

## RASSEGNA STAMPA Martedì 26 Novembre 2013

Precari: assunzioni immediate per chi ha già vinto un concorso. Gli emendamenti al DPCM di Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Troise (ANAAO): medici SSN uguali nel gradimento cittadini, è ora di fronti unitari  
**DOCTORNEWS**

Stabilità: domani sera voto di fiducia in Aula al Senato  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Legge stabilità, Sigm: si accolgano emendamenti su formazione  
**DOCTORNEWS**

Dall'ANAAO Giovani un'indagine per capire quale formazione chiedono i medici  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Fuoco incrociato sui conti SSN. La spending si fa col "Patto"  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Liste d'attesa in sanità: l'Ocse mette a confronto 11 Paesi  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Ocse, cala spesa sanitaria italiana. Ricciardi: i problemi già si vedono  
**DOCTORNEWS**

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

## **Precari: assunzioni immediate per chi ha già vinto un concorso. Gli emendamenti al Dpcm di Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl**

**25 novembre 2013**

Praticamente una riscrittura della bozza di Dpcm sui precari nel Ssn, quella che Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl hanno presentato al ministro della Salute. Che parte già nelle premesse dalle norme di riferimento ampliate a tutte le leggi utili che hanno regolato finora il personale.

Le richieste di tutti i sindacati saranno discusse nella riunione al ministero della Salute già fissata per martedì 3 dicembre.

Subito si stabilisce, secondo i sindacati, una proroga fino al 2016 delle graduatorie dei concorsi pubblici a tempo indeterminato e chi ne fa parte e ha i requisiti necessari deve essere assunto a tempo indeterminato senza ulteriori concorsi come invece indicato nella prima bozza di Dpcm. E solo dopo l'immissione in ruolo di queste figure e la verifica che non ci siano altre situazioni "equivalenti" da sanare si potranno far partire le procedure concorsuali per gli altri precari. Che comunque gli enti possono bandire sempre entro il 31 dicembre 2016 riservando le procedure a chi è in possesso dei requisiti stabiliti anche da tutte le leggi precedenti e cioè tre anni di servizio a tempo determinato negli ultimi cinque.

Poi la possibilità per le Regioni di trasformare non solo il tempo determinato, ma anche i contratti co.co.co. e le altre forme di lavoro flessibile in tempo indeterminato per garantire i Lea, seguendo una procedura selettiva, ma sempre senza aumenti di spesa e se per tutti gli altri contratti flessibili non dovessero esserci le condizioni per il passaggio al tempo indeterminato, è prevista anche la possibilità comunque di trasformarli in contratti a tempo determinato.

Per quanto riguarda i limiti per i concorsi, gli emendamenti dei sindacati prevedono la possibilità di superare la barriera del 50% delle risorse finanziarie disponibili perché la legge stabilisce che le Regioni possano rispettare gli obiettivi di finanza pubblica con le "misure necessarie" che non necessariamente devono essere mirate al personale.

Come già scritto nelle premesse poi la proroga per i contratti precari deve valere per tutte le forme di lavoro flessibile e per i lavori socialmente utili per i quali non siano previsti titoli di studio specifici può essere utilizzato anche il contratto a tempo parziale.

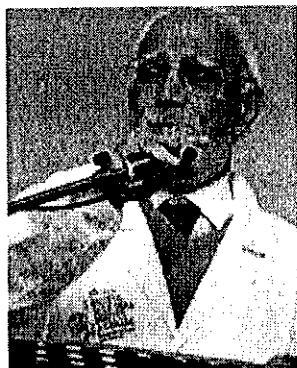
Stesse regole per i contratti al personale degli entri di ricerca, mentre si aggiunge un articolo specifico per i medici in servizio presso i pronto soccorso, in cui si stabilisce che se in servizio continuativo da almeno 5 anni è ammesso alle procedure previste dal Dpcm anche se non ancora in possesso del titolo di specializzazione.

### **approfondimenti**

#### **documenti**

- [Il testo delle modifiche proposte da Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl al Dpcm sui precari in sanità](#)

## Troise (Anaaao): medici Ssn uguali nel gradimento cittadini, è ora di fronti unitari



«A dispetto di chi invoca meno stato più privato agli italiani la sanità piace pubblica». Costantino Troise segretario dei medici ospedalieri di Anaaao Assomed torna sull'indagine Demo che attesta l'apprezzamento dei cittadini verso il Ssn. Gli intervistati esprimono una netta preferenza (54% contro 17%) per i costi nel pubblico, che definiscono più accessibile (53% contro 11,6%) e dicono (55%) che la sanità "è un bene di tutti". «Il Ssn ha alle spalle una credibilità costruita in 30 anni, garantisce una presa in carico globale che inizia nel territorio, tiene fede alla reputazione di saper affrontare gli interventi più complessi», dice Troise. «Non è vero che le prestazioni low cost non abbiano sfondato. In certe regioni (Liguria, Lombardia): il superticket sta dirottando molti cittadini nel privato per le prestazioni ambulatoriali, ma si tratta di esami del sangue, ecografie, esami percepiti come meno complessi e per i quali è più pesante attendere in lista i tempi della struttura pubblica. Man mano che la prestazione si fa complessa però si sceglie il pubblico perché là c'è sempre una risposta». L'indagine può avere un ruolo nel portare avanti le istanze della dirigenza medica. «Credo smentisca i luoghi comuni di certa politica secondo cui saremmo impiegati di un carrozzone. Dimostra non solo che i discorsi sui costi eccessivi sono erronei, ma anche che la sanità è un servizio pubblico a sé». Emerge poi un gradimento dell' 80% per i medici di famiglia, 78% per gli ospedalieri pubblici, 77% per ospedalieri privati e infermieri. «I cittadini danno un giudizio omogeneo su tutto il sistema perché lo percepiscono in modo unitario. La professione deve far suo il giudizio e pensarsi come sistema, rivendicare una riforma

strutturale e interventi sincronizzati che coinvolgano tutti i segmenti dell'offerta sanitaria a prescindere da dove si trovano (ospedale o territorio). Anche la politica deve vederci come un sistema unito».

## **Mauro Miserendino**

## **Stabilità: domani sera voto di fiducia in Aula al Senato**

**25 novembre 2013**

Il Governo punta a chiudere questa notte l'esame della legge di stabilità in commissione Bilancio del Senato, a porre la questione di fiducia in assemblea domani mattina e a votarla domani sera. Lo ha detto il sottosegretario alla presidenza del Consiglio, Giovanni Legnini, al termine della conferenza dei capigruppo di Palazzo Madama. Intanto la commissione Bilancio prosegue l'esame degli emendamenti che dovrebbe protrarsi anche in nottata.

L'approdo in assemblea - inizialmente provvisto per oggi alle 15.00 - è slittato per il protrarsi dei lavori in commissione Bilancio destinati quasi certamente a proseguire in nottata. La conferenza dei capigruppo tornerà dunque a riunirsi domani alle 9 per fissare il nuovo iter dei lavori. A confermare che il via libera arriverà entro domattina è stato il relatore al ddl in commissione Bilancio Antonio D'Ali (Ncd), mentre al temine della capigruppo di oggi pomeriggio - conclusasi senza un nulla di fatto - il sottosegretario alla presidenza del consiglio, Giovanni Legnini ha reso noto che il governo «é convinto di chiudere in commissione stanotte, porre la questione di fiducia domani mattina e a votare domani sera».

Per quanto riguarda intanto le misure in campo sanitario da segnalare, tra le modifiche approvate nel week end di lavori della V commissione, il via libera a due misure relative al settore farmaceutico. La prima, proposta dalla senatrice Bianconi (Pdl), rende permanente il sistema del pay back, ovvero la riduzione del 5% del prezzo al pubblico dei farmaci rimborsati dal Ssn, estendendolo - su richiesta delle aziende interessate - anche ai farmaci immessi in commercio dopo il 2006.

Il secondo via libera riguarda l'emendamento proposto dal senatore Mandelli (Pdl) in cui si prevede l'aggiornamento prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PHT) puntando all'ampliamento della lista dei farmaci erogabili attraverso la distribuzione per conto tramite le farmacie aperte al pubblico, ricomprndendovi i medicinali non coperti da brevetto e quelli per i quali sia cessata l'esigenza di uno stretto controllo da parte della struttura pubblica. In conseguenza della revisione - conclude il testo approvato - la Salute di concerto con l'Economia determina - su proposta dell'aifa e a saldi invariati - la quota di riduzione del tetto della spesa

farmaceutica ospedaliera e la conseguente riattribuzione della stessa quota al tetto della spesa farmaceutica territoriale.

Messo in votazione ma respinto, invece, l'emendamento Silvestro e altri (Pd) che puntava a realizzare 300 milioni di minori spese da destinare al capitolo della non autosufficienza realizzando gare territoriali per l'acquisto di tutti i farmaci in Prontuario scaduti da brevetto da distribuire poi attraverso la rete delle farmacie pubbliche e private.

New entry, infine, l'emendamento proposto dalla senatrice Silvana Andreina Comaroli (Lega Nord) che anticipa di un anno i tempi per il monitoraggio e la revisione dei fabbisogni e dei costi standard delle funzioni e dei servizi resi dalle Regioni e dagli enti locali previsti sia dalla riforma del federalismo fiscale (Legge 216/2010) che dalla Legge di Stabilità in discussione che aveva autorizzato a tal fine l' spesa di 4 milioni di euro per ciascuno degli anni 2014, 2015 e 2016, in vista della definitiva entrata in vigore nel 2017. L'emendamento leghista blocca invece sperimentazioni e monitoraggi al 2015, fissando al 2016 l'entrata a regime dei nuovi meccanismi. L'anticipazione di un anno (e i 4 milioni di minore spesa) riguarda ovviamente non solo il settore sanitario - dove peraltro il cantiere dei costi standard è già ben avviato - ma anche tutte funzioni fondamentali svolte ad esempio da Comuni, città Metropolitane e Province, dai trasporti all'istruzione, alla gestione del territorio al sociale.

Nel frattempo la commissione Bilancio sta proseguendo i lavori: tra i nodi da sciogliere la questione della casa, la sdemanializzazione delle spiagge, la sanatoria delle cartelle esattoriali. Il voto di fiducia annunciato oggi dal ministro per i Rapporti con il parlamento e per il Coordinamento dell'attività di Governo, Dario Franceschini oltre che «necessario per verificare politicamente, con chiarezza e senza ambiguità, nel luogo proprio e sull'atto più importante, il rapporto fiduciario tra governo e maggioranza parlamentare» sarà indispensabile per evitare che debba essere posticipato il voto sulla decadenza da senatore di Silvio Berlusconi, confermato dal capogruppo Pd al Senato, Luigi Zanda, per mercoledì 27 novembre. La decisione del Governo di porre la fiducia potrebbe intanto spingere Forza Italia a Forza Italia a votare no al provvedimento: la decisione finale stasera alla riunione dei gruppi con Silvio Berlusconi.

## Legge stabilità, Sigm: si accolgano emendamenti su formazione

Alla vigilia della presentazione della legge di stabilità, su cui il governo ha deciso di porre la fiducia, i Giovani medici (Sigm) si appellano al governo e in particolare al presidente Letta ed ai ministri Lorenzin, Carrozza e Saccomanni, affinché tra le tante priorità all'attenzione dell'esecutivo sia ricompresa la sostenibilità e il rilancio della formazione post laurea di area sanitaria. La preoccupazione nasce dall'apprendere, da fonti parlamentari, che gli emendamenti alla legge di stabilità riguardanti la formazione specialistica dei laureati in medicina e chirurgia e in altre discipline di area sanitaria potrebbero non essere recepiti nel maxi-emendamento governativo. Le proposte dei giovani medici erano state presentate a seguito della manifestazione dello scorso 7 novembre ed erano state tradotte in tre specifici emendamenti: il primo per trasformare il corso specifico di medicina generale in scuola di specializzazione, dando ai formandi in medicina generale pari dignità rispetto ai colleghi specializzandi; il secondo per garantire un incremento del capitolo di spesa per il finanziamento di 5.000 contratti di formazione specialistica di area medica del prossimo triennio e l'ultimo per garantire un incremento del capitolo di spesa per il finanziamento nel triennio 2013/2016 di 5.000 contratti di formazione specialistica di area medica e 1.000 contratti per gli specializzandi non medici. Le misure servirebbero a far fronte alle preoccupazioni condivise, oltre che dalla Simg, anche da Anaaq Giovani, che ha annunciato un'indagine rivolta a studenti e neolaureati proprio sui temi della formazione e del lavoro per i giovani laureati in medicina. L'obiettivo è rilevare le opinioni sul tipo di interventi necessari «per equilibrare il trinomio programmazione-formazione-mondo del lavoro, che deve essere posto alla base di politiche sanitarie

lungimiranti e non condizionate da urgenze economiche che sacrificano ideali, sogni e aspettative dei giovani colleghi».

**Renato Torlaschi**

# quotidianosanità.it

Martedì 25 NOVEMBRE 2013

## Dall'Anaaoo Giovani un'indagine per capire quale formazione chiedono i medici

**Cosa serve per migliorare la formazione e il lavoro dei giovani medici italiani e soprattutto come equilibrare il trinomio programmazione-formazione-mondo del lavoro da porre alla base di politiche sanitarie? Al via indagine di Anaaoo Giovani rivolta agli studenti di medicina e ai medici in formazione specialistica. VAI ALL'INDAGINE**

Quale formazione chiedono i medici italiani? A questa domanda l'Anaaoo Giovani vuole trovare una risposta. E per farlo ha presentato oggi una vera e propria indagine rivolta agli studenti di medicina, ai medici in formazione specialistica e agli specialisti i cui risultati saranno analizzati e presentati ai ministeri competenti.

A questa vasta platea di operatori sanitari, Anaaoo Giovani pone alcuni quesiti su argomenti mirati:  
-precariato medico: la sua percezione in termini numerici e di disagio lavorativo attuale e futuro;  
-informazione sanitaria: la sua percezione rispetto al mondo "reale";  
-contratto formazione-lavoro legato ad una sostenibilità previdenziale e come possibile parte integrante del core curriculum universitario;  
-formazione specialistica in sedi extra-universitarie: quale potenziale strategia per una migliore qualità formativa e come sostegno alle poche risorse economiche;  
-sbocchi professionali futuri: quale istituzione dovrebbe occuparsene e se sia utile conoscerli durante la formazione pre e post-lauream;  
-sulla programmazione sanitaria intesa come numero di professionisti da formare;  
-uga transfrontaliera: per stimare anche l'entità del fenomeno;  
-attualità dei concorsi pubblici: indagando se sia opportuno prevedere nuovi scenari per arginare l'imbuto formativo e "garantire" un lavoro.

L'indagine, curata da Domenico Montemurro e Fabio Ragazzo di Anaaoo Giovani, è aperta a tutti ed è disponibile al [link](#)

**Lorenzin:** «Sarebbe un gran successo risparmiare 15 mld in cinque anni, ma firmerei per arrivare a 10»

# Fuoco incrociato sui conti Ssn

**Spending, Patto, costi standard, manovra: quel poker di scommesse salva-welfare**

**N**iente tagli alla sanità nella legge di stabilità, ma i risparmi e le razionalizzazioni da qualche parte devono arrivare. E così mentre la manovra si dedica per lo più a ri-finanziare la non autosufficienza, il Patto per la salute si incrocia con la spending review del commissario Cottarelli e promette cambi di rotta nella gestione del Ssn in grado di rastrellare miliardi. Anche 10-15

secondo il ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che arriverebbero dalle nuove regole in cantiere per ospedali, gare per gli acquisti di beni e servizi, costi standard, e-health, Lea, farmaci e cure appropriate. Passando per la lotta agli sprechi e all'evasione dai ticket. Ma, mette in chiaro il ministro, «le Regioni non possono tirarsi indietro, né va della sostenibilità del Ssn».

A PAG. 4

*Incrocio di norme e intese per ottimizzare la gestione economica e l'assistenza*

# La Spending si fa col «Patto»

**Subito i costi standard - E la stabilità punta a difendere la non autosufficienza**

**T**anto rumore per nulla. O quasi. Nel giovedì confuso in cui chiudiamo le pagine del settimanale una cosa è certa: i vescovi dei meccanismi parlamentari e di lobby sono più attivi che mai. Tanto che il vortice di alzate d'ingegno che la settimana scorsa aveva dato per fatte mille manovre - ai danni o meno delle casse sanitarie - sembra essersi risolto in un nulla di fatto.

Degli emendamenti che avevano provocato una vera e propria alzata di scudi da parte delle imprese farmaceutiche, a esempio, sembra non essere rimasto più nulla.

E al momento non è ancora dato sapere se e quanto della partita cruciale sui costi standard finirà col confluire nella legge di Stabilità - come apparentemente auspicato dalle Regioni - ovvero per restare nella sede - inizialmente ritenuta più idonea - dell'Intesa Stato-Regioni sul Patto per la salute.

Nell'isteria collettiva di un metodo di lavoro che invece di semplificare l'iter ha aggiunto alla scrematura anche la procedura delle "nomination" da parte dei Gruppi (stile «Grande Fratello») una cosa almeno è emersa con chiarezza: i soldi per la non autosufficienza, almeno quelli, alla fine in qualche modo salteranno fuori.

Tanto poté lo spauracchio dell'emendamento Silvestro, Dirindin&C che degli stessi soldi è andato a caecia per una settimana minacciando gare territoriali sui farmaci equivalenti che (quasi) nessuno si sarebbe poi sentito di bandire. La conferma - tra fallaci annunci di ritiro dello stesso e baldanzoso (e "politicamente corrente") prese di posi-

zione sulla strenua difesa dei suoi contenuti, in un'ottica pro-disabilità, è giunta alla fine dallo stesso presidente del Consiglio, Enrico Letta, che al termine della seduta dell'esecutivo di giovedì scorso - ampiamente dedicata ai nodi cruciali della Stabilità 2014 - ha annunciato che il Governo «ha deciso di presentare due emendamenti alla legge di Stabilità: uno per gli autotrasportatori e l'altro per il ripristino completo delle somme legate al capitolo della non autosufficienza, dentro cui stanno risorse per i malati di Sla che hanno dato vita a una giustificata protesta nei confronti del Governo e del Parlamento».

Quale altra lira ci sarà - almeno secondo le bozze degli emendamenti governativi finora conosciuti - anche per le politiche della famiglia e poco altro.

Ma la vera partita sui risparmi sembra essere stata definitivamente rein dirizzata verso le sedi più o meno naturali di partenza: il Patto e la neonata spending review marca Cottarelli.

Sulle sorti di quest'ultima, per quanto attiene al capitolo Sanità, pesa la capacità fiscinatoria del percorso di razionalizzazioni e riqualificazioni del Ssn che il ministro Beatrice Lorenzin continua a difendere a spada tratta. «La nostra spending sarà il Patto per la salute», ha dichiarato venerdì in una intervista a «Il Sole-24 Ore».

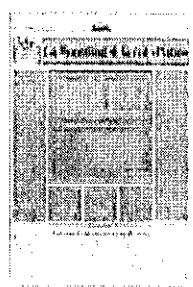
«Sarebbe un grande successo se risparmiasimo 15 miliardi in 5 anni, ma ci metterei la firma se arrivassimo a 10 miliardi. Da reinvestire in sanità», ha dichiarato. E i capitoli a cui mettere mano nelle intenzioni del ministro sono dav-

vero tanti: dagli ospedali alle gare per gli acquisti, dai costi standard all'e-health, dai Lea ai farmaci, alle cure appropriate. Passando per la lotta agli sprechi e all'evasione dai ticket.

Tutto da fare occhi negli occhi con le Regioni: «Non potranno tirarsi indietro - ha sottolineato - ne va della sostenibilità del Ssn».

Tuttavia, anche nel piano presentato dal commissario per la spending alle Camere gli ingredienti sanitari non mancano: centrali d'acquisto per farmaci, beni e servizi, protocolli terapeutici e appropriatezza delle prestazioni, revisione dei Lea. E ancora: riorganizzazione della rete periferica dei servizi medici e veterinari, assistenza sanitaria al personale navigante, enti vigilati.

Solo «indicazioni», secondo Lorenzin. «Cottarelli - spiega il ministro - ha detto che vuole fare una commissione presieduta da persone del settore, lo gli ho proposto anche una questione di metodo. Bisogna spiegare ai cittadini che si chiede un sacrificio per ottenere un risultato. Il taglio alla spesa improduttiva deve servire almeno in parte a ridurre in



modo incisivo le tasse. Dopo la cura dimagrante degli ultimi anni (22 miliardi) i tagli lineari non servono più. Adesso sono necessarie la riorganizzazione e la riqualificazione della spesa e l'attuazione di misure che giacciono inapplicate».

I tavoli sulla spending partiranno subito per tutti: «Vorrei che il Patto antispese e accompagnasse il lavoro del Commissario - ha detto ancon **Lorenzin** -. Spero sia anche uno sprone per le Regioni a comprendere che è necessario dare risposte politiche e amministrative. I cittadini-pazienti non possono capire lentezze e ritardi che si traducono in sprechi e disservizi».

E da questa settimana si entra nel vivo. Il Patto per la salute - ribadisce la promessa istituzionale di ministro e Regioni - sarà approvato prima di Natale. Ancora prima o già di lì ci dovrà essere il via libera ai costi standard, con la scelta delle Regioni benchmark da utilizzare già per il riparto del Fsn 2013. Nei giri di valzer sulla scelta delle protagoniste è data sempre per certa la presenza di Umbria e Marche mentre si ipotizzano la rinuncia da parte dell'Emilia Romagna e l'avvento di una delle due Regioni leghiste - Lombardia o Veneto - con un pronostico che dà in vantaggio la prima.

«Nel Patto stiamo lavorando a un'idea di spending all'inglese, per rendere il Ssn sostenibile e capace di reggere la sfida della longevità e della competizione con gli altri Stati, aperta dalla direttiva sulle cure transfrontaliere» - conclude **Lorenzin**, decisa a fare le veci di Cottarelli in casa propria -. «Per farlo serve un cambiamento di mentalità da parte di tutti, a cominciare dalle Regioni. Se a esempio riusciamo a risparmiare un 20% con le gare centralizzate sugli acquisti di beni e servizi, dobbiamo capire dove lo reinvestiamo. Si può puntare sulla ricerca scientifica, per accrescere il capitale di know-how che crea valore economico. O sulle infrastrutture tecnologiche e sanitarie. O ancora sulla deospedalizzazione, che fa risparmiare. Per migliorare la qualità della spesa e investire su ciò che davvero serve, mano a mano che risparmiamo, dobbiamo allocare le risorse nei settori del sistema che ci interessa valorizzare e "spingere"».

Reinvestendo cioè una volta tanto in casa quello che resta dopo aver tirato una volta ancora la cinghia.

**Paolo Del Bufalo**  
**Sara Todaro**

Analisi delle gare Consip 2011-2013 (settembre) per Regione (milioni di euro)

Regioni *	Importo bandito	Di cui sanità	N. lotti	Regioni *	Importo bandito	Di cui sanità	N. lotti
Piemonte	1.139,1	910,3	1.437	Toscana	3.466,9	1.664,6	5.550
Valle d'Aosta	147,1	67,4	409	Umbria	62,3	61,6	102
Lombardia	1.822,2	71,2	1.063	Marche	434,8	309,8	827
Bolzano	724,2	446,9	1.302	Lazio	1.314,8	376,0	511
Trento	1.224,4	439,2	2.100	Molise	316,2	294,0	476
Veneto	1.724,5	1.430,4	1.469	Campania	3.022,3	2.823,8	1.567
Friuli V.G.	1.074,7	716,	2.310	Puglia	79,9	0,0	150
Liguria	242,6	216,8	138	Basilicata	76,3	70,9	492
Emilia R.	2.589,8	1.313,6	1.611	Calabria	733,4	254,9	635
<b>Totale</b>		<b>20.392,3</b>	<b>11.477,7</b>	<b>Totale</b>		<b>22.040</b>	

(\*) Il totale riguarda gli enti abilitati secondo la legge 499/1999 e aiuti oggetto agli aggregatori di domanda. Per gli enti abilitati l'intervento Consip è al 100%, per gli altri al 75% circa.

Gli effetti delle ultime manovre (dal 2011) in sanità (milioni di euro)

	2011	2012	2013	2014	2015	Totale
<b>Copertura del fabbisogno finanziario al lordo della medicina pionieristica</b>						
A. A carico del bilancio dello Stato	107.923	110.512	112.393	116.136	119.656	
Riduzione finanziamento per manovre personale e farmaceutica (DI 78/2010 + DI 98/2011)	-1.018	-1.732	-1.100	-5.450	-5.450	<b>-16.750</b>
B. Copertura fabbisogno sanitario a carico dello Stato, al netto effetto DI 78/2010 e DI 98/2011	106.905	108.780	109.293	110.786	114.406	
Ulteriori risorse per Opg e regolarizzazione stranieri al netto visite fiscali	81	115	115	115	115	
C. Copertura fabbisogno a carico dello Stato di cui alla lettera B) al lordo ulteriori risorse	108.861	109.408	110.901	114.521		
Riduzione livello di finanziamento da articolo 15 DI 95/2012 (Spending review)	-900	-1.800	-2.000	-2.100	<b>+6.800</b>	
D. Totale finanziamento a cui concorre lo Stato dopo il DI Spending review *	107.961	107.608	108.901	112.421		
Riduzione finanziamento legge di stabilità 2013			-600	-1.000	-1.000	<b>-2.600</b>
E. Totale finanziamento a cui concorre lo Stato dopo la legge di stabilità 2013			107.008	107.901	111.421	
<b>Totale effetti finanziari manovre</b>	<b>-1.018</b>	<b>-2.612</b>	<b>-5.500</b>	<b>-8.450</b>	<b>-8.550</b>	<b>-36.150</b>

(\*) Il lordo di finanziamento non comprende l'incremento seguito dal trasferimento ai Sasi delle funzioni di assistenza sanitaria al personale navigante (Sasi) a decorrere dal 2013 (Legge di stabilità modificata dalla legge 189/2012).

Nota: i 2.000 euro di minori finanziamenti previsti per il 2014 dalla spending review (legge 135/2012) sono riconosciuti in applicazione della legge 11/2010 ora soppressi con la legge di stabilità 2014 e il finanziamento indicato in 107,9 milardi dovrebbe salire a 109,9 milardi come esposto di specifiche delle Regioni.

## **ANTEPRIMA/ Liste d'attesa in sanità: l'Ocse mette a confronto 11 Paesi**

**25 novembre 2013**

I tempi di attesa in sanità sono una piaga in quasi tutti i Paesi Ocse, con una parziale eccezione in Olanda e Danimarca, dove i pazienti devono aspettare meno di un mese e mezzo dall'inserimento in lista per interventi di chirurgia elettriva. In particolare, Regno Unito (soprattutto Inghilterra), Finlandia e Paesi Bassi hanno assistito a una forte riduzione dei tempi di attesa negli ultimi dieci anni, grazie a una serie di iniziative politiche, tra cui una maggiore spesa, obiettivi di ottimizzazione, meccanismi di incentivazione che premiano i livelli più elevati di attività. A fare il punto uno studio dell'Ocse, «Measuring and comparing health care waiting times in Oecd countries», curato da Luigi Siciliani, Valerie Moran e Michael Borowitz. Questo studio attua una comparazione dei tempi di attesa tra 11 paesi Ocse e analizza le tendenze negli ultimi dieci anni. Sotto la lente, procedure chirurgiche comuni, come protesi d'anca e ginocchio o cataratta, che non richiedono interventi d'urgenza.

«Lo studio documenta la riduzione dei tempi di attesa nell'ultimo decennio - spiega Luigi Siciliani, primo autore del report - in diversi paesi tra cui l'Inghilterra, la Finlandia, l'Olanda. Politiche rivolte alla riduzione dei tempi di attesa possono essere perseguite con successo. Tra i paesi inclusi nello studio, l'Olanda e la Danimarca riportano i tempi di attesa più bassi. Lo studio dimostra anche l'importanza di distinguere attentamente tra diversi indicatori (spesso fonte di confusione). Per esempio, alcuni paesi misurano il tempo di attesa dalla visita specialistica all'operazione; altri invece dalla visita del medico di famiglia all'operazione (quindi includendo anche il tempo tra la visita del medico di famiglia e lo specialista). In circa metà dei paesi il tempo di attesa (medio o mediano) è misurato per i pazienti che sono stati operati in un determinato anno fiscale e nell'altra metà per i pazienti che sono sulla lista di attesa in una data pre-determinata (per esempio il primo lunedì del mese). Occasionalmente, entrambe le misure vengono riportate. Il tempo di attesa media è sistematicamente maggiore della mediana. E' probabile che altri paesi in futuro riporteranno dati amministrativi simili sui tempi di attesa rendendo possibile un esteso confronto tra diversi paesi dell'Ocse dove la riduzione dei tempi di attesa rimane una priorità».

Le «categorie» di tempi d'attesa analizzati dallo studio Ocse sono quattro:

- Inpatient, ovvero il tempo di attesa dal momento in cui lo specialista aggiunge il paziente alla lista d'attesa all'operazione vera e propria

- Referral to treatment, ossia il tempo di attesa dal momento in cui il medico di base visita il paziente e l'operazione (questa misurazione aggiunge anche il tempo tra la visita del medico di famiglia e la visita specialistica)

Più altre due categorie più tecniche:

- Patients treated: tutti i pazienti (con un'operazione all'anca) operati in un anno finanziario

- Patients on the list: tempi di attesa sulla lista di attesa in un giorno particolare (per esempio il primo lunedì del mese)

I Paesi più virtuosi. In Olanda si registrano i tempi d'attesa più bassi: anche se non sono disponibili i dati mediani, i tempi medi (46 giorni per una protesi d'anca, 44 per una protesi al ginocchio, 33 giorni per la cataratta) - che di solito sono più alti dei mediani - sono più bassi dei dati mediani degli altri paesi che riportano i tempi di attesa per i ricoveri.

Anche la Danimarca, che pure include nel calcolo dei tempi anche il periodo che intercorre dalla visita presso il medico di famiglia all'appuntamento con lo specialista, vanta tempi d'attesa più brevi rispetto agli altri Paesi. In particolare, se si escludono i Paesi bassi, la Danimarca vanta i tempi più brevi per le protesi d'anca e ginocchio, per interventi di isterectomia, colicistectomia ed ernia.

Come è scandita la «coda». Per quanto riguarda le protesi all'anca, per esempio, emerge come la maggior parte dei pazienti trattati nel 2011 arrivi all'operazione abbastanza rapidamente, con oltre il 50% dei pazienti operati entro tre mesi nel Regno Unito, in Portogallo e in Nuova Zelanda. La maggior parte degli altri pazienti vengono trattati nei successivi sei mesi (a eccezione del Portogallo). C'è poi una coda di utenti costretti ad attendere oltre sei mesi: il 6-7% nel Regno Unito, il 15-18% in Nuova Zelanda e Finlandia e il 28% in Portogallo.

Per la cataratta, in Portogallo, l'86% dei pazienti trattati nel 2011 viene operato a breve termine (entro i tre mesi), il 75-76% in Gran Bretagna, il 55% in Nuova Zelanda e il 35% in Finlandia, dove però il 44% dei restanti pazienti viene operato entro 4-6 mesi.

## documenti

- [Lo studio Ocse sulle liste d'attesa in sanità](#)

- © Riproduzione riservata

## Ocse, cala spesa sanitaria italiana. Ricciardi: i problemi già si vedono

Sono molti i dati e gli spunti forniti dal rapporto Health at a Glance 2013 pubblicato dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, ma forse il più rilevante è la riduzione della spesa sanitaria pro-capite, che in Italia è stata mediamente dello 0,4% all'anno contro un aumento dello 0,2% dei Paesi dell'Ocse nel loro complesso. «Pur essendo l'Ocse molto tempestiva, - segnala il presidente della Società italiana medici manager (Simm) **Walter Ricciardi** – inevitabilmente i dati sono in ritardo di un anno, rispetto a una realtà che sta ulteriormente peggiorando». Anche durante il congresso appena concluso della Simm, si è parlato di questi temi: «Sono intervenuti un collega spagnolo e uno greco: i dati della Spagna sono simili ai nostri, mentre la Grecia è l'unico Paese dell'Ocse in cui la spesa è scesa più dell'Italia e si stanno già osservando effetti drammatici: la nuova diffusione dell'Aids, la ricomparsa della malaria, l'aumento della mortalità materna e infantile; noi non siamo in quelle condizioni ma ne stiamo creando le premesse. Se si osservano i dati delle Regioni, specie quelle sottoposte a piani di rientro, non si trova un indicatore sanitario che sia migliorato negli ultimi anni». Gli esperti dell'Ocse riconoscono la necessità italiana di controllare i conti pubblici e rilevano che sono state messe in atto misure per migliorare la produttività, l'efficienza e la sostenibilità finanziaria del sistema sanitario, ma non ne nascondono i pericoli. «I benefici di breve termine dovuti ai tagli alla spesa sanitaria – si legge nel rapporto - sono destinati a essere largamente superati dagli impatti di lungo termine sulla salute della popolazione, e quindi sulla spesa». Uno dei fenomeni segnalati, l'aumento dell'obesità infantile, secondo Ricciardi è anche la conseguenza della scarsa attività di prevenzione: «L'Eurobarometro mostra che siamo l'ultimo Paese in Europa nell'attività fisica; il 55% non ne

fa, contro una media europea del 25%. Il problema inizia a scuola e si trascina in una serie di comportamenti poco salutari su cui, poco intelligentemente, non ci stiamo attivando».

**Renato Torlaschi**