

**RASSEGNA STAMPA Venerdì 28 giugno 2013**

Nella lotta alla precarietà il futuro dei giovani medici  
**HUFFINGTON POST-GRUPPO ESPRESSO**

Responsabilità professionale e Legge Balduzzi. Proroga sempre più vicina  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Sostenibilità. Pazienti, Asl, Ospedalità privata e infermieri si confrontano  
sul tema  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Commissione Senato avvia indagine conoscitiva su sostenibilità SSN  
**FIMMG**

Corte dei Conti, squilibri finanziari persistenti in sanità  
**DOCTORNEWS**

Corte dei Conti: "La spesa sanitaria frena ma il servizio non è  
soddisfacente"  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Medicina, Conte: eccessivo fabbisogno indicato da Ministro  
**DOCTORNEWS**

Ircs: ecco la modulistica per il riconoscimento (e la conferma)  
**IL SOLE 24 ORE SANITA'**

Ocse. Italia: crolla spesa sanitaria. Ma per aspettativa di vita siamo i  
secondi nel mondo  
**QUOTIDIANO SANITA'**

Aumento imposta di bollo su fatture mediche superiori a 77,47 euro. Si passa da 1,81 a 2 euro

**FIMMG**

Orario medici, Reginato (Fems): ora il ministro sia tempestivo

**DOCTORNEWS**

La sanità pubblica prova ad entrare in borsa: Cup 2000, società controllata della Regione Emilia Romagna, gioca la carta Piazza Affari

**FIMMG**

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

28 giugno 2013

# L'HUFFINGTON POST

in collaborazione con il Gruppo Espresso

## Nella lotta alla precarietà il futuro dei giovani medici

Pubblicato: 27/06/2013 20:07

Ieri sono intervenuta in Commissione Affari sociali per chiedere al ministro Lorenzin una chiara presa di posizione sulla questione del precariato in ambito sanitario.

Questa è una generazione che sta scontando sulla propria pelle il generale smantellamento del Welfare: è condannata al precariato in tutti i settori della vita, a cominciare da quello professionale, da cui scaturiscono tutti gli altri: abitativo, socio-economico, familiare, fino a toccare tutti gli ambiti delle scelte fondamentali per l'esistenza di un individuo. Questo discorso vale anche, se non soprattutto, per le professioni ad alto tasso di qualificazione, come quelle in ambito sanitario, dove la precarietà ed il blocco del turn over generazionale stanno creando un sistema di prevaricazione che penalizza i giovani in maniera inaccettabile.

Precariato non significa solo contratti temporanei.

Precariato si traduce in un sistema di vita talvolta impossibile: turni massacranti, ferie non godute, nessuna tutela in caso di malattia, anzianità negata, maternità a rischio, mancato diritto sindacale e alle progressioni di carriera, dequalificazione professionale.

L'Italia è l'unico Paese europeo in cui, nel contesto delle tipologie di lavoro atipico, non sono assicurati e salvaguardati i diritti fondamentali del lavoratore, sanciti dallo Statuto del 1970.

E se qualcuno relega questa condizione ad un problema riguardante un gruppo generazionale - ogni generazione, storicamente, in fondo, ha scontato i propri - commette un grave errore, perché non si rende conto del fatto che questo sistema penalizza gravemente la società nella sua interezza.

Il primo problema riguarda infatti la trasmissione dei saperi: il continuo ricambio all'interno delle strutture sanitarie apporta un gravissimo ed incolmabile vulnus rispetto al passaggio delle competenze mediche, fondamentali in ambito sanitario a garantire la continuità assistenziale e terapeutica.

Eppure, nel settore che forse più di ogni altro avrebbe bisogno di continuità, oltre il 6% dei medici con meno di 40 anni si può definire disoccupato o, meglio, 'gettonista': il contratto di lavoro è atipico e con soluzione di continuità tra un impiego e l'altro. Il contratto a tempo è infatti una consuetudine nelle fasce d'età tra i 25 e 33 anni, sia per il settore pubblico sia privato. Oltre il 30% dei giovani camici bianchi ha infatti un contratto atipico. Per una stabilizzazione bisogna aspettare di avere tra 33 e 40 anni. E' questo lo scenario tracciato a giugno dall'Osservatorio del mercato del lavoro delle professioni sanitarie dell'Enpam. La maggioranza di questi lavoratori atipici (57,4%) è impiegata nel settore pubblico, per il 30,36% nella fascia d'età 25 e i 33 anni.

In tutto, tra medici (10.000) e infermieri (80.000) si calcolano almeno 90.000 lavoratori del Servizio sanitario nazionale con contratti a tempo determinato, quando non addirittura 'fantasiosi', come i co.co.co, i co.co.pro, le partite iva, fino agli accordi come libero professionisti. Questa la fotografia generale che davano del comparto i sindacati di categoria a dicembre scorso: Anaa Assomed e Cimo Asmd per i medici, Nursind e Ispasvi per gli infermieri.

A fronte di questa situazione, che ingloba anche tutte le professioni paramediche e quelle legate alla gestione del funzionamento ordinario delle strutture ospedaliere, oggi ho chiesto un tempestivo intervento del ministro. L'ideologia di flessibilità veniva inizialmente giustificata con l'inefficienza dei lavoratori dipendenti, "inutilizzati" e scarsamente produttivi, e con una gestione troppo lenta e farraginosa del sistema pubblico.

Gradualmente, in ormai quasi vent'anni, tutto questo ha prodotto, contrariamente a quelli che erano gli obiettivi, una dilagante precarietà, il peggioramento dei servizi, l'inarrestabile deterioramento dei diritti, l'aumento delle logiche clientelari nelle gare e delle infiltrazioni mafiose, senza contemporaneamente generare risparmio.

Possiamo affermare invece che presto si rischierà di non riuscire più a garantire i livelli essenziali di assistenza.

Per questo la politica deve assumersi le sue responsabilità con interventi graduali.

Innanzitutto è necessario ridurre il numero di tipologie contrattuali, agevolando un assorbimento della precarietà e dell'atipicità attraverso la previsione di uno standard di tutele minime inderogabili di cui possano fruire tutti i lavoratori indipendentemente dal loro status.

È poi improcrastinabile intervenire con severità sulla consuetudine del rinnovo contrattuale in extremis, che lasciano i lavoratori nell'incertezza fino a poche ore prima della scadenza. Nelle more del rinnovo, molti medici sono costretti, a tutela dei pazienti, a garantire comunque il funzionamento delle strutture lavorando sotto la propria responsabilità e assumendosi rischi incommensurabili.

Di fronte a questo scenario, mi viene spontaneo chiedere, parafrasando Leopardi, a chi piace o a chi giova una situazione da cui nessuno sembra trarre vantaggio: non le casse dello Stato, non i lavoratori, men che meno i cittadini.

Forse a coloro che restano ancorati a ideologie chiaramente smentite dai fatti? O forse a tutti quelli che sulla pelle dei lavoratori e dei pazienti hanno costruito imperi economici fatti di cliniche private, speculazioni e sfruttamento?

È tempo di scegliere da che parte stare.

# quotidianosanità.it

Venerdì 27 GIUGNO 2013

## Responsabilità professionale e Legge Balduzzi. Proroga sempre più vicina

***L'incontro tenutosi oggi tra Istituzioni, sindacati, Ordini e compagnie assicurative non ha risolto ancora i molti nodi relativi all'applicazione della Legge Balduzzi sul Fondo di rischio e le regole per le polizze. Tutti riconvocati per l'8 luglio. Rinvio quindi probabile visto che il timing per il Dpr è fissato per il 30 giugno. Gigli (Fesmed): "Auspicabile una proroga. Le criticità sono ancora molte".***

Nulla di fatto dopo la riunione di stamani del Tavolo tecnico presso il Ministero e che avrebbe dovuto far luce sul Dpr (che deve essere emanato entro il 30 giugno) previsto dalla Legge Balduzzi che prevede l'istituzione di un Fondo di rischio e l'ufficializzazione delle regole per le polizze assicurative dei professionisti sanitari. Un provvedimento molto atteso anche in virtù dell'obbligo di assicurarsi per i professionisti che scatterà il prossimo 13 agosto.

Ma quali sono i nodi ancora da sciogliere? Requisiti minimi per le polizze, franchigia, pregresso, tabelle di riferimento per gli indennizzi e durata delle polizze.

"L'incontro di oggi – spiega il presidente della Fesmed **Carmine Gigli** – è stato interlocutorio anche se utile per portare alla luce alcune criticità. In primis si è chiarito che non ci può essere un'unica polizza uguale per tutti, perché vi sono molte differenze sia tra le varie professioni, sia all'interno di ognuna e soprattutto c'è una differenza tra i libero professionisti dipendenti del Ssn e gli altri. Per cui si sta ragionando in termini di ricerca di requisiti minimi". La colpa non grave per i dipendenti del Ssn è infatti a carico delle aziende mentre quella grave a carico del professionista. "Per questo motivo abbiamo chiesto che sia prevista una polizza con caratteristiche solo per la colpa grave dedicata alla dipendenza del Ssn".

Altra criticità riguarda poi la durata delle polizze e il pregresso. "Su questi punti ancora non c'è un'intesa. Per l'Ania le polizze dovrebbero avere durata annuale ma per i professionisti servono più garanzie. E soprattutto se si guarda al pregresso. Per le compagnie si dovrebbe partire da quando scatterà l'obbligo, ma il fatto è che i pazienti che hanno subito un danno hanno tempo 10 anni da quando l'anno scoperto per fare causa. Per cui è chiaro che se oggi le polizze che si stipulano non considerano il pregresso, di fatto i professionisti rischiano di non essere coperti, con grave danno anche per i cittadini. E poi c'è anche il problema della franchigia su cui non c'è un'intesa".

Ma le questioni non finiscono qui. Ci sono anche le famose tabelle di riferimento per gli indennizzi. "Devono ancora essere approvate dal Cdm, per cui ad oggi non sono utilizzabili".

Tinte fosche, quindi, sul Dpr che a questo punto, vista anche la riconvocazione del tavolo per il prossimo 8 luglio, non riuscirà molto probabilmente ad essere emanato entro la scadenza prevista dalla legge. "Purtroppo siamo in una fase interlocutoria e sarebbe auspicabile una proroga, anche per quanto riguarda l'obbligo di assicurazione. Ma il punto è che ci sembra di notare un atteggiamento conservatore di chi non vuole introdurre elementi di innovazione. Ma mi chiedo, se il mercato delle polizze assicurative sanitarie andava bene non ci sarebbe stata la necessità di fare una legge. E in questo senso è imbarazzante anche la posizione dei Ministeri che non hanno nessuno strumento impositivo nei confronti delle assicurazioni. Se si continua così non si andrà molto lontano".

# quotidianosanità.it

Venerdì 27 GIUGNO 2013

## Sostenibilità. Pazienti, Asl, Ospedalità privata e infermieri si confrontano sul tema

***Taglio delle risorse, mancati investimenti che generano un gap con il resto dell'Ue, poche risposte dal territorio, cronicità e blocco del turn-over. Questi alcuni dei punti sollevati alla Camera durante le audizioni sull'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Ssn. Oggi di scena: Cittadinanzattiva, Fiaso, Aiop e Ipasvi.***

Secondo appuntamento, questa mattina, dell'indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica. Le Commissioni riunite Bilancio e Affari sociali della Camera hanno audito, i rappresentanti di Cittadinanzattiva, Marco Frey, Presidente e Antonio Gaudioso, segretario generale; Valerio Fabio Alberti, Presidente della Fiaso; Gabriele Pelissero, presidente Aiop e in chiusura Gennaro Rocco, vice presidente Ipasvi.

Dunque, dopo le audizioni della scorsa settimana, sono stati ascoltati, presso la Sala del Mappamondo, gli stake-holder professionali e di categoria che operano nella sanità. La prima questione posta da **Marco Frey Cittadinanzattiva-TDM** all'attenzione delle Commissioni è quella delle tagli alle risorse economiche a disposizione del Ssn che è e deve rimanere pubblico: dal contenimento della spesa sanitaria "siamo passati – ha spiegato Frey – ad un vero e proprio definanziamento lineare del Fsn, nonostante la sanità assorba il 7,1% del PIL, producendone oltre l'11%".

Infatti, secondo Cittadinanzattiva "l'ammontare complessivo delle riduzioni di stanziamenti per gli anni 2012 – 2015, è pari a circa 35.000 milioni di euro e per la prima volta nel 2013 il Fondo Sanitario Nazionale è inferiore in valori assoluti a quello del 2012. La riduzione lineare ha danneggiato tutti: realtà virtuose e meno virtuose, lasciando inalterate le inefficienze e gli sprechi preesistenti. Anche la stessa Corte dei conti nel Rapporto 2013 ha segnalato come a fronte di un miglioramento dei conti sussistano comunque tensioni sulla garanzia di adeguati livelli di assistenza e segnali preoccupanti sul fronte della qualità dei servizi resi ai cittadini".

La seconda questione posta è quella della vera e propria delega assistenziale attuata da parte dello Stato nei confronti delle famiglie all'interno delle quali vi è una persona anziana con patologia cronica e rara, e più in generale con disabilità. "La famiglia – ha spiegato Frey – è il pilastro dell'attuale sistema di Welfare, colma i bisogni assistenziali non solo provvedendo all'assistenza diretta alla persona con patologia cronica e rara, ma anche mettendo fortemente mano al proprio portafoglio. Ciascuna famiglia dedica mediamente all'assistenza del familiare anziano oltre 5 ore al giorno. Tale situazione molto spesso non permette ai componenti delle famiglie di conciliare l'orario lavorativo con le esigenze di assistenza, arrivando a situazioni di licenziamenti e mancati rinnovi o interruzioni del rapporto di lavoro. A tutto ciò va aggiunta la difficoltà crescente per le famiglie di fronteggiare l'onere economico correlato, che impatta significativamente sui redditi familiari".

La terza questione affrontata è la mancanza di equità di accesso alle prestazioni sul territorio nazionale. L'Associazione in questo senso ha rappresentato la situazione legata ai punti nascita, alla Pma e alla prevenzione. Stesso discorso per l'accesso ad alcuni farmaci di ultima generazione per la cura dei tumori che mostra diverse realtà all'interno del Paese.

**Gabriele Alberti**, presidente Fiaso, ha esordito dicendo che "un corretto punto di equilibrio tra

economia e assistenza genera un Ssn di valore". Poi è passato a ragionare sul finanziamento del Ssn, sui costi e i fabbisogni standard. "Un corretto criterio di riparto – ha detto – è fondamentale per capire e valutare la performance della regione. Così come pure, all'interno della singola regione, una corretta modalità di riparto è fondamentale per l'erogazione di servizi".

"La spesa della sanità – ha aggiunto Alberti – rispetto alla media Ue è più bassa così come i costi, quindi il mito che la spesa è fuori controllo non è vero. Mentre la performance assistenziale è buona se confrontata con la media Ue anche se non è costante tra le diverse regioni italiane".

"La governance va rivista tutta la filiera. Ci vuole un ministero della Salute forte che dialoghi con l'Economia. Serve dunque maggior equilibrio tra i due ministeri. La conferenza Stato-regioni deve svolgere un forte ruolo di regia a livello nazionale nel sistema di regolazione recuperando il ruolo attivo propositivo e di regia. Non ultimo il ruolo delle aziende all'interno delle regioni nelle quali operano va ridimensionato". Nel senso di una "maggiore autonomia delle aziende pur in un sistema di fortissima interdipendenza". Il suggerimento della Fiaso va dunque nella direzione di "trovare un equilibrio anche per offrire maggiori servizi, quindi management più efficace perché in grado di trovare soluzioni nel contesto locale. Questo ci porta al tema della selezione dei direttori generali che dovrebbe essere gestita in modo molto rigoroso da un punto di vista del cv, delle attitudini e delle esperienze che dovrebbero costituire i requisiti necessari per poter gestire al meglio le aziende sanitarie ospedaliere e per aver risposta anche da un punto di vista dei risultati".

**Gabriele Pelissero**, presidente Aiop ha affrontato il tema della spesa sanitaria pubblica nei 15 paesi dell'Unione europea sottolineando il confronto tra l'Italia la Francia e la Germania "paesi – ha riferito – di confronto più diretto e immediato". L'Italia, si è lamentato Pelissero, "non sta investendo a sufficienza nello sviluppo del proprio Ssn e questo porrà gravissime difficoltà competitive, soprattutto in attuazione delle direttive comunitarie". La situazione è tale per cui "abbiamo d'Europa che sarà aperta per le frontiere sanitarie, e la capacità di mantenere i propri cittadini-pazienti all'interno dei sistemi dei paesi dipenderà dalla capacità di investimento e dalla quota di modernizzazione e qualità che sarà portata dentro i Sistemi sanitari".

Questo gap dagli altri paesi europei costituisce secondo l'Aiop un gravissimo handicap anche "nella ricerca, nello sviluppo biomedico che possono tradursi in opportunità di lavoro per i giovani".

In quanto presidente dell'ospitalità privata, Pelissero ha poi voluto fare un promemoria rispetto al dimensionamento della rete ospedaliera in termini di volumi di attività e dei costi. "La quota di aziende ospedaliere di diritto privato – ha detto –, complessivamente considerata nel sistema pubblico italiano, ha erogato nel 2010 il 24,4% con un costo del 14,4% della spesa ospedaliera. Questo dato dovrebbe far riflettere e questo dato è stato alla base di riforme sanitarie introdotte negli ultimi 7-8 anni in paesi Ue. In Germania, ad esempio c'è stato un forte trasferimento dal pubblico al privato nel tentativo di intercettare quelle zone di efficienza".

Il presidente Aiop in conclusione ha fatto delle segnalazioni in merito agli effetti negativi delle ultime manovre rispetto alle prestazioni rese. "Gli interventi che sono stati fatti negli ultimi 2 anni li consideriamo interventi sulla leva strettamente finanziaria, come operazioni di cassa e che hanno esitato esclusivamente in una riduzione delle prestazioni".

"Per incrementare l'efficienza è necessario investire. Da qui non si esce. È possibile tagliare come è stato fatto, ma questo esita in un solo effetto: l'aumento dell'inefficienza marginale e la riduzione della quota di prestazioni erogate". Basta quindi con il disinvestimento che ci allontana dal resto dei paesi dell'Europa sviluppata, si ad investimenti nella qualificazione del sistema e in interventi strutturali.

A conclusione della giornata **Gennaro Rocco**, vice presidente Ispasvi ha lamentato che le "potenzialità dei nostri infermieri altamente formati e specializzati, per dare prestazioni e per partecipare in maniera attiva alla revisione organizzativa, viene utilizzata solo in parte.

La demografia ci insegna che i bisogni delle persone cambiano, non hanno solo necessità di fare diagnosi continue quanto di qualcuno che si prenda cura di loro da un punto di vista globale". Su questo Rocco si è detto convinto che "il contributo che possiamo dare noi infermieri è fattivo. Ci sono esperienze ospedaliere che tengono maggiormente in conto le esigenze della persona, con processi

di cura e assistenziali orientati ai reali bisogni dell'individuo. Ospedali che sul territorio fanno intensità di cura, complessità assistenziale, ottimizzando le risorse economiche ma anche le risorse professionali".

E in questo gli infermieri hanno dato un contributo notevole perché si sono orientati come professionisti nella presa in carico della persona costruendo loro stessi dei percorsi di assistenza ma anche perché si sono motivati maggiormente diventando professionisti più attivi nell'attività che svolgono.

Infine il rappresentante Ispasvi ha voluto sottolineare un elemento di criticità, ovvero il blocco del turn over. "Elemento su cui riflettere in termini di prospettiva. Se si insiste con questa politica, specie nelle regioni che sono in piano di rientro, non c'è nemmeno la garanzia di assicurare i contratti a quelli che ce l'hanno a termine. Questo produce effetti devastanti che se danno risparmi nel breve, nel lungo periodo condizionano negativamente i costi".

"Siamo il Paese – ha concluso Rocco – che ha il più basso rapporto infermieri cittadini secondo le stime Ocse: 6 infermieri per mille abitanti con una media europea di 10/12 con punte anche di 14/16 infermieri per mille abitanti".

## Commissione Senato avvia indagine conoscitiva su sostenibilità SSN

giovedì 27 giugno 2013 10.56 - Notizie

Acquisire elementi di conoscenza sullo stato del Servizio sanitario nazionale, in relazione alla disponibilità di risorse per salvaguardare, con interventi mirati ad ottimizzare il sistema, la sostenibilità del servizio che deve contenere e garantire i principi di universalità, solidarietà ed equità. E' l'obiettivo di un'indagine conoscitiva sul Servizio sanitario nazionale, autorizzata nella 12ma Commissione Igiene e sanità di Palazzo Madama dal presidente del Senato. Nell'ambito dell'indagine conoscitiva, la Commissione ascolterà i rappresentanti di: Ministeri della Salute, dell'Economia e del Lavoro, Conferenza delle regioni e delle province autonome, Agenas, Aziende sanitarie e IRRCS, Corte dei Conti, Commissione europea, OCSE, OMS, ANCI, Istat, CNR, Censis, Aifa, ISS, Ordini e collegi professionali, associazioni di categoria, cittadinanza attiva TDM, Associazioni di pazienti e familiari, Università, Banca d'Italia, Farmaindustria, Società scientifiche, Assobiomedica, Assogenerici, ANIA e gruppi assicurativi internazionali.

## Corte dei conti, squilibri finanziari persistenti in sanità



rendiconto generale dello Stato, il presidente di Sezione della Corte dei Conti **Rita Arrigoni**. In proposito, il decreto sui pagamenti dei debiti della Pubblica amministrazione ha assunto, in questo comparto, «un carattere di sanatoria rispetto a comportamenti amministrativi la cui devianza non trova riscontro in altri Paesi europei». Dal canto suo **Luigi Giampaolino**, presidente della Corte dei Conti ha sottolineato la necessità indifferibile di una «revisione e razionalizzazione della spesa e degli apparati pubblici», aggiungendo come si siano esauriti i «margini offerti dal ricorso ai tagli lineari» e i «guasti» degli stessi sui servizi. La pressione fiscale, passata dal 42,6 al 44% è «superiore di 3 punti alla media» dei Paesi dell'area euro, ha detto Arrigoni, ma «la possibilità di una riduzione non è facile da coniugare con il rispetto degli obiettivi europei che permangono severi».



## **Corte dei conti: «La spesa sanitaria frena ma il servizio non è soddisfacente»** 27 giugno 2013

Stop ai tagli lineari della spesa pubblica che possono generare «guasti» nei servizi ai cittadini. I margini offerti dalle riduzioni lineari peraltro sono stati ormai erosi. A lanciare l'allarme è il presidente della Corte dei Conti, Luigi Giampaolino, nella relazione sul rendiconto generale dello Stato per l'esercizio finanziario 2012, presentata questa mattina. E il comparto della sanità «richiede un forte impegno di risorse», poiché «le criticità del sistema sono tali che esso non riesce a fornire un servizio soddisfacente» ai cittadini ha sottolineato il procuratore generale Salvatore Nottola. «Un approccio innovativo e non convenzionale nelle politiche di riequilibrio della finanza pubblica, ad iniziare proprio da un disegno organico di revisione della spesa pubblica, appare non più differibile, soprattutto in ragione dell'esaurimento dei margini offerti dal ricorso ai tagli lineari della spesa e dei possibili guasti dagli stessi generati in termini di qualità dei servizi offerti ai cittadini», ha detto Giampaolino. L'analisi della Corte approfondisce anche la composizione e l'evoluzione della spesa, evidenziando che, nella prima decade degli anni duemila, l'incidenza sul Pil della spesa primaria delle Amministrazioni pubbliche in Italia mostra la crescita più contenuta rispetto agli altri principali Paesi europei, a eccezione della Germania; la sua composizione per funzioni, dal 1990 al 2010, privilegia la spesa per protezione sociale e servizi generali, mentre si riduce il peso della "altre attività" (affari economici, abitazione e assetto del territorio, attività ricreative, culturali e di culto) e, in minor misura, di sanità, istruzione e delle attività "essenziali" (difesa, ordine pubblico, sicurezza e protezione dell'ambiente). E sulla spesa sanitaria, secondo Nottola, «permangono irrisolte infatti le problematiche relative alle liste d'attesa; al funzionamento dei pronto soccorso, spesso in difficoltà; alla sostenibilità di elevati livelli di compartecipazione di spesa (ticket); alle ancor pur numerose fattispecie di danni erariali; alla renitenza delle assicurazioni ad impegnarsi nel settore; all'incremento di stili di vita incongrui». Preoccupanti segnali, infine, di crescente criticità, si sono manifestati nel settore della sanità privata e si «accrescono le perplessità sulle prospettive future del sistema ai rapporti con gli enti privati, spesso sbilanciati a danno del pubblico». Secondo Nottola «non si può fare a meno di sottolineare che nonostante l'ingente impegno finanziario (l'incidenza sul Pil si conferma al 7,3%) – in parte pubblico ma essenzialmente a carico dei cittadini – le criticità del sistema sanità sono tali che esso non riesce a fornire un servizio soddisfacente». Secondo il presidente di sezione Rita Arrigoni «la legislatura che si apre vede una situazione economica e finanziaria del sistema sanitario migliore del passato. Anche il 2012 ha confermato i progressi già evidenziati negli ultimi esercizi nel contenimento e nel riassorbimento dei disavanzi gestionali. La spesa ha segnato una riduzione dello 0,7 per cento rispetto all'anno precedente. Resta ferma al 15,5 per cento la sua incidenza sulla spesa complessiva al netto degli interessi mentre si riduce di un decimo di punto il peso in quota Pil (7,1%). Il settore si trova tuttavia di fronte a scelte impegnative. Forti sono infatti le tensioni che cominciano a manifestarsi sul fronte di una adeguata garanzia ai livelli di assistenza, mentre sono da chiarire le dimensioni di persistenti squilibri finanziari resi del resto evidenti dal recente provvedimento d'urgenza in tema di pagamenti dei debiti pregressi a favore dei fornitori di beni e servizi. Un provvedimento che ha riguardato tutto il comparto delle amministrazioni pubbliche. Originato dall'esigenza di assicurare immediato sostegno al sistema delle imprese, ha

assunto tuttavia un carattere di sanatoria rispetto a comportamenti amministrativi la cui devianza non trova riscontro in altri Paesi europei: negli ultimi anni, i tempi di pagamento hanno superato in Italia, mediamente, i 180 giorni, a fronte dei 65 giorni della media europea». Per quanto riguarda i risultati, nel comparto sanitario, si riducono il fabbisogno del Servizio sanitario nazionale; gli importi e le prestazioni dei contratti in essere; lo standard di posti letto, il tasso di ospedalizzazione e le prestazioni specialistiche e ospedaliere fornite da privati accreditati; si introduce, dal 2013, la quota premiale per le Regioni "virtuose" nella gestione dei bilanci sanitari; si aumentano gli sconti a carico di farmacisti e aziende farmaceutiche, con l'obbligo di modalità prescrittive dei farmaci equivalenti. In sintesi, secondo i primi dati di consuntivo (da considerarsi ancora provvisori, sottolinea la Corte, in quanto tuttora oggetto di verifica), il complesso delle risorse acquisite lo scorso anno è ammontato a 112,641 miliardi (un punto percentuale di meno rispetto al precedente), che a fronte del volume generale di spesa, si è attestatosi a 113,683 miliardi, con un disavanzo complessivo nazionale di settore pari a 1,043 miliardi, risultato fin qui il più basso degli ultimi anni, con un saldo negativo interamente a carico delle Regioni e delle province autonome. L'83% del finanziamento è a carico della fiscalità, e derivata quote di Iva e accise (per 52,969 miliardi) e Irap e addizionali regionali sull'Irpef (39,902 miliardi); al restante 17% hanno contribuito gli ulteriori trasferimenti da pubblico e privato (10,367 miliardi), le integrazioni a carico dello Stato (4,004 miliardi), l'apporto dei ricavi e delle entrate proprie (3,077 miliardi) e altre voci minori. Tra le voci della spesa (complessivamente aumentata di 0,8% sul 2011), si conferma il peso preponderante degli oneri per il personale (35,606 miliardi) e quello dell'acquisto dei beni e servizi (35,159 miliardi), che insieme assorbono oltre il 62% delle risorse disponibili. Seguono, in ordine decrescente, le spese per la farmaceutica convenzionata (9,011 miliardi), dato in sensibile diminuzione (-8,6% sul 2011); l'assistenza ospedaliera accreditata (8,659 miliardi); la medicina generale convenzionata (6,664 miliardi), quasi allo stesso livello dell'altra assistenza convenzionata ed accreditata (6,627 miliardi); la specialistica convenzionata e accreditata (4,7 miliardi) e altre voci con minore incidenza (per circa il 3,3%). Aumenta a 1.914 euro il costo medio nazionale degli assistiti (a livello regionale euro 1.903), con punte di circa il 20% in aumento per alcune realtà territoriali (Bolzano: 2.291 euro; Trento: 2.265 euro; Valle d'Aosta: 2.260 euro); meno costosi, invece, i residenti in Campania (1.713 euro), Calabria (1.731 euro) e Sicilia (1.743 euro). Il maggior volume di spesa è sempre gestito da Lombardia, Lazio e Campania, quello minore da Valle d'Aosta e Molise. Rispetto all'esercizio precedente, l'aumento percentuale più rilevante spetta all'Emilia Romagna (+3,6%) e la riduzione più significativa alle Marche (-3,1%). La maggior parte degli oneri per il personale si concentra in Lombardia, Emilia Romagna, Campania, Sicilia e Lazio.

## **Approfondimenti**

### **documenti**

- [Intervento del Presidente Giampaolino](#)
- [La requisitoria orale del Procuratore generale](#)
- [La memoria del Procuratore generale](#)
- [La memoria integrativa del Procuratore generale](#)
- [L'intervento orale del presidente di sezione Rita Arrigoni](#)
- [L'intervento orale del presidente di sezione Maurizio Meloni](#)
- [La Relazione \(Volume 1\)](#)
- [La Relazione \(Volume 2\)](#)
- [La Relazione \(Volume 3 a\)](#)
- [La Relazione \(Volume 3 b\)](#)

## **Medicina, Conte: eccessivo fabbisogno indicato da ministro**

Il ministro dell'Istruzione **Maria Chiara Carrozza** ha comunicato che il numero di posti assegnati alle facoltà di medicina è complessivamente di 10.748 (inclusi quelli riservati agli studenti stranieri) a fronte di un fabbisogno di 11.923 unità e ha rimarcato con soddisfazione che il divario è diminuito. Ma, secondo il segretario generale Fnomceo **Luigi Conte**, il fabbisogno indicato è sicuramente eccessivo: «stranamente, proprio le Regioni che hanno il maggior tasso di medici come Lazio, Campania e Veneto hanno manifestato fabbisogni elevatissimi, ma non tengono conto di parametri come il tasso di disoccupazione o sottoccupazione medica». Conte rileva un continuo aumento del numero di iscrizioni a medicina, mentre stiamo uscendo a fatica da una condizione di plethora medica: «la piazza chiede l'abolizione dell'esame di ammissione, ma noi siamo preoccupati perché nel nostro Paese si stanno realizzando forme di bypass delle modalità di selezione e ingresso nelle facoltà. Riteniamo invece che la selezione in ingresso sia un elemento qualificante per avere gli studenti migliori e una professione migliore. E i dati dimostrano che, da quando la selezione d'ingresso esiste, più del 70% degli studenti finisce il corso di laurea nei tempi giusti». Il ministro Carrozza ha fornito anche un altro dato: «il numero di contratti attribuiti annualmente per le specializzazioni si è attestato, negli ultimi anni, su circa 5 mila contratti a fronte di circa 10 mila studenti immatricolati». Anche queste cifre preoccupano il segretario generale Fnomceo, che vi legge un elemento di criticità. «In Italia - afferma - non abbiamo carenza di medici, ma di specialisti. Se non ci saranno interventi correttivi, i contratti di iscrizione alle scuole di specializzazione potrebbe addirittura scendere a 2.800 (oltre alle scuole di formazione di medicina generale che vengono finanziate dalle Regioni). Paradossalmente tra qualche anno, a fronte di un numero elevato di medici, ci troveremo a dover importare specialisti da altri Paesi».

## **Irccs: ecco la modulistica per il riconoscimento (e la conferma)**

28 giugno 2013

Personalità giuridica; titolarità dell'autorizzazione e dell'accreditamento sanitari; economicità ed efficienza dell'organizzazione; qualità delle strutture e livello tecnologico delle attrezzature; caratteri di eccellenza del livello dell'attività di ricovero e cura di alta specialità direttamente svolta negli ultimi tre anni, ovvero del contributo tecnico-scientifico fornito, nell'ambito di un'attività di ricerca biomedica riconosciuta a livello nazionale e internazionale, al fine di assicurare una più alta qualità dell'attività assistenziale, attestata da strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale; caratteri di eccellenza della attività di ricerca svolta nell'ultimo triennio relativamente alla specifica disciplina assegnata; dimostrata capacità di attrarre finanziamenti pubblici e privati indipendenti; certificazione di qualità dei servizi secondo procedure internazionalmente riconosciute.

Sono questi i grandi capitoli che caratterizzano la documentazione necessaria per il riconoscimento (e la riconferma) degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, secondo il decreto del ministero della Salute 14 marzo 2013, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 149 del 27 giugno 2013. Le strutture che chiedono il riconoscimento, alla domanda presentata alla Regione competente per territorio, devono produrre, in forma cartacea e su supporto informatico, la documentazione individuata negli allegati al decreto. E la Regione competente per territorio eventualmente in piano di rientro, dovrà acquisire, il parere dei competenti uffici dei ministeri affiancanti.

### **Approfondimenti documenti**

- [Il testo del decreto](#)
- [Gli allegati al decreto](#)

# quotidianosanità.it

Venerdì 27 GIUGNO 2013

## Ocse. Italia: crolla spesa sanitaria. Ma per aspettativa di vita siamo i secondi nel mondo

***Gli ultimi dati mostrano il perdurare del calo della spesa sanitaria nel nostro Paese. Record negativo nel 2011 con un - 1,9% rispetto all'anno precedente. E la nostra spesa procapite è la più bassa di tutti i "grandi" paesi europei. Ma viviamo più a lungo di tutti (meglio di noi solo gli svizzeri). Il report e la scheda sull'Italia.***

La spesa sanitaria pubblica e privata italiana continua a scendere e nel 2011 quando ha segnato un record negativo del - 1,6%. Il dato diffuso oggi dall'Ocse pone l'Italia tra i Paesi che spendono meno tra i 32 dell'area Ocse. Sia in termini di incidenza sul Pil (la nostra spesa pubblica e privata incide per il 9,2% contro medie superiori all'11 in molti paesi europei come Olanda, Francia e Germania) che in termini procapite.

Ed è soprattutto questo dato a far riflettere, considerando che ogni italiano spende per la propria salute (a parità di potere d'acquisto) 3.012 dollari l'anno contro gli 8.500 degli americani, i quasi 5.700 di norvegesi e svizzeri o i 4.500 di austriaci, tedeschi e danesi. Ma più di noi spendono anche i francesi e i belgi con cifre superiori ai 4.000 dollari l'anno.

Insomma Italia fanalino di coda insieme a Spagna (che comunque spende più di noi), Portogallo, Grecia e tutti i paesi dell'est Europa.

Fortunatamente, nonostante ciò al momento non si registrano ricadute negative sulla salute della popolazione, tant'è che l'Italia ha il secondo miglior dato sull'aspettativa di vita con 82,7 anni (uguale al Giappone), superato solo dagli 82,8 anni degli svizzeri che per la salute spendono però quasi il doppio di noi.

### **La situazione negli altri Paesi**

Dopo il drastico calo nel 2010, la spesa sanitaria nei 32 paesi Ocse nel 2011 è rimasta stabile, anche se la crisi economica ha continuato ad avere un impatto, in particolare nei paesi europei più colpiti dalla crisi.

A fronte di una crescita media annua del 5% dal 2000 al 2009, ormai si sta stabilizzando un forte decremento del tasso di crescita che si è assestato attorno allo 0,5% nel biennio 2010/2011 e i dati preliminari suggeriscono la stessa tendenza anche per il 2012

Il calo, secondo l'ultimo report Ocse, è dovuto principalmente al crollo della spesa pubblica e da un trend comunque la ribasso di quella privata.

In Grecia, la spesa sanitaria globale è sceso del 11% come anche in. Irlanda, Islanda e Spagna si sono registrati due anni consecutivi di crescita negativa della spesa sanitaria. Altri paesi, tra cui il Portogallo e l'Italia, hanno registrato una situazione stazionaria nel 2010 concentrando i tagli a partire dal 2011. In Portogallo, la spesa pubblica è scesa dell'8% nel 2011, dopo essere rimasto stabile tra il 2009 e il 2010. Solo due paesi OCSE - Israele e Giappone - hanno visto una accelerazione della

spesa sanitaria dal 2009 rispetto al periodo precedente.

Anche fuori dall'Europa, la crescita della spesa sanitaria si è rallentata nel 2010 e 2011, in particolare in Canada (3,0% nel 2010 e 0,8% nel 2011 in termini reali) e negli Stati Uniti (2,5% nel 2010 e 1,8% nel 2011, anche in termini reali). Negli Stati Uniti, la quota di spesa sanitaria sul PIL è ferma al 17,7 per cento tra il 2009 e il 2011, dopo anni di costante aumento. Non è ancora chiaro se il recente rallentamento riflette principalmente fattori ciclici e non può quindi avere effetti duraturi, o se riflette i cambiamenti più strutturali, come una diffusione più lenta di nuove tecnologie e prodotti farmaceutici, e modalità più efficienti nella gestione delle forniture sanitarie.

Tra gli interventi di riduzione della spesa, spiccano quelli sulla farmaceutica adottati un po' da tutti i paesi. Copayment, riduzione dei prezzi e della rimborsabilità e promozione dei generici tra gli interventi più frequenti.

# Aumento imposta di bollo su fatture mediche superiori a 77,47 euro. Si passa da 1,81 a 2 euro

giovedì 27 giugno 2013 14.05 - Notizie

Le novità legate ai nuovi importi dell'imposta di bollo producono il loro effetto a decorrere dal 26 giugno 2013 colpendo dunque esclusivamente gli atti formati a decorrere da tale data.

Sarà possibile continuare ad utilizzare le marche da bollo nei tagli precedentemente in vigore integrandole con quelle di taglio inferiore qualora sia dovuta l'imposta nella nuova misura richiesta.

Sono esenti dall'imposta di bollo le fatture e gli altri documenti riguardanti il pagamento di corrispettivi di operazioni assoggettate ad IVA.

La Legge n. 71/2013 (pubblicata nella G.U. del 25/6/2013, n. 147) di conversione del D.L. n. 43/2013, prevede all'art. 7-bis, comma 3, che: "A decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, le misure dell'imposta fissa di bollo attualmente stabilite in euro 1,81 e in euro 14,62, ovunque ricorrano, sono rideterminate, rispettivamente, in euro 2,00 e in euro 16,00".

L'imposta di bollo nella misura di 2,00 euro è dovuta per:

1. fatture, note e conti non soggetti ad IVA, gli estratti conto, lettere e altri documenti di accredito o addebito di valore superiore a euro 77,47;

2. ricevute e lettere commerciali negoziate o presentate per l'incasso presso aziende o istituti di credito quando la somma non supera euro 129,11;

L'imposta fissa di bollo che passa da euro 14,62 a euro 16,00 interessa numerosi atti e documenti:

1. gli atti rogati, ricevuti o autenticati da notaio o da altri pubblici ufficiali e i certificati, gli estratti di qualunque atto o documento e le copie dichiarate conformi all'originale rilasciati dagli stessi;

2. le scritture private contenenti convenzioni o dichiarazioni anche unilaterali con le quali si creano, si modificano, si estinguono, si accertano o si documentano rapporti giuridici di ogni specie, descrizioni, constatazioni e inventari destinati a far prova tra le parti che li hanno sottoscritti;

3. le istanze, le petizioni, i ricorsi e le relative memorie dirette agli organi, anche collegiali, dell'Amministrazione dello Stato, delle regioni, delle province, dei comuni, tendenti ad ottenere l'emanazione di un provvedimento amministrativo o il rilascio di certificati, estratti, copie e simili;

4. libri sociali, repertori e registri contabili.

Mina Le Rose

## Orario medici, Reginato (Fems): ora il ministro sia tempestivo

«Spero il ministro Lorenzin si muova con l'auspicabile tempestività e che la norma che esclude i medici ospedalieri italiani dalla copertura della Ewtd (European working time directive) venga cancellata al più presto». Così **Enrico Reginato**, presidente della Fems (Federazione europea dei medici dipendenti) commenta le iniziative annunciate dal ministro della Salute nel corso del question time di mercoledì alla Camera, in merito al ripristino della disciplina sull'orario massimo di lavoro settimanale e sul diritto al riposo per il personale medico e sanitario. «Una questione per la quale da anni facciamo pressione e che sembra finalmente prossima alla conclusione» sottolinea Reginato. «Tutto» racconta il presidente Fems «è cominciato nel 2008 quando contattammo il commissario europeo per l'occupazione, il ceco Vladimir Spidla, spiegandogli le anomalie della normativa italiana. Poi la cosa è continuata con il nuovo commissario europeo, l'ungherese **Laszlo Andor** e finalmente, pur con qualche interruzione, la pratica a livello europeo è stata aperta». Si è arrivati così alla situazione attuale con una procedura avviata dalla Commissione europea secondo la quale la Repubblica italiana è venuta meno agli obblighi imposti dalla direttiva 2003/38. Ora la palla passa all'Italia che, come ricordato dal ministro nel question Time, deve «adottare le misure necessarie per conformarsi alla normativa richiamata entro 2 mesi dal recepimento del suddetto parere motivato».

## La sanità pubblica prova a entrare in borsa: Cup 2000, società controllata della Regione Emilia Romagna, gioca la carta Piazza Affari

giovedì 27 giugno 2013 11.25 - Notizie

Entrare in borsa con un percorso che potrebbe fare scuola per molte strutture pubbliche. Lo hanno fatto i colossi delle multiutility e ora ci prova Cup 2000, che ha sede a Bologna, gestisce l'informatizzazione nella sanità ed è arrivata a mettere in rete i medici di medicina generale, le farmacie, gli ospedali e gli utenti. Tutto via web: le prenotazioni (da parte del medico, del farmacista, dell'utente) di visite ed esami (1.722 tipi di prestazioni sanitarie), pagamento del ticket, cartella sanitaria elettronica, e così via. Profeta dell'idea Piazza Affari è il dg dell'azienda, Mauro Moruzzi. Aveva allargato l'attività ad altre regioni (Sicilia, Lombardia, Umbria, Liguria, Sardegna, Toscana) ma una legge dell'allora ministro Bersani lo ha poi costretto a ritirarsi nei confini emiliani. Cup 2000 è controllata interamente da Regione, Comune e Provincia di Bologna, Asl dell'Emilia Romagna.

Fonte MF