



APPROFONDIMENTO

## Sanità senza regole certe

Noi rappresentiamo un settore la cui liberalizzazione significherebbe la vera grande rivoluzione italiana, la sfida della modernizzazione. Ecco, nel nostro Paese, solo nel settore sanitario si è venuta configurando la grande ipocrisia, perfino legislativa, della parità e della concorrenza a fronte di una pratica che

→ ENZO PAOLINI A PAG. 2

CASSAZIONE

## Facebook per controllare i dipendenti

Con una pronuncia che sembra porsi in antitesi con la giurisprudenza in materia di technocontrollo ed anche con l'art. 4 dello Statuto dei Lavoratori, che vieta i controlli a distanza sull'attività del personale, un divieto comunque già ridimensionato da al-

→ SONIA GALLOZZIA PAG. 3

AIOP GIOVANI

## Lorenzo Miraglia è il nuovo Presidente

È stato un momento di confronto importante in cui ognuno di noi ha dimostrato senso di appartenenza e grande passione. Se oggi l'AIOP Giovani è tutto questo, è grazie all'enorme lavoro di chi mi ha preceduto e di questo ringrazio anzitutto, Domenico Musumeci.

→ A PAG. 3

EDITORIALE

di Gabriele Pelissero

## Pronti ad una nuova partita



Custodiremo a lungo tra i nostri ricordi quello delle giornate assembleari AIOP appena trascorse. Pur nell'importante scadenza del rinnovo delle cariche associative nazionali, non avevamo immaginato lo straordinario record di partecipazione registrato a Roma. La 51ª Assemblea Generale AIOP ha detto tre cose. La prima è che siamo un'Associazione viva, percepita come tale dagli associati e da tutti gli interlocutori del settore. Non era facile attraversare indenni il pericoloso crinale degli anni della *spending review*. I rischi non sono finiti, ma gli associati hanno percepito l'impegno quotidiano a tutti i livelli, istituzionale, scientifico, organizzativo e mediatico. La seconda è che siamo una voce autorevole, forse l'unica in Italia di tutela del settore. Che ciò non sia un esercizio autoreferenziale ce lo ha confermato la presenza in Assemblea del Direttore della programmazione del Ministero della salute, che ha accettato di confrontarsi con AIOP sui temi del finanziamento delle prestazioni sanitarie e sulle prospettive del rapporto pubblico-privato in sanità. È stato però lo stesso Ministro Lorenzin - in collegamento telefonico, per le evidenti difficoltà di salute, lietamente concluse in questi giorni - a riconoscere il ruolo e il valore della componente privata accreditata all'in-

terno del SSN. Il terzo messaggio dell'Assemblea è che AIOP è pronta a cogliere le sfide del futuro. I più autorevoli soggetti istituzionali e scientifici stanno confermando il fallimento della *spending review* in sanità. L'aggiustamento dei conti pubblici non è andato in direzione di un efficientamento del sistema, di un'aggressione degli sprechi, ma di un impoverimento complessivo del sistema di cui è emblematico il ricorso alla spesa sanitaria privata registrato dal Censis in questi giorni. Tutto ciò richiede un ripensamento strutturale, una nuova architettura del welfare e su questo piano AIOP ha molte cose da dire e dovremo essere capaci di contagiare maggiormente gli altri con la ragionevolezza e la sostenibilità di queste idee. Mi corre l'obbligo di ringraziare uno per uno tutti i Soci AIOP per la conferma unanime all'incarico di Presidente nazionale. Che gli incarichi associativi in AIOP non fossero solo onorifici lo sapevamo da tempo, ma non nascondo la mia fierezza di rappresentare un'Associazione viva, autorevole e pronta a cogliere le sfide del futuro. E ringrazio anche il Consiglio nazionale per aver voluto assecondare la mia richiesta di confermare la "squadra" del Comitato Esecutivo. Conosco l'affetto, ma soprattutto l'impegno di ciascuno di loro e conto proprio su ciò per ricominciare la partita del nuovo triennio 2015-2018. Vi assicuro che a questa partita non ci accontenteremo di essere solo spettatori. ■

PRIMO PIANO

# Una straordinaria operazione di ridimensionamento della rete ospedaliera italiana



La prima cosa che colpisce è che un tale ambizioso progetto di generale riforma ospedaliera venga alla luce con un decreto ministeriale, senza il coinvolgimento del Parlamento



di Filippo Leonardi

L'obiettivo dichiarato dal Regolamento sugli standard ospedalieri, appena pubblicato, non è da poco: "Garantire livelli di assistenza ospedalieri omogenei su tutto il territorio nazionale, in termini di adeguatezza delle strutture, di risorse umane impiegate in rapporto al numero di pazienti trattati, al livello di complessità clinico-assistenziale della struttura e alla sua interazione sinergica nell'ambito della rete assistenziale territoriale, fissando gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e promuovendo l'ampliamento degli ambiti dell'appropriatezza, efficacia, efficienza, umanizzazione, sicurezza e qualità delle cure" (1.3). Obiettivo gigantesco, così alto che rischia di rinviare al futuro immagina-

rio i nobili propositi, consegnando al presente solo gli effetti immediati: una straordinaria operazione di ridimensionamento della rete ospedaliera italiana. E la prima cosa che colpisce è che un tale ambizioso progetto di generale riforma ospedaliera venga alla luce con un decreto ministeriale, senza il coinvolgimento del Parlamento. Il Regolamento risente quindi di molti limiti formali, rilevati anche, e per ben due volte, dal Consiglio di Stato. Ma il limite maggiore è che il provvedimento è soprattutto figlio di una fase precedente della storia politico-economica italiana, quella dei tagli lineari, di cui eredita impostazione e obiettivi. Tagli lineari di cui solo ora è stato dimostrato di aver messo a serio rischio l'esistenza stessa del SSN, come ha rilevato la Corte dei Conti, e di cui è emblema-

tica la recente ricerca del CENSIS sulla crescita esponenziale dei consumi privati in sanità, una vera e propria fuga dal SSN. E per spiegare che il Regolamento produrrebbe effetti di ridimensionamento della rete ospedaliera possiamo citare tre esempi: la chiusura delle strutture ospedaliere private accreditate con meno di 60 p.l. per acuti; la chiusura/riconversione della maggior parte dei centri di cardiocirurgia italiani; l'obiettivo di un indice di occupazione del p.l. sul valore del 90% tendenziale, con conseguente rischio per le strutture che non raggiungessero questo obiettivo. Riguardo al primo aspetto il Regolamento è stato caratterizzato sui media proprio per aver sancito questo obiettivo (punto 2.5). Per la verità, una prima versione del testo conteneva una soglia minima di 120 p.l., subito rettificata a 80, per poi rimanere fissata, da dicembre 2012, alla soglia di 60. Già questo la dice lunga sulla scientificità della scelta, che è certamente superata dal fatto che tutte le indagini non fanno più riferimento al posto letto, ma al numero delle prestazioni. Un dato trascurato pur essendo a disposizione degli uffici regionali e nazionali della programmazione. L'applicazione pratica di questo criterio, comunque, se avvenisse rigidamente, sarebbe produttiva di un taglio di più di 11.000 posti letto



solo nel settore privato accreditato. Sul secondo aspetto, contenuto nel punto 4.6 del Regolamento, viene indicato quale requisito per l'erogazione delle cure in condizioni di appropriatezza, efficacia, efficienza, qualità e sicurezza delle Cardiocirurgie, l'erogazione di più di 200 interventi/anno di *By pass aorto-coronarico isolato per Struttura complessa*. L'applicazione pratica, anche in questo caso, se avvenisse rigidamente, condurrebbe entro 6 mesi alla chiusura/riconversione di 51 cardiocirurgie sulle 67 esistenti, lasciando 16 che oggi garantiscono il 27% di tutta l'attività cardiocirurgica italiana. Il terzo aspetto, poi, riguarda l'indice di occupazione del p.l. sul valore del 90% tendenziale (punto 3.1). Dalle prime simulazioni, che conside-

rano la degenza media dei ricoveri per disciplina, anche questo indice produrrebbe migliaia di posti letto pubblici e privati accreditati in eccesso. Sono quindi sufficienti questi tre esempi per evidenziare gli effetti di razionamento dell'offerta ospedaliera in Italia, una gigantesca operazione di smantellamento che non inciderebbe minimamente sui cosiddetti sprechi in sanità. Tutto ciò mentre nei Paesi UE, comparabili all'Italia, per la quale si indica l'obiettivo per gli acuti del 3%, l'indice dei p.l. si attesta (dati 2012) al 3,4% per la Francia e al 5,4% per la Germania. Possiamo anche continuare a dire che la sanità italiana risulta essere tra le prime al mondo, ma è legittimo chiedersi: fino a quando? ■

## APPROFONDIMENTO

## Regole e principi certi, tranne che in Sanità



di Enzo Paolini

Noi rappresentiamo un settore la cui liberalizzazione significherebbe la vera grande rivoluzione italiana, la sfida della modernizzazione. Ecco, nel nostro Paese, solo nel settore sanitario si è venuta configurando la grande ipocrisia, perfino legislativa, della parità e della concorrenza a fronte di una pratica che soffoca ogni minima apertura in questo senso. Solo pochi mesi fa una Corte di altissimo livello, il Consiglio di Stato, che avrebbe dovuto ragionare allo stesso modo della Consulta, e prima di esso il TAR Lazio, Giudice guida delle vicende politico-amministrative del Paese, ha affermato, in una vicenda da noi agitata (e cioè la iniquità di tariffe ospedaliere fissate senza criterio da un ministero che è sempre quello del "trasferimento delle risorse"). L'elemento tariffario dovrebbe essere frutto di una puntuale analisi dei singoli fattori di costo e dell'utile di impresa basato su un campione significativo di costi sostenuti dagli operatori sul territorio nazionale, ma non può obliterare il contesto normativo in cui si colloca il decreto impugnato, inserito, dalla decretazione d'urgenza, in un piano di rientro del disavanzo pubblico, improntato ad eventi ed esigenze del tutto straordinarie ed eccezionali. Dalla documentazione versata in atti a seguito dell'istruttoria emerge l'iter seguito dal Ministero della salute, che si è concluso con l'approvazione del-

le tariffe relative alle prestazioni di assistenza ospedaliera (ricoveri ospedalieri per acuti; ricoveri ospedalieri per post acuti e ricoveri per lungodegenza post-accuzie) e di assistenza specialistica ambulatoriale. Elemento pressoché comune all'intera metodologia seguita è l'utilizzo di "dati di costo disponibili", in non pochi casi risalenti nel tempo e in relazione ai quali è mancata la verifica della perdurante attualità. Di tale accertamento non solo non c'è alcuna traccia nella documentazione

fondatai argomenti dell'AIOP perché il carattere eccezionale della disposizione dettata dal comma 15 dell'art. 15, unitamente alla grave situazione finanziaria in cui versa l'intero sistema sanitario pubblico, giustificano il bisogno di approvare con assoluta urgenza tariffe ministeriali (alle quali – come si è detto – le Regioni sono tenute ad uniformarsi, salvo accollarsi eventuali scostamenti) e, quindi, di colmare un vuoto prolungatosi per anni, ha indotto il Legislatore a sacrificare tempora-

politica ed ai conti dello Stato. Gli imprenditori della sanità hanno meno diritti dei dipendenti della Pirelli o dell'Illva e meno ancora delle aziende dello Stato. Essi e solo essi – cioè noi – in Italia devono farsi carico delle inefficienze della macchina statale, degli sprechi, delle corruzioni delle negligenze, delle inadeguatezze, cioè di tutto ciò che produce disavanzo e che impone ai cosiddetti manager di negare l'esercizio dei diritti a chi lavora in sanità. C'è poi un evidente disegno di eli-

stabilito il numero minimo di interventi, di parti o di stent medicali al di sotto del quale v'è pericolo di vita per il paziente. Nessuno. E la questione è politica perché la tendenza è quella: piccolo (e poi piccolo è relativo oggi 60 domani 600) non serve, è di intralcio, da fastidio, costa e non fa funzionare il sistema. Per cui, con il decreto Balduzzi si fanno fuori le piccole strutture, con la legge elettorale i piccoli partiti e con le partite truccate le piccole squadre. Poi però avviene che nonostante tutto, il Carpi ed il Frosinone vanno in serie A, che la Corte Costituzionale boccherà anche l'Italicum e che l'AIOP proteggerà anche le piccole strutture. Il perché è semplice. Perché se si fosse ragionato in questo modo in politica non avremmo mai avuto gente come Einaudi, Spadolini, Pannella, Vecchiotti, Saragat, Nenni, Malagodi, tutta gente espressione di partiti piccoli, talvolta piccolissimi, ben al di sotto del 3% che hanno dato stimolo e linfa ai grandi movimenti politici della nostra storia. Ed il nostro mondo è nato ed è diventato grande solo grazie al lavoro ed all'impegno ed al talento di uomini e donne che hanno costruito la rete della ospedalità privata italiana fatta solo da piccole strutture che hanno contribuito alla educazione ed alla evoluzione medica e scientifica del Paese. Da qui provengono i grandi gruppi, che oggi danno forza e lustro al nostro settore. La politica è dunque a un bivio. E' possibile provare a rendere più economico ed efficiente il sistema sanitario nazionale tentando di mantenere inalterata l'offerta di servizi: questo richiede una riforma profonda, che consenta di fare un uso intelligente del "sistema di profitto" per la fornitura di questo servizio pubblico. L'articolo 32 della Costituzione impegna a tutelare la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e a garantire cure gratuite agli indigenti: ma non stabilisce che queste cure debbano essere offerte da un monopolio pubblico. La strada è quella seguita dalla Germania, dove l'equilibrio fra ospedali pubblici e ospedali privati è in evoluzione, e vede il numero dei secondi crescere. Si può ripartire da questo dato di realtà, con le nostre solite ricette incardinando il sistema sul pagamento a prestazione per tutti e non soltanto per i privati, rivedendo i meccanismi di accreditamento, istituendo un organo di vigilanza e controllo autenticamente terzo rispetto a tutti gli erogatori. Costruendo insomma un modello nel quale "il denaro segua il paziente" e non vada a finanziare le inefficienze. L'alternativa è mantenere inalterata l'architettura, ma ridurre le prestazioni offerte, incentivando meccanismi di out out per le persone ad alto reddito. L'una strada e l'altra richiedono uno scatto sul piano culturale. Serve che la politica parli il linguaggio della verità, descrivendo problemi e opzioni. Al contrario ed a Costituzione vivente, è la spesa ad essere condizionata dal fondamentale diritto alla salute. ■



depositata dal Ministero della salute, ma addirittura, è in atti la dichiarazione del 2 agosto 2013 (n. 19979) del Dirigente della Direzione generale della programmazione sanitaria del Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, che attesta espressamente il contrario, affermando che nella maggior parte dei casi "non è stato effettuato alcun adeguamento dei dati di costi disponibili ai costi effettivi". Ritene però, il Collegio di respingere i

neamente la "certezza" che tali tariffe siano effettivamente adeguate a remunerare le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate". Dunque ciò che vale per tutti i settori del nostro vivere in comunità organizzata in forme rette da principi condivisi e sanciti da una carta fondante lo Stato quale è la Costituzione non vale per il settore sanitario. In sanità e solo in sanità i diritti, l'applicazione delle leggi, le priorità costituzionali, i principi sono recessivi rispetto alle esigenze della

minare un centro di buona spesa pubblica efficiente e di qualità. E lo strumento è quello parascientifico e senza un minimo fondamento logico e pratico, e neanche finanziario, secondo il quale le piccole strutture sono – sarebbero - antieconomiche e pericolose, mentre non lo sarebbero - così per affermazione apodittica – i piccoli dipartimenti di grandi ospedali o i grandi ospedali stessi. Perché 60 posti letto? Chi lo ha stabilito? Chi ha detto 59 no e 61 sì? Perché a 61 cambia tutto? Chi ha

## UNA RISOLUZIONE EUROPEA PER UN'ASSISTENZA SANITARIA PIÙ SICURA

## La sicurezza del paziente è un diritto non sempre garantito



di Alberta Sciachi

Il Parlamento europeo ha emanato il 19 maggio 2015 una risoluzione per un'assistenza sanitaria più sicura. Il problema è grave, se le stime ufficiali riportano che tra l'8 e il 12% dei pazienti ricoverati negli ospedali dell'UE sono colpiti da eventi avversi, evitabili nella metà dei casi, con una netta prevalenza di infezioni associate all'assistenza sanitaria, eventi connessi ai farmaci e complicanze durante o dopo un intervento chirurgico. Ogni anno muoiono almeno 25 000 persone per infezioni causate da batteri resistenti, con costi per i sistemi sanitari pubblici di 1,5 miliardi di euro. Al di là degli aspetti sanitari, è interessante l'analisi di come la crisi economica e le conseguenti pres-



sioni sui bilanci sanitari nazionali si ripercuotano sulla sicurezza dei pazienti, poiché "molti Stati membri, invece di affrontare in maniera adeguata la questione dell'efficienza, hanno ridotto le dotazioni e i livelli di personale effettuando tagli drastici..." A tale riguardo, il Parlamento "invita gli Stati membri a garantire che, in questo pe-

riodo di crisi economica, la sicurezza dei pazienti non sia compromessa dalle misure di austerità, che i sistemi sanitari continuino a essere finanziati in maniera adeguata e, in particolare, a non far ricorso a misure fortemente pregiudizievoli, come i tagli a breve termine, suscettibili di comportare costi elevati nel medio e lungo periodo, bensì

a concentrare i loro sforzi sul proseguimento dello sviluppo di sistemi sanitari di elevata qualità e altamente performanti." Il Parlamento invita quindi gli Stati membri a "garantire un numero sufficiente di operatori sanitari formati o specializzati nel controllo e nella prevenzione delle infezioni e nell'igiene ospedaliera ...", nonché a "garantire che i dirigenti sanitari vengano scelti in base al merito e non all'affiliazione politica". Sul piano normativo, infine, il Parlamento esorta gli Stati membri a cooperare per la definizione di norme minime e di indicatori di sicurezza e qualità dell'assistenza sanitaria in Europa e invita Commissione e Stati membri a impegnarsi in un dialogo con tutte le parti interessate per elaborare una strategia dell'UE coordinata, completa e sostenibile per la sicurezza dei pazienti, proponendo soluzioni concrete da attuare a livello comunitario, nazionale, regionale e locale. ■

APPROFONDIMENTO GIUSLAVORISTICO

# Un falso profilo Facebook per il controllo dei dipendenti

Corte di Cassazione sentenza n. 10955, 27 maggio 2015



di Sonia Gallozzi

Con una pronuncia che sembra porsi in antitesi con la giurisprudenza in materia di tecnocontrollo ed anche con l'art. 4 dello Statuto dei Lavoratori, che vieta i controlli a distanza sull'attività del personale, un divieto comunque già ridimensionato da alcune previsioni del Jobs Act che facilitano i controlli sugli strumenti di lavoro (PC, Tablet e telefoni aziendali), la Corte di Cassazione ha rite-

nuto che il datore di lavoro possa legittimamente adottare una falsa identità per 'adescare' su Facebook il dipendente sospettato di chattare durante l'orario di lavoro, mettendo così a repentaglio la sicurezza degli impianti ai quali è addetto e il regolare funzionamento dell'azienda. La Cassazione ha espressamente previsto che questo tipo di controllo è lecito in quanto non ha «ad oggetto l'attività lavorativa e il suo esatto adempimento, ma l'eventuale perpetrazione di comportamenti illeciti da parte del dipendente» già «manifestatisi» in precedenza. Ad avviso della Corte, dunque, sono tendenzial-

mente ammissibili i controlli difensivi «occulti» anche «ad opera di personale estraneo all'organizzazione aziendale, in quanto diretti all'accertamento di comportamenti illeciti diversi dal mero inadempimento della prestazione lavorativa, sotto il profilo quantitativo e qualitativo», purché le modalità di accertamento non siano «eccessivamente invasive» e siano «rispettose delle garanzie di libertà e dignità dei



dipendenti». Inoltre, l'esaminata pronuncia ha statuito come l'eventuale intervento dell'azienda per scoprire questa attività del dipendente, attraverso la creazione di un

falso profilo Facebook, non viola la privacy del lavoratore, né i principi di buona fede e correttezza nell'esecuzione del rapporto di lavoro. ■

AIOP GIOVANI

# Una scommessa da non sottovalutare



di Lorenzo Miraglia

È stato un momento di confronto importante in cui ognuno di noi ha dimostrato senso di appartenenza e grande passione. Se oggi l'Aiop Giovani è tutto questo, è grazie all'enorme lavoro di chi mi ha preceduto e di questo ringrazio anzitutto, Domenico Musumeci. Non possiamo assolutamente permetterci di sperperare ciò che è stato fatto. Siamo tutti responsabili adesso di quello che potrà diventare la Sezione e siamo tutti consapevoli che il lavoro, l'entusiasmo e la partecipazione continuerà a creare vantaggio competitivo per tutti. È solo attraverso la crescita interna che si è in grado di affrontare i repentini cambiamenti e le numerose turbolenze che caratterizzano il nostro settore.

AG SPECIALIST

Il primo vero obiettivo di questo mandato è quello di puntare sul senso di responsabilizzazione di ogni singolo associato. Abbiamo immagi-

“L'ultima Consulta nazionale del 29 maggio scorso mi ha eletto Presidente Nazionale della Sezione Aiop Giovani di questa Associazione che, senza dubbio, è diventata tra le più importanti del nostro Paese per il settore sanitario.”

nato vere e proprie figure che avranno il compito di rendere il lavoro di tutta la squadra efficiente ed allo stesso tempo efficace.

FORMAZIONE

Con il supporto di prestigiose Università provvederemo a siglare accordi, non solo vantaggiosi per noi, ma

anche per i nostri dipendenti. La crescita infatti, passa attraverso ogni singolo attore e noi, in quanto imprenditori, ne siamo a conoscenza. Questi Atenei avranno anche un ruolo cruciale nei convegni scientifici e per alcuni studi di settore che svilupperemo nei prossimi anni, così come è stato fatto in precedenza con l'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità, Sda Bocconi.

AIOP ON THE ROAD

Sul piano organizzativo, la Consulta verrà convocata non meno di sei volte l'anno, due delle quali a Roma. Con l'ausilio delle nostre strutture, selezionate per specialità, complessità di ricoveri e cure, svolgeremo le restanti quattro Consulte in giro per l'Italia e attraverso stage e tirocini punteremo ad alternare studio e lavoro.

COMUNICAZIONE

dovrà essere la parola chiave di questi tre anni. Il tutto per tentare di abbattere quelle famose asimmetrie informative che caratterizzano il no-

stro SSN e i soggetti che lo compongono. Si tratterà di una vera e propria rivolta social su twitter, facebook e youtube. Saremo presenti anche nelle scuole (Aiop di Classe) con il coinvolgimento di direttori generali, sanitari, amministrativi, e responsabili centrali di acquisto.

STUDY TOUR ANNUALE

Stiamo valutando l'ipotesi del tour in

Corea del Sud o in Israele. Le visite in giro per il mondo svolte fino ad oggi sono un esempio di come sia importante mettersi continuamente in gioco e non vogliamo assolutamente rinunciare.

PREMIO

Promoveremo un concorso interno per l'assegnazione, ogni anno, del miglior progetto associativo.

AIOP CON IL CUORE

Ci saranno poi giornate dedicate alla beneficenza e alle attività socialmente utili, come le giornate della prevenzione. Primo a partire sarà un progetto in collaborazione con Federazione Fidas per la donazione del sangue.

“Il futuro appartiene a coloro che credono nella bellezza dei propri sogni.” La realtà di domani è costruita sull'immaginazione che siamo in grado di produrre oggi. ■



VISITA IL SITO  
WWW.AIOPGIOVANI.IT

**SAMSUNG BUSINESS**



**EXPERIENCE**  
A New Healthcare Solution

PUBBLICITÀ REDAZIONALE

REPORT ATTIVITÀ AIOP  
GIUGNO 2015

Venerdì 5 giugno ore 12,00  
Riunione di redazione  
AiopMagazine n.6/2015

Giovedì 11 giugno ore 14,30  
Consiglio Nazionale

Giovedì 11 giugno ore 17,00  
COMITATO ESECUTIVO

Giovedì 11 giugno, Madrid  
ore 15,00  
Comitato Direttivo UEHP  
(A. Sciachi)

Venerdì 12 giugno, Madrid  
ore 9,30  
Consiglio UEHP  
(Pelissero, Sciachi, Biagi, F. Miraglia)

Mercoledì 17 giugno  
ore 11,00  
Gruppo di lavoro Rapporto  
2015  
(Cassoni)

Giovedì 18 giugno ore 11,00  
Fonter Comitato di valutazione  
(Leonardi, Cassoni)

Venerdì 19 giugno,  
Napoli ore 16,30  
Assemblea regionale Aiop  
Giovani Campania

Martedì 24 giugno ore 12,30  
Insediamento Collegio dei  
Proviviri

Venerdì 26 giugno, ore 11,00  
Confindustria Gruppo tematico  
sanità  
(Cittadini)

Martedì 30 giugno ore 12,00  
Riunione di redazione  
AiopMagazine n.7/2015

Martedì 30 giugno ore 11,00  
Confindustria - Rete Centri  
studi filiera salute  
(Cassoni)

**Direttore Responsabile:**  
Gabriele Pelissero

**Direttore Editoriale:**  
Filippo Leonardi

**Coordinamento di redazione:**  
Fabiana Rinaldi

**Redazione:**  
Angelo Cassoni, Patrizia Salafia,  
Alberta Sciachi, Andrea Albanese

**Segreteria operativa:**  
Sonia Martini, Stefano Turchi

**Progetto grafico e impaginazione:**  
Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma  
n. 533 del 23/1/2003

**Editore:** SEOP srl - via di Novella, 18, Roma  
**Direzione:** 00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67  
tel. 063215653 - fax. 063215703

**Internet:** www.aiop.it **e-mail:** f.rinaldi@aiop.it

**Stampa:** Grafica Di Marcotullio - Roma  
chiuso in redazione il 15 giugno 2015



SCARICA  
QUESTO  
NUMERO  
IN PDF

## CONSIGLIO NAZIONALE

## Barbara Cittadini, vicepresidente nazionale

L'elezione è avvenuta lo scorso 11 giugno a Roma nel corso della prima riunione del nuovo Consiglio nazionale dell'Associazione italiana ospedalità privata, insediatosi dopo l'Assemblea di fine maggio, conclusasi con la nomina a presidente di Gabriele Pelissero. L'incarico a Barbara Cittadini, Presidente di Aiop-Sicilia e del consiglio di amministrazione della casa di cura Candela di Palermo, premia una storia personale e professionale di elevato profilo e l'impegno profuso nella vita associativa. "In questo triennio, ci attendono sfide importanti, nella quali dimostreremo che gli ospedali privati accreditati, in una fase caratterizzata da una riforma di sistema finalizzata ad un efficientamento quali quantitativo, sono in grado di ristrutturare la loro offerta sanitaria per dare un risposta efficiente e di qualità alla domanda di salute degli italiani e garantire quella sinergia e complementarietà, prevista dal legislatore - afferma Barbara Cittadini". Il Regolamento Balduzzi, che sarà operativo a partire dal 19 giugno, cambierà radicalmente l'attuale assetto del sistema. Un Regolamento che presenta, anche, alcune criticità in merito alle quali, negli ultimi due anni, l'Aiop si è confrontata, in una logica assolutamente costruttiva, con il Ministero della Salute. "Al riguardo, ritengo indispensabile che il Ministero emani dei provvedimenti attuativi, che consentano un'implementazione omogenea del Regolamento nelle varie Regioni, evitando interpretazioni territoriali, che rischierebbero di delineare un Paese con ventuno sistemi regionali, con modelli assai diversi tra di loro, che determinerebbero eterogeneità dei livelli assistenziali e difformità destabilizzanti per gli utenti e per gli erogatori. Se l'obiettivo è quello di garantire il mantenimento di un welfare sanitario universale e solidaristico e lo strumento per consentirlo è il conseguimento di maggiori livelli di efficienza, a mio avviso, la scelta migliore è quella di consentire la libera scelta del cittadino, responsabilizzando gli erogatori, in un pluralismo che deve essere presupposto di competitività virtuosa, codificando un finanziamento rigidamente legato alle prestazioni effettivamente erogate, tutelando libertà di scelta e di mobilità, intesa come diritto dei cittadini, ma anche come



strumento per incrementare la qualità. È un obiettivo ambizioso, ma i Paesi dell'Ue, che si muovono in questa direzione, stanno affrontando molto bene le crisi del welfare sanitario.

In questi ultimi mesi, inoltre, acceso è stato il dibattito sui 'tagli' alle Regioni, previsti dalla Legge di stabilità 2015. La minori rimesse alle Regioni per 4 mld di euro produrranno una riduzione delle risorse al settore sanitario di circa 2 mld. Per onestà intellettuale bisogna chiarire che sono stati i Presidenti delle Regioni a richiedere al Governo centrale che due dei quattro milioni di tagli venissero espressamente destinati al settore sanitario. L'intesa tra Stato e Regioni dovrebbe essere definita a breve. Il nostro auspicio è quello che il Governo continui a rigettare la richiesta dei Presidenti delle Regioni di continuare ad operare tagli che si riflettano sulle prestazioni sanitarie

e imponga una riorganizzazione del sistema di acquisti da parte del comparto pubblico, perché è lì che si generano gli sprechi più evidenti. Se, invece, la scelta ricadrà su ulteriori tagli lineari, indiscriminati, il solo risultato attendibile sarà un crollo della qualità del sistema sanitario ed una riduzione delle prestazioni, con il rischio di non garantire i Livelli di assistenza. L'Aiop nazionale è impegnata, anche, su questo fronte - aggiunge Barbara Cittadini - Non si può immaginare di "fare cassa" non operando scelte di sistema strutturali, finalizzate a ridurre gli sprechi reali e riducendo le risorse alla sanità privata, in un momento nel quale, come testimoniano le ricerche di mercato, il pubblico non riesce a rispondere alla domanda di salute degli italiani, le liste di attesa crescono e la spesa "out of pocket" degli italiani aumenta. Occorre una programmazione finalizzata ad eliminare sprechi e duplicazioni là dove, effettivamente, si annidano, che non riduca servizi e prestazioni agli italiani. Il ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, e il premier Matteo Renzi, peraltro, hanno reiteratamente sostenuto la necessità di non ridurre le risorse destinate alle prestazioni sanitarie e che è compito dei Presidenti delle Regioni operare i tagli dove ci sono sprechi reali ed evidenti. L'Aiop si adopererà affinché in Italia si riesca a realizzare un sistema sanitario basato sulla reale integrazione tra pubblico e privato, in una virtuosa sinergia, a tutela dei cittadini". ■

## AIOP PIEMONTE

## Proroga della prestazioni per le Case di cura



di Bruna Meloni

Con la delibera n. 23-1418 dell'11 maggio 2015 la Regione Piemonte, in attesa che si definisca il nuovo assetto della rete ospedaliera regionale e che si formalizzino i contratti con i singoli operatori privati, ha prorogato l'autorizzazione fino al 30

giugno 2015 ad erogare prestazioni in favore del SSR per le Case di cura accreditate per acuzie, allineando così il regime transitorio per tutto il I semestre dell'anno in corso alle altre strutture che erogano prestazioni di post acuzie o ambulatoriali. ■

→ [Informaiop n.130]

## AIOP TOSCANA

## Il riassetto della rete laboratoristica privata



di Anna Uccello

A fine di completare il Piano di Riassetto della Rete Laboratoristica privata, già iniziato con i DDCA n° 109/2013 e 45/2014, la Regione Campania ha emanato, il 29 maggio scorso, un ulteriore decreto commissariale con il quale, oltre a rivedere le fasi temporali del processo di pianificazione aziendale attraverso la proroga di alcuni termini di scadenza, ha approvato apposite "Linee Guida" per il prosieguo del percorso di razionalizzazione della Rete e per la disciplina del "service di laboratorio". Notevole importanza, per le Case di cura con Laboratori di analisi accreditati, riveste il punto 8 delle Linee Guida che, in ottemperanza a quanto già stabilito nel recente Accordo Regionale che l'Aiop ha sottoscritto con la Regione Campania il 15/5/2015, sancisce ulteriormente la definitiva esclusione dei laboratori di analisi accreditati delle Case di cura dall'obbligo di aggregarsi ad altri soggetti, stabilendo per gli stessi, quindi, la non applicabilità della cosiddetta "soglia minima di efficienza" (ad oggi n° 70.000 prestazioni, a regime n° 200.000). A maggiore conferma di quanto sempre sostenuto dall'Associazione in merito alla incongruenza della norma - che, da un lato, riteneva "inefficienti" i laboratori di analisi accreditati per l'esterno che non raggiungevano la soglia minima, e dall'altro li riteneva qualitativamente validi ed efficienti se le stesse prestazioni venivano erogate a pazienti ricoverati - le nuove Linee Guida riconoscono gli elevati standard già richiesti ai Laboratori di analisi delle Case di cura per il rilascio delle autorizzazioni, e non solo li escludono dagli obblighi di aggregazione ma riservano loro la possibilità di rappresentare punti di aggregazione per altri laboratori di analisi territoriali che non raggiungano il limite di efficienza previsto dai decreti. ■

→ [Informaiop n.130]

## Nuovi Presidenti regionali a bordo

Durante il biennio 2014/2015 si sono svolte in quasi tutte le Sedi Aiop, le Assemblee elettive, che hanno visto l'avvicendamento, o la riconferma a seconda dei casi, dei Presidenti regionali. In un breve resoconto didascalico riportiamo, da nord a sud, i nominativi di



neto; Salvatore Guarneri in Friuli Venezia Giulia; Ettore Sansavini in Liguria; Bruno Biagi in Emilia Romagna; Francesco Matera in Toscana; Giulia De Leo in Umbria; Antonio Romani nelle Marche; Jessi-

coloro che affiancheranno con il proprio operato, il rieleto Presidente Nazionale, Gabriele Pelissero: Giancarlo Perla in Piemonte; Massimo De Salvo in Valle D'Aosta; Dario Beretta in Lombardia; Giancarlo Bonvicini in Alto Adige; Carlo Stefanelli in Trentino; Vittorio Morello in Ve-

ca Faroni nel Lazio; Concetta Petrucci in Abruzzo; Raffaele Panichella nel Molise; Sergio Crispino in Campania; Max Paganini in Puglia; Walter Di Marzo in Basilicata; Enzo Paolini in Calabria; Barbara Cittadini in Sicilia e Andrea Pirastu in Sardegna. ■

## FORMAZIONE

## Mario Cariello termina lo stage in Aiop



In occasione delle giornate assembleari svoltesi a Roma, ha terminato il proprio stage formativo presso la Sede Nazionale Mario Cariello, della Casa di Cura Villa Regina di Arco di Trento. Durante questi sei mesi Mario, che da poco ha assunto la carica di

Presidente Aiop Giovani di Trento, si è fatto apprezzare da tutti per la sua preparazione, dedizione al lavoro e senso di responsabilità. Da questa Sede, i migliori auguri per una ulteriore crescita umana e professionale. ■

→ [Informaiop n.130]