

## **RASSEGNA STAMPA Giovedì 21 Febbraio 2013**

Distacchi e permessi contrattuali, Cosmed risponde alle Regioni  
**DOCTORNEWS**

La Cosmed su distacchi e permessi: "Improvviso risveglio delle Regioni con una polemica stucchevole"  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Bersani fa sua proposta di Marino: "Via il superticket da 10 euro sulla specialistica"  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Speciale. I programmi sanità dei partiti. Ricette diverse ma nessuno rinnega scelta SSN  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Piano sanitario 2013, si allarga l'offerta agli iscritti  
**ITALIA OGGI**

Ridurre la corruzione non la spesa sanitaria  
**IL MANIFESTO**

"Salute per la crescita": terzo programma di azione pluriennale dell'Ue sull'assistenza sanitaria  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Costi, sanità in rianimazione  
**ITALIA OGGI**

Flop! Perché la riforma Fornero ha fatto solo danni  
**PANORAMA**

**La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali**

## **Distacchi e permessi contrattuali, Cosmed risponde alle Regioni**

Alla ricerca di risparmi dovunque sia possibile, le Regioni chiedono di ridurre i distacchi e i permessi sindacali, di aumentare i controlli e di non tenere le riunioni dei sindacati durante l'orario di lavoro.

L'Aran (Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni) aveva preparato un atto di indirizzo per definire il contratto quadro collettivo nazionale per il 2013-2015. In risposta alla richiesta di parere, le Regioni hanno risposto di ritenere opportuna «una disposizione normativa che operi, anche per il nostro settore, una riduzione di permessi e distacchi sindacali in misura almeno uguale a quanto già avvenuto per le altre amministrazioni dello Stato». Si invoca insomma un taglio dei permessi nell'area delle autonomie regionali del 15%, per allinearli al taglio degli statali. Il Comitato di settore scrive che, «nel quadro di razionalizzazione della spesa pubblica che ha già coinvolto le prerogative sindacali di altre pubbliche amministrazioni, si ritiene non più ragionevole una differenza di trattamento per quanto attiene alle prerogative sindacali dei comparti Regioni-Sanità». La risposta della Cosmed (Confederazione sindacale medici e dirigenti) non si è fatta attendere. Il segretario generale **Costantino Troise** e **Giorgio Cavallero** della delegazione trattante hanno firmato un documento in cui accusano le Regioni di aver avviato una polemica stucchevole. «Si dimentica - scrivono - che la dirigenza medica e sanitaria utilizza una minima parte dei permessi e distacchi di cui dispone. Unica via di uscita potrebbe essere una riduzione compensata da una flessibilità totale tra permessi e distacchi centrali e periferici, ma resta molto difficile accettare un taglio di tali proporzioni». Cosmed ribadisce la priorità della definizione delle aree, come premessa indispensabile per l'avvio della tornata contrattuale, ma «il silenzio di Governo e forze politiche su modello contrattuale, fine del blocco della 122/2010, indennità di vacanza contrattuale e ripresa della contrattazione la dice lunga sulle incertezze dei prossimi mesi».

## **La Cosmed su distacchi e permessi: «Improvviso risveglio delle Regioni con una polemica stucchevole»**

Un «improvviso risveglio delle Regioni che hanno innescato una polemica stucchevole» e che «dopo aver invocato il taglio dei permessi nell'area delle autonomie regionali (Ssn compreso) del 15% per allinearli al taglio degli statali, ha invocato che le riunioni aziendali vengano effettuate fuori dall'orario di servizio, norma peraltro già presente nel Ccnq e che se viene disattesa è da imputare unicamente alla parte datoriale che effettua la convocazione». Così la Cosmed, la confederazione dei medici dirigenti, commenta la risposta che il comitato di settore sanitario ha dato alla proposta di atto di indirizzo su distacchi e permessi sindacali (ANTICIPATA SU IL SOLE-24 ORE SANITA' N. 6/2013 E SU QUESTO SITO).

E in un'informativa ai suoi iscritti, commenta la proposta di atto di indirizzo anche per quanto riguarda il tempo determinato e la partecipazione sindacale.

Ecco il parere della Cosmed, firmati dal segretario generale Costantino Troise e da Giorgio Cavallero per la delegazione trattante

«L'atto di indirizzo mortifica le aspettative della dirigenza: si ribadisce che i 30 minuti di prerogative sindacali per ogni dirigente in servizio non vanno assegnate alla dirigenza in quanto non ha provveduto alle elezioni delle Rsu. Vengono pertanto discriminate le Rsa della dirigenza rispetto alle Rsu del comparto.

Su questo scoglio da anni si è bloccato il rinnovo del Ccnq prerogative sindacali della dirigenza, fermo alla rilevazione del 2004 e recepito dal Ccnq del 5 ottobre 2005. Viene proposto un taglio dai 90 minuti di permessi e distacchi cumulati per ogni dirigente a 60 minuti. Attualmente in forza del Ccnq vigente i 90 minuti sono così ripartiti 53 minuti per i distacchi cumulati (in aggiunta alla quota storica) e 37 minuti per le delegazioni decentrate. Ridurre di 30 minuti significa ridurre drasticamente i distacchi cumulati per non azzerare i permessi decentrati. Peraltro il mancato rinnovo comporta l'instaurazione di permessi e distacchi a sigle che hanno cessato l'attività sindacale in proprio a favore di altre sigle che si sono successivamente costituite.

Reiterata la dura protesta di COSMeD che ricorda che nel protocollo Governo-Sindacati del 3 maggio veniva ribadita la pari dignità delle Rsa rispetto alle Rsu.

Sull'argomento si è osservato un improvviso risveglio delle Regioni che hanno innescato una polemica stucchevole: dopo aver invocato il taglio dei permessi nell'area delle autonomie regionali (Ssn compreso) del 15% per allinearli al taglio degli statali, ha invocato che le riunioni aziendali vengano effettuate fuori dall'orario di servizio, norma peraltro già presente nel Ccnq e che se viene disattesa è da imputare unicamente alla parte datoriale che effettua la convocazione.

Si dimentica infine che la dirigenza medica e sanitaria utilizza una minima parte dei permessi e distacchi di cui dispone. Unica via di uscita potrebbe essere una riduzione compensata da una flessibilità totale tra permessi e distacchi centrali e periferici ma resta molto difficile accettare un taglio di tali proporzioni.

A margine le Regioni affermano che l'assegnazione dei permessi e distacchi dovrebbe avvenire dopo la definizione delle aree contrattuali sollecitandone la definizione. COSMeD ha più volte sottolineato la priorità della definizione delle aree, predefinite dalla Brunetta in modo inaccettabile, premessa indispensabile per l'avvio della tornata contrattuale. Le Regioni peraltro dopo aver concordato in Conferenza Stato-Regioni una posizione condivisibile lo scorso 7 aprile 2012 non hanno dato corso a nessuna iniziativa visiva in merito.

In definitiva il blocco contrattuale viene perpetuato non solo per via legislativa, ma anche omettendo quegli adempimenti necessari a rimuoverlo.

Il silenzio di Governo e forze politiche su modello contrattuale, fine del blocco della 122/2010, indennità di vacanza contrattuale, ripresa della contrattazione la dice lunga sulle incertezze dei prossimi mesi»

# quotidianosanità.it

Giovedì 20 FEBBRAIO 2013

## Bersani fa sua la proposta di Marino: "Via il superticket da 10 euro sulla specialistica"

***La soluzione è quella prospettata ieri dal senatore Pd: coprire gli 834 milioni di euro di ticket all'anno con i 790 milioni di consulenze. "Vogliamo abolire il ticket" e "garantire la sanità pubblica e per tutti", ha detto Bersani. Ma "non con tagli lineari", bensì "eliminando gli sprechi e le spese superflue".***

È piaciuta al segretario nazionale del Pd, Pier Luigi Bersani, la proposta del presidente della Commissione parlamentare d'inchiesta sul Servizio Sanitario Nazionale e senatore del Pd, Ignazio Marino, di eliminare gli 834 milioni di euro che i cittadini spendono ogni anno di tasca propria per pagare i ticket sulle visite specialistiche coprendo la spesa con i 790 milioni di euro che la sanità pubblica spende ogni anno in consulenze. Consulenze che, secondo Bersani, "per la maggior parte sono inutili".

Per il Pd quella lanciata da Marino è quindi una proposta non solo realizzabile, ma che il Partito si impegna a realizzare. "Il ticket – ha proseguito Bersani – è una delle tasse più odiose e ingiuste perché è una tassa che ricade su chi è più malato. Per questo noi vogliamo eliminare tutte quelle consulenze che non servono per tutelare la salute e abolire il ticket per sollevare da una spesa aggiuntiva quei cittadini che si devono curare".

"Noi – ha concluso il segretario nazionale del Pd e candidato premier alle prossime elezioni – siamo per il mantenimento di un servizio sanitario nazionale pubblico e per tutti. Di fronte alla malattia non c'è per noi né povero né ricco. E questo è il modo giusto per garantirlo: non con tagli lineari, ma con più efficienza, guardando davvero nelle pieghe dei conti della sanità ed eliminando gli sprechi e le spese superflue".

## Speciale. I programmi sanità dei partiti. Ricette diverse ma nessuno rinnega scelta Ssn

*Le proposte di Partito Democratico, Popolo della Libertà, Coalizione Monti (il programma definitivo sarà diffuso domani), Movimento 5 Stelle, Rivoluzione Civile e Fare per Fermare il Declino. Sostenibilità, ospedale, ticket, cure primarie, farmacie, federalismo. Proposte alternative ma la sanità pubblica non è in discussione.*

A pochi giorni dall'appuntamento elettorale ecco una mappa che mette a confronto i programmi per la sanità dei maggiori partiti che si presentano alle elezioni. Molte le proposte in campo e parecchie anche le similitudini, a partire dalla necessità comune di riformare il Titolo V della Costituzione. Ma in realtà le posizioni dei partiti risentono anche di alcune differenze macroscopiche che attengono proprio alle basi del sistema. C'è chi difende a spada tratta il Ssn così com'è e punta ad un suo miglioramento ma senza intaccarne i paradigmi fondamentali, anzi l'idea è di ridare centralità decisionale al sistema. E in questo filone possiamo racchiudere il Pd, Sel e ancor di più Rivoluzione Civile e in qualche misura il Movimento 5 Stelle. Poi c'è chi, come la Lista Monti, nel programma fino ad oggi dissuso e discusso (ma solo domani mattina sarà reso noto quello definitivo) difende il Ssn ma strizza anche l'occhio anche a forme di compartecipazione al Fsn diverse (vedi sanità integrativa) e poi (Fare per Fermare il Declino) che punta su di una competizione a parità di condizioni tra pubblico e privato. Infine, c'è il Pdl che ripropone con decisione i costi standard e una prosecuzione del progetto federalista.

Ma se questi sono i filoni "ideologici" entro cui si muovono gli schieramenti, nello specifico vi sono anche molte proposte simili tra loro, anche perché, forse, oggettivamente rappresentano misure che servono alla sanità italiana a prescindere dal partito di appartenenza. E ci stiamo riferendo al potenziamento delle cure primarie, al miglioramento dei meccanismi di appropriatezza delle cure, all'uscita della politica dalle nomine in sanità e al miglioramento della trasparenza attraverso la pubblicazione di tutti gli atti, solo per citare le più rilevanti.

Da notare, in ogni caso, la diversità di approccio rispetto al tema. Se il Pd, la Lista civica per Monti e Fermare il Declino hanno dedicato ampio spazio nei loro programmi al tema sanità approfondendo anche alcune questioni particolari. Lo stesso non si può dire per il Pdl, il cui programma non ha una sezione ad hoc sull'argomento ma vi sono inserite solo alcune proposte, tra cui la più importante che mira al proseguimento del progetto federalista e ai costi standard. Il Movimento a 5 Stelle e Rivoluzione Civile non entrano nei tecnicismi del sistema ma propongono riforme ad ampio raggio in sezioni dedicate.

Ecco, divisi per grandi temi, obiettivi e proposte dei partiti.

### SOSTENIBILITA'

#### *Pd (Coalizione di Centro sinistra)*

La crisi secondo il Pd "non può e non deve diventare una giustificazione al rovesciamento dei principi dell'universalismo e della solidarietà nella tutela della salute". Anzi al contrario deve diventare un "impegno primario" del Partito, impegno che si coniuga "sulle politiche sanitarie e sulle politiche sociali, perché la tutela della salute delle persone non può più tollerare la diffusa scarsa integrazione fra sociale e sanitario". La sanità, pur rappresentando una voce di spesa importante è comunque minore rispetto a paesi come la Germania. Eppure il Fsn è continuamente tagliato. "Gli effetti di questa politica stanno provocando una situazione di incertezza e di grandissima difficoltà. Non solo perché ciò ha impedito la conseguenza concretizzare il Patto per la salute fra il Governo e le Regioni, ma anche perché già con una è quella di aprire la strada ad un processo di destrutturazione che si manifesta già con una riduzione dei servizi e delle prestazioni ai cittadini". Per il Pd non è vero che questo sistema non ce lo possiamo più permettere, perché "finanziariamente insostenibile" ed è possibile percorrere un'altra via diversa da quella dei tagli lineari e del ridimensionamento dei servizi: "la fiscalità

generale" che rappresenta la fonte principale per reperire le risorse necessarie a rendere esigibile la tutela della salute.

## *Pdl (Coalizione di Centro destra)*

Berlusconi ha annunciato che "non ci saranno tagli alla sanità" perché ridurre risorse in questo settore "non ha logica". In ogni caso nel programma si ribadisce che il modello di riferimento del welfare è quello basato sulla tradizione sussidiaria italiana e incentrato sul valore della persona, della famiglia, del lavoro e del rapporto con il territorio.

## *Scelta Civica Monti (In coalizione con Udc e Fli)*

"Il Ssn è un bene comune e va difeso, ma per farlo occorre innovarlo. Il sistema sanità è poi un importante datore di lavoro e un grande proprietario di infrastrutture. L'Italia vanta realtà ed esperienze di eccellenza e tradizione nel campo della biotecnologia applicata, dello sviluppo dei dispositivi medici e dell'industria farmaceutica" questo però non basta perché l'industria italiana del settore "stenta a sostenere un reale piano industriale che permetta loro di competere al meglio a livello internazionale dove, molto spesso, ci si trova al cospetto di veri e colossi multinazionali". La "ricerca deve rappresentare l'avvio di un circolo virtuoso, ma è anche necessario tornare ad investire e ad agevolare gli investimenti in sanità". Queste iniziative porteranno alla creazione di migliaia di posti di lavoro ed a successive ingenti economie di gestione".

## *Rivoluzione Civile*

Sulla spesa, Rivoluzione Civile ritiene che "si può risparmiare ricorrendo alla centralizzazione degli acquisti e all'introduzione di costi standard, per evitare quella 'forbice' dei prezzi, che fa sì che in alcune regioni una siringa (o il servizio mensa o la lavanderia) arrivi a costare il 1.200% in più rispetto ad altre. Si può e si deve risparmiare, inoltre, riducendo le esternalizzazioni".

## *Fare per Fermare il Declino*

Il Ssn è "un importante esempio di civiltà e progresso sociale" in grado di garantire "la salute ed assistere i cittadini che vertono in condizioni di fragilità, ma è anche un importante fattore economico per il Paese, poiché genera occupazione, lavoro, innovazione, produzione ed utilizzo di prodotti industriali e servizi". Quindi un Ssn non solo fattore di spesa ma anche volano di sviluppo. Le risorse liberate potranno essere utilizzate per ridurre la spesa pubblica o meglio, reinvestite in ricerca. Per migliorare l'efficacia e la sostenibilità del sistema sanitario la ricetta di FiD prevede che vengano introdotte "logiche di tutela del paziente ed efficienza, tramite lo stimolo della concorrenza sulla base dei risultati ottenuti in termini di salute/costi (valore delle cure). Questo approccio, che dovrebbe rappresentare la bussola per l'allocazione delle risorse pubbliche e private, è valido indipendentemente da come viene finanziato il sistema (statale o misto o con componente assicurativa) e dalla sua gestione (accentrata/decentrata). È un approccio che si ispira ai principi enunciati nei 10 punti di FiD, e ravvisa nella Sanità e Assistenza non solo un dovere costituzionale che genera un costo, ma anche una straordinaria opportunità di crescita civile, scientifica ed economica".

## **TICKET**

### *Pd*

Su questo punto il partito di Bersani è stato chiaro: "La nostra posizione è quella di dire con chiarezza no a nuovi tagli e nuovi ticket". La fonte principale per reperire le risorse necessarie a rendere esigibile la tutela della salute diritto è e resta per il Pd "la fiscalità generale".

### *M5S*

Il movimento di Beppe Grillo ritiene che i Ticket devono essere "proporzionali al reddito" e "per le prestazioni non essenziali".

## **FEDERALISMO**

**Pd**

"La scelta federalista sancita nel titolo V della Costituzione rappresenta un'opzione strategica che non va messa in discussione". Questo l'assunto da cui parte il Pd che però riconosce "alcune conseguenze negative nell'applicazione dei principi federalisti" che vanno dunque corretti in particolare: "l'aumento del divario nella qualità dell'assistenza tra le regioni del nord e quelle meridionali". Va rivista secondo il partito di Bersani "l'intera impostazione dei piani di rientro e dei commissariamenti", facendo "rispettare ciò che vale e funziona nelle regioni più virtuose attraverso il monitoraggio continuo costante dell'appropriatezza delle prestazioni, una valutazione in tempo reale delle spese per individuare eventuali anomalie, un'analisi delle cause del deficit e infine un'autorità vicaria con poteri effettivi capace di intervenire tempestivamente in presenza di situazioni anomale sostituendosi, per il periodo necessario, all'amministrazione regionale".

Il sistema deve essere maggiormente omogeneizzato "a livello territoriale e di qualità delle prestazioni e dei servizi". In questo discorso rientra una rivisitazione e un rafforzamento del ruolo della Salute "che deve recuperare un'effettiva capacità di governo delle politiche sanitarie, in un rapporto di piena e leale collaborazione istituzionale con le Regioni, svolgendo appieno la sua funzione di indirizzo, monitoraggio, valutazione, innovazione del sistema con criteri di omogeneità ed equità di accesso ai Lea in tutto il Paese".

**Pdl**

Il partito intende proseguire nel progetto federalista. Tra gli impegni del programma c'è la proposta per una "piena attuazione della riforma federale come da Legge 42 del 2009". In base alla riforma federalista si ribadisce "che costi per i beni e i servizi, ivi compreso il costo per il personale, in tutte le regioni e gli enti pubblici, devono essere quelli relativi al valore più basso (costi standard)".

**Scelta civica**

Anche la lista in appoggio al premier uscente Monti prevede un intervento "con un rafforzamento degli organi centrali e degli strumenti di indirizzo e controllo, a partire dal Ministero della Salute".

**M5S**

Per il movimento guidato da Grillo la riforma del Titolo V va rivista in quanto: "L'Italia è uno dei pochi Paesi con un sistema sanitario pubblico ad accesso universali. Due fatti però stanno minando alle basi l'universalità e l'omogeneità del Servizio Sanitario Nazionale: la devolution, che affida alle Regioni l'assistenza sanitaria e il suo finanziamento e accentua le differenze territoriali, e la sanità privata che sottrae risorse e talenti al pubblico".

**Rivoluzione Civile**

Il federalismo per il partito di Ingroia ha generato un Ssn "a macchia di leopardo con una qualità disomogenea: aree di eccellenza si alternano a regioni in cui non vengono neanche garantiti i livelli essenziali di assistenza". È dunque necessario rendere "più omogenea la qualità delle prestazioni anche per contenere la migrazione sanitaria che ci costa complessivamente 3,7 miliardi di euro".

**Fare per fermare il declino**

L'autonomia va meritata. Questo potrebbe essere l'assunto del movimento guidato da Oscar Giannino secondo il quale l'autonomia regionale in materia sanitaria dovrebbe essere concessa in modo progressivo sulla base dei risultati gestionali. Perché se "vi sono vantaggi nel federalismo sanitario e l'autonomia delle Regioni va tutelata, tuttavia la capacità di indirizzo e controllo del Ministero va ampliata, in modo da aumentare la governabilità del sistema".

**OSPEDALI**

**Pd**

Nel programma del Pd si legge che "è urgente un piano di rinnovamento strutturale e tecnologico degli ospedali e passare dall'ospedale basato sul numero di posti letto e sulle diverse specialità,

al principio dell'intensità delle cure". Inoltre gli ospedali "devono essere collegati tra loro attraverso reti di specialità per evitare doppioni e ridondanze".

## *Scelta civica*

Anche SC ritiene necessario "tornare ad investire e ad agevolare gli investimenti in sanità: in tal senso appare indispensabile ed inderogabile porre mano ad una approfondita ristrutturazione della edilizia ospedaliera e promuovere una progettualità evoluta in merito alla sanità elettronica che preveda lo sviluppo di piattaforme tecnologiche e digitali". Questo potrà "portare alla creazione di migliaia di posti di lavoro ed a successive ingenti economie di gestione".

## *Rivoluzione Civile*

"La rivoluzione della sanità – si legge nel programma – passa attraverso la riorganizzazione dei presidi ospedalieri, diventata sempre più urgente, visto che abbiamo una rete vetusta e ancora troppo caratterizzata da nosocomi piccoli che potrebbero essere riconvertiti, nell'ottica del potenziamento della medicina territoriale. Si può risparmiare, così, senza ricorrere ai tagli lineari".

## **CURE PRIMARIE**

### *Pd*

È necessario abbandonare l'idea del lavoro "solista" e di attesa per realizzare il modello di medicina associata e di iniziativa. Gli studi dei Mmg, secondo il Partito democratico, devono assicurare la gestione di cure e diagnosi di primo livello H 24 attraverso forme incentivate di aggregazione strutturale o funzionale con la rete della continuità assistenziale e della specialistica convenzionata,

### *Pdl*

Lucio Barani parlando ad un confronto con le forze politiche promosso dai sindacati medici ha ribadito che il Pdl "intende puntare sull'assistenza territoriale h24".

## *Rivoluzione Civile*

Fondamentale il potenziamento della medicina territoriale legato al discorso della riorganizzazione degli ospedali. In questo modo secondo RC "Si può risparmiare senza ricorrere ai tagli lineari".

## *Fare per Fermare il Declino*

Valorizzare la rete dei Mmg "Vero fulcro della prevenzione e della gestione domiciliare della salute", il Mmg "potrebbe assumere un ruolo importante anche nella misurazione e rilevazione degli outcomes dei pazienti contribuendo in modo essenziale alla governance del sistema".

## **FARMACI E FARMACIE**

### *Pd*

Il mercato farmaceutico italiano è secondo il Pd un settore "cruciale" per l'assetto industriale del Paese e "dovrebbe essere fortemente valorizzato e riorientato all'innovazione e alla ricerca". Per farlo, bisogna "permettere alle aziende farmaceutiche una pianificazione delle loro attività su un periodo di 3-5 anni" e va "superata la concezione culturale del farmaco solo come fattore di spesa per la sanità.

Quanto alle farmacie, il responsabile economico del partito, Stefano Fassina, intervenendo alla convention di Federfarma dello scorso 6 febbraio, ha affermato le intenzioni del Pd, "se le condizioni economiche lo permetteranno", sono quelle di "valorizzare la professionalità farmacista e la presenza su tutto territorio delle farmacie, che per noi rimangono un punto di riferimento insostituibile". Da sostenere anche l'ampliamento dei servizi "per potenziare la funzione della farmacia come presidio dell'assistenza sanitaria sul territorio".

### *Pdl*



Ribadito il sostegno del Popolo delle Libertà nei confronti del modello di farmacia italiano, ritenuto collaudato e adeguato a rispondere ai bisogni dei cittadini e del sistema. Sostanzialmente il Pdl crede in una farmacia capillare che potenzi il suo ruolo di presidio socio-sanitario assistenziale che si integra nella sanità del territorio ed è contrario al "doppio canale" per la vendita dei farmaci. Serve però una ricollocazione strategica della farmacia nel mercato in un progetto organico di riforma dell'intera filiera del farmaco che assicuri la sostenibilità economica degli esercizi, perché una farmacia "povera" non garantisce efficienze e non genera occupazione.

## *Scelta Civica*

L'Italia "vanta realtà ed esperienze di eccellenza e tradizione nel campo della biotecnologia applicata, dello sviluppo dei dispositivi medici e dell'industria farmaceutica ma, purtroppo, stenta a sostenere un reale piano industriale che permetta loro di competere al meglio a livello internazionale dove, molto spesso, ci si trova al cospetto di veri e colossi multinazionali". Per Scelta Civica la ricerca "deve rappresentare l'avvio di un circolo virtuoso, ma è anche necessario tornare ad investire e ad agevolare gli investimenti in sanità".

Rispetto alle farmacie, secondo quanto affermato dal ministro della Salute e candidato di Scelta Civica, Renato Balduzzi, in occasione della convention di Federfarma dello scorso 6 febbraio, "il Governo Monti ha voluto dare più respiro a un sistema giustamente regolamentato, ma forse un po' troppo ingessato". Alla base di tutti gli interventi decisi nel corso del 2012, ha però assicurato Balduzzi, "c'era la volontà di mantenere il sistema esistente. Il sistema è questo, si può lavorare per migliorarlo ma non va stravolto".

## *M5S*

Obiettivi e priorità del Movimento di Grillo per il comparto farmaceutico sono: "promuovere l'uso di farmaci generici e fuori brevetto, equivalenti e meno costosi rispetto ai farmaci di marca (che in Italia costano spesso di più che all'estero) e più sicuri rispetto ai prodotti di recente approvazione. Prescrizione medica dei principi attivi invece delle marche delle singole specialità (come avviene ad esempio in Gran Bretagna)".

## *Rivoluzione Civile*

Snellire le procedure per aprire nuove farmacie e più esenzioni per farmaci di Fascia C. Sono queste due delle priorità secondo Antonio Ingroia in occasione della convention promossa da Federfarma lo scorso 6 febbraio. Che sottolinea anche come per le farmacie sia necessario rivedere il sistema delle remunerazioni e lavorare affinché diventino sempre più dei piccoli centri sanitari territoriali fondamentali per gli anziani e i più deboli, ma anche in grado anche di contenere gli accessi al pronto soccorso e gli ospedali.

## *Fare per Fermare il Declino*

"La filiera del farmaco non si faccia dividere dalla politica". È questo il messaggio lanciato da Oscar Giannino alla convention di Federfarma dello scorso 6 febbraio, secondo il quale "il contenimento della spesa farmaceutica non si può addossare solo alla parte privata (farmacie, imprese del farmaco e della distribuzione intermedia...), sottoponendola a regimi di tagliola automatica. Perché è la componente pubblica restante quella che genera problemi, che derivano dalle forniture, dal modo in cui è organizzata la sanità pubblica, dalle scelte degli uomini di partito che sono quelli che prendono decisioni".

## **PREVENZIONE**

### *Pd*

Gran parte della spesa sanitaria si concentra negli ultimi anni di vita dei pazienti ed è associata al trattamento e alla riabilitazione di patologie croniche. Per continuare a garantire il sistema universalistico è indispensabile ridurre la pressione sul sistema stesso attraverso serie e incisive politiche per la prevenzione, sostegno a corretti stili di vita, lotta alle dipendenze, corretta alimentazione, attività fisica, anche coinvolgendo i percorsi scolastici fin dalle elementari.

### *M5S*

Prevenzione per il movimento di Grillo significa: "Programma di educazione sanitaria indipendente pubblica e permanente sul corretto uso dei farmaci, sui loro rischi e benefici". Una "politica sanitaria nazionale di tipo culturale per promuovere stili di vita salutari e scelte di consumo consapevoli per sviluppare l'autogestione della salute (operando sui fattori di rischio e di protezione delle malattie) e l'automedicazione semplice". infine "informare sulla prevenzione primaria (alimentazione sana, attività fisica, astensione dal fumo) e sui limiti della prevenzione secondaria (screening, diagnosi precoce, medicina predittiva), ridimensionandone la portata, perché spesso risponde a logiche commerciali".

## *Fare per Fermare il Declino*

Per il partito di Oscar Giannino occorre "spingere sulla prevenzione e sulle campagne per migliorare gli stili di vita". Questo è un approccio "sempre invocato, mai realmente perseguito". Per evitare ciò "dovrebbe essere attentamente monitorata" l'applicazione regionale di specifiche campagne di prevenzione.

## **RAPPORTO POLITICA E SANITA'**

### *Pd*

"Servono meccanismi diversi di selezione dei dirigenti del Ssn trasparenti e verificabili. La selezione dei Direttori Generali, dei dirigenti e dei primari, deve avvenire secondo chiari, motivati e visibili criteri esclusivamente basati sul merito". È enunciato nel programma del partito di Bersani. "Tutto il percorso va reso pubblico in rete. Alla selezione deve seguire una fase di verifica dei risultati non solo sulla base degli aspetti economici e gestionali ma anche sulle strategie e i risultati in termini di salute".

### *Scelta Civica*

Anche scelta civica su questo punto è molto netta: "La sanità deve essere posta in una zona franca dalla politica politicante, dotarsi di competenze professionali autonome, che fondino il processo decisionale su una logica di programmazione e pianificazione finalizzata a soddisfare i bisogni di salute della popolazione mediante azioni supportate dall'evidenza scientifica e da valori etici e culturali e non più condizionate dagli interessi di parte".

### *M5S*

Ciò che il partito di Grillo chiede su questo punto sono innanzitutto "Criteri di trasparenza e di merito nella promozione dei primari" e quindi "limitare l'influenza dei direttori generali nelle ASL e negli ospedali attraverso la reintroduzione dei consigli di amministrazione".

### *Rivoluzione Civile*

Per RC questo è "Il primo passo per migliorare la nostra sanità" per "ripulirla da corruzione e clientelismo. Per farlo, bisogna innanzitutto recidere il legame perverso con la politica, perché il più delle volte, le nomine dei ruoli apicali delle aziende sanitarie, vengono assegnate in base a caratteristiche che esulano dal merito. La parola d'ordine deve essere trasparenza: vogliamo online i curricula dei dirigenti e i risultati ottenuti delle aziende sanitarie".

## *Fare per Fermare il Declino*

La politica secondo FiD "deve di indicare gli indirizzi strategici e definire le risorse, ma non gestire le Aziende Ospedaliere e sanitarie, scegliere i primari ed il management aziendale. I direttori delle Aziende Ospedaliere vanno scelti sulla base del loro curriculum confermati/cambiati in base alla loro capacità di creare valore per il paziente, l'Azienda ed il sistema". Nel programma poi si aggiunge che "al paziente interessa che l'Ospedale funzioni bene, non che partito politico governa l'Ospedale". Il criterio del merito deve entrare nel Ssn: "utilizzando il valore come parametro di valutazione promozione e retribuzione del merito di medici ed infermieri. Il merito va individuato, proposto come esempio e premiato a livello economico e di carriera". Basta con "l'appiattimento delle carriere" si alla "progressiva assunzione di maggiori responsabilità da parte dei migliori professionisti medici e del comparto".

## PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI E TRASPARENZA

*Pd*

Se qualunque proposta di rilancio della sanità passa per il coinvolgimento di tutti gli operatori che "vanno valorizzati", dal canto loro i cittadini hanno "maturato una crescente consapevolezza e sono oggi soggetti attivi nei processi di cura e assistenza, nella governance istituzionale e nella tutela dei diritti". Per questo l'auspicio del Pd è quello di una grande operazione trasparenza a partire dai risultati clinici di ogni ospedale che dovrebbero essere resi pubblici su internet, e messi a disposizione dei cittadini che sono gli "azionisti" del Ssn. Oltre a questo andrebbero pubblicati sui siti di ogni azienda ospedaliera e Asl i costi di acquisto di beni e servizi per favorire processi di trasparenza e concorrenza per rendere più omogeneo a livello nazionale l'intero settore e arrivare a una significativa riduzione generale dei prezzi di acquisto.

*Pdl*

Portare a compimento la realizzazione del principio generale di trasparenza assoluta della Pubblica Amministrazione, con il coinvolgimento attivo dei cittadini.

*Scelta Civica*

"La collaborazione tra pubblico e privato – è scritto nel programma di Monti – deve essere soggetta a regole chiare e trasparenti, mentre dovranno essere chiarite le prestazioni erogabili tramite i fondi integrativi. Per una sanità attenta ai bisogni dei cittadini e capace di motivare professionisti e collaboratori, si dovranno, inoltre, rivedere le regole di gestione e adattare specifiche norme anti – corruzione".

In più è necessario "dare ai cittadini il controllo della loro salute e dei suoi determinanti fortifica le comunità e migliora le vite delle persone: è necessario pertanto dare priorità ad un approccio che coinvolga realmente il cittadino, rendendolo protagonista attivo e non più soltanto attore passivo". Insomma "le prestazioni rese dal Ssn dovranno essere facilmente misurabili, in modo che ogni cittadino possa comprendere quali sono i suoi diritti ed essere in grado di esigerli".

## MEDICINA DIFENSIVA E RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

*Pd*

Per contrastare il fenomeno, occorre creare le condizioni affinché i medici prescrivano visite ed esami solo quando è opportuno. Deve essere introdotta una legge sul rischio clinico che imponga l'introduzione di strumenti per la prevenzione degli eventi avversi ed il loro monitoraggio e riveda i meccanismi di assicurazione, al fine di garantire la copertura a tutti i professionisti del SSN e al contempo ne riduca i costi. Il Pd, consapevole del disagio dei professionisti, orienta le sue politiche secondo direttrici di intervento che seguono le quattro A: Assicurazione, Autorizzazione, Accreditamento e Accordi contrattuali (questi ultimi per le strutture private), con la prima che diventa condizione necessaria e imprescindibile per le altre tre, costituendo, quindi, un obbligo.

*Pdl*

Su questo punto, sempre Lucio Barani, ha ribadito che il partito è favorevole all'obbligo di assicurazione per professionisti e strutture sanitarie.

*Scelta Civica*

"Gli operatori della sanità devono veder riconosciuto, al pari della funzione sociale di promozione della salute per il bene dell'individuo e delle comunità, anche il rischio a ciò connesso che deve essere assunto dalla collettività in modo equo e giusto". Ciò porterà anche all'abbattimento "delle pratiche di medicina difensiva che costano oltre 10 miliardi di euro ogni anno al Ssn".

*Rivoluzione Civile*

Rivoluzionare la sanità, secondo RC, vuol dire, anche ridurre la medicina difensiva. "Per abbattere questa enorme spesa, valutata complessivamente intorno ai 14 miliardi di euro, bisogna rendere obbligatoria – e necessariamente a prezzi calmierati tramite intervento

governativo – l'assicurazione dei medici e delle strutture sanitarie, per eventuali danni provocati al paziente. In tale modo si può garantire a quest'ultimo la certezza di esser risarcito se ha subito un torto e, contemporaneamente, si rendono i medici più sereni nello svolgere la loro professione".

## ALTRE PROPOSTE

### *Pdl*

Il Popolo della Libertà nella sua agenda per la sanità ha la revisione della Legge 180 del 1978 (emergenza salute mentale), una politica socio-sanitaria con sostegni straordinari alle famiglie per l'assistenza ai disabili e agli anziani non autosufficienti e la previsione di pagamenti più rapidi della pubblica amministrazione, in applicazione della direttiva europea sui ritardi di pagamento.

### *M5S*

Il movimento di Grillo prevede per la sanità anche una parte dedicata all'organizzare, ovvero: Liste di attesa pubbliche e on line, istituzione di centri unici di prenotazione on line, convenzioni con le strutture private rese pubbliche e on line, investire sui consultori familiari.

Sempre il M5S dedica attenzione anche alla lotta al dolore e in particolare "per l'uso degli oppiacei (morphina e simili)" per quanto riguarda la ricerca "Possibilità dell'8 per mille alla ricerca medico-scientifica, finanziare la ricerca indipendente attingendo ai fondi destinati alla ricerca militare, promuovere e finanziare ricerche sugli effetti sulla salute, in particolare legate alle disuguaglianze sociali e all'inquinamento ambientale dando priorità ai ricercatori indipendenti, promuovere la ricerca sulle malattie rare e spendere le cure all'estero in assenza di strutture nazionali, introdurre, sulla base delle raccomandazioni dell'OMS, a livello di Governo centrale e regionale, la valutazione dell'impatto sanitario delle politiche pubbliche, in particolare per i settori dei trasporti, dell'urbanistica, dell'ambiente, del lavoro e dell'educazione

### *Fare per Fermare il Declino*

Tra i punti "originali" di Fare c'è la valorizzazione del rapporto con le Università e i centri di ricerca biomedica. "Dietro ogni atto medico – spiega il programma di FiD – vi è un valore formativo e di ricerca. Una enorme massa di dati osservazionali vengono generati ogni giorno negli ospedali ed ambulatori pubblici italiani, ma il nostro sistema, per una serie di veti e gelosie ed arretratezza tecnologica rinuncia ad incassarne il valore aggiunto in termini di generazione e trasmissione di conoscenza. Vi sono grandi ospedali che non hanno alcuna valenza sul lato formativo e di ricerca. Questo è un enorme spreco, con un impatto negativo sia economico che sulla sicurezza e sostenibilità delle cure".

**TUTTE LE NOVITÀ**

## *Piano sanitario 2013, si allarga l'offerta per gli iscritti*

**U**n ventaglio di prestazioni sanitarie ancora più ricco per coprire le spese relative agli interventi chirurgici gravi. Il nuovo Piano sanitario 2013 introduce importanti novità per gli oltre 250 mila dipendenti degli studi professionali, iscritti a Cadiprof, con l'obiettivo di destinare un maggior numero di risorse verso quegli interventi di una certa gravità, recuperando margini dalle tipologie d'intervento più frequenti, ma di minore impatto economico. Dal 1° marzo 2013, dunque, scattano nuove prestazioni e nuove regole di rimborso per le visite specialistiche e l'alta specializzazione extra ricovero, eseguite nel Servizio sanitario nazionale (ticket) e/o nelle strutture private che non fanno parte della rete UniSalute. Vediamole nel dettaglio.

Nell'ambito della chirurgia cardio-vascolare vengono introdotte due nuove tipologie di intervento: il Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con e senza circolazione extracorporea; e il Bypass aorto-iliaco-femorale (aorto-femorale, aorto-iliaco, alla poplitea, aorto-popliteo). Inoltre, a completamento della copertura Grandi interventi chirurgici nel Piano sanitario 2013, si prevede una indennità Giornaliera pari a 80 euro fino a un massimo di 90 giorni, per tutti gli interventi chirurgici per

neoplasie maligne, se non presenti nell'elenco dei Grandi interventi chirurgici del Piano, eseguiti in regime di ricovero con pernottamento, nelle strutture del Servizio sanitario nazionale. Per quanto riguarda, invece, l'alta specializzazione extra ricovero sono stati introdotti due nuovi accertamenti: la Coronarografia e l'Ecocolordoppler arti inferiori venosi e arteriosi

Per le visite specialistiche e per le prestazioni di alta specializzazione extra ricovero eseguite in strutture private non convenzionate UniSalute, effettuate dal 1° marzo in avanti, la Cassa rimborserà il 50% della spesa, con una franchigia fissa di 60 euro. Vediamo qualche esempio: nel caso l'assistito abbia sostenuto una spesa di 80 euro per una visita specialistica, la Cassa rimborserà 20 euro; se invece il costo della visita specialistica ammonta a 150 euro, il rimborso previsto dalla Cassa sale a 75 euro; nel caso di una Tac che ha richiesto un esborso di 300 euro, l'intervento di Cadiprof arriva a rimborsare 150 euro.

Altra importante novità riguarda il raggruppamento di tutti i ticket per prestazioni specialistiche nella garanzia: Ticket per visite specialistiche, per alta specializzazione extra-ricovero e per accertamenti diagnostici. Dal prossimo 1° marzo, quindi, tutti i ticket per tali prestazioni, corredati di copia della prescrizione del medico indicante la patologia (già accertata o presunta), verranno rimborsati dalla Cassa

all'80% del loro importo, fino a un totale massimo annuo di 250 euro.

Le nuove prestazioni e le nuove modalità di rimborso si applicano alle prestazioni effettuate a partire dal 1° marzo 2013. Per quanto riguarda, invece, le prestazioni eseguite fino al 28 febbraio 2013 rimarranno in vigore le regole precedentemente previste dal Piano sanitario 2013. Maggiori informazioni sul sito ([www.cadiprof.it](http://www.cadiprof.it)).

CRISI/3

## Tagliare la corruzione non la spesa

Felice Piersanti

L'argomento ricorrente quando si parla di sanità, anche durante questa campagna elettorale, è quello della riduzione della spesa, dell'introduzione di nuovi ticket e perfino della necessità di porre fine al carattere universalistico del servizio. L'aspirazione a un servizio sanitario nazionale e la lotta per realizzarlo vengono da lontano. Nel 1942 e nel 1943, nella Londra bombardata e la fine della guerra ancora lontana, uno studioso vicino ai laburisti, Beveridge, scrisse un libretto sulla istituzione in Gran Bretagna di un servizio sanitario nazionale.

CONTINUA | PAGINA 15

# Ridurre la corruzione non la spesa sanitaria

### DALLA PRIMA

Felice Piersanti

Un libretto che le truppe alleate difusero nei territori appena liberati, esempio affascinante di una politica seria e motivata. Ma la prospettiva di una sanità diversa era già presente nella lotta dei popoli contro il nazifascismo. La Repubblica partigiana della Val d'Aosta, nel breve periodo della sua esistenza, elaborò a grandi linee un progetto di Servizio sanitario nazionale.

Nel 1957, in uno straordinario convegno, ora dimenticato, la Cgil elaborò la prima proposta per l'istituzione di un Servizio sanitario nazionale in Italia. Rileggendo oggi il progetto, presentato da tre straordinari segretari, Novella, Santi e Foa, sorprende, a distanza di tanti anni, il suo carattere di modernità e d'innovazione.

La rivendicazione del diritto alla salute fu fortemente presente nelle lotte operaie e studentesche del Sessantotto, con un forte accento sulla prevenzione e con le parole d'ordine della non delega e della validazione consensuale. L'insegnamento di Giulio Macacaro è ancor vivo nel ricordo di coloro che parteciparono a quelle lotte.

In realtà, la lotta per un pagamento diverso delle prestazioni sanitarie, non da parte del malato nel momento del bisogno, ma del più abbiente per il più povero, del sano per il malato e per quando si ammalerà, del giovane per l'anziano e per quando sarà anziano precede la proposta di Beveridge e supera perfino gli schieramenti politici

tradizionali, perché si afferma in Germania con Bismarck alla fine dell'Ottocento sotto forma di assicurazione sanitaria per i lavoratori, che poi si estenderà in quell'assicurazione obbligatoria per tutti i cittadini, ancora oggi in vigore in paesi importanti quali la Germania, la Francia e la Svizzera ed è l'obiettivo finale del piano di Obama per la sanità: nel 2014 non dovrebbero esserci più negli Usa cittadini non assicurati contro le malattie.

Queste sono le radici profonde, più che

Le antiche radici europee  
del Piano sanitario nazionale.  
Un pilastro del welfare utile  
anche per affrontare i  
cambiamenti profondi della  
società e della scienza medica

centenarie, dalle quali è nato il nostro Servizio sanitario nazionale, che dev'essere difeso saldamente anche durante l'attuale campagna elettorale.

Ma il mondo, e anche la sanità, cambiano rapidamente. Difendere i principi del Servizio sanitario nazionale non significa difendere l'attuale legislazione sanitaria, e in particolare il testo approvato alla fine del secolo scorso, che ha introdotto il principio delle Aziende sanitarie. Nella concreta realtà della situazione politica italiana l'aziendalizzazione si è trasformata nella più indegna delle lottizzazioni. In molte re-

gioni la nomina di direttori generali lottizzati ha trasferito nella sanità le peggiori caratteristiche della pratica politica: corruzione e favoritismi.

Nel frattempo, negli ultimi ventitrent'anni la medicina è avvenuta una trasformazione epocale. L'informatizzazione, l'introduzione di tecniche sempre più complesse e sofisticate, gli studi sul genoma, l'ingegneria clinica, la robotica e la microbotica hanno rivoluzionato la diagnosi, la terapia e la riabilitazione, ed hanno costruito scenari completamente nuovi, determinando tra l'altro un aumento impressionante della durata della vita. È un mondo complesso, globalizzato, nel quale la ricerca di base e la ricerca clinica assumono un ruolo di primo piano. Con questo mondo la politica deve confrontarsi, assicurando l'indispensabile autonomia, garantendo il libero sviluppo della ricerca, ma nello stesso tempo esercitando il suo compito di governo, che consiste nell'assicurare che il rinnovamento avvenga nell'interesse della salute dei cittadini e non dei profitti delle multinazionali.

Non sono certo che sia possibile, in tempi brevi, un cambiamento così radicale della politica sanitaria italiana, ma intanto se si garantisce la selezione dei migliori senza interferenze politiche (ad esempio, oggi i primari sono nominati dai direttori generali), se si lotta contro la corruzione, se si impedisce la discriminazione dei cittadini malati in base al censo, se si assicura il controllo dei cittadini sul funzionamento delle strutture sanitarie, ci si può avviare verso il rinascimento della sanità italiana.



## **«Salute per la crescita»: terzo programma di azione pluriennale dell'Ue sull'assistenza sanitaria**

La Commissione Europea ha presentato il suo terzo programma pluriennale d'azione in materia di salute, per il periodo 2014-2020. Questo programma - pubblicato oggi sul sito del ministero della Salute - risponde alla necessità di integrare gli sforzi degli Stati membri per migliorare la salute dei cittadini e garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari, tutto questo, nel contesto della strategia "Europa 2020".

Il programma "Salute per la crescita" (2014-2020) è il terzo programma pluriennale d'azione dell'Unione europea (Ue). Esso opera di concerto con gli Stati membri e li sostiene per:

- ☐ intraprendere le riforme necessarie per sistemi sanitari innovativi e sostenibili;
- ☐ migliorare l'accesso ad un'assistenza sanitaria migliore e più sicura per i cittadini;
- ☐ promuovere la salute dei cittadini europei e prevenire le malattie;
- ☐ proteggere i cittadini europei dalle minacce transfrontaliere.

**Obiettivo n. 1: contribuire a sistemi sanitari innovativi e sostenibili**

La Commissione europea deve operare di concerto con gli Stati membri per affrontare la carenza di risorse umane e finanziarie. Deve inoltre agevolare l'adozione da parte loro delle innovazioni nell'assistenza sanitaria, ad esempio in materia di sanità elettronica, e a condividere le loro competenze in tale settore. Il programma sostiene inoltre il partenariato europeo per l'innovazione a favore dell'invecchiamento attivo e in buona salute.

**Obiettivo n. 2: migliorare l'accesso a cure sanitarie migliori e più sicure per i cittadini**

La Commissione propone di fornire accreditamento alle reti europee di riferimento, permettendo ad esempio di sostenere le iniziative sulle "malattie rare".

**Obiettivo n. 3: promuovere la buona salute e prevenire le malattie**

Gli Stati membri sono invitati a scambiare le loro migliori pratiche in materia di prevenzione del tabagismo, di abuso di alcol e di obesità.

**Obiettivo n. 4: proteggere i cittadini dalle minacce sanitarie transfrontaliere**

La Commissione ritiene che sia necessario migliorare il livello di preparazione e le capacità di coordinamento in caso di gravi minacce transfrontaliere.

**Chi ne beneficerà e come**

- **Direttamente:** tutte le amministrazioni pubbliche nazionali ed europee attive nell'assistenza sanitaria, e gli organismi privati, le ONG, i gruppi di interesse che promuovono politiche e sistemi sanitari più adatti alle attuali sfide demografiche e sociali.
- **Indirettamente:** tutti i cittadini europei, grazie a una migliore assistenza sanitaria, alla promozione della salute ed a misure di prevenzione.

Il documento è stato esaminato dal Comitato Economico, dalla Commissione per l'Ambiente del Parlamento europeo, dal gruppo di lavoro sulla salute pubblica durante la Presidenza di Cipro, ed è stato oggetto di compromessi e di modifiche al testo. Salvo ritardi nell'approvazione del testo concordemente concertato da Commissione, Consiglio e Parlamento europeo, il programma "Salute per la crescita" dovrebbe iniziare nel 2014 e terminare nel 2020.

*Da Cadiprof quattro interventi intelligenti per tagliare i costi e garantire i cittadini*

# Costi, sanità in rianimazione

## *Ridurre gli sprechi e migliorare l'assistenza è possibile*

**DI GAETANO STELLA**  
**PRESIDENTE CADIPROF**

«**I** Servizio sanitario nazionale è titolo di civiltà per il nostro Paese». Dopo il monito del presidente della repubblica, Giorgio Napolitano, la sanità è tornata a essere uno dei cavalli di battaglia nella campagna elettorale di quasi tutti gli schieramenti politici in vista delle elezioni politiche del 2013. Tra mille ricette più o meno efficaci, e indirizzi di principio più o meno indiscutibili.

Del resto da anni, ormai, il sistema sanitario in Italia è al centro della produzione normativa nazionale e regionale che, in ultima analisi, ha determinato un progressivo aumento della spesa sanitaria nei bilanci delle Regioni. Tra il 2008 e il 2010 la spesa sanitaria è passata dai 108 ai 112 miliardi di euro, con un incremento del 2,1% sul pil, attestando quindi il rapporto fra spesa sanitaria e pil al 7,3%. Gli effetti delle misure di contenimento della dinamica della spesa, dovrebbero ridurre la dinamica di spesa nel 2011, ma le previsioni per il 2012 attestano la spesa sanitaria intorno ai 115 miliardi di euro, con un balzo del 2,2% rispetto al 2011.

Lo stato di salute del sistema sanitario italiano non è solo uno dei problemi più gravi nella contabilità dello Stato, ma è anche fonte di preoccupazione per milioni di cittadini che lo

considerano un bene primario e irrinunciabile, nonostante la spesa sanitaria sia una delle voci più pesanti del budget familiare: nel 2010 la spesa sanitaria pubblica in Italia è stata di 1.853 euro per abitante.

Ma la salute è anche una delle principali linee di intervento del sistema delle libere professioni, che trova in Cadiprof il suo punto di riferimento più importante. Negli ultimi quattro anni, la Cassa di assistenza sanitaria integrativa per gli studi professionali ha erogato ai suoi 300 mila aderenti oltre 600 mila prestazioni per un valore che supera i 51 milioni di euro. Numeri che la collocano ai vertici delle graduatorie nazionali dei fondi integrativi.

Sulla scorta dell'esperienza fin qui maturata, Cadiprof rappresenta sicuramente un punto di osservazione privilegiato per inquadrare le problematiche del sistema sanitario nazionale e avanzare qualche proposta per migliorare la salute dei cittadini (in particolare per quelli che operano all'interno degli studi professionali) e, magari, per facilitare una politica di risparmi nell'ambito della spesa sanitaria. Partendo dalla validità del sistema universalistico che assicura nel nostro Paese (anche se a volte in modo differenziato a seconda delle Regioni) un elevato livello di qualità dell'assistenza, comunque, garantita a tutti con equità, la sanità oggi deve fare i conti con le minor risorse a disposizione. Le politiche di spending review

stanno mettendo in discussione la tenuta del modello universale e i tagli orizzontali destano forte preoccupazione. Tenuto conto che le previsioni di spesa nell'ambito della sanità pubblica sono destinate ad aumentare anche per l'invecchiamento della popolazione c'è il serio rischio di creare un default.

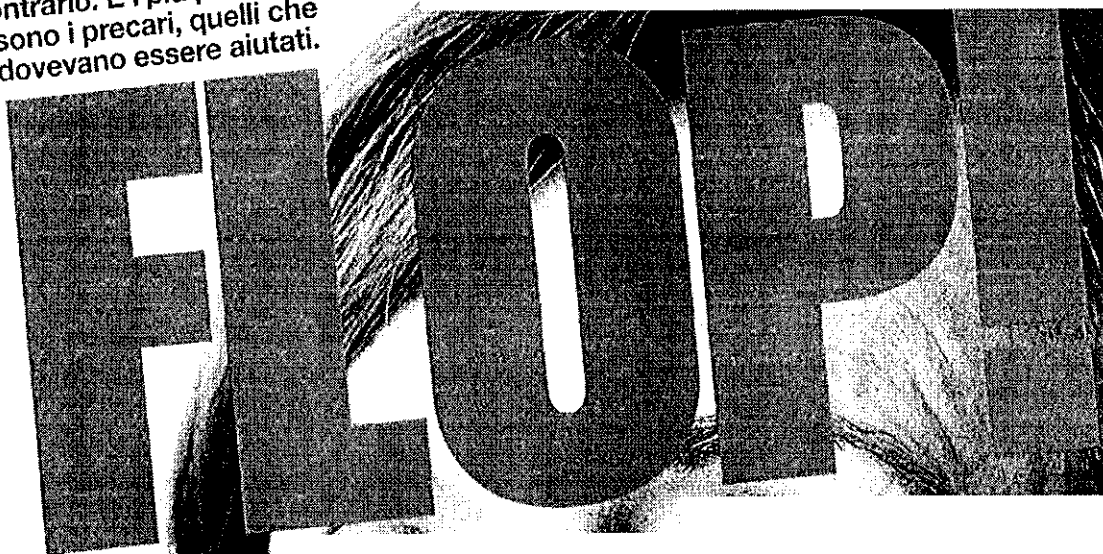
Una delle possibili soluzioni, tanto sbandierata ma non ancora perseguita con efficacia, è quella di utilizzare i costi standard (su beni di consumo, personale, servizi e attrezzatura) a livello nazionale, responsabilizzando al tempo stesso gli addetti ai lavori anche a livello regionale.

Un altro aspetto che incide direttamente sulla spesa sanitaria e sulla salute dei cittadini riguarda i Lea. Si tratta dei Livelli essenziali di assistenza: quelle prestazioni e servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). Recentemente, il ministro della Salute, Renato Balduzzi, ha aggiornato i Lea, suscitando però alcune polemiche tra gli addetti ai lavori. Da questo punto di vista, è sicuramente necessaria una nuova revisione dei Lea che sia non solo un mero elenco di prestazioni erogate, ma una vera e propria mappatura dei bisogni assistenziali correlata con le caratteristiche epidemiologiche delle diverse fasce di età della popolazione italiana. Questa nuova impostazione garantirebbe una «corretta» distribuzione delle prestazioni «erogabili» legate più ai bisogni sanitari dell'individuo, che non alle esigenze di cassa dello Stato e delle Regioni.

Altro capitolo caldo riguarda la partecipazione di spesa dei cittadini alla spesa sanitaria. Stiamo parlando dei famosi ticket per i quali deve esserci un unico indirizzo nazionale e una sua corretta definizione che sia proporzionata alla prestazione erogata e non definita in termini assoluti con il rischio di «pagare» quasi completamente la prestazione.

Un ultimo aspetto che merita un doveroso approfondimento da parte del prossimo governo riguarda il ruolo dei Fondi integrativi all'interno del sistema sanitario nazionale nell'ottica di una maggior sussidiarietà nel processo di deospedalizzazione in atto in ogni Regione. I fondi, infatti, potrebbe essere messi a disposizione dei Medici di Medicina generale che riuscirebbero così a garantire l'appropriatezza delle prestazioni specialistiche e diagnostiche da erogare ai loro pazienti attraverso le disponibilità (risorse) dei Fondi integrativi stessi. Si tratta di una proposta innovativa che impone un cambiamento culturale del modello di deospedalizzazione verso il territorio per garantire continuità delle cure con attenzione alla cronicità, implementazione di nuovi modelli organizzativi dei Medici di Medicina Generale. Un nuovo modello, condiviso con il sistema sanitario, per fornire ai medici strutture, personale, modelli organizzativi rapportati ai bisogni carenti della popolazione. Un sistema che, a fronte di una riduzione dei costi sanitari da parte delle Asl, garantirebbe un sistema di cura efficiente capace di abbattere i costi di circa il 50%.

A sette mesi dal varo, l'occupazione gira al contrario. E i più penalizzati sono i precari, quelli che dovevano essere aiutati.



## Perché la riforma Fornero ha fatto solo danni

di Marco Cobiauchi

**L**ro, funziona... però al contrario. Le imprese che vorrebbero assumere non assumono e quelle che non vorrebbero licenziare licenziano. Un miracolo. Quelle che vorrebbero assumere non assumono perché la riforma ha burocratizzato uno dei contratti più utilizzati, soprattutto in certi settori, che è il lavoro a chiamata, e preferiscono farne a meno. Quelle che invece non vorrebbero licenziare licenziano perché, aumentando i paletti e rendendo più costosi i contratti a termine, preferiscono disfarsene.

La prova sta nei numeri: tra luglio e settembre del 2012 (la riforma è entrata in vigore il 18 luglio) le assunzioni a chiamata, che dal 2008 non smettevano di crescere, si sono bloccate. Nelle nove regioni di cui si hanno i dati (Umbria, Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Marche, Emilia-Romagna, Sardegna e Campania) il calo del terzo trimestre del 2012 è stato del 30 per cento rispetto al trimestre precedente e le cessazioni sono aumentate del 40 per cento. «C'è un effetto terrore nelle

imprese» sintetizza Giampiero Falasca, responsabile del dipartimento lavoro della sede italiana dello studio legale internazionale Dla Piper, «causato da ben 270 regole in più, prive di logica, ispirate a un criterio punitivo verso le imprese e figlie della teoria secondo la quale, se si rende più difficile il lavoro flessibile, tutti assumono a tempo indeterminato. Questa teoria non ha mai funzionato». Anzi, la riforma ha prodotto una devastante eterogenesi dei fini chiamata «effetto porta girevole»: fra un contratto a tempo determinato e l'altro devono passare almeno due (in certi casi tre) mesi ma l'impresa, che non può aspettare, stipula un nuovo contratto con un'altra persona. Così non si stabilizza mai nessuno.

Esiste, sì, una soluzione per dare lavoro flessibile: i voucher. Ma basta approfondire un po' e si capisce perché non funzioneranno mai. Per pagare una persona con un voucher, l'impresa deve indicare la data di inizio e la data di fine del lavoro, e raramente è in grado di farlo. Inoltre i voucher devono essere comprati, anche online. L'impresa si deve collegare al sito dell'Inps e comunicare

La riforma del mercato del lavoro del ministro Elsa Fornero non funziona? Non è ve-

il nome del futuro lavoratore, il quale a sua volta deve registrarsi e, se i dati combaciano perfettamente, entro 25 giorni al lavoratore viene spedito a casa un Pin con il quale si accredita sul portale dal quale scarica il mandato per farsi pagare. E questo non avviene mai in coincidenza con la fine del periodo di lavoro, ma sempre dopo. Se si vuole fare alla vecchia maniera, si deve andare fisicamente all'Inps, prenotare i voucher, andare in banca, pagarli, tornare all'Inps, ritirarli e consegnarli al lavoratore. In questo caso l'impresa paga addirittura prima che la persona abbia iniziato a lavorare. Insomma, mai al momento giusto. Considerando che il 92 per cento dell'economia italiana si basa su imprese piccole e piccolissime, si può solo immaginare l'effetto deterrente che regole così complicate possono avere su chi, pure, vorrebbe assumere. C'è una scappatoia? Sì, quella di affidarsi alle agenzie di lavoro interinale, sempre che si sia disposti a pagare il 20-25 per cento in più sul costo del lavoro.

A proposito di costo del lavoro: i precari sono anche stati penalizzati da un aumento dei contributi a loro carico dell'1,4 per cento a partire da quest'anno. Serve anche per finanziare, dal 2017, l'Aspi, l'assicurazione universale per chi è rimasto disoccupato.

Possibile che il governo, che voleva ridurre il cuneo fiscale, lo abbia invece incrementato? Possibile, anzi l'ha fatto. E il risultato è che le imprese scaricano sul lavoratore l'aumento del costo riducendo il netto. In busta paga esattamente nella misura dell'1,4 per cento. Così ora i precari guadagnano meno di prima.

Poi c'è il problema del licenziamento, per il quale sono stati introdotti nuovi obblighi. Per licenziare, l'impresa deve inviare una lettera all'ispettorato del lavoro (oggi chiamato direzione territoriale del lavoro) e, per conoscenza, al dipendente. L'ispettorato entro 27 giorni tenta una conciliazione e al termine emette un documento nel quale spiega se si è trovata o no. A parte il fatto che durante quei 27 giorni il lavoratore non è né assunto né licenziato ma un «licenziando» (una nuova categoria inventata da Fornero dopo quella degli «esodati»), se il dipendente decide di impugnare il provvedimento davanti al giudice, il documento dell'ispettorato diventa un utile alleato contro la decisione dell'impresa. «È quasi una pre-sentenza» commenta il consulente del lavoro Rinaldo Pietro Platti di Milano, che ha tra i suoi clienti sia piccole imprese sia multinazionali «che le aziende vivono quasi come un ricatto: se non accetti la proposta della commissione, peggio per te». Infatti, se il dipendente ricorre al tribunale, quella pre-sentenza finisce per pesare nella decisione del giudice. Il meccanismo è così complicato che per smistare i

conflitti di lavoro al Tribunale di Milano esiste addirittura un «ufficio Fornero».

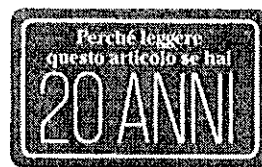
Oltre ai precari, hanno visto peggiorare la propria condizione i dipendenti di imprese con meno di 15 dipendenti. Prima della riforma, se si veniva licenziati, si aveva diritto a un sussidio di disoccupazione di otto mesi e a un bonus che permetteva al nuovo datore di lavoro di pagare il 20 per cento in meno sui contributi. Oggi i dipendenti delle piccole imprese hanno il sussidio ma non il bonus, poiché il governo non lo ha rifinanziato. Così come sono esauriti i soldi per gli incentivi per l'assunzione di giovani e donne: i 196 milioni per il 2012 sono finiti in un paio di settimane e i 36 milioni per il 2013 sono terminati a gennaio.

Anche attorno al cocopro è stata innalzata una selva di paletti. Il più disincentivante consiste nel fatto che una persona se viene assunta per un progetto può lavorare solo a quello. Non può svolgerne un altro e, per di più, il progetto non deve far parte del business centrale dell'impresa. L'obiettivo è nobile: evitare gli abusi che le aziende hanno fatto in passato di questo tipo di contratto. Però l'effetto è quello di obbligare le aziende a fare i salti mortali per assumere una persona senza incappare in alcun divieto.

Tutti questi paletti hanno una logica: far diventare il contratto di apprendistato la via maestra per l'ingresso nel lavoro. Peccato che se ne stipulino oggi meno di prima. L'Unioncamere (che pubblica le intenzioni di assunzioni delle imprese) prevede che tra gennaio e marzo del 2013 ne saranno attivati 8.800, pari al 3,9 per cento di tutti i nuovi ingressi in azienda. Nel secondo trimestre 2012, senza la riforma Fornero, ne vennero firmati 10.300. E questo sebbene lo Stato abbia investito 235 milioni di euro in incentivi.

Alla fine gli unici avvantaggiati dalla riforma sono gli avvocati. Ma anche loro non ci hanno capito molto: la riforma ha infatti spazzato via 40 anni di giurisprudenza e aumentato le regole. Per questo le prime sentenze sulle controversie lavoristiche sono contraddittorie. Per questo gli imprenditori sono terrorizzati. E per questo non assumono.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Occupazione.** Perché i giovani faticano a inserirsi nel mondo del lavoro. E che cosa si può fare per aiutarli.

## Quattro storie che valgono la bocciatura della legge

### Meno di 15 dipendenti, ma obbligato al reintegro

Dionisio Barbiero gestisce un albergo di charme a Napoli, ha meno di 15 dipendenti e il 1° gennaio 2012 decide di fare un'assunzione in prova. Dopo 15 giorni invia la lettera di licenziamento al lavoratore che la impugna e porta Barbiero in tribunale. «La prima udienza è stata fissata 10 mesi dopo» racconta «e il giudice ci concede 10 giorni per trovare una soluzione che non viene raggiunta. Quindi si torna in tribunale e il licenziamento viene annullato». Alla fine Barbiero è costretto al reintegro e, in più, a pagare gli arretrati. «Tutta questa vicenda mi è costata 7 mila euro per appena 15 giorni di lavoro». Morale: «Evidentemente una massa così complicata di norme non fa che spingere un imprenditore a offrire lavoro in nero».

### Vorrei assumere, però non lo faccio

La Deles di Saronno si occupa di logistica e imballaggi, ha 250 dipendenti e un fatturato di circa 58 milioni e ha rinunciato ad assumere. Perché? «In Toscana» racconta l'amministratore delegato Stefano Scaroni «abbiamo un cliente che opera in un settore a forte stagionalità che mi costringe a gestire in modo molto flessibile il lavoro». Le rigidità delle nuove norme hanno reso tutto molto più difficile. «Se una volta assumevamo a tempo determinato una persona, oggi subappaltiamo delle attività». E chi lavora in un subappalto ha meno probabilità di venire assunto a tempo indeterminato «perché, se io ho bisogno di flessibilità, il subappaltatore ne ha bisogno ancora di più». La soluzione? «Le agenzie interinali, perché anche per l'apprendistato ci sono nuovi paletti: per ottenere uno sgravio sui contributi devo impegnarmi a confermarli, in una certa percentuale, dopo la fine del contratto».

### Anche Italia Lavoro abbandona i cocopro

La riforma Fornero rischia di inceppare perfino la macchina di una società della pubblica amministrazione. Si tratta della Italia Lavoro, presieduta da Paolo Reboani (foto). Questa società si occupa di progetti di formazione professionale delle persone rimaste senza lavoro o alla ricerca di un'occupazione. Per farlo usa i fondi europei (Fse) e nazionali. Per la natura stessa del lavoro da svolgere, i formatori vengono assunti con contratti da cocopro, contratti che hanno subito un giro di vite tale che

stipularli con i formatori è diventato più difficile, se non impossibile. Stiamo parlando di circa 700 persone che stanno svolgendo formazione professionale «per le quali, quando avranno terminato il loro lavoro, si aprirà una fase di grandissima incertezza lavorativa» avverte Sergio Iannielo, segretario regionale del Lazio della Uilca. «L'obiettivo della riforma è nobile» riconosce «ma nella realtà ha provocato alcune complessità difficili da gestire». Nemmeno i contratti a tempo determinato sono una soluzione perché fra uno e l'altro devono trascorrere dai due ai tre mesi. Durante i quali il formatore del senza lavoro resta... senza lavoro.

### Contratti a termine addio, largo alla cassa integrazione

«Pensieri in libertà di un imprenditore» è un blog tenuto da un anonimo industriale che racconta le difficoltà incontrate per assumere. «Trattandosi di parecchie persone per parecchio tempo, scartiamo gli interinali per il costo» spiega. Allora il contratto a termine? «Peccato che nel frattempo dovremmo fare una pausa di 60 giorni» fra un contratto e l'altro; e poi «si può fare solo un rinnovo». Quindi? «Li assumiamo a termine sei mesi + sei mesi. E se poi il lavoro cala? Eh, li metteremo in cassa integrazione fino alla fine del contratto. Assurdo? Certo». E conclude: «Tralascio per carità di patria il fatto che probabilmente uno o due assunti saranno irregolari perché superano la quantità di contratti a termine contrattualmente stabilita».