

RASSEGNA STAMPA Martedì 18 giugno 2013

Lavoro, contratti a termine verso le norme pre-Fornero
IL SOLE 24 ORE

Sostenibilità parte l'indagine
Larghe intese sulla salute
IL SOLE 24 ORE SANITA'

Professioni, Bianco: le proposte confluiscono in testo unico
DOCTOR NEWS

Federalismo in sanità, si allarga il fronte del no
DOCTOR NEWS

Un milione di accessi impropri in meno al pronto soccorso nel 2012:
ricerca AGENAS
IL SOLE 24 ORE SANITA'

La Rassegna Stampa allegata è estratta da vari siti istituzionali

Occupazione. Ipotesi slittamento per il Consiglio dei ministri di venerdì

Lavoro, contratti a termine verso le norme pre-Fornero

Giorgio Pogliotti

ROMA

■ Estendere l'acausalità fino a 18 mesi per i giovani under 29 anni, ridurre l'intervallo di tempo tra un contratto a termine e quello successivo, ripristinando le pause ante legge Fornero (10-20 giorni). Semplificare l'apprendistato per stabilire criteri omogenei per la formazione a livello regionale. Mentre per gli incentivi alle assunzioni prende corpo l'ipotesi del credito d'imposta, in alternativa alla decontribuzione destinata al Sud.

Sono alcuni punti del "piano lavoro" che potrebbe essere portato al Consiglio dei ministri di venerdì (ma non è escluso uno slittamento alla prossima settimana) con l'obiettivo di avere il via libera prima del Consiglio europeo del 27 e 28 giugno. In tempi brevi dovrà essere sciolto il nodo degli incentivi per l'occupazione: nel procedere del confronto sul testo, sembrano crescere le chance del credito d'imposta sulle nuove assunzioni sull'intero territorio nazionale. È possibile ipotizzare un meccanismo tipo click day, come già avvenuto in passato, fino all'esaurimento della dote. Lo sgravio, finanzia-

to con la riprogrammazione dei fondi Ue 2007-2013, sarebbe valido su tutto il territorio nazionale e mirato alle situazioni di particolare svantaggio lavorativo previste dal regolamento comunitario del 2008.

In alternativa c'è la proposta del ministro Carlo Trigilia (Coesione territoriale) che dalla riprogrammazione dei programmi nazionali cofinanziati dai Fondi strutturali 2007-2013 ricava 500 milioni destinati quest'anno alla decontribuzione a tutte le regioni del Sud. Trigilia prevede 50 mila assunzioni con contratti a tempo inde-

terminato di giovani tra 18 e 29 anni per effetto dello sgravio contributivo di 18 mesi di durata entro un tetto di 12 mila euro per lavoratore (12 mesi se si trasforma un contratto a termine). La misura, nei piani del ministro, si potrà prorogare nel 2015 con la nuova tranne 2014-2020 di fondi Ue che potranno assicurare nel 2014 l'estensione della decontribuzione al Centro-Nord.

Passiamo alle novità allo studio sulla flessibilità in entrata. Sui contratti a termine: l'orientamento del Governo è quello di estendere l'acausalità - ovve-

ro la possibilità per le imprese di assumere senza ricorrere alle causali -, che la legge 92 limita al primo contratto di durata di 12 mesi (non prorogabile). In vista dell'Expo 2015, affinché diventi un volano in tutte le regioni, per i 12 mesi di durata massima verrebbe meno il riferimento all'unico contratto a termine, con l'estensione a 18 mesi per gli under 29. Inoltre si punta a ridurre l'intervallo di tempo per il rinnovo, tornando alla situazione pre-legge Fornero, ovvero ad una pausa di 10 e 20 giorni per contratti fino ad oltre i 6 mesi di durata (aumentati dalla legge 92, rispettivamente, a 60 e 90 giorni), lasciando alla contrattazione la possibilità di stabilire una pausa "zero". Potrebbe anche saltare il riferimento al tetto percentuale dei contratti a termine previsto dai contratti nazionali. Ieri al

tavolo con i sindacati sull'apprendistato i tecnici del Lavoro hanno proposto di sospendere per due anni l'efficacia delle disposizioni sulla formazione trasversale (120 ore di formazione pubblica con nozioni di cultura generale previste in un triennio) per dare tempo alle Regioni di uniformare i criteri su scala nazionale. Attualmente ogni Regione ha criteri diversi per certificare la formazione degli apprendisti e

ciò ostacola le assunzioni da parte delle imprese che, infatti, rappresentano solo il 2,8% dei nuovi contratti. Nella fase transitoria si farà riferimento, ai fini sanzionatori, alle sole disposizioni contrattuali.

Su questi temi oggi al ministero del Lavoro è previsto il confronto con le imprese. Critici i sindacati. «Il testo unico del 2011 sull'apprendistato - afferma Claudio Treves (Cgil) - è il frutto di un lungo contenioso con le Regioni, sul tema si è espressa anche la Consulta. La creazione di criteri uniformi per certificare la formazione va costruita con il consenso delle Regioni e dei soggetti coinvolti». Per Luigi Sbarra (Cisl) «questi temi vanno affidati alla contrattazione tra le parti», il rischio «è che si scateni un inutile dibattito ideologico», il Governo piuttosto «si attivi per favorire la crescita con un solido incentivo all'occupazione giovanile». Duro il giudizio di Guglielmo Loy (Uil): «Se per rilanciare il lavoro il Governo intende rendere più appetibile per le imprese il contratto a tempo determinato rischia di creare un enorme bacino di persone senza certezze per il futuro. Si rendano più convenienti i contratti a tempo indeterminato con una drastica riduzione del costo del lavoro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SOSTENIBILITÀ

Larghe intese sulla salute

L'indagine della Camera viatico per manovra e riforme

Al via da lunedì 17 una indagine conoscitiva nelle commissioni Affari Sociali e Bilancio della Camera sulla sostenibilità del Ssn. In pista un fitto calendario di audizioni chiuso dal ministro dell'Economia, con l'obiettivo di arrivare entro settembre alla ste-

sura di un documento in vista del varo della Legge di stabilità 2014. Sul tappeto, la voglia di voltare pagina con la politica dei tagli lineari in una congiuntura che porterà inevitabilmente nuove penalizzazioni al budget di settore.

A PAG. 9

CAMERA/ Calendario di audizioni fittissimo e conclusioni previste a fine settembre

Sostenibilità: parte l'indagine

Obiettivo: coniugare i bisogni di salute alla spesa in vista della stabilità 2014

Governatori, sindaci, Corte dei conti, Ragioneria generale, Agenas, Bocconi, Scuola Sant'Anna di Pisa, Luiss, fondi integrativi, imprese, sindacati. E chiude in bellezza l'Economia. Tutti in coro al capezzale della crisi che oltre a pane di bocca rischia anche di togliere i servizi sanitari ai cittadini.

Tema all'ordine del giorno: la sostenibilità del Ssn che barcolla ogni giorno di più. «Basta tagli lineari», va dicendo il **ministro della Salute, Beatrice Lorenzin**, dal giorno dell'insediamento. Dirlo è buono e bello. Ascoltarlo pure.

Il come fare è tutta un'altra storia. E poiché qualcosa si dovrà fare (e in fretta), perché non affidare il compito di cominciare a tracciare la rotta a chi poi le eventuali antipatiche misure da intraprendere sarà costretto a votarle?

Niente piccoli gruppi di saggi o pensatori per la croce del Welfare. Tutto lo schieramento delle possibili fonti di buoni consigli è pronto a sfilare, da questa settimana, davanti alle commissioni Bilancio e Affari sociali della Camera. Che si sono prese la briga di cercare e servire sul piatto d'argento al Governo la soluzione alla domanda delle cento pistole (o siringhe?): «Quale sostenibilità garantire al Ssn, con quali mezzi e con quali prospettive?».

Questo l'interrogativo dell'indagine conoscitiva voluta all'unanimità e deliberata dalle commissioni di Montecitorio.

«Il tema di fondo è come garantire esigenze e diritti di salute in maniera uniforme, tanto più in tempi ormai prolungati di crisi. Puntiamo ad arrivare a un documento finale in tempo per la legge di stabilità», garantisce **Pierpaolo Vargiu** (Scelta civica), presidente della Affari sociali a Montecitorio fissando per settembre la fine dei lavori.

«Non si tratta di mettere in discussione il Ssn ma di decidere come modificare il sistema della compartecipazione alla spesa o il rapporto Stato-Regioni e la riorganizzazione nell'erogazione dei servizi», puntualizza la capogruppo del Pd, **Donata Lenzi**. E di sfondo resta il vecchio, vecchissimo problema delle Regioni sotto piano di rientro e l'ancor più vetusto problema del gap Nord-Sud: «I conti stanno migliorando - segnala **Raffaele Calabro**, capogruppo Pdl - ma peggiora in maniera preoccupante la qualità dei servizi».

È con questi stati d'animo e con queste prospettive - mentre il vescovo dell'Isee prepara a tirare la volata alla gestione di un nuovo modello di copayment - che le commissioni Bilancio e Affari Sociali di Montecitorio lavoreranno gomito a gomito

fino alla chiusura estiva dei lavori: appuntamento il giovedì, preparandosi a rimasticare nel corso del week end gli spunti ricevuti dagli audit.

«È evidente che ci sarà una rimodulazione della spesa pubblica: lavorando con la commissione competente cercheremo risposte valide anche in una congiuntura economica negativa», garantisce **Francesco Boccia** (Pd), presidente della Bilancio. «Ci aspettiamo che la spesa venga ridotta ancora: la sfida è quella di garantire risorse di salute in un contesto economico di recessione», rincara Vargiu. «Con questa indagine vorremmo essere un interlocutore proattivo del governo: per questo abbiamo scelto di mettere assieme le sensibilità incarnate dalle due commissioni».

Purché non sia ancora una volta quella economica a prendere il sopravvento.

S.Tod.

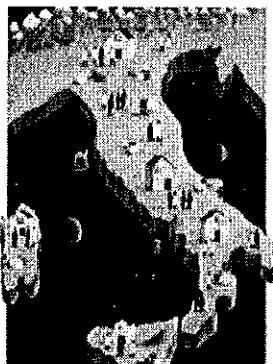
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Professioni, Bianco: le proposte confluiscano in testo unico

Riordino delle professioni sanitarie: il tema è d'importanza cruciale e le proposte sono ormai numerose. «Credo sia ragionevole e auspicabile che confluiscano in un testo unificato; su questo provvedimento, che costituisce un sostanziale ammodernamento, esiste un ampio consenso e non dovrebbero esserci grosse difficoltà per un iter di approvazione relativamente agevole e rapido»: è ottimista il presidente della Fnomceo e neosenatore Pd **Amedeo Bianco**, il cui nome è legato a due di queste proposte. «Uno - spiega - è un disegno di legge che porta anche la firma di **Annalisa Silvestro**, presidente del Collegio degli infermieri, ma ce n'è anche un altro che ho presentato io come primo firmatario, ed è più o meno analogo». Il disegno di legge è l'ultimo passo di un lungo percorso iniziato con la delega Fazio del governo Berlusconi, poi ripreso dal decreto Balduzzi che si era fermato con l'interruzione della scorsa legislatura. Bianco ne traccia le linee essenziali. «Innanzitutto abbiamo eliminato il riferimento alle province; se l'orientamento è quello di abolirle, bisogna pensare a un'altra identità geografica degli ordini territoriali. C'è poi l'istituzione di un unico grande ordine delle professioni sanitarie: l'Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione; questa sistematizzazione coinvolge oltre 800 mila professionisti». Più in generale, c'è un ammodernamento dei ruoli e delle funzioni degli ordini; lo indica chiaramente il primo articolo; vi si specifica che devono svolgere una funzione sussidiaria dello Stato, nella cura e nella tutela degli interessi pubblici connessi alla professione della tutela della salute individuale e collettiva. Bianco sottolinea il fatto che «queste istituzioni devono operare per garantire interessi pubblici, governando la qualità e l'eticità della professione».

Federalismo in sanità, si allarga il fronte del no



Ridare centralità e unitarietà al sistema sanitario. Un'istanza sempre più evocata nel mondo della sanità negli ultimi mesi. A essere messa in discussione è la riforma del titolo V della Costituzione e la relativa frammentazione in cui versano i servizi sanitari regionali. Gli ultimi in ordine di tempo a proporre un intervento in questa direzione sono stati i senatori del

Movimento 5 stelle che hanno sottoscritto un disegno di legge costituzionale a firma Paola Taverna proponendo "Modifiche all'articolo 117 della Costituzione, concernenti l'attribuzione allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di tutela della salute". In pratica i rappresentanti del M5s chiedono di ridurre la competenza delle Regioni nella materia e riportare l'amministrazione centrale dello stato a supervisionare la disciplina funzionale. «Il problema» spiega **Maurizio Romani**, medico chirurgo e vicepresidente M5s della Commissione sanità di Palazzo Madama «è l'enorme frammentazione regionale, che mette in grande difficoltà lo stato sociale. L'auspicio dei rappresentanti del Movimento è quello di aprire un dibattito e non è escluso che possano trovare sponde autorevoli visto che sulla questione si sono espressi nell'ultimo periodo molti protagonisti della sanità seppur con sfaccettature diverse. L'ultima in ordine di tempo è stato il presidente della Commissione sanità del Senato, **Grazia De Biasi**, che illustrando la road map dei lavori ha sottolineato come «il titolo V della Costituzione abbia prodotto una difformità di modelli sul territorio nazionale. Va bene il federalismo» ha detto De Biasi «ma contemperato con il concetto del solidarismo. Non un regionalismo esasperato». **Luca Pani**, direttore generale dell'Aifa ha parlato di «paese del tutto in controtendenza con i nostri 21 modelli sanitari regionali» e anche **Walter Ricciardi**, direttore dell'Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane ha sottolineato come «il decentramento abbia provocato forti divaricazioni tra Regioni» e ha evidenziato una diffusa «catastrofe finanziaria con piani di rientro che hanno visto crescere la pressione fiscale sui cittadini a fronte di un peggioramento dei servizi erogati che li costringe poi ad andare

fuori regione in caso di necessità». Ora la palla passa nelle mani del ministro della Salute **Beatrice Lorenzin** che in un recente incontro si è dimostrata allineata alle richieste di molti settori della sanità definendo come la sfida più importante «creare uniformità territoriale, perché la riforma del titolo V ha risposto alle esigenze dei territori, ma in alcuni casi ha determinato anche eccessiva frammentazione. La priorità è quindi quella di costruire una visione di insieme che sappia valorizzare la forza delle comunità locali».

Marco Malagutti

Un milione di accessi impropri in meno al pronto soccorso nel 2012: ricerca Agenas

Si riduce nel 2012 il numero degli accessi al Pronto soccorso che, stando ai dati trasmessi dalle Regioni al sistema informativo Emur del ministero della salute per il 2012, registra 1 milione di accessi in meno rispetto al 2011 (si è passati dai 14.479.595 del 2011 ai 13.433.427 del 2012).

Sembra, quindi, che qualcosa stia cambiando nella cultura degli italiani, che qualche prima crepa inizi a scalfire una visione della sanità troppo "ospedalocentrica", ma la strada è ancora tutta in salita, in Italia come all'estero. Esce oggi il nuovo Quaderno di Monitor, la collana di supplementi della rivista dell'Agenas che propone approfondimenti sui temi di maggiore attualità nel campo delle politiche sanitarie, dal titolo: Assistenza H24 e riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso. Evidenze e indirizzi.

Nell'editoriale, a firma di Giovanni Bissoni, Presidente dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali si sottolinea che il tema è complesso e non è affrontabile senza una visione sistematica delle trasformazioni in atto. Se, infatti, dal lato del cittadino si assiste all'aumento della domanda di prestazioni e alla diversificazione dei bisogni, dal lato del sistema dei servizi si riducono drasticamente i posti letto di degenza e l'ospedale si concentra sulla gestione dell'acuzie. Al contempo, il Pronto soccorso si configura sempre più come un servizio in grado di offrire una gamma di prestazioni diagnostiche e specialistiche sempre più vasta e in tempo reale.

Questa trasformazione, in atto da tempo, è oggi accelerata dalla contrazione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale e, più recentemente, dalle disposizioni della legge 135/2012 sulla spending review. Anche la recente riforma legislativa, avviata con la legge 189/2012 - che prevede tra l'altro lo sviluppo di forme organizzative complesse della medicina generale di tipo funzionale (Aggregazioni funzionali territoriali) - e strutturale (Unità complesse delle cure primarie) - fornisce in tal senso alcuni principi di riferimento, investendo l'Assistenza primaria di nuovi e maggiori compiti.

Con questa visione di sistema e nell'ambito di una convenzione con il Ministero della salute, Agenas ha assunto il compito di monitorare alcuni progetti regionali riguardanti le Cure primarie/ Assistenza H24, la riduzione degli accessi impropri al Pronto soccorso e il miglioramento della rete assistenziale. Il nuovo Quaderno di Monitor, oltre ai contributi di alcuni esperti in materia e ad approfondimenti sulla programmazione nazionale sul tema, contiene i principali risultati dei lavori realizzati nell'ambito di questa convenzione. Sono stati monitorati i progetti presentati da 12 Regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Liguria,

Lombardia, Molise, Puglia, Sicilia, Toscana, Veneto) I progetti analizzati riguardano principalmente la sperimentazione di modelli territoriali di diversa tipologia e diversa denominazione (Presidi Territoriali di Assistenza, Assistenza Territoriale Integrata, ambulatorio di Nucleo di Cure Primarie, Casa della Salute), ma anche alcuni modelli ospedalieri (ad esempio, Ambulatorio codici bianchi; Ambulatori codici di minor gravità gestiti dai MMG presso i P.S.). Nell'ambito dello studio, sono stati indagati i determinanti organizzativi e professionali dei progetti regionali volti al miglioramento dell'assistenza fornita sul territorio e a promuovere la riduzione degli accessi impropri al PS; dall'indagine si evince che la risposta al bisogno di salute del paziente che non presenta effettive condizioni di urgenza viene affrontata attraverso prospettive organizzative differenti.

La modalità organizzativa preferita, per rispondere all'esigenza di continuità dell'assistenza, risulta essere il servizio a gestione territoriale (92,8% casi), con un'accessibilità che nel 42,8% dei casi si articola su 7 giorni su 7 ed un'apertura h24 del servizio nel circa il 30% dei casi; tutte le linee progettuali prevedono un'accessibilità non inferiore alle 12h giornaliere. Dal monitoraggio effettuato emerge come sia riconosciuto un ruolo centrale, nel contenimento degli accessi impropri al PS, ai medici del territorio, siano essi il Medico di Continuità Assistenziale MCA o Guardia medica, o il Medico di Medicina Generale-MMG. Queste figure professionali vengono coinvolte nel 92,9% dei casi, seppur con diverse modalità collaborative: il 92,8% delle linee progettuali coinvolge il Medico di Continuità Assistenziale, il 71,4% vede il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale e, nel 64,4% dei casi, sono presenti insieme. Il Quaderno contiene, inoltre, i risultati di un approfondimento su quattro casi studio in Calabria; Toscana, Veneto; Emilia-Romagna.

La ricerca ha confermato che il fenomeno degli accessi impropri al Pronto Soccorso rappresenta una "punta dell'iceberg" rispetto alla necessità di un riequilibrio di sistema e della riorganizzazione dell'Assistenza Primaria.

I risultati di questo primo monitoraggio, infatti, confermano le premesse iniziali: il riordino dell'assistenza primaria ha obiettivi specifici e complessi e solo secondariamente può essere letto come strumento per la riduzione degli accessi impropri al PS. Va rilevato che la maggior parte delle esperienze studiate non ha consentito di svolgere un'analisi di impatto, sia perché ancora in corso, sia perché non dotate di sistemi informativi adeguati a tali tipo di rilevazione. Per quattro casi studio è stato possibile effettuare un'analisi statistica avanzata, in quanto dotati della banca dati sufficiente per effettuare una rigorosa analisi quantitativa dell'impatto dei modelli sulla riduzione degli accessi impropri al PS. In due dei quattro casi esaminati, gli effetti prodotti dai casi studio analizzati sono risultati ampiamente positivi in termini di riduzione degli accessi impropri in pronto soccorso, anche nel poco tempo trascorso dalla loro attivazione. Negli altri due casi, i risultati non sono significativi nei primi anni di attività in quanto non sembrano aver ancora modificato in modo

incisivo i comportamenti degli assistiti. Tuttavia, ad oggi, non è ancora possibile formulare una valutazione conclusiva dell'impatto prodotto da queste esperienze, in quanto ciò richiede un periodo più lungo di quello considerato nello studio. Queste conclusioni non implicano che le esperienze abbiano avuto un impatto di forte positività su altri aspetti, quali la maggiore accessibilità e riconoscibilità dei servizi da parte dei cittadini, la presa in carico, l'integrazione tra i diversi attori; tutti aspetti che non sono stati esaminati specificamente.

Per raggiungere questi obiettivi è, quindi, necessaria una chiara e sistematica strategia organizzativa di tipo regionale che, nel rispetto dei principi di un sistema universalistico pubblico, riesca a definire in maniera sostenibile priorità di intervento su bisogni di salute adeguatamente misurati, presentare una offerta di servizi non frammentata e in una logica prestazionale ed in grado di monitorare e guidare i processi di assistenza con tempi e strumenti adeguati.