, i dirigenti ospedalieri, i medici e sanitari di strutture complesse, viene istituita una procedura selettiva affidata ai primari della stessa disciplina, ma non della stessa ASL, sorteggiati a livello nazionale. Il direttore generale dovrà scegliere il primario necessariamente entro la rosa dei primi tre candidati. Per consentire il sorteggio, saranno costituiti entro tre mesi elenchi regionali dei primari, per singole discipline, e l'elenco nazionale sarà la sommatoria degli elenchi regionali.

Le Regioni dovranno prevedere l'istituzione nelle aziende e negli enti del SSR, del Collegio di direzione quale organo dell'azienda. Tale collegio è incaricato al governo delle attività cliniche e partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la formazione e l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria.

Le Regioni devono concordare in sede di Conferenza delle Regioni e delle Provincie

autonome, i criteri e i sistemi per la valutazione dell'attività dei direttori generali, che dovranno essere definiti sulla base degli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi previsti nel quadro della programmazione regionale. In merito alle responsabilità di gestione, nell'ipotesi di grave inadempienza da parte dei direttori generali, oltre alla loro destituzione, la riforma prevede la decurtazione della retribuzione di risultato pari ad almeno il 20 per cento.

Il Governo è intervenuto sulla disciplina di alcuni aspetti della responsabilità professionale degli esercenti professioni sanitarie, sia medico che non medico. L'obiettivo è quello di garantire un'adeguata copertura assicurativa delle responsabilità civili di tutto il personale sanitario per le eventuali conseguenze derivanti da azioni giudiziarie di terzi con giusto diritto di risarcimento. La legge ha previsto espressamente un regolamento governativo per attuare il principio dell'obbligo del professionista di stipulare, a tutela del cliente, un'adeguata assicurazione per i rischi derivanti dall'esercizio dell'attività professionale. La riforma rende obbligatoria l'assicurazione anche per le strutture sanitarie.

È prevista poi l'istituzione di un fondo di garanzia e di un fondo per il rischio terapeutico nonché di un osservatorio degli errori medici e del contenzioso medico-paziente. In particolare, il fondo atto a garantire idonee coperture assicurative, verrà finanziato con il contributo dei professionisti e delle assicurazioni, in misura percentuale sui premi incassati, comunque non superiore al 4 per cento.

In materia di responsabilità civile, la riforma prevede la riduzione dei tempi di prescrizione, una graduazione della colpa grave, la possibilità di rivalsa solo in caso di dolo e la conciliazione civile obbligatoria. Nel valutare la responsabilità dei professionisti, ed eventualmente determinare il risarcimento del danno, il giudice dovrà tenere conto della conformità dell'operato del personale sanitario alle linee guida e le buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale. La riforma prevede anche un regime di responsabilità per contenere il fenomeno della cosiddetta 'medicina difensiva', ossia la prescrizione di esami diagnostici inappropriati al solo scopo di evitare responsabilità civili, con gravi conseguenze sia sulla salute dei cittadini, sia sull'aumento delle liste di attesa e dei costi a carico delle aziende sanitarie.

## **Prevenzione sanitaria**

In materia di prevenzione, la riforma rafforza il divieto di vendita di prodotti del tabacco a tutti i minori di 18 anni, e non più, come la normativa precedente prescriveva, ai minori di 16 anni. Da gennaio 2013, chiunque venda tabacchi deve chiedere il documento d'identità salvo che la maggiore età dell'acquirente non sia manifesta. La sanzione per il tabaccaio che non rispetta il divieto va da 250 a 1.000 euro, nel caso di recidiva la sanzione sale da 500 a 2000 euro, fino alla sospensione, per tre mesi, della licenza. Entro ottobre 2013, anche i distributori automatici per la vendita di prodotti del tabacco dovranno essere dotati di un sistema automatico di rilevamento dell'età. Simili sanzioni amministrative pecuniarie sono previste anche per chi viola il divieto di vendita di bevande alcoliche a minori di 18 anni.

Al fine di contenere la diffusione delle dipendenze dalla pratica di gioco con vincite in denaro, il Governo ha previsto una serie di misure prevalentemente destinate ai minori. Tra queste, vi è il divieto di trasmettere messaggi pubblicitari relativi ai giochi (anche *on line*) con vincite di denaro nelle trasmissioni televisive,



radiofoniche, teatrali, cinematografiche rivolte a minori. La riforma vieta, inoltre, ai minori di 18 anni l'ingresso nelle aree destinate al gioco con vincite in denaro<sup>64</sup>.

Il Governo ha poi predisposto un piano annuale di controlli su tutto il territorio per contrastare il gioco minorile. La riforma, infatti, prevede almeno diecimila controlli su base annuale nei confronti degli esercizi presso i quali sono installati gli apparecchi di gioco o dove sono svolte attività di scommessa collocati in prossimità degli istituti scolastici primari e secondari, di strutture sanitarie e ospedaliere, di luoghi di culto.

Al fine di salvaguardare la salute dei cittadini che praticano un'attività sportiva non agonistica o amatoriale, il Governo ha reso obbligatoria la certificazione medica, nonché l'adozione da parte di società sportive, sia professionistiche sia dilettantistiche, di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita.

La riforma prevede anche una serie di norme che mirano a garantire la sicurezza alimentare ai consumatori attraverso l'attribuzione agli Enti Locali del controllo sugli stabilimenti di produzione e confezionamento.

È inoltre introdotto l'obbligo di avviso ai consumatori, con appositi cartelli affissi nei punti vendita, sulle corrette condizioni d'impiego per il consumo di latte crudo e pesce crudo e bevande analcoliche<sup>65</sup>.

## Farmaci

La riforma della sanità attuata dal Governo dedica ampio spazio alla farmaceutica. Ad esempio, le regole sulle autorizzazioni inerenti ai farmaci omeopatici sono precisate e semplificate, mantenendo le necessarie garanzie di qualità e sicurezza.

Indipendentemente dall'inserimento nei prontuari terapeutici ospedalieri o regionali, le Regioni dovranno assicurare l'immediata disponibilità agli assistiti dei medicinali a innovatività terapeutica di particolare rilevanza<sup>66</sup> - a carico del SSN ed erogati attraverso gli ospedali e le aziende sanitarie locali. Sono previste inoltre misure finalizzate a garantire che i farmaci innovativi, riconosciuti dall'AIFA come rimborsabili dal SSN, siano tempestivamente messi a disposizione delle strutture sanitarie di tutte le Regioni italiane.

Le Regioni sono tenute ad aggiornare con periodicità almeno semestrale i prontuari terapeutici ospedalieri e ogni altro strumento analogo regionale allo scopo di razionalizzare l'impiego dei farmaci da parte delle strutture pubbliche, di consolidare prassi assistenziali e di guidare i clinici in percorsi diagnostico-terapeutici specifici.

Entro giugno 2013 l'AIFA dovrà provvedere a una revisione straordinaria del Prontuario farmaceutico nazionale. Viene, inoltre, disposto l'aggiornamento del Prontuario farmaceutico nazionale per eliminare farmaci obsoleti e dare più

<sup>64</sup> Quali le sale in cui sono installati i videoterminali per il gioco in denaro e i punti di vendita in cui si eserciti come attività principale quella di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi. Il titolare dell'esercizio commerciale, del locale ovvero del punto di offerta del gioco con vincite in denaro è tenuto a identificare ed escludere i minorenni.

<sup>65</sup> Nell'ambito della ristorazione collettiva, comprese le mense scolastiche, la legge vieta la somministrazione di latte crudo e crema cruda.

<sup>66</sup> Secondo il giudizio della Commissione tecnico scientifica dell'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA).

spazio ai farmaci innovativi. Si prevede la sperimentazione, da parte delle Regioni, di nuove modalità di confezionamento dei farmaci per eliminare sprechi di prodotto e meccanismi impropri di prescrizione e per facilitare la personalizzazione del confezionamento stesso.

Le aziende titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio di un farmaco e le aziende responsabili della commercializzazione dei medicinali devono trasmettere i dati di vendita, ai fini della predisposizione della banca dati centrale finalizzata a monitorare le confezioni dei medicinali all'interno del sistema distributivo<sup>67</sup>.

La riforma prevede che nella prescrizione di un farmaco compaia il nome del principio attivo, cioè il nome della sostanza, contenuta nel farmaco, che possiede le proprietà terapeutiche. Il medico avrà comunque la facoltà di aggiungere, anche il nome commerciale di un farmaco, specificando sulla ricetta che esso non è sostituibile, ma in tal caso dovrà giustificare con una sintetica motivazione scritta<sup>68</sup>. Ciò potrà essere monitorato attraverso le funzionalità della ricetta elettronica, rese disponibili dal Sistema Tessera Sanitaria.

Sul regime di vendita dei medicinali appartenenti alla classe C, cioè a totale carico del cittadino, il Governo ha predisposto il decreto che individua i medicinali che dovranno continuare a essere venduti su ricetta medica e che, pertanto, i cittadini potranno trovare solo nelle farmacie<sup>69</sup>. Per gli altri farmaci è riconosciuta la possibilità di vendita senza ricetta, anche negli esercizi commerciali (parafarmacie, grande distribuzione, ecc.).

## FOCUS

### Edilizia sanitaria

Per far fronte alla scarsità delle risorse destinate all'edilizia sanitaria, la riforma potenzia le norme che regolano il partenariato pubblico-privato in materia di edilizia sanitaria ampliando la possibilità di collaborazione tra investitore privato e azienda sanitaria pubblica. La procedura dei lavori di ristrutturazione e di adeguamento, nonché di realizzazione di strutture ospedaliere, può prevedere la cessione all'aggiudicatario, come componente del corrispettivo, di strutture ospedaliere da dismettere, anche nel caso questo comporti il cambiamento di destinazione d'uso.

È stato poi accelerato e facilitato l'utilizzo delle risorse, già destinate alla creazione di strutture socio-sanitarie, per trasferire i pazienti attualmente ospitati negli ospedali psichiatrici giudiziari di cui è stata recentemente stabilita per legge la chiusura definitiva.

<sup>67</sup> Secondo le modalità previste dal Decreto del Ministro della salute 15 luglio 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 2 del 4 gennaio 2005.

<sup>68</sup> Resta ferma la possibilità per il paziente di richiedere al farmacista un medicinale, sia equivalente che di marca, con lo stesso principio attivo ma con un costo più alto, pagando a proprie spese la differenza di prezzo rispetto al farmaco meno costoso (Decreto 'Cresci Italia', articolo 11 comma 12).

<sup>69</sup> La maggior parte di questi farmaci appartiene alle quattro categorie di medicinali per le quali è stato lo stesso decreto-legge a escludere la possibilità del passaggio alla vendita senza ricetta: si tratta dei medicinali stupefacenti, degli iniettabili, dei medicinali del sistema endocrino e di tutti i medicinali per i quali è previsto il più rigoroso regime della vendita dietro presentazione di ricetta medica, da rinnovare volta per volta.

## V.3 EDUCAZIONE E RICERCA

### Aluto alle scuole

Al fine di creare procedure più semplici e tempestive per trasferire risorse alle scuole, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) ha provveduto a dare respiro ai bilanci degli istituti scolastici più in difficoltà all'interno di un ampio piano, elaborato nel corso del 2012 per semplificare le procedure amministrative e trasferire con maggiore tempestività le risorse dall'amministrazione centrale alle scuole. Attraverso un'attenta verifica dei debiti di tutte le scuole italiane, il MIUR ha individuato gli istituti che, dopo aver anticipato con risorse proprie i pagamenti delle supplenze e di altre spese per il personale, si sono trovati a dover gestire le maggiori difficoltà di bilancio. Le scuole in questione sono 1.076, su un totale di oltre 9 mila e a esse saranno assegnati, complessivamente, 54,4 milioni di euro. In media ogni scuola beneficerà di oltre 50 mila euro. A partire dal 2013, tutti i fondi potranno essere messi a disposizione delle scuole con un solo decreto ministeriale, da emanare già nel mese di gennaio, in modo da garantire risorse certe nei tempi necessari per programmare le attività amministrative e didattiche per l'intero anno solare.

### La valutazione del sistema scolastico

A marzo 2013 è stato definitivamente varato il Regolamento del Sistema Nazionale di Valutazione delle scuole pubbliche e delle istituzioni formative accreditate dalle Regioni (Progetto VALeS)<sup>70</sup>. L'Italia si allinea così agli altri Paesi Europei sul versante della valutazione dei sistemi formativi pubblici, e risponde agli impegni assunti nel 2011 con l'Unione europea, in vista della programmazione dei fondi strutturali 2014/2020.

Il Sistema Nazionale di Valutazione ha lo scopo di:

- migliorare la qualità dell'offerta scolastica e gli esiti formativi ed educativi degli studenti;
- aiutare ogni scuola a tenere sotto controllo gli indicatori di efficacia e di efficienza del proprio servizio;
- fornire all'Amministrazione scolastica le informazioni utili a progettare azioni di sostegno per le scuole che necessitano di supporto;
- valutare i dirigenti scolastici e offrire alla società civile e ai decisori politici la dovuta rendicontazione sulla effettiva qualità del sistema d'istruzione e formazione.

<sup>70</sup> Il Regolamento adottato dà attuazione alla delega conferita al Governo con il D.L. 225/2010 convertito in L. n.10/2011 e costituisce un rilevante passo avanti nel percorso cominciato con il D.Lgs. 286 del 2004. Il Regolamento ha concluso il suo iter di approvazione avviato il 24 agosto 2012, data in cui è stato presentato in prima lettura al CdM. Il Regolamento adottato recepisce le osservazioni e le proposte contenute nei pareri del Consiglio nazionale della pubblica istruzione, della Conferenza unificata, del Consiglio di Stato e della VII Commissione del Senato.

## Il Sistema Nazionale di Valutazione

Il Sistema Nazionale di Valutazione (S.N.V.) viene attuato: *i)* dall'INVALSI (Istituto nazionale per la valutazione del sistema d'istruzione e formazione), che predispone tutti gli adempimenti necessari per l'autovalutazione e la valutazione esterna delle scuole; *ii)* dall'Istituto nazionale di documentazione, innovazione e ricerca educativa (INDIRE), che può supportare le scuole nei piani di miglioramento; *iii)* da un contingente d'ispettori nominati dal Ministro dell'Istruzione che ha il compito di guidare i nuclei di valutazione esterna. L'INVALSI svolge anche il coordinamento funzionale del S.N.V.

Il procedimento di valutazione si snoda attraverso quattro fasi essenziali:

*i)* Autovalutazione delle istituzioni scolastiche, effettuata sulla base di un quadro di riferimento comune e delle risultanze delle banche dati (del Ministero dell'istruzione e dell'INVALSI) messe a disposizione dal sistema informativo tramite il fascicolo 'Scuola in chiaro', dalla restituzione dei dati sulle rilevazioni degli apprendimenti dell'INVALSI e dai dati già a disposizione delle istituzioni scolastiche derivanti da autonomi processi di autovalutazione. Ogni scuola ha il compito di redigere un rapporto di autovalutazione, secondo un formato elettronico comune a livello nazionale definito dal MIUR, nonché di predisporre un piano di miglioramento. L'INVALSI presterà supporto ai processi di autovalutazione delle scuole, fornendo loro strumenti di analisi e di documentazione.

*ii)* Valutazione esterna, da parte di nuclei ispettivi coordinati da un dirigente tecnico sulla base di protocolli, indicatori e programmi definiti dall'INVALSI, con la conseguente validazione o ridefinizione dei piani di miglioramento da parte delle istituzioni scolastiche.

*iii)* Azioni di miglioramento, con l'eventuale sostegno dell'INDIRE, di Università e di enti, associazioni scelti dalle scuole stesse.

*iv)* Rendicontazione pubblica dei risultati del processo, secondo una logica di trasparenza, di condivisione e di miglioramento del servizio scolastico. I risultati saranno pubblicati sul sito 'Scuola in chiaro'.

Non sono previste premialità per le scuole che raggiungono i risultati migliori, ma finanziamenti per tutti gli istituti partecipanti, rapportati agli obiettivi da raggiungere. Alle scuole in difficoltà sarà dunque garantito un maggiore supporto per sostenere il piano di miglioramento. Inoltre l'OCSE collaborerà in tutte le fasi, per assicurare l'allineamento dell'esperienza italiana con il panorama internazionale.

Il S.N.V. svolgerà le sue funzioni anche nei confronti del sistema d'istruzione e formazione professionale di competenza delle Regioni, secondo linee guida che dovranno essere condivise in sede di Conferenza unificata.

Sono più di 1300 le istituzioni scolastiche che, durante l'anno scolastico 2012/2013 stanno già seguendo in via sperimentale questo percorso. Sono 300 le scuole selezionate per il progetto VALeS (che hanno il compito di sperimentare le fasi e gli strumenti previsti nel Regolamento). A queste, si aggiungono ulteriori 200 scuole che hanno chiesto di aderire al progetto in modo autonomo e senza finanziamenti. Inoltre, vi sono 850 dirigenti scolastici di nuova nomina che hanno intrapreso, nel periodo di formazione e tirocinio, la redazione di un primo rapporto di autovalutazione sulla propria scuola. Tra gennaio e marzo 2013 tutti i dirigenti delle scuole italiane e i docenti referenti per la valutazione (oltre 20.000 fra dirigenti e referenti), hanno partecipato a seminari di presentazione generale del Regolamento e degli specifici strumenti di lavoro già a disposizione delle scuole che intendano intraprendere in autonomia la prima fase di autovalutazione.

In merito al progetto VALeS, entro il 15 di maggio 2013 le scuole partecipanti consegneranno un rapporto di autovalutazione sulla base delle informazioni derivanti da diverse banche dati (in particolare prove INVALSI e 'Scuola in chiaro') nonché dai dati raccolti con il questionario scuola e con i questionari di percezione per studenti, genitori e docenti (tutti i dati della scuola saranno comparati su base provinciale, regionale e nazionale, per poter avere un punto di confronto esterno). Fra i mesi di ottobre e novembre,

i nuclei di valutazione esterna (un ispettore, un dirigente, un esperto di valutazione esterno al mondo della scuola), selezionati dall'INVALSI in seguito alla pubblicazione di un bando, si recheranno nelle scuole. I nuclei verificheranno la scuola sulla base del processo di autovalutazione attivato e valideranno il rapporto di autovalutazione presentato. Entro dicembre 2013 la scuola presenterà il rapporto di autovalutazione definitivo con gli obiettivi di miglioramento concordati e i risultati attesi dalla realizzazione del piano di miglioramento. Dopo due anni, i nuclei di valutazione ritorneranno nella scuola per verificare i risultati effettivi determinati dalla realizzazione del piano di miglioramento.

Nell'ambito del progetto, particolare rilievo assume lo sviluppo di un sistema di valutazione specifico per il dirigente scolastico. La valutazione del dirigente farà riferimento a opportuni indicatori individuati all'interno delle seguenti macro-aree: direzione, coordinamento e valorizzazione delle risorse umane, organizzazione e gestione delle risorse finanziarie e strumentali, promozione della qualità dei processi interni alla comunità professionale, sviluppo delle innovazioni, attenzione alle famiglie e alla comunità sociale, collaborazione con i soggetti istituzionali, culturali, professionali, sociali ed economici del territorio.

Tutte le scuole che hanno presentato la propria candidatura per partecipare alla prima sperimentazione (progetto VALES, cfr. focus), rimaste escluse dalla selezione, possono usufruire, comunque, degli strumenti di autovalutazione messi a disposizione dall'INVALSI. Al fine di definire in modo integrato il piano di miglioramento della scuola e gli obiettivi di risultato della dirigenza scolastica, sono organicamente inserite, nelle relative attività, sia la valutazione delle scuole sia la valutazione dei dirigenti scolastici.

Obiettivo delle prove INVALSI è migliorare e rendere più omogenea la qualità della scuola italiana, elaborando valutazioni oggettive e mettendo a disposizione delle istituzioni e delle singole scuole i risultati. In particolare, nel caso dei singoli istituti, questo meccanismo dà la possibilità di avviare processi di valutazione e autovalutazione, individuando sia gli elementi positivi da conservare, sia quelli negativi sui quali intervenire per risolverli. Negli ultimi anni l'INVALSI ha messo a punto un sistema di comunicazione grazie al quale ciascuna scuola riceve i risultati dei propri alunni, con i dati disaggregati delle singole classi e la distribuzione delle risposte domanda per domanda. Nel 2012 le prove INVALSI sono state effettuate per la prima volta in tutte le scuole del Paese, statali e paritarie. I risultati confermano, almeno in parte, quanto già emerso nelle rilevazioni degli anni precedenti, con le Regioni del Nord che registrano risultati migliori rispetto al Mezzogiorno. Fanno eccezione Puglia, Abruzzo e Basilicata che, specie nel primo ciclo d'istruzione, hanno nel tempo ridotto la distanza rispetto al dato nazionale di qualche punto percentuale, fino a raggiungere in alcuni casi i livelli medi del Paese. Per il resto, i risultati sottolineano come i divari geografici tendano ad aumentare nei diversi livelli d'istruzione e divengono sempre più consistenti al crescere dell'età degli studenti. Rimane ancora consistente lo svantaggio del Sud, e in parte del Centro, rispetto al Nord per quanto riguarda la scuola secondaria di secondo grado. In termini percentuali, il divario supera di 12 punti la media per quanto riguarda l'Italiano e di 11 punti per la Matematica. In particolare, la divaricazione tra Nord, Centro e Sud, tranne le eccezioni citate, inizia con la scuola secondaria di primo grado.

A fine 2012 sono state emanate le nuove indicazioni nazionali per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione. Sono state stabilite conoscenze, abilità e competenze che gli studenti devono acquisire a

conclusione della scuola dell'infanzia, della scuola primaria e della scuola secondaria di primo grado. In tal modo la scuola di base italiana - statale e paritaria - dispone di un documento unico che consente a tutte le comunità scolastiche di organizzare le attività educative e didattiche per conseguire l'insieme delle competenze fondamentali. È prevista anche la costituzione di un Comitato scientifico nazionale per l'attuazione delle indicazioni nazionali e il miglioramento continuo dell'insegnamento. Il Comitato sarà incaricato d'indirizzare, sostenere e valorizzare le iniziative di formazione e di ricerca in modo da aumentare l'efficacia dell'insegnamento.

### **La valutazione del sistema universitario**

La nuova normativa sull'accREDITAMENTO delle università e dei corsi di laurea<sup>71</sup> prevede un accREDITAMENTO iniziale - indispensabile affinché le università possano ospitare ed attivare i corsi - e un accREDITAMENTO periodico, fissato in 5 anni per le sedi universitarie e 3 anni per i singoli corsi, al termine dei quali dovrà essere verificata la rispondenza ai requisiti che hanno permesso di ottenere il primo accREDITAMENTO.

I parametri da considerare riguardano: la trasparenza, i requisiti di qualità, tra i quali rientra il coinvolgimento attivo degli studenti, i requisiti di struttura, che comprendono sia le strutture messe a disposizione dei singoli corsi (aule, laboratori, ecc.) che quelle di corsi di studio afferenti a medesime strutture di riferimento (dipartimenti, strutture di raccordo quali biblioteche, aule studio, ecc.)<sup>72</sup>.

Inoltre, ciascun corso di laurea dovrà avere almeno 3 docenti nell'anno accademico in corso, che diventeranno 12 a regime, nell'anno accademico 2016/2017. Un'ulteriore distinzione riguarda l'attivazione dei corsi in sedi decentrate o di nuova attivazione, per i quali si applica, già dal prossimo anno accademico, la riforma a regime. I parametri minimi di docenza riguarderanno anche gli atenei telematici, senza grosse differenze, mentre sono più elevati per alcune aree di studio, quali le professioni sanitarie e per i corsi con molti studenti. Per i corsi che rilasciano a tutti il doppio titolo o che sono erogati interamente in inglese, almeno la metà dei docenti dovrà arrivare da università straniere. I corsi non devono avere più di 6 esami all'anno, e non meno di 5 crediti per corso di studio o per modulo.

La valutazione e l'accREDITAMENTO sono previsti anche per i corsi di dottorato. Il provvedimento, emanato a febbraio 2013, ha l'obiettivo di migliorare e valorizzare la qualità dell'alta formazione universitaria, dando maggiore impulso ai dottorati congiunti tra enti di ricerca e atenei, ai dottorati di ricerca industriale e allineando gli ambiti disciplinari di riferimento dei dottorati italiani a quelli europei sul modello dello *European Research Council*. Le attività di valutazione, che saranno svolte dall'ANVUR, prenderanno in esame criteri quantitativi e

<sup>71</sup> Il meccanismo è previsto dalla L. n.240/2010 ed è disciplinato dal D.Lgs. n.19/2012, di cui il D.M. 30 gennaio 2013 n. 47 è attuativo.

<sup>72</sup> Per gli atenei statali, dovrà essere considerata anche la sostenibilità finanziaria delle iniziative didattiche, data dal rapporto tra entrate (Fondo di finanziamento ordinario + Fondo programmazione triennale + contribuzione netta studenti, al netto dei fitti passivi) e spese del personale più oneri di ammortamento.

qualitativi, in modo da verificare l'adeguatezza delle strutture delle sedi di dottorato, la qualità dell'offerta didattica, il numero delle borse messe a disposizione, nonché la sostenibilità dei corsi attivati. Tra gli elementi più qualificanti, necessari per l'attivazione di corsi di dottorato, vi sono: la presenza di un collegio dei docenti composto da almeno 16 persone in possesso di un curriculum che attesti risultati disciplinari a livello internazionale; un numero minimo di 4 borse per ogni corso di dottorato e una media di 6 borse per l'insieme dei corsi attivati da un'istituzione. Inoltre, sarà preso in considerazione anche il sostegno economico ai dottorandi attraverso la previsione di un ulteriore budget, pari ad almeno il 10 per cento del valore della borsa annuale, per sviluppare il proprio percorso di ricerca. Il rispetto dei requisiti e delle caratteristiche previste sarà condizione necessaria a ricevere l'accreditamento, quindi l'autorizzazione a istituire enti e sedi di dottorato o nuovi corsi nel caso di enti già accreditati. Le università entro 45 giorni dovranno adattare la propria regolamentazione interna. Successivamente, saranno gradualmente sottoposti alla valutazione dell'ANVUR i dottorati previsti nella programmazione dell'anno accademico 2013/2014.

### La formazione tecnica

Al fine di potenziare la formazione tecnica sino a livello post-secondario, sono stati rafforzati gli Istituti Tecnici Superiori (ITS), con percorsi formativi biennali e triennali strettamente correlati alle reali esigenze di sviluppo e internazionalizzazione delle aziende, soprattutto medie e piccole. Gli ITS sono 'scuole speciali di tecnologia', alternative alle università, finalizzate alla formazione di tecnici specializzati in aree tecnologiche strategiche per l'economia. Gli istituti sono organizzati in modo tale che gli studenti apprendano in contesti applicativi e di lavoro: il 30 per cento delle ore è, infatti, riservato a *stage* in azienda e il 50 per cento dei docenti sono professionisti e artigiani. In ciascuna Regione non è possibile avere più di un ITS per il medesimo ambito tecnologico.

Nel periodo 2009-2011 sono state costituite 62 Fondazioni ITS. A partire dal 2013, gli ITS saranno messi a regime come un'offerta formativa stabile di livello terziario, distinta da quella universitaria, previa valutazione dei risultati conseguiti soprattutto in termini di esiti occupazionali. Le università sono soci fondatori delle fondazioni ITS e possono anche federarsi. Per sostenere queste fondazioni è istituito uno specifico Fondo di 14 milioni di euro a partire dal 2013.

Gli ITS s'inseriscono nel contesto dell'entrata in operatività dei poli tecnico-professionali, che si configurano come reti tra istituti tecnici, istituti professionali, centri di formazione professionale accreditati e imprese, aventi l'obiettivo di favorire lo sviluppo della cultura tecnica e scientifica, l'occupazione dei giovani anche attraverso i percorsi in apprendistato e nuovi modelli organizzativi, come le 'scuole impresa'<sup>73</sup>.

A settembre 2012, Stato, Regioni e Autonomie locali hanno raggiunto un'intesa sulle Linee Guida per consolidare e sviluppare i rapporti tra istituti

<sup>73</sup> Le scuole bottega, le scuole impresa e le piazze dei mestieri, di cui vi sono già alcune positive esperienze pilota in Lombardia e in Piemonte.

tecniche, istituti professionali, centri di formazione professionale e imprese. L'intesa mira a definire una rete di collegamento tra filiere formative e filiere produttive, la costituzione dei poli tecnico-professionali a livello provinciale e il potenziamento dell'autonomia e del ruolo degli ITS. Tra i partner di eccellenza, si segnalano il Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), Confindustria, Confartigianato, mentre altre organizzazioni datoriali hanno manifestato interesse a mobilitare le imprese associate perché partecipino alle attività dei poli con le risorse professionali, i laboratori e le altre risorse di cui dispongono.

I dati sulle iscrizioni alla scuola secondaria di secondo grado, per l'anno scolastico (a.s.) 2012/2013 rivelano che i percorsi degli istituti tecnici e degli istituti professionali risultano preferiti dagli studenti e dalle loro famiglie, superando il 52 per cento del totale delle iscrizioni.

Per potenziare l'istruzione tecnico-professionale è stato firmato un *memorandum* tra 6 Paesi Europei, tra i quali l'Italia, per l'occupazione giovanile e il potenziamento del ruolo dell'istruzione tecnico-professionale. Il *memorandum* si propone di: *i*) accrescere l'attrattività e la qualità dell'istruzione e formazione professionale; *ii*) coinvolgere le parti sociali e le realtà produttive in materia d'istruzione e formazione professionale; *iii*) incrementare la mobilità in materia d'istruzione e formazione professionale, come contributo allo sviluppo di un mercato europeo del lavoro e dell'istruzione; *iv*) realizzare almeno 30 progetti, con l'obiettivo di creare reti di formazione regionali tra le imprese e le Camere di Commercio nei Paesi partner nel corso dei prossimi due anni. In Italia, dal 2013 verrà istituita una *task force* operativa per la realizzazione di 5 progetti che coinvolgeranno istituti tecnici, istituti professionali, centri di formazione professionale, fondazioni ITS e aziende in alcune aree cruciali per lo sviluppo del Paese: mecatronica, efficienza energetica, trasporti e logistica. Saranno coinvolti circa duemila giovani che avranno la possibilità d'intraprendere percorsi fortemente integrati con l'impresa e svolgere stage e tirocini in aziende italiane e tedesche. Il *memorandum* segue gli accordi siglati tra Italia e Germania per l'apprendistato (per maggiori dettagli cfr. paragrafo V.4).

Un passo importante è stato compiuto per l'internazionalizzazione della scuola italiana, con l'introduzione della metodologia CLIL (*Content and Language Integrated Learning*).

## FOCUS

### La metodologia CLIL

Sulla base della metodologia *Content and Language Integrated Learning* (CLIL), dall'anno scolastico (a.s.) 2012/2013, verrà introdotto l'insegnamento di una materia in lingua straniera in modo graduale nelle classi terze dei Licei Linguistici. Nell'a.s. 2013/2014 nelle classi quarte dei Licei Linguistici la didattica si svilupperà con una seconda disciplina insegnata in un'altra lingua straniera. In tutti gli altri Licei e negli Istituti Tecnici, gli insegnamenti CLIL saranno attivati nelle classi quinte nell'a.s. 2014/2015. A gennaio 2013 il MIUR ha indicato le norme transitorie su: requisiti per l'insegnamento di una disciplina non linguistica in lingua straniera, modalità di attuazione dell'insegnamento, organi e figure di riferimento, la Rete dei Licei Linguistici.

Per l'avvio dell'insegnamento in lingua straniera è fondamentale la formazione dei docenti. Nel 2012 sono stati 16.000 gli insegnanti che hanno dato la disponibilità alla frequenza dei corsi. Nell'anno scolastico in corso è stata privilegiata la formazione dei docenti dei Licei Linguistici: sono circa 1.000 quelli che frequenteranno i corsi metodologico-didattici presso le università e 2.750 quelli che frequenteranno i corsi linguistici. Altri 2.500 docenti saranno coinvolti nella formazione a partire dal 2013-2014. Sono state definite, inoltre, le