

Articoli Selezionati

SCENARIO

11/03/18	Corriere della Sera	46	E meno male che i farmaci non si pagano direttamente	V.M.	1
11/03/18	Corriere della Sera	46	Finire sul lastrico (in Italia) per un tumore? - Perché il può essere carissimo	Martinella Vera	2
12/03/18	Sole 24 Ore	3	Bonus fiscali e lavoro sotto tiro - Il riordino dei bonus fiscali torna in agenda	Colombo Davide - Mobili Marco	6
12/03/18	Sole 24 Ore	3	Focus - Casa, spese mediche e 80 euro: chi perde con il restyling - Casa, farmaci e fondi: chi perde con il restyling	Aquaro Dario - Dell'Oste Cristiano	10
13/03/18	Stampa Torino	47	Cure domiciliari e telemedicina per i malati cronici	Mondo Alessandro	11
15/03/18	Avvenire	22	Welfare aziendale per famiglie	Arena Cinzia	12
15/03/18	Avvenire	22	La classifica. L'impresa dei sogni? Offre check up e maggiordomo	Salinaro Vito	14
17/03/18	Corriere Adriatico Ancona Provincia	14	«La sanità ferma al 1999 E io lascio la Regione» - «La nostra sanità è ferma al 1999 E allora vi saluto»	Bianciardi Maria Teresa	15

E meno male che i farmaci non si pagano direttamente

Negli Stati Uniti

Il prezzo delle medicine antitumorali è passato da 4.500 dollari a più di 10mila al mese

In Italia

Nel nostro Paese il costo degli anticancro viene contrattato dall'Aifa con le aziende

In America la questione relativa al prezzo dei farmaci anticancro è più che mai «calda».

Già nell'ottobre 2014 la giovane oncologa Nandita Khera scriveva sul prestigioso *Journal of Clinical Oncology* di non essere preparata a rispondere alle domande che i pazienti le pongono riguardo ai problemi economici che dovranno affrontare.

Sempre più spesso, però, gli oncologi statunitensi si trovano ad incontrare pazienti che, di fronte al costo delle terapie, preferiscono fermarsi: scelgono di non essere curati perché il prezzo del trattamento lascerebbe la famiglia sul lastrico. Continuiamo a guardare all'America, con il timore che lì si anticipi - come avviene in fatto di moda, musica o spettacoli - quello che poi approderà a casa nostra.

Negli Stati Uniti non basta che la polizza assicurativa sanitaria sia in ordine (e non tutti ne hanno una): una quota delle spese è quasi sicuramente da sostenere direttamente, in genere intorno al 20 per cento.

«Il costo dei trattamenti anticancro continua a crescere vertiginosamente — dice Francesco De Lorenzo, presidente della Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia (Favo) —. Secondo le stime, in 10 anni il prezzo dei farmaci antitumorali è duplicato, passando mediamente da 4.500 dollari

a più di 10mila al mese.

«Alcuni di questi trattamenti funzionano bene, il che però significa che un anno di terapia costerà all'incirca 120mila dollari e il 20 per cento di questa somma corrisponde a quasi la metà del reddito medio di una famiglia americana: come dire che, per curare il cancro di uno dei componenti, tutti gli altri dovranno rivedere il proprio standard di vita».

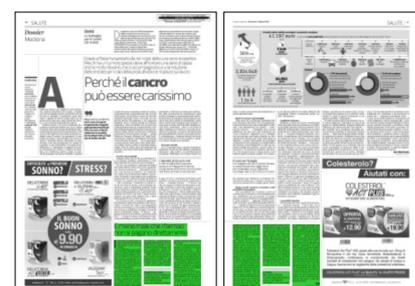
Qual è la situazione italiana? «Anche da noi i prezzi proposti per i farmaci anticancro sono in alcuni casi molto alti, ma dopo che un nuovo medicinale viene approvato dalle autorità europee il suo costo nel nostro Paese è oggetto di contrattazione tra il nostro ente regolatore Aifa (l'Agenzia Italiana del Farmaco) e le aziende farmaceutiche» risponde Stefania Gori, presidente nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom). «Da vari anni vengono applicati da Aifa meccanismi di rimborsabilità che legano più o meno direttamente il pagamento dei farmaci alla loro reale efficacia nella pratica clinica. In questo modo il nostro Ssn è riuscito fino a oggi a sostenere l'arrivo dei nuovi farmaci efficaci contro il cancro. Nel 2017, inoltre, sono stati pubblicati i nuovi criteri attraverso cui l'Aifa valuta la reale "innovatività" per identificare quei medicinali che possono rientrare nel Fondo per i far-

maci oncologici innovativi».

Nell'ottobre 2016, infatti, il Governo italiano ha istituito per la prima volta un Fondo di 500 milioni di euro a cui attingere per pagare proprio le costosissime molecole più nuove. «La spesa è stata ben governata con una condivisione tra istituzioni, oncologi e pazienti — aggiunge Gori, che è anche direttore del dipartimento di Oncologia all'ospedale Sacro Cuore di Negrar (Verona) —. I nuovi criteri sono un notevole passo avanti rispetto a quelli del 2007 e prevedono che un farmaco sia stimato "innovativo" se è più efficace dei precedenti trattamenti disponibili, se risponde a un vero bisogno clinico e se le "prove" scientifiche sono di livello elevato. Ma è necessario trovare altre fonti per sostenere l'innovazione e garantire l'accesso alle cure dei 369mila italiani che ogni anno si ammalano di cancro. E per investire in prevenzione, perché si stima che il 40 per cento dei casi di tumore potrebbe essere evitato grazie a stili di vita sani e a una diagnosi precoce».

V.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Finire sul lastrico (in Italia) per un tumore?

La «tossicità finanziaria» del cancro è un fenomeno ben noto negli Stati Uniti, dove in molti devono affrontare direttamente il costo dei farmaci. Ma anche nel nostro Paese, nel quale questa spesa è coperta dal Sistema Sanitario Nazionale, il peso economico della malattia può essere molto gravoso

Grazie al Sistema sanitario da noi i costi delle cure sono «coperte». Ma chi ha un tumore spesso deve affrontare una serie di spese anche molto rilevanti, che si accompagnano a una riduzione delle entrate per il calo della produttività e le ricadute sul lavoro

Perché il **cancro** può essere carissimo

L'identikit di chi va in crisi

A riferire difficoltà finanziarie sono più di frequente le donne, chi ha meno di 65 anni e chi è curato nell'Italia centrale e meridionale

Il costo per famiglia

Un'indagine del 2012 aveva rilevato un peso economico aggiuntivo per le famiglie con un paziente oncologico pari a 30 mila euro l'anno

Migrazione sanitaria
Una voce di spesa importante è legata agli spostamenti per farsi curare al Nord sebbene la qualità dei trattamenti al Sud sia di solito simile

A

ndare sul lastrico per pagarsi le cure anticancro. Oppure rinunciare alle terapie, evitando così che la malattia rovini le prospettive di vita di tutta la famiglia. Il problema, negli Stati Uniti, è oggetto di diversi studi, tanto che ha



già un nome tutto suo: *cancer financial toxicity*, ovvero tossicità finanziaria del cancro.

L'ultima ricerca è di poche settimane fa e conferma quanto già emerso nel 2013: i malati di tumore sono più a rischio di dichiarare bancarotta rispetto al resto della popolazione. Non solo perché negli Usa non esiste un sistema sanitario come il nostro, che garantisce le cure gratis, ma anche a causa di tante spese che pazienti e familiari devono affrontare di tasca propria: come gli spostamenti per andare in ospedale, le cure domiciliari o le terapie di riabilitazione. E, soprattutto, in ragione del tempo necessario per curarsi o assistere un familiare, che condiziona, spesso a lungo, le capacità di guadagno del nucleo familiare. Quando si parla di spesa economica relativa al cancro, le questioni sono sostanzialmente due: il costo delle terapie, che in Italia è a carico del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e poi tutto ciò che gravita attorno alla malattia, e che comporta maggiori spese e minori introiti nel bilancio domestico. «Non c'è dubbio che il prezzo dei medicinali innovativi sia sempre più alto e uno dei problemi maggiori in questo momento sia, anche in Italia, trovare il modo per continuare a garantire le terapie gratis per tutti — spiega Francesco Perrone, direttore dell'Unità Sperimentazioni Cliniche dell'Istituto Nazionale Tumori Pascale di Napoli —. Ma è importante occuparsi anche delle spese extra: giorni di lavoro saltati, lavoro perduto o stipendio ridotto, viaggi, visite ed esami, spese per medicinali di sostegno, psicologi, fisioterapia, badanti e via dicendo».

Per che cosa si spende

Partiamo allora da ciò che pesa direttamente sul bilancio familiare (affrontiamo il costo dei medicinali in un articolo qui di seguito).

Per che cosa spendono i pazienti oncologici nel nostro Paese? «Fino ad ora non spendono per i farmaci anticancro — risponde Perrone, che è un esperto in materia e nel Rapporto 2017 della Favo (Federazione Italiana Associazione Volontari in Oncologia) sulla condizione assistenziale dei malati oncologici in Italia ha dedicato un capitolo alla tossicità finanziaria —. Ma, ovviamente, c'è dell'altro. La prima cosa che mi viene in mente, come oncologo napoletano, sono le migrazioni sanitarie: molto spesso inutili in termini di efficacia dei trattamenti perché la qualità è per lo più simile nelle strutture del Nord e del Sud. E quasi sempre dannose sul piano della logistica (che è parte della qualità di cura) e delle spese».

Poi esistono uscite economiche aggiuntive direttamente legate alla malattia e alla sua gestione: il ricorso alle visite o alla diagnostica privata, ad esempio, se con il sistema pubblico non si riesce a soddisfare i bisogni e i tempi di attesa si allungano troppo. «E ancora — aggiunge Francesco De Lorenzo, presidente della Favo — ci sono le somme sostenute per l'assistenza domiciliare (carente in tutta Italia, salvo sporadiche e lodevoli eccezioni, per lo più merito delle associazioni di volontariato), quali prelievi di sangue o somministrazioni endovenose di farmaci di supporto, fisioterapia per pazienti non più in grado di deambulare, molto spesso nella parte terminale della malattia. Ci sono pure le uscite derivanti dalle ricadute sociali della condizione, come la necessità di

aiuto casalingo per il numero crescente di pazienti soli o anziani, che spesso diventano non più autosufficienti proprio a causa del tumore. E, naturalmente, i mancati introiti da lavoro nei pazienti giovani e in chi li assiste, i caregivers, ancora troppo poco tutelati».

Chi è più a rischio

Chi è il paziente-tipo a rischio tossicità finanziaria? «Pochi mesi fa, abbiamo pubblicato analizzato i dati relativi a 16 sperimentazioni coordinate dall'Istituto dei Tumori Napoli tra il 1999 e il 2015, a cui hanno partecipato 3760 pazienti con tumori di polmone, mammella o ovaio — continua Perrone —. È emerso che circa un quarto dei malati ha lamentato un disagio economico legato alla malattia e al suo trattamento. Tracciare un identikit è difficile, ma più di frequente a riferire difficoltà finanziarie sono state donne, pazienti trattati negli ospedali dell'Italia centrale e meridionale, al di sotto dei 65 anni. Quest'ultimo dato fa capire come la malattia produca un danno molto rilevante alle persone in età lavorativa. Quindi a quello che si "spende" bisogna sommare quello che "non si guadagna più" a causa del cancro. E purtroppo, anche in Italia, la tossicità finanziaria si associa a risultati terapeutici peggiori, sia in termini di qualità che di quantità di vita. Anche se su quest'ultimo punto, grazie all'esistenza del Sistema Sanitario Nazionale (Ssn), le stime sono molto più ottimistiche rispetto agli Stati Uniti».

Qual è il costo per ogni famiglia

«Sapevamo che, nonostante la gratuità delle cure assicurate dal nostro Ssn, la malattia genera un aumento dei costi sociali diretti e indiretti e una diminuzione dei redditi — continua De Lorenzo —. L'indagine Favo-Censis pubblicata nel 2012 aveva già evidenziato un "peso economico" aggiuntivo per le famiglie con un paziente oncologico stimato in oltre 30mila euro all'anno nei primi anni dopo la diagnosi, e causato dall'acquisto di medicinali di supporto (come antinausea o antidolorifici, ad esempio), esami diagnostici o visite specialistiche pagati dal paziente, nonché spese di trasporto e di assistenza (badanti, infermieri)». Ma un grosso peso lo hanno anche costi indiretti quali il mancato reddito che la malattia comporta (per riduzione o cessazione dell'attività lavorativa) per il malato e talvolta anche per la persona che lo assiste più da vicino.

Quanto incide l'aspetto economico sulle possibilità di guarigione

«Pur accettando che ci potesse essere un contraccolpo economico, non immaginavamo che, addirittura, per un paziente su cinque questo si potesse riflettere in un peggioramento della prognosi — aggiunge Elisabetta Iannelli, avvocato e segretario nazionale della Favo —. L'analisi di sopravvivenza ha dimostrato infatti che chi ha sofferto la tossicità finanziaria ha avuto, nei mesi e anni successivi alle cure, un rischio di morte del 20% più alto (negli Usa è il 79%) rispetto ai malati senza problemi di denaro. Questo dato allarmante induce a riflettere sulla necessità di ripensare ad adeguate ed efficaci politiche di welfare affinché alla "guarigione clinica" corrisponda quella "sociale" dal tumore».

I problemi sul lavoro

Mobbing, perdita del lavoro, decurtazioni dello stipendio sono un problema per il milione di italiani malati di cancro lavoratori? «Sì, le difficoltà professionali costituiscono un grave problema per i diretti interessati e per i caregivers — risponde Elisabetta Iannelli, che è anche vicepresidente dell'Associazione italiana malati di cancro (Aimac), che in questi giorni celebra i suoi 20 anni di attività in difesa dei diritti di pazienti e familiari —. Il lavoratore che si ammala, invece, può e deve essere sostenuto durante la fase acuta di malattia, quando le terapie sono più invalidanti, ed essere utilmente reinserito nel posto di lavoro con adeguati e tempestivi programmi di riabilitazione, formazione e aggiornamento. Proprio a questi fini Aimac ha realizzato e porta avanti, con aziende di rilevanza internazionale il progetto «Pro Job Lavorare durante e dopo il cancro», che prevede strumenti volti a promuovere l'inclusione dei malati (e dei loro familiari) nel mondo produttivo, agevolando i rapporti fra impresa e lavoratori. Grazie al nostro impegno abbiamo ottenuto importanti risultati. Affinché le leggi non rimangano inattuato è però necessario che siano innanzitutto i malati a conoscere i diritti riconosciuti e garantiti a livello nazionale e locale. Per questo Aimac ha pubblicato nel 2003 il libretto "I diritti del malato di cancro", con cui per la prima volta nel nostro Paese si è posta attenzione alla "disabilità" oncologica, alle ricadute sociali e lavorative della malattia, colmando il gap informativo esistente».

Le possibili soluzioni

«Il mio punto di vista è quello del ricercatore — premette Perrone — e mi fa dire che lo studio della tossicità finanziaria richiede strumenti di approfondimento specifici per il contesto sociale e culturale in cui vengono appli-

cati. In pratica: serve un test di routine, da far compilare a malati e familiari per rilevare i problemi. Ora stiamo elaborando un modulo italiano, specifico per la nostra realtà, che nasce proprio dai pazienti, che ci aiuterà a capire meglio le cause di questo fenomeno e, per quanto possibile, contrastarlo».

In realtà esistono già alcuni metodi, che però vanno migliorati. «Dal punto di vista di chi gestisce la sanità pubblica bisogna migliorare l'efficienza del sistema in tutti i suoi aspetti — dice Stefania Gori, presidente nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom) —. Ogni anno 800mila italiani cambiano regione per curarsi e dobbiamo invece fare in modo che chi ha un sospetto o una diagnosi di cancro trovi in tempi ragionevoli una risposta di buona qualità all'interno del proprio territorio. Per far questo serve realizzare davvero le reti oncologiche in modo da offrire le migliori opportunità terapeutiche, anche sperimentali dove questo ha un senso». Bisogna poi ricordare che non si spende solo per i farmaci. «Ci sono altri aspetti che possono essere migliorati per continuare a far funzionare il nostro Ssn — continua la presidente Aiom —. I costi elevati dell'assistenza conseguenti ad esami diagnostici talora inappropriati e visite di controllo troppo frequenti durante il follow up dei pazienti oncologici, potrebbero essere ridotti garantendo in tal modo a pazienti e familiari un'assistenza persino migliore e facendo spendere meno al Ssn e a loro stessi grazie ad un adeguato e condiviso utilizzo. Questi risparmi permetterebbero anche una possibilità di offrire cure domiciliari a tutti i pazienti in fase avanzata di malattia». Senza dimenticare che in Italia 3milioni e 300mila persone vivono dopo la diagnosi di tumore, il 30 per cento delle quali è in età lavorativa. E a questi si aggiungono ben 4 milioni di caregivers.

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Diritti

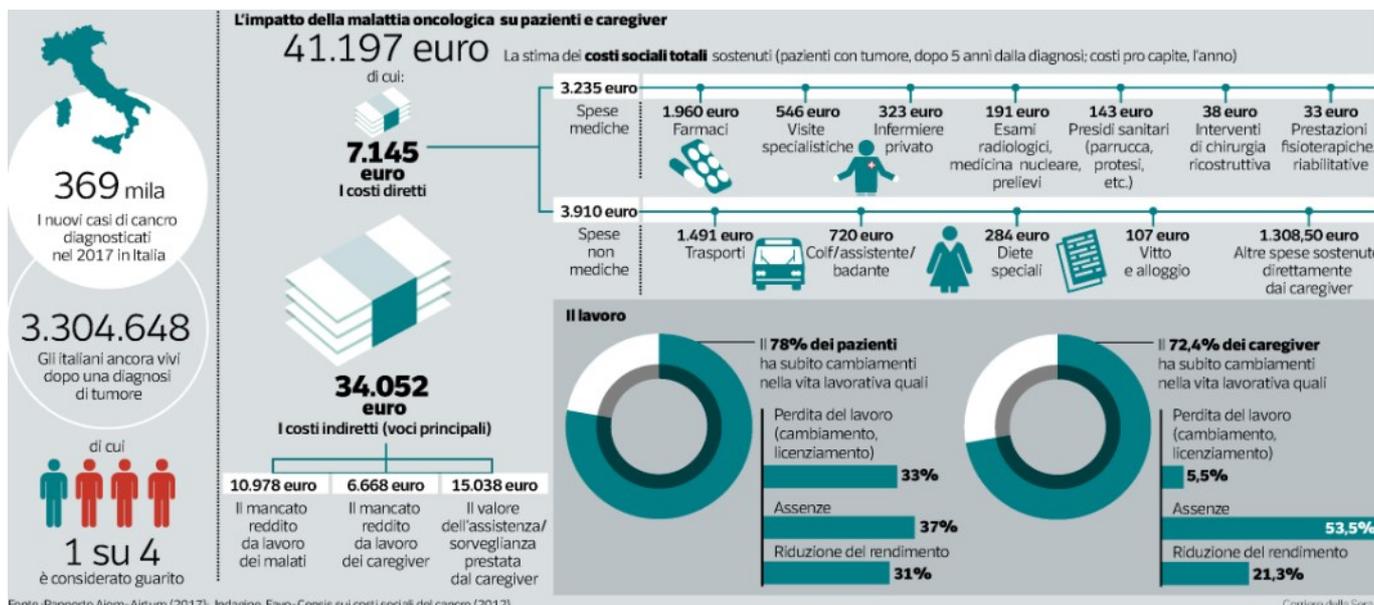
Le battaglie per le tutele dei malati

Da quando è nata nel 1998 l'Associazione italiana malati di cancro (Aimac) ha condotto battaglie per il riconoscimento di diritti fondamentali sul posto di lavoro. Nel 2003, su spinta di Aimac, è stato inserito nella Legge Biagi un articolo (art. 46 del D.lgs. 276/2003) che ha introdotto per la prima volta in Italia il diritto per i malati oncologici alla trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a part-time e viceversa. Nel 2006 è stato

approvato un provvedimento innovativo (Legge n.80 del 2006) che, sempre per i pazienti con tumore, ha ridotto a soli 15 giorni i tempi di attesa per l'ottenimento dell'accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap. Altro decisivo passo avanti, nel 2009, è stata l'esclusione dalle fasce di reperibilità per i dipendenti pubblici in malattia con terapie salvavita per tumore (Circ. 1/2009 del Ministero per la PA e DM 206/2009), estesa nel 2016 anche ai dipendenti del settore privato.

Confronto

Secondo le più recenti statistiche, il rischio di bancarotta per un cittadino americano che si ammala di cancro è **2,7 volte più alto** di un cittadino simile per età e genere non malato. E chi certifica il proprio fallimento ha un **pericolo di morte del 79% più alto** rispetto ai pazienti che non arrivano al tracollo economico.



Dall'intervento sulle tax expenditures all'eredità del Jobs act i temi sul tappeto della nuova legislatura

Bonus fiscali e lavoro sotto tiro

Il taglio delle tasse promesso dai partiti passa dal riordino degli sconti

■ Fisco e lavoro, due temi centrali nell'agenda della nuova legislatura. Da un lato, il riordino delle agevolazioni fiscali torna all'ordine del giorno come strumento per coprire il costo delle promesse elettorali (flat tax, reddito di cittadinanza, nuova Irpef). Operazione che si preannuncia complicata, nonostante il monitoraggio

condotto dalla commissione di esperti del Mef, che ne ha censite 466, e dopo i rinvii che si sono susseguiti dal 2011.

Dall'altro lato, a tre anni dall'entrata in vigore del contratto a tutele crescenti - il piatto forte del Jobs act che ha ristretto l'applicazione dell'articolo 18 nelle grandi aziende - i numeri sui nuovi contratti attivati e cessati

evidenziano una crescita dei contratti a tempo determinato e un calo dei licenziamenti. La riforma varata dal Governo Renzi nel 2014 potrebbe ora essere messa in discussione visto che i vincitori, Movimento 5 Stelle e Centro destra ne chiedono la revisione.

Barbieri, Colombo, Falasca, Mobili, Rogari e Rota Porta > pagine 2 e 3

I temi caldi dopo il voto

ALLEGGERIRE LA PRESSIONE FISCALE

Il riordino dei bonus fiscali torna in agenda

Dagli 80 euro agli altri sconti, il taglio delle agevolazioni rientra in gioco per finanziare le promesse elettorali

Obiettivi ambiziosi

La sforbiciata alle tax expenditures deve contribuire a coprire il costo di flat tax, reddito di cittadinanza e «nuova Irpef»

LA COMMISSIONE MARÈ

Gli esperti del Mef hanno censito 466 misure di cui 22 con costi trascurabili e ritengono complicato recuperare oltre 10 miliardi

Davide Colombo
Marco Mobili

ROMA

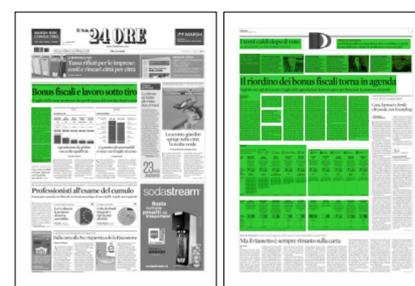
■ Un taglio secco del bonus da 80 euro introdotto nel 2014 da Renzi. Ma anche una potente sforbiciata alle agevolazioni per gli interventi di edilizia residenziale e un giro di vite agli sconti sulle spese sanitarie, magari introducendo una progressività che azzeri la detrazione oltre una certa soglia di reddito. Potrebbe essere aperto con mosse di questa portata il "vaso di Pandora" delle tax expenditures se, a guidare il nuovo Governo, ci sarà tra qualche settimana chi vuol varare la flat tax o, in alternativa, dare all'Italia il Reddito di cittadinanza.

Reperire le coperture ampie e indispensabili per varare rifor-

me in netta discontinuità con l'ultima legislatura potrebbe rivelarsi più semplice del previsto se, chi lo fa, è pronto a garantire che i nuovi benefici supereranno i costi. E così il riordino di tante misure di esenzione, esclusione, riduzione dell'imponibile o dell'imposta o, ancora, dei diversi regimi di favore che comunemente chiamiamo "spese fiscali" potrebbe tornare prepotentemente al centro dell'agenda. Tagli per reperire 15 o 20 miliardi, quanto basta per finanziare un primo modulo della tassa piatta, come detto, o l'avvio del nuovo sussidio universale.

Operazioni lontane anni luce dall'approccio più realista di chi, sulla base dell'ultimo monitoraggio sulle tax expenditures, aveva indicato un riordino possibile per garantire non più di 5-10 miliardi di maggiori entrate. La Commissione per le spese fiscali istituita al Mef con il compito di monitorare anno per anno l'evoluzione di queste componenti del nostro sistema tributario, nell'ultimo rapporto

annuale presentato a fine ottobre, ha conteggiato 466 spese fiscali, cui corrispondono minori entrate per 54,2 miliardi nel 2018 che salgono a 54,9 nel 2019. In questo insieme sono comprese 22 voci con effetti fiscali trascurabili e 152 con costi fiscali neppure quantificabili. La metodologia analitica adottata dalla Commissione non comprende tra le tax expenditures diverse voci che erano invece considerate nelle precedenti ricognizioni, eseguita sotto la regia di Vieri Ceriani, che arrivò a contare una sessantina di voci in più. E dall'elenco sono pure escluse oltre 170 tax expenditures che riguardano la fiscalità locale.



Dir. Resp.: Guido Gentili

Tiratura: 141860 - Diffusione: 187721 - Lettori: 803000: da enti certificatori o autocertificati

www.datastampa.it

Mauro Marè, presidente della Commissione, ha recentemente ipotizzato sul Sole 24 Ore (si veda il numero del 20 febbraio) tre possibili interventi per un riordino soft. Il primo: un taglio orizzontale sulle detrazioni, dal 19 al 17%, che garantirebbe 630 milioni circa in più l'anno, mentre si salirebbe a 1,5 miliardi se il taglio salisse dal 19 al 15 per cento. Il secondo: fissare un tetto agli sgravi, con un sistema di franchigie attentamente calibrato per garantire maggiori entrate fino a 1,2 miliardi. Ultima opzione: rendere decrescente il sistema delle detrazioni degli oneri fiscali individuati per garantire una maggiore progressività del sistema. Per esempio ponendo un limite massimo a 75 mila euro si potrebbe garantire un altro miliardo e mezzo di maggior gettito.

Questo mix di interventi, però, sarebbe stato in continuità

con il Governo Renzi prima e Gentiloni poi. Ma il nuovo Esecutivo sarà diverso. E anche la sua politica fiscale potrebbe rivelarsi molto diversa se adottata con provvedimenti immediati e sostenuti da un'ampia e solida maggioranza parlamentare.

La giungla degli sconti fiscali, del resto, offre scelte infinite a chi volesse tagliare usando il *machete* della discontinuità e senza porre troppa attenzione alla progressività del prelievo fiscale.

Ecco alcuni esempi. Le detrazioni fiscali a sostegno degli interventi di ristrutturazione edilizia e di efficientamento energetico degli edifici, oggi unico vero volano dell'edilizia, assorbono risorse complessivamente per oltre 7 miliardi di euro con una platea di circa 10 milioni di contribuenti, anche se - essendo

ibonus a recupero decennale - il costo annuo per lo Stato comprende anche le rate degli investimenti effettuati dai contribuenti negli anni precedenti. Inoltre, il Movimento 5 Stelle da sempre ha messo nel mirino i 18 miliardi delle agevolazioni e delle esenzioni di cui beneficia il settore dell'energia delle fonti fossili per reindirizzarli sulle rinnovabili. Toccare le spese sanitarie, invece, significa andare a coinvolgere oltre 17 milioni di contribuenti che oggi beneficiano di una detrazione pro capite di 178 euro. Di fronte a una nuova *flat tax* proposta dal Centrodestra potrebbe persino essere considerata di troppo la cedolare secca sugli affitti, che oggi erode gettito per poco più di 1,6 miliardi di euro ed è usata da 1,8 milioni di soggetti Irpef che si assicurano un vantaggio fiscale pro capite di 874,9 euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DAL TAGLIO LINEARE AL RIORDINO

L'IPOTESI DEL TAGLIO LINEARE

La manovra di luglio del 2011 (Dl 98), ministro dell'Economia Giulio Tremonti (*nella foto*), ipotizza per la prima volta un taglio lineare delle agevolazioni (5% nel 2013 e 20% dal 2014). Il "salva-Italia" di fine 2011 sostituisce il taglio lineare con l'aumento dell'Iva, poi passata al 22% il 1° ottobre 2013.



LA LISTA DEI 700 BONUS

Il primo censimento delle *tax expenditures* è curato nel 2011 dalla commissione guidata da Vieri Ceriani, che elenca oltre 700 voci, pari a 250 miliardi di costo per l'Erario e gli enti locali. Con Matteo Renzi premier, il taglio delle agevolazioni rientra nel perimetro della *spending review*, poi non attuata.

IL MONITORAGGIO ANNUALE

Negli ultimi anni, il riordino dei bonus è stato inserito praticamente in ogni Def, ma l'attuazione è sempre stata rinviata. La più recente mappatura è quella presentata lo scorso ottobre dalla commissione guidata da Mauro Marè (*nella foto*), che ha censito 466 *tax expenditures*.



LE SCELTE DEL PARLAMENTO

Il taglio delle agevolazioni torna al centro delle cronache come contrappeso alle misure promesse in campagna elettorale dai vari schieramenti, dalla *flat tax* al reddito di cittadinanza. La decisione politica su quali bonus rivedere toccherà al nuovo Parlamento.



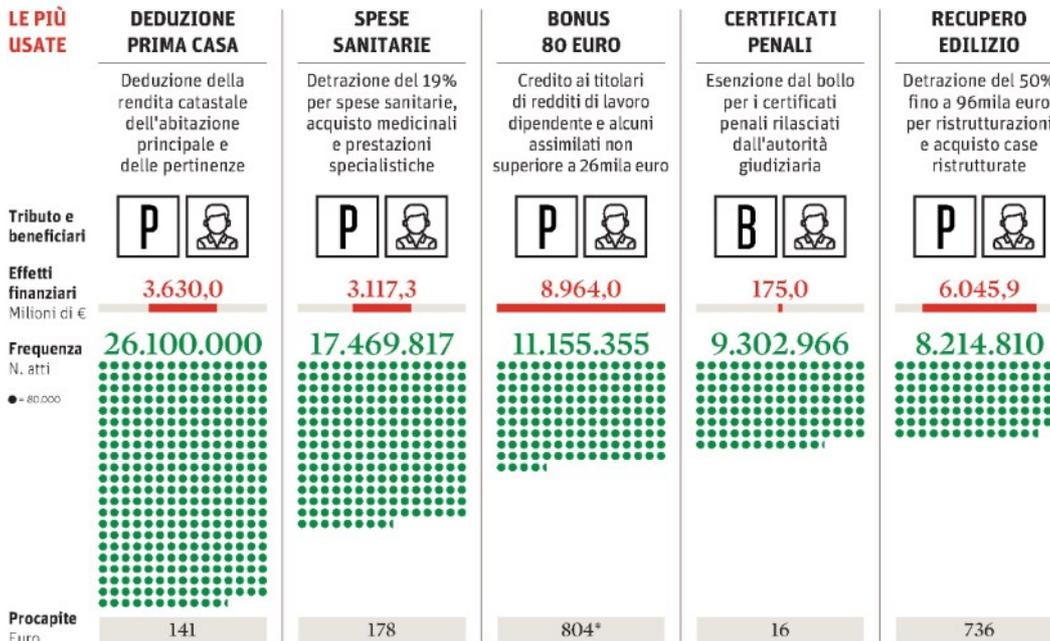
I numeri

Le tax expenditures più usate e alcune di quelle con il minor numero di beneficiari

Tipo di tributo

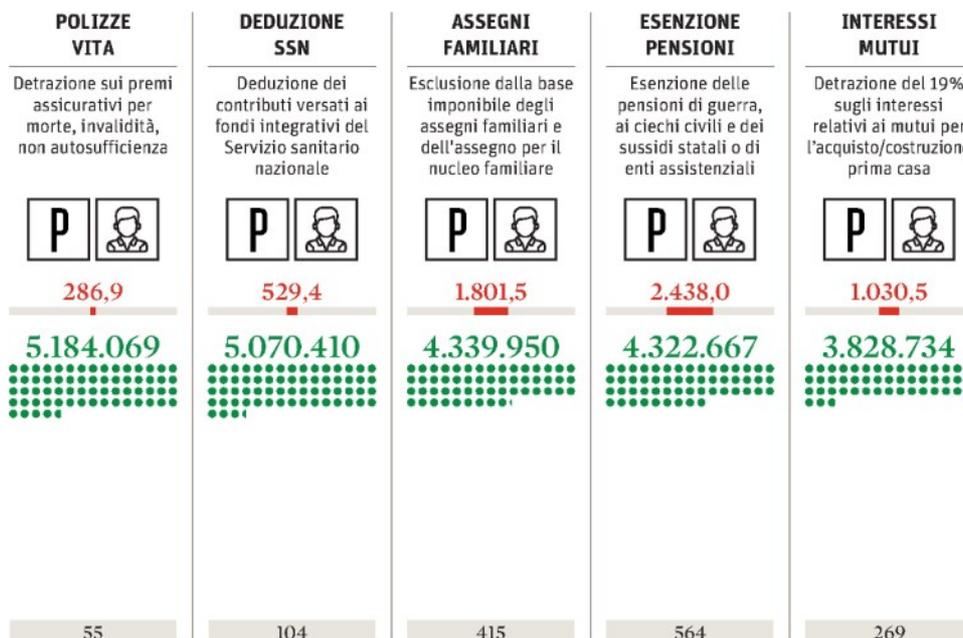
P Irpef **S** Ires **I** Imposta sostitutiva **R** Imposta di registro, ipotecaria e catastale **B** Imposta di bollo

LE PIÙ USATE



Tipo di beneficiari

 Persone fisiche  Persone giuridiche  Persone fisiche e giuridiche  Banche e assicurazioni  Soggetti, categorie particolari



	LE MENO USATE	FONDI IMMOBILIARI	CONFERIMENTI IMMOBILI	«GOOD BANK» (ENTI PONTE)	ARBITRATI E NEGOZIAZIONE	SOFTWARE FARMACIE
		Imposte di registro e ipocatastali fisse per gli apporti ai fondi immobiliari chiusi	Sostitutiva del 20% per plusvalenze da conferimenti di immobili in Siiq, Siiqg e fondi comuni di investimento immobiliare	Esclusione dalle sopravvenienze attive dei versamenti effettuati dal fondo di risoluzione agli enti ponte («good bank» per le crisi bancarie)	Credito d'imposta sul compenso degli arbitri o degli avvocati nella negoziazione assistita	Credito d'imposta a favore delle farmacie pubbliche e private per acquisto di software
Tributo e beneficiari	 	 	 	 	 	
Effetti finanziari Milioni di €	3,1	1,1	**	0,003	0,003	
Frequenza N. atti	4	5	10	12	13	
Procapite Euro	790.737	229.548	-	250	246	

(*) importo medio, l'applicazione del bonus segue un meccanismo a scalare; (**) effetti trascurabili

OSPEDALE GALLIERA	GIOVANI CALCIATORI	BORSE DI STUDIO	RISOLUZIONI BANCARIE	AVVIAMENTO E MARCHI
Detrazione per le donazioni effettuate all'ente ospedaliero "Ospedale Galliera" di Genova	Credito d'imposta per giovani calciatori	Detrazione di un importo pari a quello della borsa di studio erogata dalle Regioni e dalle Province autonome	Disciplina della trasformazione in credito d'imposta delle attività per imposte anticipate nell'ambito delle azioni di risoluzione bancaria	Imposta sostitutiva sui maggiori valori attribuiti in bilancio, all'avviamento, ai marchi di impresa e ad altre attività
 	 	 	 	 
0,01	0,3	**	0,2	204,0
19	20	24	41	54
707	15.000	-	6.037	3.777.778

Fonte: elaborazione Sole 24 Ore sul Rapporto annuale 2017 sulle spese fiscali - Commissione per le spese fiscali del Mef

L'IMPATTO. I NUMERI IN GIOCO

Casa, spese mediche e 80 euro: chi perde con il restyling

Aquaro e Dell'Oste ▶ pagina 3

FOCUS. EFFETTI DA MONITORARE

Casa, farmaci e fondi: chi perde con il restyling

di **Dario Aquaro**
e **Cristiano Dell'Oste**

Il bonus fiscale sulle spese mediche è presente in sei dichiarazioni dei redditi su dieci. Più di 8 milioni di contribuenti sfruttano la detrazione del 36 e 50% sui lavori edili. La deduzione Irpef per l'abitazione principale vale 3,6 miliardi. I dati non dicono tutto, ma aiutano a capire cosa significhi parlare di «taglio delle *tax expenditures*».

Per quanto si sia spesso parlato di «riordino» o «restyling», è chiaro che tagliare i bonus significa aumentare la pressione fiscale, se non cambia la struttura del prelievo. Ma l'operazione può non essere impopolare se è accompagnata da una riforma (*flat tax*, nuova Irpef e reddito di cittadinanza per stare ai programmi dei partiti).

Di certo, comunque, quando si riduce o elimina un'agevolazione si innesca un effetto redistributivo, che varia in base al posizionamento dei beneficiari. Ad esempio, in quattro regioni del Nord (Piemonte, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna) si trova il 55% di chi usa il bonus sui lavori edili e il 59% di chi sfrutta l'ecobonus. Altre volte la discriminante è l'età, come per la detrazione sul mutuo, usata dal 14% dei dipendenti e dal 2% dei pensionati. L'uso di alcuni bonus, poi, cresce con il reddito dichiarato: la deduzione per la previdenza complementare coinvolge l'1% dei contribuenti fino a 15 mila euro, per un importo medio di 2.203 euro, ma sale al 15,1%

tra chi dichiara più di 75 mila euro (media di 3.985 euro).

Dire addio a certi sconti, dal punto di vista dello Stato, significa anche rinunciare a una leva d'intervento. Le detrazioni servono - tra l'altro - a promuovere investimenti privati o consumi (come nel caso dell'ecobonus o dello sgravio sugli abbonamenti al trasporto locale), a sostenere settori economici (bonus mobili e per l'edilizia), a favorire l'emersione del nero (cedolare secca). Altri sgravi, invece, servono ad attenuare l'impatto di costi «necessari» o «inevitabili» (detrazione sulle spese mediche o scolastiche, ad esempio).

D'altra parte, questa leva di politica fiscale non è sempre efficace: spesso i redditi bassi hanno così poca Irpef da non poter accogliere i bonus, e in generale molti incentivi si sono stratificati in modo incoerente e confuso negli anni. Basti pensare a micro-misure come il credito d'imposta sul compenso di arbitri o avvocati nella negoziazione assistita (12 beneficiari censiti!) o alle detrazioni del 19% per le spese funebri (su 1.550 euro) e le spese d'intermediazione immobiliare (su mille euro): due mance, queste ultime, che oltretutto non scoraggiano la sottofatturazione degli importi.

Un altro punto cruciale è l'ordine di grandezza. Non è detto che la sforbiciata debba partire dalle agevolazioni più pesanti per le casse pubbliche (e le tasche dei cittadini), ma è un fatto che il grosso delle risorse si con-

centra su alcuni bonus principali: gli «80 euro», per dire, valgono quasi 9 miliardi all'anno, lo sconto sulle spese mediche 3,6 miliardi, quello sui lavori edili 6 miliardi e l'ecobonus 1,6 (ma questi ultimi due includono le rate di chi ha fatto i lavori negli anni precedenti e un taglio retroattivo lederebbe l'affidamento dei contribuenti).

Ci sono agevolazioni che incidono molto, ma che sono considerate «strutturali» al prelievo dalla stessa commissione Marè, che infatti non le ha censite tra le *tax expenditures*. È il caso della detrazione per lavoro dipendente e redditi assimilati (39 miliardi) e di quella per i familiari a carico (13 miliardi). Abolirle non è tecnicamente impossibile, ma implica ripensare da zero l'Irpef.

Inoltre, anche tra le agevolazioni classificate come tali dagli esperti del Mef ce ne sono alcune il cui taglio avrebbe effetti di sistema non trascurabili. Pensiamo alla deduzione sull'abitazione principale, usata da oltre 26 milioni di contribuenti: eliminarla vorrebbe dire, di fatto, tassare nuovamente la prima casa, sia pure con l'Irpef anziché la Tasi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

39 miliardi

Lo sgravio ai dipendenti
Valore del bonus «strutturale»
per lavoratori e pensionati



La Regione presenta il nuovo modello

Cure domiciliari
e telemedicina
per i malati cronici

I medici di base: “Saremo centrali ma dateci risorse”

ALESSANDRO MONDO

Si stima che almeno il 40% dei piemontesi over 65 soffra di una malattia cronica grave e che a livello mondiale circa il 70-80% delle risorse sanitarie sia impiegato per la gestione delle malattie croniche. Parliamo di patologie proporzionali all'aumento dell'aspettativa di vita, ma non della qualità della vita, fonte di difficoltà e talora di disperazione: per i malati e per le loro famiglie. Emblematici i due tragici fatti di cronaca che si sono susseguiti nell'arco di pochi giorni a Torino e Rivoli, innescati dal timore di non potersi prendere cura di sé e dei propri cari.

Il Piano nazionale delle cronicità di cui si è dotato il Piemonte, prima declinazione regionale di quello nazionale, punta proprio a questo: garantire un'assistenza adeguata e costante ai malati e ai “care givers”, ad ogni livello, per gestire situazioni che, se lasciate a sé stesse, non solo possono degenerare ma più in generale compromettono la qualità della vita dei malati e persino la salute di quanti li assistono. Per dirla con l'assessore Antonio Saitta, che ieri ha presentato il nuovo modello con i colleghi Ferrari e De Santis, «abbiamo più anni di vita: ora bisogna dare più vita agli anni, altrimenti la sopravvivenza biologica ri-

schia di diventare soprattutto un peso».

Partita estremamente complessa, trattandosi di affrontare patologie caratterizzate dalla progressiva perdita dell'autosufficienza - come l'Alzheimer, ma non solo -, e che colpiscono una quota crescente di persone: particolarmente le donne (il 17,1% convive con due o tre malattie croniche), più che gli uomini (14,4). Un altro limite, da superare, è l'inadeguatezza di un modello di Welfare ormai datato e soprattutto frammentato.

Non a caso il primo obiettivo del Piano - che punta a demandare agli ospedali la competenza su urgenze ed alta specializzazione affidando all'assistenza territoriale la cura delle malattie croniche - è il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati. Gli elementi fondanti del progetto sono l'aumento della domiciliarità, anche attraverso l'uso della tecnologia (dalla teleassistenza domiciliare al teleconsulto specialistico), la realizzazione di reti assistenziali, la centralità del ruolo dei medici di famiglia, la riorganizzazione operativa degli ospedali e dei distretti, l'elaborazione di piani di cura personalizzati per i pazienti, percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali integrati ospedale-territorio e omogenei a livello regionale.

Il ruolo del medico di famiglia, basato sul rapporto di fiducia

consolidato, sarà centrale: ora più che mai diventerà il front office dei pazienti, per ciascuno dei quali individuerà un percorso diagnostico tale da coinvolgere tutti i soggetti successivamente chiamati a seguirlo. Certamente una responsabilità e un aggravio di lavoro per la categoria che, precisa il dottor Roberto Venesia, segretario Fimmg, non si sottrae ma chiede supporto: «In primis gli assistenti di studio, non si può pretendere che il medico faccia anche lo sportellista».

Previsto un primo periodo di sperimentazione, destinato a concludersi nel 2019. In questa prima fase, ha precisato il direttore generale della Sanità Renato Botti, sono già state istituite quattro “comunità di pratica” all'interno di altrettante aziende sanitarie - Asl Città di Torino, Asl To3, Asl Cnl, Asl Vco - composte da esperti e specialisti nelle discipline interessate, per elaborare i modelli di cura poi utilizzati su tutto il territorio regionale. Tenendo sempre presente che dietro ogni paziente c'è innanzitutto una persona.

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Welfare aziendale per famiglie

Conciliazione e orientamento per i figli le misure più popolari

**Rapporto Ubi Banca
su 2mila contratti
Si allarga il campo
di intervento**

**Il Best Workplaces
votato dai dipendenti
premia American
Express. Molto gettonato
il settore "pharma"**

CINZIA ARENA

I capisaldi rimangono quelli tradizionali, dall'assicurazione sanitaria alle previdenze integrative ai buoni pasto, ma nell'universo variegato del welfare aziendale prendono piede nuove forme di sostegno. Pensate in un'ottica familiare. Dalla conciliazione dei tempi per consentire una migliore organizzazione tra il tempo del lavoro e quello privato, che riguarda non solo la maternità ma anche l'accudimento di genitori anziani e il progressivo invecchiamento degli stessi lavoratori, ai percorsi di orientamento all'università e al lavoro per i figli dei dipendenti. Uno dei servizi più apprezzati negli ultimi anni, segnati da un livello di disoccupazione giovanile preoccupante.

A fare una "mappa" dei benefit di vario genere erogati oggi dalle aziende ci ha pensato Ubi Banca con il suo «Welfare for people», un rapporto (presentato ieri a Milano) che pren-

de in esame duemila contratti collettivi di lavoro di secondo livello. A curarlo il professor Michele Tiraboschi, ordinario di Diritto del lavoro all'università di Modena e Reggio Emilia e coordinatore scientifico di Adapt, l'associazione di studi sul lavoro fondata dal giusvalorista Marco Biagi. In copertina il villaggio operaio di Crespi d'Adda, «una scelta simbolica che evoca il paternalismo dell'imprenditore illuminato» e che è stata scelta per spiegare come il welfare sia in realtà un «tema storico» e un concetto presente nella Costituzione. Ma adesso, anche alla luce della rivoluzione digitale e delle misure fiscali introdotte (come gli sgravi per gli abbonamenti ai mezzi pubblici) sta cambiando pelle e diventando sempre più da una questione "occupazionale", vale a dire legata al rapporto di lavoro in essere, una faccenda "aziendale" con misure rivolte alla famiglia (che riguardano la mobilità, la formazione e il tempo libero oltre che la salute) e che ha delle ripercussioni anche sulla soddisfazione e sulla produttività. Investire sul capitale umano, insomma, conviene. E le aziende lo hanno capito. «Non è solo uno strumento di riduzione dei costi ma una

risposta concreta alla nuova grande trasformazione del lavoro che stiamo vivendo» ha sottolineato Tiraboschi. Un esempio concreto, illustrato da Stefano Franchi, direttore di Federmeccanica, è il contratto nazionale dei metalmeccanici che prevede 100 euro annui per ogni lavoratore per corsi di formazione, borse di studio, vacanze-studio frequenza a corsi sportivi, servizi di assistenza ai figli

o ad anziani o disabili, buoni spesa.

Ubi Banca è stato il primo istituto di credito a creare, esattamente un anno fa, una struttura ad hoc per proporre soluzioni su misura per le imprese grandi e piccole.

Un bacino potenziale di 17.000 aziende

(300mila sono i clienti della banca). Il presidente del consiglio di gestione di Ubi Banca, Letizia Moratti, ha rimarcato come «il welfare aziendale sia una risposta alla crisi del welfare pubblico, che non riesce più a offrire servizi adeguati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





L'ASILO. Il "Giardino di Bez" è l'asilo nido aziendale avviato da Bpm a Milano nel 2006.

La classifica. L'impresa dei sogni? Offre check up e maggiordomo

VITO SALINARO

La migliore azienda dove lavorare in Italia? È quella in cui rispetto e gratificazione non sono merce rara. Anzi, rappresentano la regola. Il settore? Preferibilmente farmaceutica, sanità e biotecnologie. Perché il "pharma" piazza anche quest'anno un gran numero di marchi nell'élite del "Best Workplaces Italia", la speciale classifica che attribuisce un premio sulla base delle valutazioni dei dipendenti che giudicano il proprio ambiente di lavoro promuovendolo con il titolo di Best Workplace. Considerando i primi dieci posti nella categoria "Large companies", quella che include le realtà con più di 500 dipendenti, le società che producono o distribuiscono preparati medico-sanitari sono ben 4: Pfizer (sesta), Abbvie (ottava), Eli Lilly (nona) e Medtronic (decima).

Sul podio di "Great Place o Work Italia" finiscono invece due importanti marchi di servizi finanziari e assicurativi, American Express (prima) e ConTe.it - Admiral Group (terzo), e il colosso dell'ospitalità Hilton (secondo). Le altre isole felici del lavoro sono Kiabi, che si occupa di vendita al dettaglio in abbigliamento (quarta), la società di selezione Adecco Group (quinta), mentre il marchio Lidl conquista il settimo posto.

Tutte mirano a creare un «eccellente welfare aziendale» che in American Express si traduce, a detta dei dipendenti, in innovazione, meritocrazia, flessibilità, continua formazione, attenzione alle persone. Un esempio concreto: l'abolizione

delle timbrature giornaliere e la possibilità di segnalare la presenza una sola volta al giorno per tutti i ruoli. Altro esempio: Abbvie punta sui "flexible benefit", check up gratuiti in sede personalizzati per uomini e donne, palestra aziendale con personal trainer, fino al "time saving", il cosiddetto maggiordomo aziendale per il disbrigo di piccole pratiche. In Lilly è lo stesso dipendente a poter intervenire sul suo percorso di carriera, mentre Medtronic riserva un grande spazio alla responsabilità sociale e dedica al volontariato l'intero mese di giugno, tempo in cui i collaboratori seguono 20 progetti solidali in tutta Italia.

Due i questionari che determinano la classifica: il "Trust Index" pesa per i 2/3 del punteggio finale ed è compilato dai dipendenti; il questionario "Culture Audit" è invece espressione delle aziende e riguarda la gestione delle risorse umane. Nel primo questionario emerge che un ambiente di lavoro eccellente necessita di tre relazioni: fiducia reciproca con il management, rapporto di orgoglio per il proprio lavoro e per l'organizzazione di cui si fa parte e la qualità dei rapporti con i colleghi. A loro volta, le tre relazioni si sviluppano in cinque dimensioni: mentre credibilità, rispetto ed equità misurano la fiducia dei dipendenti nei loro manager, le altre due dimensioni, orgoglio e coesione, servono a valutare il rapporto dei dipendenti con il lavoro e l'azienda, le loro sensazioni e il divertimento nel luogo di lavoro con gli altri colleghi. Elemento, quest'ultimo, tutt'altro che marginale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Il caso****Alberto Balducci**

«La sanità ferma al 1999 E io lascio la Regione»

Maria Teresa Bianciardi

Ha tentato per un anno di aprire una breccia nella riorganizzazione del sistema sanitario regionale. E alla fine ha alzato le braccia. «L'ingiustificata indifferenza alle tante proposte avanzate con cui ho segnalato le gravi deficienze presenti nel sistema di programmazione e di governo sanitario ha totalmente frustrato l'impegno da me profuso nell'interesse pubblico». Ha scritto così Alberto Balducci, il 13 dicembre scorso, al governatore Ceriscioli nella lettera di dimissioni dall'incarico di consulente gratuito contratto un anno fa. «Una decisione sofferta», spiega oggi l'ex dirigente d'azienda fabrianese «ma siamo fermi al 1999».

a pagina 14

«La nostra sanità è ferma al 1999 E allora vi saluto»

Dopo Di Stanislao le dimissioni di Balducci, consulente gratuito
«Svilito il mio ruolo: al governatore non interessano le proposte»

**«Dal 2000 non si ragiona
più in termini di offerta
qualitativa. L'assistenza
riguarda ogni cittadino»**

**«In dodici mesi ogni
mia proposta è caduta
nel vuoto. Inutile
continuare a lavorare»**

IL CASO

ANCONA Ha tentato per un anno di aprire una breccia nella rior-

ganizzazione del sistema sanitario regionale. E alla fine ha alzato le braccia. «L'ingiustificata indifferenza alle tante proposte avanzate con cui ho segnalato

le gravi deficienze presenti nel sistema di programmazione e di governo sanitario ha totalmente frustrato l'impegno da me profuso nell'interesse pub-

blico». Ha scritto così Alberto Balducci, il 13 dicembre scorso, al governatore Ceriscioli nella lettera di dimissioni dall'incarico di consulente gratuito che gli

era stato conferito a gennaio del 2017. «Una decisione sofferta», spiega oggi l'ex dirigente d'azienda fabrianese, una vita trascorsa come consulente della Regione in materia sanitaria. «Una decisione sofferta, ma inevitabile - sottolinea - perchè in dodici mesi è mancata qualsiasi collaborazione, partecipazione e perfino interesse alle proposte da me suggerite in conformità all'incarico che avevo ricevuto».

Il nodo Asur

Balducci ha deciso di rompere il silenzio dopo i reportage del Corriere Adriatico sull'assenza del Piano soci-sanitario regionale. L'ex consulente della Regione va oltre. «Per riorganizzare tutto il sistema sanitario delle Marche ci vogliono cinque anni. Cinque anni per recuperare 18, visto che è dal 2000 che non si ragiona più di Sanità in termini di offerta qualitativa e qualitativa, compatibile dal punto di vista economico come deve essere un vero e qualificato documento di programma».

zione». Alberto Balducci si riferisce soprattutto alla macchina Asur, quella che nella sua mission "deve garantire in modo costante e uniforme la tutela dei cittadini e rendere l'offerta dei servizi socio sanitari omogenea sul territorio ed equamente accessibile". E riflette: «La pratica assistenziale non riguarda le masse ma ogni singola persona e l'offerta socio-sanitaria deve rispondere alle esigenze di ogni marchigiano. L'Asur così concepita è nata con la legge regionale 13 del 2003 che ho contribuito a scrivere e a sviluppare. Assieme all'Asur sono nate le Aree vaste, con l'idea di coniugare la necessità di un'unica regia alla diversità del territorio marchigiano: una bella scatola, insomma, ma allo stato attuale il contenuto non soddisfa la richiesta perchè non c'è stato il salto di qualità». Per Balducci questo è il vulnus di tutto il sistema marchigiano, dove i criteri di riparto della quota del fondo sanitario nazionale di parte corrente risalgono al 1999 e da allora non sono mai stati modificati.

Riparti mai aggiornati

«Nella deliberazione n.277 del 30 novembre di quell'anno - spiega Balducci - c'è scritto al punto 2 che viene estesa l'applicazione dei criteri di riparto anche agli anni 2000 e successivi sino a modifica. E così si è andati avanti per quasi venti anni con quelle ripartizioni che precedono addirittura la nascita dell'Asur avvenuta nel 2003. Capisce a che livello è la sanità marchigiana?». Secondo l'ex consulente non aiuta nemmeno la scarsa organizzazione della Regione: «Manca un sistema informatico efficiente, non esiste la contabilità analitica. Impossibile in questo contesto pensare di elaborare un sistema che tenga conto delle esigenze e distribuisca le risorse in maniera razionale, compresa l'area degli investimenti. Una situazione grave se pensiamo che l'Asur gestisce (o dovrebbe gestire) l'interesse superiore della salute pubblica impegnando 3 miliardi di euro l'anno».

Maria Teresa Bianciardi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Maria Teresa Bianciardi

CHI È ALBERTO BALDUCCI

• Nato a Fabriano nel 1932, dal 1961 inizia la sua carriera professionale come dirigente d'azienda. Dal 1992 è membro del nucleo di valutazione progetti della Regione Marche. Dal 1999 al 2002 è coordinatore del sistema di budget dell'azienda sanitaria 6. Ha collaborato fino al 2010 con il Servizio salute per la stesura dei budget triennali e controllo della spesa di cassa dell'intero comparto sanitario regionale ottenendo il risultato dell'equilibrio economico. Ha tenuto lezioni di economia sanitaria alla Politecnica delle Marche.

LE CRITICHE

DODICI PUNTI

Il Fondo sanitario nazionale I criteri di ripartizione sono fermi alla delibera n.277 del 1999. Da diciotto anni vengono applicati gli stessi parametri

La Sanità Nella pratica assistenziale si parla di cure tagliate su misura per ogni paziente. Non è più sufficiente declinare sul territorio gli input che arrivano dall'alto

Il Piano socio sanitario Impossibile realizzarlo entro giugno



L'Asur A distanza di 15 anni dalla sua istituzione è una scatola senza contenuto per soddisfare le richieste che arrivano dalle Aree vaste e da un territorio diversificato

Le carenze Manca un adeguato sistema informatico. Non esiste una contabilità analitica

I tempi Per riorganizzare la sanità marchigiana ci vogliono almeno 5 anni

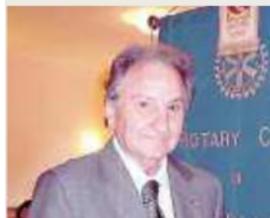
La diaspora

Il ribaltone in seno all'Ars



• Il 31 ottobre Francesco Di Stanislao si dimette dall'incarico di direttore dell'Ars, l'Agenzia sanitaria regionale. «Motivi personali», ha sottolineato

Il no grazie del consulente



• Il 13 dicembre, dopo un anno di incarico da consulente gratuito per la sanità, Alberto Balducci si dimette in aperto contrasto con il governatore.

L'interim alla Di Furia



• La manager Lucia Di Furia a capo del Servizio salute ha assunto anche il ruolo ad interim dell'Ars dopo le dimissioni del professor Di Stanislao.