

# MONDO SALUTE

AIOP GIOVANI STUDY TOUR - L'AVANA 2010  
Alla scoperta del sistema sanitario cubano

## 8° RAPPORTO OSPEDALI & SALUTE La Sanità italiana sotto osservazione



EUROPA/LE SFIDE DA AFFRONTARE  
**Quali priorità per i sistemi sanitari all'indomani della crisi?**

CCNL NON MEDICI/SOTTOSCRITTO L'ACCORDO ECONOMICO  
**Elementi di forte innovazione**

IL LIBRO/EPPUR SI MUOVE  
**Come cambia la sanità in Europa**



### LE INTERVISTE DI ALFIO SPADARO



**Corrado Carnevale e la giustizia malata**



**Antonio Catricalà: "L'Italia si adegua alla direttiva europea"**

### EDUCAZIONE CONTINUA IN MEDICINA

**Cernobio 2010: Il punto sulle nuove regole**



Sistemi Informativi  
Ospedalieri

Contabilità e logistica

Laboratori  
e servizi diagnostici

RIS-PACS

Sistemi di Reparto  
e Cartella Clinica

Sale Operatorie  
e percorsi di cura

[www.dedalus.eu](http://www.dedalus.eu)

**la vita scorre nei  
nostri software**

**Dedalus**  
SOFTWARE FOR HEALTHCARE



L'augurio di **MondoSalute** è che nel 2011 possa realizzarsi la cosa per la quale lavoriamo da tempo: **una nuova politica sanitaria** fatta di programmazione, **libera scelta e qualità**.



**S**e ciò dovesse realizzarsi, anche solo in parte, vorrà dire che a livello nazionale avremo centrato l'obiettivo della nostra mini riforma basata sui tre punti: trasparenza nei bilanci, terzietà dei controlli, abolizione dei contratti, e che, a livello regionale avremo stabilito rapporti chiari con i singoli governi fondati sulla riduzione degli sprechi enormi che noi abbiamo documentato nel nostro ultimo Rappor-

to piuttosto che a tagliare indiscriminatamente le risorse per il privato di qualità.

#### PASSIONE E PROFESSIONALITÀ

È un libro dei sogni? Noi siamo ben svegli e faremo la nostra parte per farli diventare realtà. Sappiamo bene che tutti gli ospedali privati associati ad AIOP interpretano ogni giorno la linea del servizio pubblico di qualità a costi enormemente inferiori a quelli delle strutture pubbliche per prestazioni analoghe. La passione e la professionalità che ciascun operatore della sanità mette in questo lavoro è certamente il miglior viatico.

#### LE NOSTRE IDEE

In questo numero troverete una rappresentazione efficace delle idee liberali da noi sostenute e che sono interpretate – al massimo livello – da un lato da persone del calibro di Corrado Carnevale e di Antonio Catricalà e dall'altro dalla in-

dagine annuale presentata il 2 dicembre nella magnifica Sala delle Conferenze di Palazzo Marini a Roma.

#### BASTA SPRECHI

Non anticipo niente di ciò che troverete nelle pagine che seguono; faccio solo una considerazione ed un ringraziamento. Se potessimo utilizzare un decimo dello spreco che ogni anno viene inghiottito nel buco nero dei costi impropri determinati dalla gestione politica (o meglio partitica) degli ospedali pubblici potremmo implementare la qualità, investire in tecnologie, sostenere la ricerca, insomma rendere un servizio sempre migliore al Paese.

Il ringraziamento va a chi realizza questo giornale e cioè a tutta la struttura AIOP guidata da Franco Bonanno che non ha avuto timore di cimentarsi in questa sfida editoriale.

#### AIOP GIOVANI

Un'ultima osservazione la dedico alla eccellente attività di AIOP Giovani, illustrata dal resoconto sullo Study tour a Cuba con l'orgoglio di chi guida una Associazione che ha generato un gruppo di giovani imprenditori che non si limita alla denuncia sui guasti del nostro sistema, ma fa quello che devono fare i giovani intelligenti, inclini più alla curiosità che alle certezze, interessati all'intreccio delle conoscenze, pronti al confronto: guardare oltre i confini della propria azienda e del proprio Paese per contribuire al progresso dell'una e dell'altro.

Ci aspetta un anno che si presenta molto duro e difficile. Il nostro impegno è di arrivare allo Study tour del 2011 in Nuova Zelanda con una Italia che guadagna qualche posizione nella classifica mondiale. ■

Enzo Paolini

# EPPUR SI MUOVE

Come cambia la sanità in Europa  
tra pubblico e privato

LA POPOLAZIONE È SEMPRE PIÙ ANZIANA,  
LE CASSE DEGLI STATI  
SONO SEMPRE PIÙ VUOTE...

COME SI FA A QUADRARE IL CERCHIO?

a cura di  
**Gabriele Pelissero e Alberto Mingardi**  
Prefazione di Giampaolo Galli

Interventi di  
Andreas Beivers, Alphonse Crespo, Alberto Mingardi, Günter Neubauer, Gabriele Pelissero e Valentin Petkantchin  
Con un saggio di Milton Friedman

IBL Libri 2010 - pp 240 - 22 euro

[www.ibl-libri.it](http://www.ibl-libri.it)



# sommario



**MONDO  
SALUTE**

**PERIODICO A CARATTERE  
TECNICO-INFORMATIVO  
PROFESSIONALE**

Anno VII - n. 2/2010

**Editore** SEOP s.r.l.  
via di Novella, 18 - ROMA

**Direttore responsabile**  
Enzo Paolini

**Comitato di direzione**  
Barbara Cittadini, Fabio Marchi,  
Emmanuel Miraglia, Gabriele Pelissero,  
Ettore Sansavini, Enzo Schiavone.

**Grafica e impaginazione**  
Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma  
n°533 23/12/2003

**Direzione**  
00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67  
tel. 063215653 - fax. 063215703  
Internet: www.mondosalute.it

**Stampa**  
Graficassia s.r.l.  
Via Volusia, 61 - 00189 Roma  
e-mail: uffstamp@aiop.it

Chiuso in redazione il  
16/12/2010

1

**EDITORIALE**  
DI ENZO PAOLINI

4

**SPECIALE OSPEDALI&SALUTE**  
**Presentato a Roma l'Ottavo**  
**rapporto annuale Aiop/Ermenia**

**Il coraggio di affondare il bisturi.....4**

Enzo Paolini a UnoMattina  
**Per "spiegare" la sanità.....6**

Ospedali&Salute come presidio della qualità  
**Un contributo al miglioramento**  
**del Servizio sanitario nazionale.....7**

Enzo Paolini:  
**"Elevare l'asticella della qualità" .....8**

L'approfondimento di Gabriele Pelissero:  
**Mobilità interregionale:**  
**una nuova lettura.....11**

Obiettivi condivisi con l'Europa  
**Libertà di accesso, qualità dei servizi,**  
**sostenibilità finanziaria.....15**

18

**OSSERVATORIO ANTITRUST**  
Competizione irrisolta in Sanità:  
**Catricalà: "L'Italia si adegui**  
**alla direttiva europea**

20

**REGIONI/PIANI DI RIENTRO**  
A CURA DI QUOTIDIANO SANITÀ

**La difficile rimonta**  
**della sanità calabrese**

**Lazio: fuori dall'emergenza**  
**entro il 2012**

26

**L'INTERVISTA**  
Ottant'anni ma non li dimostra  
**Corrado Carnevale**  
**e la giustizia malata**

30

**EDUCAZIONE CONTINUA**  
**IN MEDICINA**  
A Cernobbio per fare il punto  
**Si comincia a fare sul serio**

Il finanziamento ECM nel settore privato  
**L'opportunità**  
**dei fondi interprofessionali**

38

**AIOP GIOVANI**  
Study Tour 2010 L'Avana  
**il diario di uno sbarco**  
**di amicizia a Cuba**

44

**EUROPA**  
Le sfide da affrontare  
**Quali priorità**  
**per i sistemi sanitari**  
**all'indomani della crisi**

La direttiva al traguardo dell'approvazione UE  
**I ritardi dei pagamenti**  
**nelle transazioni commerciali**

51

**IL LIBRO/Eppur si muove**  
Il ruolo del privato  
**Come cambia**  
**la sanità in Europa**

PRESENTATO L'OTTAVO RAPPORTO ANNUALE OSPEDALI&SALUTE

# Il coraggio di affondare il

Il Rapporto "Ospedali & Salute" - l'indagine curata da Ermeneia sull'**ospedalità pubblica e privata** in Italia e giunta all'ottava edizione, si è finora contraddistinto **per la pacatezza dei toni**, la chiarezza dei dati e **la profondità delle analisi**.

**DI AMEDEO PORTADIBASSO**

**M**a quello presentato lo scorso 2 dicembre a Palazzo Marini della Camera dei Deputati sembrava più un bisturi, deciso ad affondare la lama nei problemi che ormai mettono in crisi i conti pubblici e soprattutto il diritto alla tutela della salute degli italiani.

Probabilmente era proprio questa la maturità del Rapporto cui si riferiva **Enzo Paolini**, Presidente Nazionale Aiop, nella sua introduzione, pensando agli 8 anni di "presidio" in questo settore. In questo Rapporto i mali della sanità - annunciava Paolini - hanno un nome, che in statistica si chiama "margini di inefficienza implicita" degli ospedali pubblici, ma che sono più semplicemente il tasso di inefficienza e di spreco.

## GLI SPRECHI IN SANITÀ

Questo margine di spreco non è uguale in tutte le regioni, ma va da un 17% in Lombardia, ritenuto quasi fisiologico, ad un 42% in Campania, un 43% nel Lazio, fino all'ineffabile 45,5% della

Calabria. Guarda caso, queste ultime tre sono quelle a più forte deficit sanitario, alle prese con gravosi piani di rientro per i cittadini e le imprese del settore.

Ma perché l'attenzione di questo 8° Rapporto è proprio sull'ospedalità pubblica?

A rispondere, nel suo intervento, è **Nadio Delai**, Presidente di Ermeneia ed esperto di lunga data di ricerche di società e di mercato. Di fronte ad una numerosa platea di imprenditori della sanità e di giornalisti, ha affermato che "L'attenzione all'ospedalità pubblica nasce dalla consapevolezza che l'85% della spesa ospedaliera riguarda il settore pubblico. Una montagna di ri-

# bisturi



Nadio Delai, Enzo Paolini, Giampaolo Galli  
sotto: Gabriele Pelissero

tera di auguri per la manifestazione inviata al Presidente Paolini e in cui riconosce che il Rapporto è un importante strumento di analisi e riflessione al servizio del Paese, ricorda che “La sfida è quella di garantire una vita qualitativamente migliore, realizzando un’offerta realmente unitaria sul territorio, attivando una medicina sempre più appropriata, strutture in grado di realizzare la continuità assistenziale e l’effettiva integrazione tra le attività e le strutture”.



sorse la cui gestione presenta falle operative immense”. Delai si riferisce alla scarsa trasparenza dei bilanci di molti ospedali a gestione diretta e molte Aziende Ospedaliere, fino ad arrivare ad esempi di palese falsità dei dati; si riferisce alla evidente inefficacia dei piani di rientro nelle 5 regioni commissariate, che avrebbero bisogno dai 10 ai 25 anni solo per recuperare i vecchi deficit, immaginando, con enorme fantasia, un avvio virtuoso nel presente.

## QUALITÀ ED EFFICIENZA

Ma si riferisce anche al fatto che il decisore politico, nel fare le sue scelte, è ancora troppo legato alla natura pubblica o privata degli erogatori piuttosto che alla loro qualità ed efficienza, che sono invece gli unici parametri che la gente valuta nelle sue scelte di ricovero. E sembrano anche i parametri cui è sensibile il Ministro della Salute **Ferruccio Fazio** che, nella let-

Questi dati sono stati offerti al commento di due persone di esperienza e formazione diversa: il senatore **Domenico Gramazio**, membro della Commissione Sanità del Se-







nato, già direttore dell'agenzia sanitaria del Lazio, e **Giampaolo Galli**, direttore generale di Confindustria.

Il senatore Gramazio si è dichiarato entusiasta del Rapporto, un "punto di riferimento" per lui e per i suoi collaboratori. In particolare ha insistito sulla pari dignità degli erogatori pubblici e di quelli privati. Peccato che, a cominciare proprio dalla regione Lazio, chi governa ed è politicamente affine al senatore metta in discussione,

nelle scelte concrete, questo principio. Ad ogni modo, si è dichiarato pronto a sostenere la necessità di un confronto al Ministero con i dati del Rapporto.

Giampaolo Galli sembrava impaziente di intervenire proprio per esprimere il suo stupore di fronte alla chiarezza drammatica dei dati descritti precedentemente

da Delai. "La sanità" – ha affermato – "è uno dei settori che crea valore aggiunto per il futuro, sia per il servizio che per gli investimenti, le ricerche e le professionalità espresse". "Certi dati andrebbero pubblicizzati su internet proprio come risposta alla mancata trasparenza del settore", ha aggiunto ancora. "Il rischio è quello di scaricare questi sprechi sul privato, e un valido rimedio" – ha sostenuto ancora Galli – "sarebbe quello di separare i troppi

ruoli dell'ente pubblico, eliminare i conflitti di interesse che fanno sì che l'arbitro si trasformi di volta in volta in giocatore". Di fronte a questo scenario, Galli ha indicato ancora la necessità di incrementare la sanità integrativa, proprio perché il prossimo decennio avrà ancora difficoltà a scrollarsi il peso della crisi in atto.

L'intervento finale è stato lasciato a **Gabriele Pelissero**, vice Presidente Nazionale Aiop, che non ha nascosto lo sconforto del panorama delineato, ma nello stesso tempo il desiderio di superare la sfida.

#### OCCORRONO INTERVENTI STRUTTURALI

Nel suo intervento Pelissero ha provato a individuare la causa storica del dissesto dei conti sanitari pubblici nella mancata applicazione della Riforma del DLgs 502 del 1992. Dapprima osteggiata dalle Regioni, fu definitivamente impoverita dai meccanismi competitivi nel 1999 dalla cd. Riforma Bindi. "Non a caso, in Lombardia, dove più rilevanti sono i segni della Riforma del

## IL SALOTTO DELLA RAI

# Paolini a Uno Mattina per "spiegare" la sanità

**L'avv. Enzo Paolini ospite di Uno Mattina di Rai Uno venerdì 3 dicembre per parlare dell'8° Rapporto ha "spiegato" che cos'è la sanità oggi. Prendendo spunto dai dati emersi dal sondaggio di Delai per Ermeneia ha toccato uno per uno i tasti del delicato comparto: quelli dolenti dell'inefficienza gestionale riferita al comparto pubblico e quelli positivi della crescente qualità delle prestazioni.**

Il presidente dell'Aiop ha "manovrato" la materia con assoluta padronanza, sciorinando numeri e facendo emergere analisi che se da un canto stimolano i decisori (Stato, Regione...) dall'altro confortano il cittadino viepiù cosciente delle scelte che è chiamato a fare quando ha bisogno di cure.

Ha detto del Rapporto: "È una fotografia della sanità, nel bene e nel male e resta uno strumento di lavoro per gli addetti e per l'opinione pubblica che segue l'andamento del comparto ancora monopolizzato dal pubblico, che stavolta si con-

cede degli sprechi che se eliminati (nove miliardi circa) potrebbero migliorare di molto il sistema e non costringere il Governo a pesanti tagli che incidono, alla fine, sul funzionamento generale.

Incalzato dal duo Daniele-Cucuzza che apparivano interessati al problema anche come cittadini che "vogliono capire", Paolini ha una volta di più cavalcato la tigre della competizione fra pubblico e privato ma anche il tema della sinergia che comincia a dare i suoi frutti specie in direzione delle liste d'attesa, abbastanza ridotte rispetto all'ultimo anno. Ed ha ribadito l'assoluta necessità della terzietà dei controlli che favoriscono la trasparenza dei bilanci.

La sanità com'è e come potrebbe essere. Paolini ottimista di natura da uomo che ha praticato il rugby ed è dunque temprato per le lotte, in definitiva, riesce a vedere il bicchiere mezzo pieno perché dati del Rapporto alla mano, qualcosa comincia a muoversi. Purtroppo, il Paese in chiave Sanità rispecchia una realtà fatta di eccellenze



conclamate al Nord, Lombardia e Veneto in testa, e di criticità al Centro e al Sud. Si dovrebbe e potrebbe fare di più. In questa evidente disparità conterà pure la ricchezza del territorio ma non va sottovalutata la cronica inadeguatezza culturale.



**Guarda l'intervento a UnoMattina sul tuo Smart Phone tramite il QR Code:**





1992” – egli afferma – “il tasso di inefficienza del settore è il più basso in Italia”. “Sono necessari” – ha concluso Pelissero – “interventi strutturali: confrontabilità e trasparenza dei bilanci pubblici; terzietà dei controlli per eliminare il conflitto di interesse dell’ente pubblico; il superamento del privilegio del pubblico che lo esenta da un contratto, come avviene nel privato, a favore di un pagamento a piè di lista”.

#### L'ESEMPIO DELLA GERMANIA

Ma a queste tre proposte – già affermate nell’introduzione di Enzo Paolini – Pelissero ne ha aggiunto senza mezzi termini una quarta: “Occorre avere il coraggio di

parlare di privatizzazione degli ospedali pubblici, a cominciare da quelli dove la gestione pubblica si è dimostrata palesemente incapace. Non è una idea nuova e in Germania, per fare un esempio vicino a noi, è largamente praticata”.

Il Convegno di presentazione del Rapporto si è concluso. Purtroppo molte defezioni del mondo politico, alle prese con una crisi di Governo strisciante e pronta



ad esplodere, ne hanno limitato il dibattito. Ma forse anche questo è un segno dei tempi della sanità di casa nostra. ■

OSPEDALI&SALUTE COME PRESIDIO DELLA QUALITÀ

# Un contributo al miglioramento del Servizio sanitario nazionale

È forse **l’unico rapporto** a cadenza annuale che **si occupa dell’intero panorama dell’ospedalità italiana**, mettendo insieme dati di **struttura, attività, performance** e spesa provenienti da fonti nazionali (Ministero della salute, Ministero dell’economia, Regioni, Aiop,) ed internazionali (UEHP, OCSE).

#### DI ANGELO CASSONI

**U**n osservatorio privilegiato creato per cogliere l’evoluzione dei fenomeni sanitari legati all’attività di ricovero, con una attenzione particolare all’ambito dell’ospedalità privata accreditata e al suo impegno verso un consolidamento del suo peso oggettivo, della qualità delle prestazioni e del ruolo percepito

dai cittadini. Una sintesi consistente del rapporto tradotta in inglese viene trasmessa annualmente anche ad enti ed organismi internazionali.

Assecondare e promuovere lo sviluppo di un sistema misto è l’obiettivo di riferimento dell’Aiop e le risorse investite per la realizzazione del progetto ‘Ospedali & Salute’ rappresentano un ulteriore contributo in tal senso.

#### IL PROGETTO

Dai riscontri registrati in vari ambiti, il lavoro sembra aver colto nel segno, anche per la sua funzione di utile strumento di consultazione di dati statistici.

Il progetto si configura come un’“operazione di servizio”, in quanto si basa su un’analisi indipendente, operata da un soggetto esterno con l’obiettivo di monitorare la qualità delle prestazioni fornite ai pazienti, ma anche la qualità dell’impiego delle risorse pubbliche investite sulle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate.

Il Rapporto 2010 si occupa di tre aspetti fondamentali.

La misurazione dei livelli di inefficienza “sommersa” di aziende ospedaliere e ospe-





dali a gestione diretta che raggiungono un valore complessivo di quasi dieci miliardi di euro nelle 15 Regioni osservate, mettendo nel contempo in evidenza l'inattendibilità di molti dati di bilancio e simulando, sulla base dei valori di tale inefficienza, i tempi di effettivo recupero dei deficit accumulati dalle Regioni sottoposte alle procedure dei piani di rientro. Per evidenziare questo primo aspetto si è proceduto nel modo seguente:

- **sono stati confrontati i costi reali**, risultanti dai Bilanci Consuntivi delle aziende ospedaliere e degli ospedali a gestione diretta, con i costi teorici, calcolati applicando le tariffe regionali a DRG ma inserendo anche le necessarie correzioni al rialzo per tener conto delle funzioni aggiuntive (non tariffate a DRG) svolte dalle strutture pubbliche: attività specialistica, prestazioni a funzione come il pronto soccorso, attività di presidio del territorio; si è potuto in questo modo quantificare lo "spread" esistente tra i costi ricalcolati e i costi effettivamente dichiarati nei modelli CE, evidenziando così le quote di "inefficienza sommersa", che nella loro espressione percentuale rispetto ai costi teoricamente riconoscibili variano da un minimo del 16.9% attribuito alla Lombardia, ad un massimo per la Calabria del 45,5%, seguita da Lazio e Campania con valori superiori al 40%;
- **si sono poi evidenziati** in una tavola che contiene specifici esempi concreti, i cosiddetti "svarioni" di bilancio di alcune strutture pubbliche, strutture che non sono state ovviamente considerate nel calcolo dell'inefficienza proprio perché gli scarti degli indici rispetto alle medie regionali e nazionali risultavano

troppo elevati; esempi eclatanti che dimostrano come i dati di bilancio degli ospedali pubblici presentino sovente un livello di inaffidabilità molto elevato, cosa che rende difficile la messa a punto di un sistema unitario di confronto sull'efficienza, e che è la conseguenza anche dei problemi di adeguatezza delle classificazioni delle voci di bilancio e più in generale della trasparenza degli stessi;

- **sono stati infine messi a confronto** i Piani di Rientro delle Regioni commissariate con la relativa quota di inefficienza sommersa, per simulare ipotesi di rientro "effettivo" dal deficit al netto di manovre strutturali e fiscali; un'esercitazione teorica che lascia in ogni caso riflettere sulla circostanza che una Regione come il Lazio possa cancellare il deficit accumulato finora in nove o ventitre anni, con ipotesi realistiche di recupero di inefficienza rispettivamente del cinquanta o del venti per cento.

#### ESPERIENZE VIRTUOSE

Il secondo aspetto riguarda il presidio della qualità dell'offerta ospedaliera e le esperienze virtuose di collaborazione tra settore pubblico e settore privato. La pubblicazione delle serie storiche di indicatori di complessità delle prestazioni come peso medio e case-mix consente di osservare l'evoluzione delle performance dei due settori messi ogni anno a confronto. Proprio l'indice di case-mix mostra come la qualità delle prestazioni degli istituti pubblici resti sostanzialmente stabile nel periodo 2006-2008, mentre registri un incremento – sia pur lieve – per gli ospedali accreditati che fanno capo ad AIOP. Ma mostra anche

come in molti casi l'indicatore relativo a questi ultimi, osservato nella sua articolazione regionale, risulti migliore di quello ottenuto dagli istituti pubblici.

Il confronto viene poi ulteriormente affinato prendendo in considerazione esclusivamente alcuni tra i DRG più diffusi, attinenti soprattutto all'attività di cardiocirurgia. L'incidenza di tali DRG prodotti nei due settori messa in relazione con i rispettivi dati di dimissione, consente di rilevare una crescita pressoché generalizzata dell'indicatore nei tre anni esaminati sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate, ma con una permanente superiorità dell'indicatore stesso espresso da queste ultime.

#### RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA

Un altro importante punto considerato nel rapporto è quello della evidenziazione di quanto risultino positivi, quando messi in atto attraverso accordi maturati a livello di singole Regioni, gli esempi di collaborazioni virtuose tra pubblico e privato, suggerendone la generalizzazione sul territorio nazionale. Soprattutto in tema di riduzione dei tempi di attesa per l'accesso a prestazioni di alta specialità, fenomeno che incide fortemente sugli indicatori di attrazione e fuga di molte Regioni italiane, come evidenziato in uno specifico paragrafo della Parte Terza.

Viene inoltre sottolineato, attraverso l'analisi dell'andamento della spesa ospedaliera nelle sue varie componenti, come l'aumento della qualità delle prestazioni





e le esperienze di collaborazione virtuosa vengano offerte dalle case di cura private accreditate contestualmente ad un importante contributo in termini di efficienza e di risparmio per il bilancio dello Stato. Infatti l'incidenza della spesa attribuita a tali strutture, tende progressivamente a scendere nel tempo passando dall'8,4% del 2000 al 7,4% del 2008 e del 2009.

Il terzo aspetto messo sotto osservazione e monitorato nella sua evoluzione negli anni, riguarda la costante crescita di consapevolezza degli utenti e dei cittadini circa le opportunità di scelta tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati, così come della opportunità offerta di ricoverarsi al di fuori della propria Regione di residenza. Nell'ottica di una ormai consolidata propensione a considerare il sistema ospedaliero come una realtà mista affida-

ta ad operatori pubblici ed accreditati, una realtà cui poter accedere sulla base di valutazioni orientate ai bisogni reali dei pazienti e alla qualità dell'assistenza.

#### MIGLIORARE L'INFORMAZIONE AL CITTADINO

Tant'è che, parallelamente, si evidenzia la necessità di poter disporre di una adeguata informazione in proposito per meglio utilizzare le opportunità di libera scelta, proprio in virtù di una crescita di consapevolezza, cui corrispondono valori relativi all'informazione non ancora soddisfacenti. Il Rapporto 2010, infine, mantiene la sua vocazione di osservatorio e di utile contenitore di informazioni al servizio degli operatori, degli analisti e di quanti siano interessati agli aspetti quantitativi del mondo ospedaliero. Grazie all'insieme

degli indicatori statistici, aggiornati sino all'ultimo istante prima della pubblicazione grazie anche alla preziosa disponibilità dei tecnici e dei responsabili di settore del Ministero della salute, nonché all'aggiornamento annuale degli "Indici di Sistema" (Aiop Index) sull'andamento della crescita di un sistema misto pubblico/privato, sul livello di soddisfazione dei cittadini rispetto ai servizi ospedalieri utilizzati e sull'andamento della domanda di libertà di scelta nei confronti delle diverse strutture di cura da parte dei cittadini.

Senza tralasciare comunque uno sguardo oltre confine, per registrare gli orientamenti su questi temi forniti dagli opinion leader dei sistemi sanitari dei maggiori paesi europei e degli organismi comunitari. ■

ENZO PAOLINI, PRESIDENTE DELL'AIOP

# "Elevare costantemente l'asticella della qualità"

È questo l'**ottavo appuntamento** del Rapporto "Ospedali & Salute" che nel mese di dicembre di ogni anno fa **il punto sull'andamento dei servizi ospedalieri** del Paese, mettendo i risultati a disposizione degli operatori, **dei decisori e della pubblica opinione**.

**S**i tratta di un'"operazione di servizio" che l'Aiop ha promosso ormai da tempo, in vista di un fondamentale obiettivo: quello di elevare costantemente l'asticella della qualità delle prestazioni fornite al paziente e dell'impiego delle risorse pubbliche, sia che si tratti di strutture pubbliche o di strutture private accreditate.

La tutela e la promozione della salute costituiscono un "bene pubblico" che va costantemente curato con estrema attenzione in ogni suo aspetto e cioè:

- **quello della risposta efficace** rispetto ad una domanda di servizi sempre più attenta ed evoluta da parte dei cittadini;
- **quello del miglioramento** continuo del livello di efficienza della "macchina ospedaliera" che non può e che non

deve sprecare risorse, bensì far fruttare queste ultime dove esse meglio rispondono con efficacia alla domanda dei pazienti;

- **e quello di considerare le risorse** pubbliche destinate alla salute (e quindi anche agli ospedali che assorbono più di metà dell'ammontare totale di tali risorse) come un'operazione di investimento e non solo come un'operazione di costo, a patto naturalmente che si proceda in parallelo a rendere più efficaci e più efficienti i servizi forniti.

Per rispondere a tali esigenze non possiamo che ribadire gli orientamenti più volte richiamati in questa sede e cioè:

- **la nostra piena adesione** ad un sistema ospedaliero misto pubblico/ privato, secondo i principi stabiliti ormai quasi

vent'anni fa dalla riforma del 1992;

- **l'oggettiva necessità** che "ciascuno faccia la sua parte" all'interno del sistema misto suddetto: e questo per quanto riguarda il perseguimento di più elevati livelli di efficienza, che devono poter essere misurati con modalità del tutto analoghe per gli ospedali pubblici e per gli ospedali privati accreditati, avendo a disposizione bilanci delle strutture pubbliche trasparenti, confrontabili ed accessibili; sia per quanto riguarda il perseguimento dei livelli di efficacia, a loro volta da misurare in maniera oggettiva da parte di un Ente Terzo che possa valutare imparzialmente i risultati sia delle strutture pubbliche che di quelle private;
- **e l'altrettanto ovvia necessità** di di-



Ed infine due altri ambiti di approfondimento sono stati esaminati. Il primo è quello dell'evoluzione della domanda di ospedalità che tende costantemente a crescere, in termini di consapevolezza e di comportamenti delle persone: entrambi orientati ad incorporare una logica di sistema misto pubblico/privato nei fatti e ad esercitare comportamenti di scelta, ispirati essenzialmente alle esigenze del paziente e alla qualità dei servizi forniti. A questo si è aggiunta un'analisi della propensione ad assicurarsi sul piano della salute in particolare per quan-

sporre di una parità effettiva di trattamento tra pubblico e privato accreditato, sul piano dei finanziamenti, in modo da sviluppare un reale sistema misto, impegnato a fornire le risposte migliori per i cittadini e livelli di efficienza comparabili nel pubblico come nel privato.

È evidente che alla base di tutto questo c'è la convinzione che una maggiore libertà di scelta da parte delle persone risponda non solo ad un'esigenza di principio, ma possa e debba aiutare ad allocare meglio le risorse (scarse) disponibili, in un quadro di competizione/cooperazione al servizio dei cittadini.

Per tali ragioni il Rapporto 2010:

- **ha approfondito il tema** dell'inefficienza implicita (o sommersa), allargando l'analisi sino a coinvolgere 15 Regioni italiane: l'esame condotto sui bilanci delle aziende ospedaliere pubbliche e degli ospedali a gestione diretta ha registrato a questo proposito tassi di inefficienza variabili tra un minimo del 17% ed un massimo del 46%, con un'articolazione interna anche molto pronunciata e non solo lungo l'asse Nord/ Sud;
- **ha mostrato quanto sia ancora ampia** l'inaffidabilità dei dati di bilancio prodotti dalle singole strutture pubbliche;
- **e ha messo a confronto** i Piani di Rientro delle Regioni commissariate proprio con la relativa quota di inefficienza implicita (o sommersa), evidenziando la necessità di agire su quest'ultima con

decisione se si vuol ragionare veramente sui tempi di rientro possibili (fatti salvi naturalmente gli interventi sul piano della fiscalità regionale oltre che su eventuali contributi straordinari da parte dello Stato).

È ovvio che queste tematiche appaiono essere di ulteriore attualità qualora si guardi al processo di introduzione del federalismo in corso. Esso non può che esaltare il criterio della responsabilità delle singole Regioni nel ridurre significativamente le inefficienze dell'ospedalità pubblica che rappresenta la parte preponderante del sistema, salvo essere costrette le Regioni stesse ad usare pesantemente la leva fiscale e/o a subire l'eventuale messa in mora dei responsabili dell'istituzione regionale.

#### L'ANDAMENTO DELLE PRESTAZIONI

Inoltre il Rapporto 2010 ha posto l'attenzione, come di consueto, sull'andamento delle prestazioni fornite e delle dotazioni a disposizione, sempre con riferimento alle strutture pubbliche, da un lato e alle strutture private accreditate, dall'altro, richiamando anche le esperienze virtuose di collaborazione tra le due componenti. E tenendo presente che l'evoluzione "frenata" della spesa pubblica per l'ospedalità, specie negli ultimi due anni, è molto più evidente per le strutture private accreditate che non per le aziende ospedaliere e/o per gli ospedali a gestione diretta.

to riguarda i ricoveri ospedalieri da parte degli italiani, che ha permesso di rilevare una maggiore apertura rispetto a quanto rilevato tre anni fa. Anche se la crisi economica oggi tende ad ipotecare, almeno in parte, la spinta verso l'assicurazione di tali rischi.

Il secondo ambito ha messo in luce, invece, quale sia e quale ancora possa diventare il ruolo dell'ospedalità privata nel quadro europeo, guardando in particolare a tre punti: quello del libero accesso che appare ancora lontano dall'essere adeguatamente realizzato, quello dell'introduzione di un sistema di controllo della qualità che non è certo esente da difficoltà di applicazione anche in altri Paesi ed infine quello dei meccanismi di finanziamento che mostra delle sofferenze evidenti proprio sul piano dell'accreditamento e ancora di più sul piano dell'accessibilità dei dati di bilancio relativi agli ospedali pubblici.

#### ITEMI CHIAVE

I temi-chiave trattati nel Rapporto e qui brevemente richiamati si sono avvalsi anche questa volta della tradizionale indagine congiunturale sulle relazioni che intercorrono tra le famiglie italiane e l'ospedalità, tramite le interviste ad un campione nazionale rappresentativo di più di 4.000 cittadini italiani adulti. Inoltre si è provveduto ad aggiornare il quadro degli indicatori statistici, riguardanti l'offer-



ta di servizi ospedalieri, al fine di fornire l'annuale punto di riferimento sul piano dell'evoluzione delle strutture e delle attività, in funzione delle necessità conoscitive dei decisori e degli operatori del settore e degli addetti all'informazione.

#### PROPENSIONE DEI CITTADINI ALLA LIBERTÀ DI SCELTA

Il tutto ha permesso di calcolare, come da tradizione, il set di Indici relativi sia all'offerta che alla domanda di servizi ospedalieri come pure alla propensione delle persone verso una maggiore libertà di scelta nei confronti delle diverse strutture ospedaliere disponibili.

Alla luce di quanto sopra richiamato non si può che ribadire, in conclusione, l'esigenza di compiere un significativo (ed operativo) passo avanti almeno su tre piani:

- **quello della trasparenza**, della confrontabilità e dell'accessibilità dei dati di bilancio delle strutture ospedaliere pubbliche, allo scopo di poter costruire un sistema di misurazione adeguato dell'efficienza delle strutture ospedaliere, indipendentemente dalla loro tipologia di appartenenza;
- **quello dell'introduzione** di un'effettiva terzietà dei controlli della qualità che a parole tutti ribadiscono di volere, ma che alla fine trova serie difficoltà a partire, visto l'intreccio dei ruoli di giocatore e di arbitro che lo Stato svolge nel settore della salute (e che ha sempre difficoltà a sciogliere anche in campi diversi da questo);
- **e quello di una ridiscussione** dei sistemi di finanziamento e di accreditamento, che vanno riportati ad una logica di autentico sistema misto pubblico/privato, le cui componenti devono essere accomunate dall'esigenza di costituire - nell'interesse dei cittadini - un'offerta realmente unitaria sul territorio e incentivata a sviluppare servizi sempre migliori e con costi sempre più appropriati, realizzando una parità di condizioni trasparenti sia per le strutture pubbliche che per quelle private accreditate.

Vogliamo sperare che anche quest'anno il Rapporto possa contribuire sul piano delle informazioni, delle considerazioni e delle proposte al confronto e al dibattito riguardante il miglioramento costante dei servizi ospedalieri concepiti come bene pubblico. ■

## L'APPROFONDIMENTO

# Mobilità interregionale: una nuova lettura

La mobilità dei pazienti fra i sistemi sanitari regionali rappresenta il **fenomeno più rilevante** e peculiare della sanità italiana **degli ultimi dieci anni**. L'esistenza di **21 sistemi sanitari diversi** per qualità e organizzazione, unita alla possibilità **per il cittadino italiano di scegliere** liberamente il luogo di cura in tutte le regioni, è alla base di **un fenomeno per ora unico in Europa**.

DI GABRIELE PELISSERO

**S**i è infatti determinato un livello molto alto di mobilità, che si è andato posizionando nell'ultimo decennio intorno all'7,5% tutti i ricoveri ospedalieri, e ciò a fronte di una stima dell'Unione Europea che prevede una mobilità intorno al 2% nell'eventualità di completo abbattimento delle frontiere sanitarie interne.

Considerando la serie storica del decennio 1998-2008 si vede chiaramente come il numero assoluto di pazienti: che si sposta-

no ogni anno risulta costantemente elevato, fra i 660.000 e i 600.000, (Fig.1).

Se si considerano separatamente i ricoveri per acuti e i ricoveri per riabilitazione, si osserva una tendenza alla riduzione dei primi e all'incremento dei secondi (Fig. 2 e 3).

La percentuale sul totale di tutti i ricoveri è però costante in crescita (Fig. 4), a conferma delle caratteristiche strutturali del fenomeno.

Il fenomeno viene ulteriormente esaltato

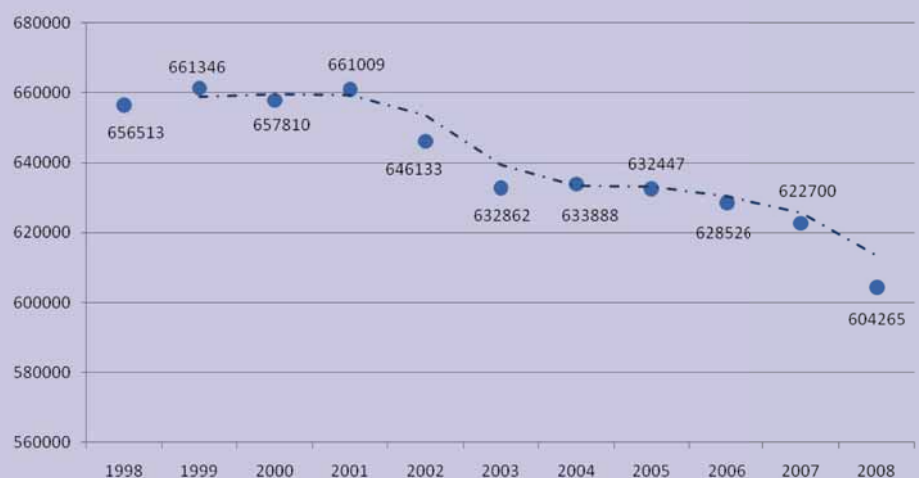
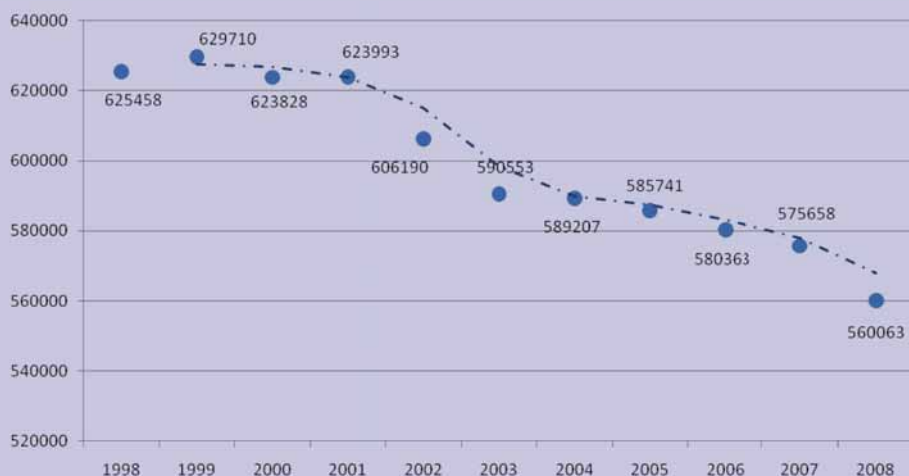
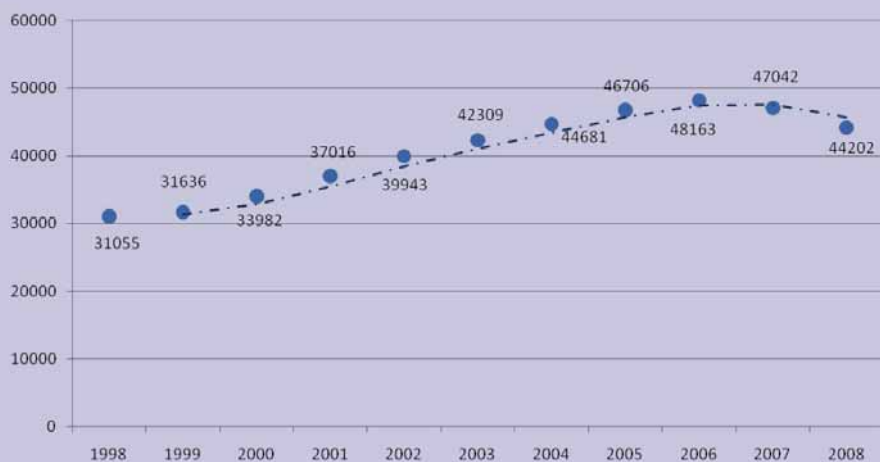


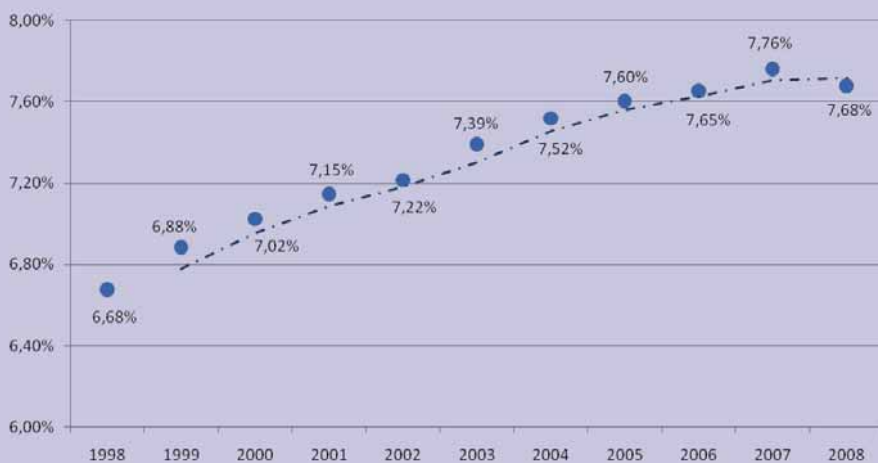
Fig. 1 Ricoveri Totali (Acuti + Riabilitazione) Fuori Regione in Italia 1998-2008 (valori assoluti)  
Fonte: sistema informativo sanitario nazionale



**Fig. 2** Ricoveri per Acuti Fuori Regione in Italia 1998-2008 (Valori assoluti)  
Fonte: sistema informativo sanitario nazionale



**Fig. 3** Ricoveri per Riabilitazione Fuori Regione in Italia 1998-2008 (valori assoluti)  
Fonte: sistema informativo sanitario nazionale



**Fig. 4** Ricoveri Totali (Acuti + Riabilitazione) Fuori Regione in Italia 1998-2008 (Percentuale sul Totale dei Ricoveri)  
Fonte: sistema informativo sanitario nazionale

se si considera che la mobilità ospedaliera è possibile per un numero limitato di prestazioni, escludendo per principio quantomeno tutte quelle in urgenza-emergenza. Un movimento così imponente può essere letto, nella sua globalità, come l'espressione di un assetto fortemente competitivo, dove un'offerta molto diversificata, rappresentata dai sistemi sanitari regionali, si confronta con una domanda di cure da parte dei cittadini che rivela una indubbia capacità di assumere decisioni e di scegliere.

L'esistenza in Italia di un sistema di pagamento a prestazione basato sui DRG, che nel caso della mobilità interregionale è effettivamente operante, completa questo scenario.

Esso infatti determina un flusso economico che remunera l'attrattività, e concorre in tal senso a rendere veramente competitivo il sistema.

Come ogni elemento di competitività, la mobilità sanitaria rappresenta uno stimolo nei confronti dei sistemi regionali meno performanti, che non possono rifugiarsi nella condizione di monopolista per negare le migliori prestazioni ai propri cittadini.

Essi inoltre dispongono di un benchmark prossimo ed evidente, con cui possono competere e che possono cercare, se vogliono, di superare.

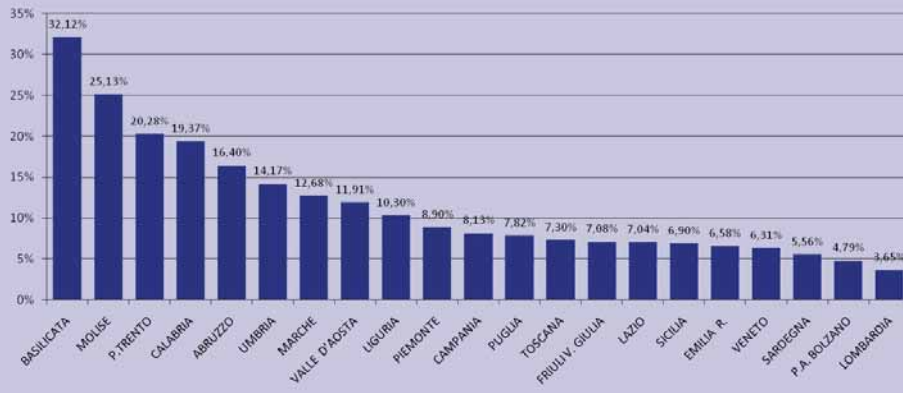
#### LA METODOLOGIA DI VALUTAZIONE

Se i dati globali sulla mobilità sanitaria interregionale suggeriscono queste considerazioni, un loro utilizzo per la valutazione dei sistemi sanitari richiede un maggiore approfondimento.

Infatti la mobilità interregionale, può essere scomposta nei seguenti indicatori:

- la mobilità attiva**, intesa come numerosità dei pazienti che entrano in un sistema sanitario regionale. Questo dato, che può essere utilizzato come valore assoluto, fornisce l'indicazione diretta del giudizio qualitativo espresso dalla domanda. Si noti che la mobilità attiva è sostanzialmente indipendente dalle dimensioni del sistema sanitario che la riceve. Infatti un sistema anche relativamente piccolo con ospedali di grande qualità può esprimere una attrattività molto importante
- la mobilità passiva**, intesa come numerosità dei pazienti che escono da una regione per ricorrere ad altri sistemi sanitari.





**Fig. 5** Mobilità Passiva Totale (Acuti + Riabilitazione) Ricoveri ordinari nel 2008  
Percentuale di Ricoveri in uscita rispetto al Totale dei Ricoveri di ciascuna Regione  
Fonte: sistema informativo sanitario nazionale

Questo dato può essere utilizzato come valore assoluto, ma è decisamente preferibile utilizzarlo in percentuale, rapportandolo al totale dei ricoveri richiesti dai pazienti di una regione.

È infatti evidente che una grande regione che perde pochi ricoveri può perdere in valore assoluto un numero più elevato rispetto a una piccola regione che ne perde molti.

Questo indicatore, correttamente calcolato, fornisce un'ottima indicazione della qualità percepita dai cittadini nei confronti del proprio sistema sanitario regionale.

- c) il saldo della mobilità, intesa come differenza fra mobilità attiva e mobilità passiva.

Questo dato ha soprattutto un valore economico, consentendoci di misurare se un sistema sanitario regionale è esportatore di servizi ospedalieri o è importatore. Con i vantaggi o gli svantaggi economici connessi.

Nella valutazione economica degli effetti del saldo di mobilità bisogna però tenere presente la situazione complessiva di ogni regione, poiché il potenziale danno economico derivante dalla perdita di pazienti verso l'altra regione potrebbe in realtà essere un vantaggio economico per quelle regioni che sono in disavanzo.

Se esse infatti producono prestazioni ospedaliere in perdita, un loro aumento potrebbe generare un incremento del disavanzo se non si ottiene prima un miglioramento dell'efficienza.

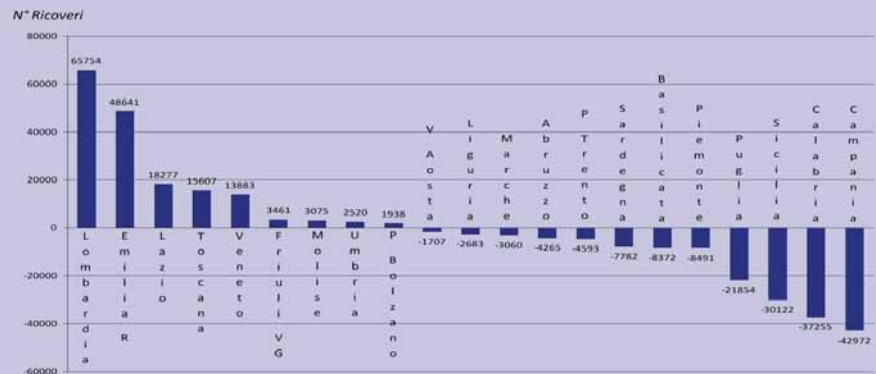
Accanto ai tre tipi di mobilità fin qui ricordati occorre anche considerarne almeno altri due:

- d) la mobilità transfrontaliera: intesa come mobilità fra regioni confinanti.

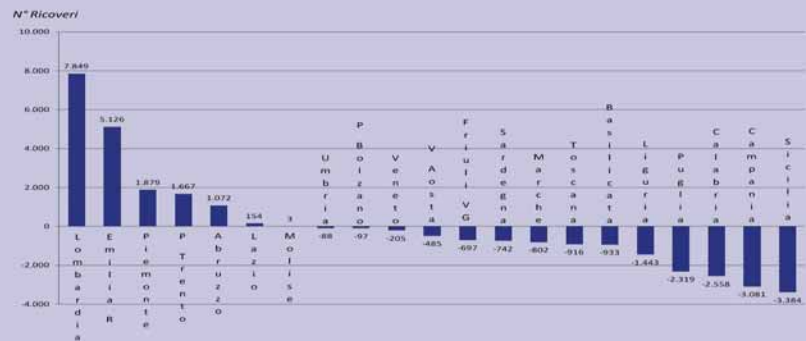
Questo tipo di mobilità che è attualmente oggetto di particolare attenzione da parte dell'Unione Europea, può facilmente essere la conseguenza della mera collocazione geografica della rete ospedaliera, con unità di offerta che per il paziente sono più accessibili nelle regioni vicine rispetto alla propria.

Si tratta dunque di una mobilità influenzata dalla accessibilità oltre che dalla qualità, in proporzioni spesso difficili da determinare

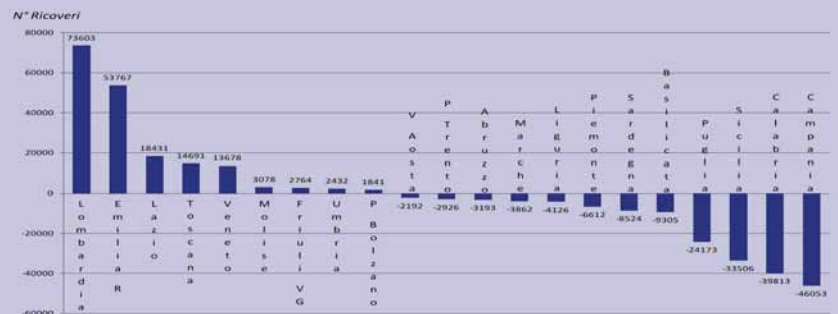
- e) la mobilità "lunga" che qui intendiamo come mobilità fra regioni con confinanti, che certamente è più condizionata dal giudizio di qualità.



**Fig. 6** Saldo di Mobilità Interregionale Ricoveri ordinari per Acuti - Anno 2008  
Fonte: sistema informativo sanitario nazionale



**Fig. 7** Saldo di Mobilità Interregionale Ricoveri ordinari per Riabilitazione Valori Assoluti - Anno 2008  
Fonte: sistema informativo sanitario nazionale



**Fig. 8** Saldo di Mobilità Interregionale Ricoveri ordinari Totali (Valori Assoluti) - Anno 2008  
Fonte: sistema informativo sanitario nazionale

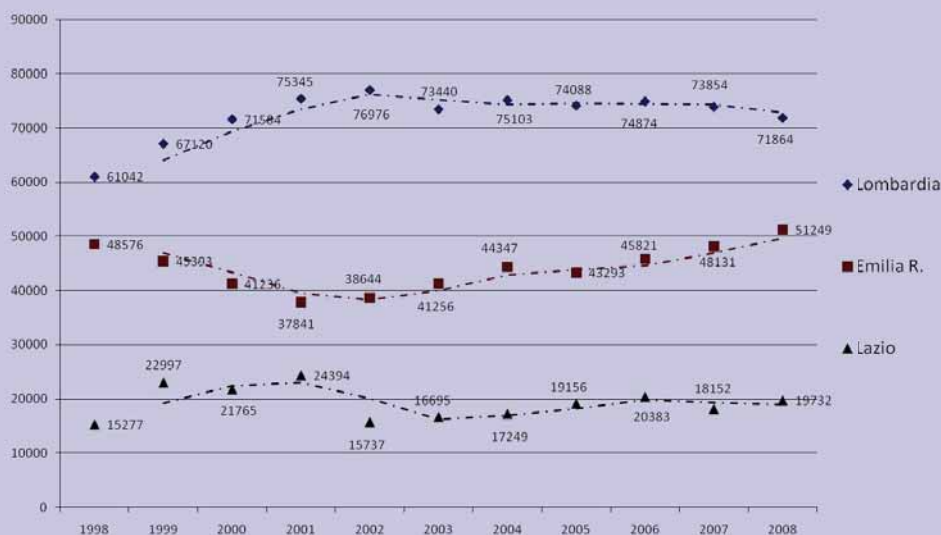


Fig. 9 Andamento Temporale (1998-2008) Saldo di Mobilità Attiva Totale (Acuti + Riabilitazione) - Valori Assoluti  
Fonte: sistema informativo sanitario nazionale

## MOBILITÀ PASSIVA E SALDI DI MOBILITÀ

La mobilità passiva, espressa come percentuale di ricoveri in uscita sul totale dei ricoveri di ciascuna Regione è riportata in Fig. 5

Il saldo della mobilità (attrazione-fuga) è distribuito nel 2008 come riportato nella figura 6 (riferita a ricoveri acuti) figura 7 (riferita ai ricoveri per riabilitazione) figura 8 (riferita ai ricoveri totali)

Abbiamo ricordato come questi dati debbano essere letti anche per il loro significato economico, molto rilevante per Lombardia ed Emilia Romagna, apprezzabile per Lazio, Toscana e Veneto.

Come esempio possiamo ricordare che per la sola Lombardia, il valore economico del saldo attivo di mobilità è indicato dall'Istat per il 2008 in € 449.700.000 (dato ISTAT riportato da Corsera 4 Luglio 2010 pag.4).

Infine l'andamento decennale del saldo di mobilità nelle tre Regioni più attrattive (Lombardia, Emilia Romagna e Lazio) mostra a partire dal 2001 una sostanziale stabilità (Fig. 9) ancora più evidente se si considera solo la mobilità lunga per acuti (Fig. 10)

### FATTORI DI SUCCESSO E PROSPETTIVE FUTURE

Il significato competitivo della mobilità sanitaria interregionale e i suoi vantaggi per le regioni capaci di vincere questa sfida rende interessante lo studio dei fattori

sizionamento a nord di una regione più debole rappresenta fino ad oggi un vantaggio competitivo, e questa è una condizione che per le regioni attrattive gioca a svantaggio della Lombardia e a vantaggio di Emilia Romagna e Lazio.

Il fattore geografico non è ovviamente modificabile, anche se può essere variamente sfruttato a seconda delle politiche delle diverse regioni.

Comunque il fattore di gran lunga più rilevante è rappresentato dalla qualità dell'offerta.

A questo proposito, fra la componente pubblica e la componente privata del sistema sanitario regionale, quella privata può assumere una posizione trainante, la dove vi sia completa parità di trattamento fra pubblico e privato come la Lombardia. La figura 11 mostra a questo proposito come anche nel 2009, anno critico per la



Fig. 10 Andamento Temporale (1998-2008) del Saldo di Mobilità Interregionale per i soli Ricoveri Non Transfrontalieri (Valori assoluti)  
Fonte: sistema informativo sanitario nazionale

di successo presenti nei sistemi sanitari regionali.

Un evidente fattore, al momento, è indubbiamente rappresentato dal posizionamento geografico.

In generale infatti si può notare la presenza ad un vettore da sud a nord sia per la mobilità lunga che per la mobilità transfrontaliera come è confermato dagli alti flussi di Campania verso Lazio (18.067 ricoveri su un totale di 817.699 pari al 2,2%) di Toscana verso Emilia Romagna (7.226 ricoveri su un totale di 395.949 pari al 1,7%) e Emilia Romagna verso Lombardia (14.935 ricoveri su un totale di 539.835 pari al 0,9%).

Per una regione attrattiva, dunque, il po-

mobilità sanitaria, in Lombardia la componente di diritto privato, che rappresenta un terzo del sistema ospedaliero, ha raggiunto una attrattività pari al 51% del totale lombardo per ricoveri ordinari, con un peso medio di altissimo valore, pari quasi a 1,5.

Queste considerazioni possono infine essere riviste alla luce di come può essere affrontato il problema mobilità nelle politiche sanitarie delle diverse regioni.

Per quanto riguarda gli interessi regionali, sembrerebbe evidente per quelle regioni che oggi perdono pazienti, l'obiettivo di attuare politiche per recuperarli.

Questa ovvia considerazione deve però confrontarsi con la capacità delle aziende



ospedaliere pubbliche di incrementare la propria attività senza incrementare i costi, la dove le stesse operino in condizioni di

costante disavanzo.

Ben diversa è la prospettiva di incrementare l'iniziativa del privato per recuperare

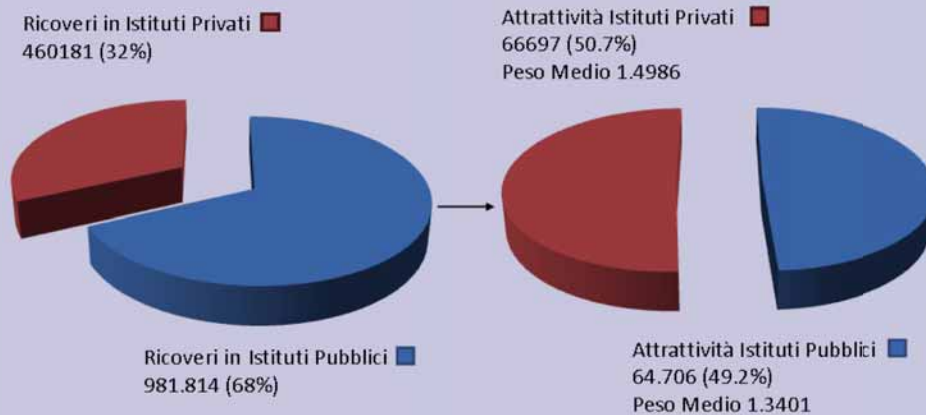
quote di mobilità passiva.

Questa strada infatti ci sembra, oggi, l'unica percorribile senza rischi, ma evidentemente essa richiede che i governi regionali comprendano l'importanza di disporre, nella propria rete ospedaliera, di un privato competitivo trattato con condizioni e tariffe uguali al pubblico, posto in condizioni di liberare tutte le potenzialità che l'imprenditoria offre a un Sistema sanitario regionale veramente libero.

Il che significa, in altre parole, adottare il modello della Lombardia almeno nelle sue caratteristiche essenziali.

Cosa che, ritengo, costituirebbe una vera rivoluzione per la sanità italiana, e consentirebbe di migliorare significativamente in ogni Regione qualità ed efficienza complessiva della rete ospedaliera, con indubbi vantaggi anche nei confronti della mobilità passiva. ■

**Fig. 11** Ricoveri totali e attrattività extraregionale negli istituti ospedalieri di diritto pubblico e privato delle Lombardia. Anno 2009 (in degenza ordinaria)  
Fonte: sistema informatico sanitario della Lombardia



L'OSPEDALITÀ PRIVATA EUROPEA CONDIVIDE GLI OBIETTIVI

# Libertà di accesso, qualità dei servizi, sostenibilità finanziaria

DI ALBERTA SCIACCHI

La sezione del **Rapporto** dedicata all'evoluzione della situazione in Europa ha preso le mosse, in questa edizione, non dall'analisi di un tema particolare, ma dalla **valutazione dei rappresentanti dell'ospedalità privata europea** sulla situazione attuale del settore accreditato in molti Stati membri dell'UE.

Il **1° Congresso europeo dell'ospedalità privata**, che si è svolto a Parigi il 27 e 28 maggio 2010 ha, infatti, offerto l'occasione unica di vedere riuniti **centinaia di opinion leader del settore**, tra i quali è stato distribuito un questionario sui temi di maggiore rilievo, i cui risultati sono di particolare interesse.

**L**e principali problematiche emerse dalle interviste si ricollegano a tre scelte basilari nel governo della sanità, che non solo sono state oggetto del dibattito congressuale, ma rinviano ad un trinomio fondamentale, adottato in alcuni importanti documenti della Commissione e del Parlamento europei: **equità di accesso alle prestazioni, controllo di qualità delle cure per la sicurezza del paziente, sostenibilità finanziaria dei sistemi**. Questi principi sono tuttora vivi nel dibattito comunitario come dimostrano alcuni provvedimenti in esame, che possono essere indirettamente ricollegati a tale orientamento di fondo: la **proposta di direttiva sui diritti nell'assistenza transfrontaliera dei cittadini europei**, la **valutazione d'impatto norme in materia di "aiuti di Stato"** e la **revisione della direttiva sui ritardi nei pagamenti**. A ciò si aggiungono le **iniziative comunitarie in materia di qualità e sicurezza**

del paziente, destinate a promuovere standard di assistenza adeguati e sicuri in tutti i Paesi, secondo il metodo del coordinamento aperto.

Nella visione di queste problematiche, è interessante constatare le notevoli convergenze tra i rappresentanti dell'ospedalità privata e le istituzioni centrali dell'UE, in contrapposizione con l'atteggiamento "conservatore" degli Stati membri, molto gelosi dei loro poteri nel campo della sanità e della loro competenza per l'organizzazione dei servizi sanitari nazionali.

### ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

La divaricazione riscontrabile tra la politica "europeista" del settore privato e le "resistenze" delle autorità nazionali è evidente in materia di **accesso alle prestazioni**. Il risultato delle interviste appare, infatti, favorevole in misura quasi plebiscitaria alla libertà di accesso, ovvero, di scelta del medico e del luogo di cura. È vero che il concetto di equità, affermato in sede comunitaria, non s'identifica totalmente con quello di libertà di accesso, ma in presenza di lunghe liste di attesa o in mancanza di terapie adeguate nel Paese di origine, un accesso equo non può che essere anche libero a livello nazionale ed europeo. La posizione ufficiale dell'ospedalità privata europea (rappresentata dall'UEHP) si basa sull'argomentazione che il pieno utilizzo di tutto il patrimonio di strutture pubbliche private disponibili sul territorio nazionale, come a suo tempo raccomandato dal Parlamento europeo, limiterà di fatto la richiesta di cure all'estero, senza porre ostacoli regolamentari alla libera circolazione di cittadini (pazienti e operatori) ed alla libera prestazione di servizi: Si tratta, infatti, di principi irrinunciabili perché sanciti dai Trattati e costantemente richiamati nell'orientamento giurisprudenziale della Corte di giustizia europea. I rappresentanti dell'ospedalità privata sono quindi più vicini all'orientamento comunitario favorevole alla libera circolazione dei pazienti che non a quello dei Paesi in cui operano. Tale circostanza è confermata dalle alterne vicende della direttiva sull'accesso alle prestazioni transfrontaliere, che, partendo da una posizione iniziale di grande apertura della Commissione europea, è stata così



ostacolata dagli Stati membri da spingere il Parlamento europeo ad adottare iniziative di mediazione, che ne stanno riducendo progressivamente l'ampiezza e l'impatto, al fine di ottenerne finalmente l'approvazione.

### CONTROLLO DI QUALITÀ DELLE CURE

Il **controllo di qualità** delle cure è considerato di fondamentale importanza da tutti gli intervistati, al pari della **sicurezza del paziente**. Questo risultato, che accomuna Nord e Sud Europa, dimostra la diffusa cultura della qualità nell'ospedalità privata, in armonia con le preoccupazioni comunitarie di garantire in tutti i Paesi membri un'assistenza sanitaria rispondente a standard di qualità e di sicurezza adeguati, anche in previsione della maggiore mobilità dei cittadini europei. In questa materia l'UE, non avendo competenza normativa diretta, rinvia però alle legislazioni nazionali, limitandosi a quelle iniziative che possono offrire un valore aggiunto rispetto all'azione dei singoli Stati membri. La Commissione europea ha, pertanto, istituito gruppi ad alto livello – composti da rappresentanti dei governi, esperti ed organizzazioni non governative, tra cui la stessa UEHP - per approfondire le problematiche relative tanto alla qualità quanto alla patient safety nella prospettiva

di una valutazione della situazione attuale e della promozione di una più intensa collaborazione tra Stati per lo scambio di *best practices*.

Va rilevato, nondimeno, che dalle risposte al questionario emerge un certo scetticismo in merito all'effettiva attuazione dei controlli di qualità, spesso concepiti come verifiche di tipo burocratico: una realtà indirettamente confermata dalla generale assenza di un ente terzo indipendente per il controllo di qualità degli ospedali pubblici e privati, organismo che esiste in misura significativa solo nel Nord Europa (in particolare l'HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ in Francia).

### SISTEMA DI FINANZIAMENTO

Il **sistema di finanziamento**, infine, è giudicato negativamente dai rappresentanti dell'ospedalità privata, con la sola eccezione del 14% degli intervistati, tutti appartenenti ai Paesi del Nord Europa. La questione è indirettamente all'attenzione delle istituzioni europee per quanto attiene due diversi provvedimenti: la **valutazione d'impatto della norma sulla concessione di compensazioni relative all'erogazione di servizi d'interesse generale (tra cui quelli sanitari)** ed il **progetto di direttiva sui ritardi dei pagamenti**.

Per quanto concerne la prima questione,





tutte le Associazioni nazionali aderenti all'UEHP hanno presentato ricorsi alla Commissione europea denunciando la concessione agli ospedali pubblici di compensazioni che non rispettano le condizioni di legittimità stabilite dalla norma e ricadono quindi nell'ambito degli aiuti di Stato perseguibili in sede comunitaria.

#### COMPENSAZIONI INCROCIATE

Tali iniziative si basano su varie argomentazioni: compensazioni incrociate, sovra-compensazioni, ripiani dei deficit concessi solo alle strutture pubbliche e per l'Italia anche abuso di posizione dominante delle ASL. Una simile situazione determina una generale distorsione della concorrenza, di cui però non è possibile fornire una dimostrazione puntuale, a causa dell'impossibilità di accedere ai bilanci degli ospedali stessi ed alla loro mancanza di trasparenza, come risulta chiaramente denunciato in tutte le interviste. Anche in questo caso è rilevabile una sostanziale armonia con la finalità della Direttiva 2005/81 relativa alla *trasparenza delle relazioni finanziarie fra gli Stati membri e le loro imprese pubbliche*

Quanto alla proposta di modifica della vigente direttiva sui ritardi dei pagamenti, approvata dal Parlamento europeo ed in attesa di essere formalmente adottata dal

Consiglio, essa fissa un termine massimo di sessanta giorni per il pagamento dei servizi erogati dagli ospedali (senza distinzione tra pubblici e privati) da parte della pubblica amministrazione ... un traguardo lontanissimo in molte regioni italiane!

Tali provvedimenti rivelano un'attenzione particolare della Commissione e delle altre istituzioni europee sul tema del finanziamento e della remunerazione delle prestazioni, considerato la rilevante percentuale del PIL destinata alla spesa sanitaria e la necessità di gestirla come un investimento produttivo.

Al di là dei singoli problemi qual la valutazione dei rappresentanti dell'ospedalità privata in merito alla **situazione del settore in Europa** ed alla sua probabile evoluzione? Complessivamente prevale la prospettiva di una sostanziale stabilità e di un moderato ottimismo non tanto nel

breve quanto nel medio periodo, con la previsione di un probabile aumento significativo o lieve, ma non di contrazioni ulteriori.

Questa stabilità - che sembra destinata ad affermarsi nonostante i tentativi di compressione messi in atto da alcuni governi, decisi a riaffermare il cosiddetto privilegio del pubblico - trova un solido sostegno anche nella coesione interna del settore ospedaliero accreditato sui maggiori temi di politica associativa. Ciò risulta evidente dalle risposte dei suoi rappresentanti, i quali appaiono concordi in misura plebiscitaria su alcune esigenze basilari - libero accesso, controllo di qualità e sicurezza del paziente, correttezza dei bilanci - che sono più in sintonia con gli orientamenti fondamentali delle istituzioni centrali europee che non con le politiche contingenti degli Stati membri. ■







## COMPETIZIONE IRRISOLTA IN SAN Catricalà: "L' alla direttiva

DI ALFIO SPADARO

Il Presidente dell'Agcom **mette in chiaro**: "Il nostro ruolo è quello di **fare diagnosi e suggerire la cura** ma non possiamo imporla. **L'attuale sistema sanitario va ridiscusso**. Improrogabile il taglio degli sprechi del pubblico ma anche **la terzietà dei controlli e la trasparenza delle procedure** per l'elaborazione delle tariffe. Infine, **una penale dell'8% per i ritardi nei pagamenti** oltre i 60 giorni."

**È** un dato che la Sanità in Italia sia monopolio del sistema pubblico. E ciò, nonostante un'esplicita normativa (Dgs 502 del 30.12.92) che equipara i due principali erogatori dei servizi ospedalieri. In verità, sulla base di questa norma, gli imprenditori privati da sempre reclamano vanamente pari dignità. Cioè diritti e doveri uguali per tutti e terzietà dei controlli. Ci sono speranze di... **inversione di tendenza?**

Credo che, anche per effetto del federalismo, la sanità dovrà essere ripensata. Già oggi ci sono modelli diversi a confronto, all'interno di un principio indiscutibile: la spesa sanitaria non potrà mai tornare a essere una variabile indipendente. Dato questo limite, la situazione della sanità italiana dimostra, quotidianamente, che l'attuale sistema va ridiscusso. Si tratta di scelte politiche delicate, che devono coniugare molti diritti di rilevanza costituzionale: il diritto alla salute, il diritto all'eguaglianza, il diritto della libera iniziativa economica. La Corte Costituzionale ha, ad esempio, escluso la possibilità di una totale equiparazione tra pubblico e privato perché sul primo grava l'obbligo di prestare i servizi, anche oltre

ITÀ

# Italia si adegui Europea"

il tetto di spesa assegnato. Occorre allora ridisegnare il rapporto tra sanità pubblica e privata, gli spazi da riconoscere all'una e all'altra, in base alla programmazione dei fabbisogni sanitari. All'interno di questo quadro è necessario valorizzare i centri di eccellenza privati con meccanismi di remunerazione che tengano conto della qualità e della specializzazione.

## IMPRENDITORIA MORTIFICATA

**Nell'ultima Relazione dell'Agcm, finalmente, emergono chiare anomalie del sistema esistente e si auspicano nuovi assetti regolatori in grado di ottimizzare l'uso delle risorse economiche impiegate e, al contempo, di tutelare la libertà di iniziativa dei privati fin qui mortificata. L'intervento finirà qui?**

No, assolutamente. Gli uffici dell'Antitrust stanno portando a termine un'indagine conoscitiva sul sistema sanitario nazionale: il 'mandato' che hanno ricevuto dall'Autorità è quello di inserire l'analisi di questo delicato settore della vita nazionale nella prospettiva della tutela del consumatore. L'obiettivo è che i cittadini possano beneficiare di servizi sanitari efficienti e di qualità, attraverso l'introduzione di principi concorrenziali all'interno del sistema sanitario. Tuttavia occorre ricordare che l'Autorità, con le sue indagini conoscitive, può solo individuare proposte e soluzioni, prospettandole a Governo, Parlamento e Regioni. Noi possiamo solo fare la diagnosi e prescrivere la cura, ma non possiamo imporla.

**Il piatto piange ormai da anni. È pronto il piano di rientro per le regioni più disastrose: alla fine, però, la scure dei tagli si abbatte come sempre sui privati, che realizzano servizi sanitari di qualità e sicuramente sovrapponibili a quelli degli ospedali pubblici, a costi ridotti del 40% rispetto a questi ultimi. In queste condizioni come può reg-**

**gere il mercato e quale sicurezza può aspettarsi l'utenza?**

Bisogna agire su due livelli: tagliare gli sprechi del pubblico, introducendo ad esempio le gare per acquisti centralizzati sui quali Stato e Regioni possono risparmiare moltissimo. Occorre inoltre una vigilanza attentissima sullo svolgimento delle gare stesse: l'Antitrust è dovuta più volte intervenire perché i risultati delle gare nascondevano un'intesa a monte con la quale gli aspiranti fornitori di beni e servizi per la sanità si spartivano il mercato.

L'altro fronte è quello delle tariffe riconosciute ai privati. Abbiamo segnalato al ministero che occorre un intervento normativo in cui vengano dettagliatamente individuate e disciplinate le fasi del procedimento amministrativo per la formazione delle tariffe: deve essere garantita la trasparenza delle procedure per far sì che le tariffe siano effettivamente fondata sul livello dei costi sopportati dalle più efficienti strutture accreditate, private e pubbliche. Altro elemento determinante la tempestività dell'aggiornamento delle tariffe: i ritardi possono avere effetti negativi sull'innovazione tecnologica e sull'appropriatezza delle prestazioni erogate. Infine la certezza dei tempi di pagamento: per la sanità ma in genere per il settore privato che ha come cliente la pubblica amministrazione, i crediti verso il pubblico stanno diventando un peso insopportabile. Ho segnalato questo aspetto nella mia ultima relazione al Parlamento e spero che l'Italia si adegui rapidamente alla direttiva europea in agenda a Strasburgo per ottobre, in base alla quale gli Stati dovranno pagare entro 60 giorni, per evitare una penale dell'8 per cento.

## I COSTI IMPROPRI

**La sanità non può essere considerata l'albero della cuccagna. Sacrosanto e scontato. Il federalismo, semmai sarà realizzato, presuppone spirito di sa-**

**crificio e senso di responsabilità. Ma deve valere per tutti e sempre oppure si dovrà ancora chiudere un occhio dinnanzi ai costi impropri della politica, che ci sono stati e ci sono ancora?**

Uno dei punti imprescindibili di qualsiasi riforma deve essere il taglio definitivo del legame tra amministrazione della sanità e politica. Le nomine dei manager ma anche dei primari non possono essere legati a questa o a quella maggioranza: la logica dello spoil system, che ho sempre contestato come regola in sé, produce danni addirittura irreparabili in un settore dove è in ballo la salute; toglie continuità di azione, introduce instabilità nei modelli sanitari. Fatta una scelta politica, che sia a livello nazionale o a livello regionale, spetta ai tecnici, senza colore, attuarla. A questa indipendenza dei manager si lega il tema dei controlli che deve avere carattere di terzietà per garantire efficienza e qualità delle prestazioni, sia pubbliche che private, anche attraverso meccanismi competitivi. Quando ho citato l'albero della cuccagna avevo in mente proprio quei casi indagati dall'Antitrust in cui le imprese si erano messe d'accordo per dividersi il mercato. Si impone una sfida culturale: la sanità non può essere considerato, né dai politici né dai privati, un pozzo senza fondo e senza controlli dove fare affari e gestire clientele.

## SELEZIONE

**Gli imprenditori privati da anni invocano trasparenza e denunciano sprechi ingiustificati. Adesso anche l'Agcm ha ben individuato il punto debole del sistema: quello che anche le aziende pubbliche ospedaliere adottino integralmente il modello di bilancio imposto dal Codice civile ai privati. Sarebbe la pre-condizione di un'autentica rivoluzione per poter sviluppare la giusta competizione in sanità. Ma dovremo aspettare ancora tanto?**

Dipenderà dalla velocità del legislatore. Il modello di bilancio è solo un primo passo: occorre delinearne i perimetri, anche differenti, tra pubblico e privato e all'interno di quei perimetri adottare soluzioni che stimolino la competizione anziché mortificarla. Ricordiamoci che la competizione, che sia pubblico versus privato o privato versus privato, seleziona i migliori, quelli che al costo minore offrono la prestazione migliore. ■



REGIONE CALABRIA. IL PIANO DI RIENTRO DAL DEFICIT

# La difficile rimonta della sanità

**Diciotto** ospedali da riconvertire. **Un giro di vite** deciso sui posti letto, ben 1.200 in meno. E ancora, **una cura dimagrante per i ricoveri** che dovranno passare da 400mila a 300mila, tagli alle spese farmaceutiche, **interventi sul personale** e sul sistema di accreditamento dei privati.



**P**assa da qui il difficile recupero della sanità calabrese, che attraverso il piano di rientro dal deficit sanitario per il triennio 2010-2012 dovrebbe consentire alle malandate casse regionali un risparmio netto di 250 milioni di euro annui.

È indiscutibilmente una sanità allo sfascio quella calabrese. Un disastro che il commissario “ad acta” nonché presidente della giunta regionale, Giuseppe Scopelliti, prima dell'estate aveva racchiuso in una frase eloquente: “Primi nei costi, ultimi nei servizi erogati”.

D'altronde i numeri parlano chiaro. La sanità assorbe l'80% del bilancio regionale e ha accumulato, solo nel 2009, un passivo di 222 milioni di euro. Un settore che mantiene 3mila dipendenti in esubero e patisce un'emigrazione sanitaria che incide per 238 milioni di euro, ogni anno, sul bilancio regionale. Le strutture ospedaliere tra pubblico e privato sono settantatré per un totale di 8.874 posti letto. Nel corso del 2008 degli oltre 250mila ricoveri effettuati in regime ordinario, il 16,7% era improprio. Tra i piccoli ospedali, pericolosi perché non adeguatamente attrezzati, ce ne sono venti con meno di cento posti

letto per i quali è necessaria una riconversione. Tra i tre o cinque presidi sono da chiudere, mentre undici strutture sono a rischio sicurezza. Insomma, uno scenario allarmante che il Piano di rientro riformerà in toto attraverso la rimodulazione della rete ospedaliera, il taglio dei posti letto che passeranno dagli attuali 7.600 a 6400, la diminuzione di 100 mila ricoveri l'anno e la riduzione delle unità di personale (1.427 unità in meno con un risparmio di circa 25 milioni)

L'intero sistema ospedaliero, secondo la rimodulazione effettuata dal commissario, prevede infatti, a regime tre ospedali “Hub” (praticamente le tre attuali aziende ospedaliere di Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria), otto ospedali “Spoke” che fungeranno da presidi di collegamento con gli Hub (localizzati a Vibo Valentia, Crotona, Lamezia, Locri, Polistena, Corigliano-Rossano, Castrovillari e Paola-Cetraro); quattro ospedali “generali” che manterranno solo specializzazioni di base ed una postazione di pronto soccorso e quattro di “zona montana” con chirurgia ordinaria, servizi territoriali e pronto soccorso, ed infine quattordici ospedali di distretto. Questi ultimi, praticamente

svolgeranno attività di “day hospital” con alcuni reparti specialistici e con una postazione di pronto soccorso e di guardia medica.

In particolare la rimodulazione del piano di rientro avverrà in due fasi: entro marzo 2011, sei ospedali daranno le “dimissioni” come presidi per acuti: Taurianova, Palmi, Siderno (Rc), Chiaravalle (Cz), San Marco Argentano (Cs) e Soriano Calabro (Vv). mentre entro marzo 2012 saranno riconvertiti dodici presidi ospedalieri (Rogliano, San Giovanni in Fiore, Aciri, Mormanno, Trebisacce, Cariati, Praia a Mare, Lungro, Soveria Mannelli, Serra San Bruno, Scilla, Oppido Mamertina). Di questi quattro diventeranno appunto di zona montana (Aciri, San Giovanni in Fiore, Soveria Mannelli e Serra San Bruno).

Ma per capire meglio quali saranno le tappe per la rimonta della sanità calabrese e soprattutto per comprendere quale sarà il ruolo del privato accreditato abbiamo intervistato il Generale Luciano Pezzi, sub commissario per l'attuazione del Piano di rientro dei disavanzi che insieme a Giuseppe Navarra affianca Scopelliti.

**Generale Pezzi, il vostro è sicuramente un compito arduo. La Calabria è una**

# calabrese



## "IL PRIVATO? HA UN RUOLO IMPORTANTE"

**Regione con i conti in rosso e soprattutto con un deficit di cui si ignora l'esatta dimensione, almeno fino a poco tempo fa. A distanza di quasi quattro mesi dal suo insediamento come commissario ad acta qual è lo stato dell'arte?**

La Calabria parte da una situazione sicuramente difficile e complessa, in particolare per quanto riguarda il sistema sanitario regionale. Ci siamo, trovati quindi di fronte alla necessità di agire tempestivamente per invertire la rotta, e devo dire che la macchina commissariale ha risposto con particolare efficacia. Abbiamo, infatti, fissato punti di vitale importanza per la ripartenza del sistema sanitario. Sono state definite le reti ospedaliere, territoriale e dell'emergenza urgenza. Soprattutto è stato quantificato il debito commerciale che è pari a 1 miliardo e 239 milioni di euro accumulati in dieci anni. La prossima tappa, una volta ottenuta l'approvazione della riorganizzazione delle reti da parte del tavolo di verifica ministeriale, sarà quella di dare attuazione ai contenuti dei decreti di riordino attraverso un puntuale cronoprogramma. Per quanto riguarda le azioni

strettamente inerenti il capitolo del debito, abbiamo già avuto dal Ministero dell'Economia il via libera per l'accensione di un mutuo per ripianare la parte relativa ai deficit sanitari dal 2001 al 2005 e la possibilità di accedere ai fondi Fas. Siamo in attesa che dal tavolo arrivi lo sblocco di una parte dei circa 800 milioni di euro attualmente bloccati a causa delle inadempienze della precedente amministrazione.

**Tra gli obiettivi del piano di rientro c'è la riconversione degli ospedali, un taglio deciso al numero dei ricoveri e dei posti letto, ben 1.200 in meno. Un riassetto che investirà tutti i protagonisti della scena sanitaria calabrese. Pubblico e privato quindi.**

Sicuramente la riorganizzazione chiama in causa tutti. Il piano prevede la riconversione, in due fasi, di ben diciotto strutture pubbliche e dei presidi ospedalieri, vi sarà poi un accorpamento di reparti e, ove necessario, la messa in mobilità del personale. L'obiettivo prioritario è quello di ottenere da un lato importanti risparmi di spesa ma, soprattutto, dall'altro, quello di garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e di migliorare la qualità del servizio sanitario regionale.

**Che ruolo sarà affidato alla sanità privata in questo processo di riordino?**

L'ospedalità privata ha un ruolo estremamente importante in Calabria. E questo ruolo del privato accreditato sarà sicuramente mantenuto. Certo, nell'ambito della ridefinizione delle reti, vi potrà essere la necessità di una riconversione anche di alcune strutture private vista la necessità di un'integrazione con il pubblico. Le associazioni dell'ospedalità privata hanno già espresso una piena disponibilità ad andare incontro alle esigenze dettate dal riassetto della sanità regionale.

**Ci saranno cambiamenti anche sui tetti di spesa?**

La determinazione dei tetti di spesa è una prassi consolidata. Quindi, anche in questo contesto i tetti saranno ridefiniti nei limiti delle risorse disponibili per i vari comparti e nel rispetto di quanto previsto nel

Piano di rientro. Risorse che, com'è noto a tutti, sono limitate. Per questo, abbiamo iniziato, con largo anticipo rispetto al passato, a definire il riparto dei fondi per l'anno 2011. Il nostro obiettivo è quello di arrivare al riparto entro la fine del corrente anno e, al massimo, dei primi mesi del prossimo anno alla stipula dei contratti con le strutture private accreditate, invertendo una tendenza negativa consolidata da anni.

**Quali sono le aree critiche che richiederanno un intervento rilevante e quindi anche un cambio di rotta deciso rispetto alle politiche fin ora condotte dalle precedenti Giunte?**

Una delle criticità è proprio questa dei contratti con gli erogatori privati accreditati. Prima, o non si firmavano, o venivano firmati alla fine dell'anno. Questo ha fatto sì che le strutture potessero erogare prestazioni al di fuori dei tetti prestabiliti, sfuggendo quindi al controllo della spesa. Una pratica questa che ha contribuito enormemente all'incremento costante nel tempo del deficit sanitario ed anche all'impossibilità di pervenire ad una programmazione sanitaria precisa e più rispondente ai bisogni di salute dei cittadini calabresi.

**Avete individuato carenze sul fronte dell'offerta sanitaria del privato?**

Parlare di carenze non è esatto, piuttosto abbiamo rilevato problemi di qualità delle prestazioni. Ecco perché in questa azione di risanamento diventa essenziale spingere le strutture al miglioramento delle prestazioni e all'osservanza degli standard organizzativi previsti dalle normative nazionali e regionali.

**Che scadenze vi siete dati per far uscire la sanità calabrese dall'impasse?**

Il piano di rientro fissa tutte le tappe da raggiungere fino al 2012. Per quanto riguarda la rete ospedaliere, entro il 31 marzo del 2011 sarà attuata una prima tranches di interventi che interesserà sei strutture pubbliche. Per le altre dodici strutture il processo di riconversione sarà ultimato entro marzo dell'anno successivo. ■



REGIONE LAZIO. IL PIANO DI RIENTRO DAL DEFICIT

# Fuori dall'emergenza entro il



**Il disavanzo** della sanità laziale? Due miliardi e 332 milioni di euro.

**Un "buco" molto più ampio** di quello che **Renata Polverini** pensava di dover fronteggiare.

**C**e la sta mettendo tutta la regione Lazio per riemergere dalla voragine nella quale è precipitata. Il disavanzo della sanità laziale fa tremare i polsi: ben 2 miliardi e 332 milioni di euro. Un "buco" molto più di ampio di quello che la presidente Renata Polverini pensava di dover fronteggiare quando ha preso in mano il timone della Regione. In cassa mancano, infatti, oltre ai dieci miliardi di debito consolidato e al miliardo e quattro di disavanzo, ulteriori 1,611 miliardi che hanno reso ancora più accidentato il percorso di risalita.

Eppure un punto, il Lazio lo ha già messo a segno: il suo piano di rientro dal deficit ha superato a pieni voti, alla fine del mese di ottobre, l'esame del tavolo di verifica composto dai tecnici dell'Economia. Una bella boccata di ossigeno per la Polve-

rini. Il sì dell'Economia ha, infatti, sbloccato i fondi Fas (900 milioni) e le risorse accantonate dal 2007 per ben 1,2 miliardi necessari per coprire gli interessi passivi e chiudere i contenziosi del passato.

Certo, questo non ha scongiurato l'arrivo di una stagione di lacrime e sangue, almeno per il 2010. Renata Polverini non ha potuto difatti evitare la stangata fiscale per cittadini e imprese del Lazio. E così, sono scattate super addizionali tra la fine novembre (+0,15% per l'Irap) e l'inizio del 2011 (+0,15% per Irpef). Tuttavia la Presidente è ottimista. Le addizionali saranno più salate "solo per l'anno in corso, a copertura del debito del 2009, ma nel 2011 torneremo ad abbassarle perché le decisioni prese per risanare i conti sono risultate quelle giuste" ha detto. Non solo, ha anche annunciato con decisione che entro il

# 2012

2012 “si potrà uscire dall'emergenza e dal commissariamento”. Rimane il fatto che, fino ad allora, dovrà superare lo scoglio dei 2 miliardi 332 milioni di deficit. Più del previsto, appunto, perché accanto ai 442 milioni necessari per coprire la quota di disavanzo 2009 e agli ulteriori 279 milioni di extra-disavanzo 2010 si è aperta la nuova e inaspettata falla pari a un miliardo e

611 milioni di euro.

Una falla, secondo Polverini, con delle responsabilità ben precise: la colpa sarebbe delle Asl che, dal 2006-2009, avrebbero utilizzato “impropriamente” 325 milioni di euro destinati alle spese correnti impiegandoli per “fare politica” (in sostanza i manager spendevano fondi non autorizzati per acquistare, ad esempio, macchinari in esubero o per realizzare interventi di ristrutturazione non necessari). Ci sono poi 727 milioni di debiti cumulati dalle Asl, dal 2001 al 2008, e non presenti in bilancio regionale, e 559 milioni da ricondurre alla mancata copertura del piano di rientro approvato dall'ex presidente della Giunta Marrazzo. Ma la risalita del Lazio passa soprattutto

attraverso la riorganizzazione della rete ospedaliera.

Un riordino che, secondo le nuove direttive targate Polverini, si traduce nella progressiva riqualificazione della rete ospedaliera e delle grandi Aziende di rilievo nazionale, ospedali universitari e Irccs, verso le prestazioni di alta specialità; la riconversione dei posti letto per ospedalieri in esubero in posti letto dedicati alla residenzialità extraospedaliera; la classificazione delle strutture sanitarie basata sulla tipologia e quantità delle prestazioni erogate e sui livelli di complessità della struttura organizzativa clinica delle specialità presenti e delle tecnologie disponibili; la riconversione di alcune strutture ospedaliere in ospedali territoriali con una diversa destinazione.

## IN AUDIZIONE AL SENATO

### Renata Polverini: “La sanità laziale ha una complessità maggiore delle altre Regioni”

**Il disavanzo della sanità laziale? 2 miliardi e 332 milioni di euro. Un “buco” molto più ampio di quello che Renata Polverini pensava di dover fronteggiare.**

L'opera di risanamento richiede molteplici e contestuali interventi di natura strategica e normativa, dovendo affrontare ambiti complessi, quali ad esempio un eccesso di posti letto ospedalieri, in un contesto molto particolare. È stata questa la diagnosi sulla sanità laziale che la presidente Renata Polverini ha presentato ai senatori della commissione di inchiesta sul Ssn proprio prima dell'estate per spiegare quali strategie avrebbe messo in campo: “Nel Lazio – aveva chiarito – la presenza di strutture ad alta complessità, e conseguentemente anche molto costose, è in misura notevolmente più elevata rispetto alle altre regioni d'Italia. Si tratta, ad esempio, di cinque policlinici; sette ospedali cosiddetti classificati, gestiti da enti ecclesiastici; tre istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati”. L'obiettivo perseguito è stato quindi proprio quello di riorganizzare e qualificare la rete attraverso una visione sistemica che passa anche per la trasformazione dei piccoli ospedali regionali in presidi territoriali di prossimità e per la riconversione dei posti letto in eccesso, in Rsa. “La nostra politica – aveva affermato Polverini – si traduce nel lavoro quotidiano per governare lo sviluppo, la conversione e l'evoluzione del sistema sanitario laziale, che non si conclude con il compito, pur necessario, di risanamento economico-finanziario al quale siamo chiama-

ti”. A questo scopo sarà portato avanti con forza il lavoro di controllo e verifica in tutte le aziende sanitarie locali e aziende ospedaliere. La Regione ha, infatti, deciso l'istituzione del Nucleo regionale di controllo sanitario per il monitoraggio della spesa e il coordinamento di interventi ispettivi di carattere clinico. Per quanto riguarda le voci di spesa, il percorso di rimonta dal deficit è partito con la verifica di quelle a maggior valore assoluto per l'immediata razionalizzazione dei comportamenti di acquisto. Le nuove gare centralizzate, unitamente al rafforzato processo di verifica e controllo, dovrebbero generare, secondo la Regione, un risparmio che a regime può arrivare a circa 800 milioni di euro. Per rendere ancora più incisivo il percorso sarà anche svolta una ricognizione puntuale dei fabbisogni e dei beni e servizi per rimodulare e ampliare gli effetti positivi degli acquisti centralizzati. Nell'ambito delle azioni attuate nella prima fase della riorganizzazione del sistema sanitario del Lazio c'è anche il piano di razionalizzazione delle spese del personale. “È nostra intenzione – aveva aggiunto ancora la presidente – procedere all'approvazione di una legge di riordino che ridefinisca l'assetto funzionale delle aziende sanitarie locali. Secondo il nuovo assetto si concretizzerà il concetto di terzietà tra ente erogatore ed ente pagatore controllore della prestazione. Alla Asl competerà la funzione di committenza del servizio sanitario”. ■



Renata Polverini

## RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA

In sostanza ventisei strutture saranno toccate dalla riorganizzazione. Per due di loro (l'ospedale civile di Arpino e quello della Croce di Atina) scatteranno i sigilli. Le altre ventiquattro (Monterotondo, Palombara Sabina, Subiaco, Zagarolo, Anagni, Ceccano, Pontecorvo, Ceprano, Ferentino, Arpino, Atina, Isola Liri, Rocca Priora, Ariccia, Anzio, Sezze, Gaeta, Bracciano, Acquapendente, Montefiascone, Ronciglione, Magliano Sabina, Amatrice e Minturno), saranno invece riconvertite e riqualificate: quattordici in ospedali distrettuali di II livello, uno in ospedale distrettuale di I livello, poi sei in poliambulatori specialistici a servizio di percorsi assistenziali, uno in Hospice, uno in lungodegenza e un altro in Rsa.

I 24.835 posti letto esistenti nelle strutture ospedaliere della regione passeranno dall'1 gennaio 2011, a 21.970 (2.865 in meno) E non si tratterà di tagli di posti letto, ma di riconversione, ha precisato la Presidente nel corso della conferenza stampa di presentazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera. Inoltre, 337 posti letto rimarranno in stand by, in quanto la Regione si riserva di assegnarli “per eventuali esigenze che dovessero intervenire”. Così come, ha assicurato, non ci saranno licenziamenti negli ospedali laziali, tanto nei pubblici quanto nei privati. ■

[www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)

SOTTOSCRITTO L'ACCORDO ECONOMICO

# Elementi di forte innovazione

DI SONIA GALLOZZI

**L'**avvicinamento al nuovo modello contrattuale ha comportato, nella redazione del citato accordo economico, significativi elementi di novità rispetto al passato, laddove, sino al 2009, in ossequio al citato Accordo del '93, la possibilità di demandare alla contrattazione decentrata la disciplina di materie ed istituti retributivi era limitata solo ad istituti non ripetitivi rispetto al C.C.N.L. ed in ogni caso solo se legati ad incrementi di produttività.

## GLI ASSETTI CONTRATTUALI

Ed infatti, detto Accordo del 1993, precisamente all'art. 2, nel definire gli assetti contrattuali che prevedevano, da un lato, "il contratto collettivo nazionale di lavoro di categoria" e, dall'altro, "un secondo livello di contrattazione, aziendale o alternativamente territoriale, laddove previsto, secondo l'attuale prassi, nell'ambito di specifici settori", disponeva espressamente che "la contrattazione aziendale o territoriale è prevista secondo le modalità e negli ambiti di applicazione che saranno definiti dal contratto nazionale di categoria nello spirito dell'attuale prassi negoziale..", e limitava il decentramento, come innanzi detto, a "materie e istituti diversi e non ripetitivi rispetto a quelli retributivi propri del C.C.N.L.", correlando le erogazioni del livello di contrattazione aziendale ai risultati conseguiti nella realizzazione di programmi volti a determinare incrementi di produttività nell'ambito aziendale.

Ben diversamente, con l'Accordo quadro stipulato il 22/1/2009 tra CISL, UIL, UGL, un ampio numero di associazioni di categoria e Confindustria ed il Governo, si sono definiti i tratti di un rinnovato sistema di relazioni sindacali, ispirato a logiche partecipative e cooperative - e non più conflittuali -, destinato a sostituire quello del Protocollo del luglio 1993.

Si è così, pervenuti ad una radicale riforma contrattuale delle regole del lavoro, in precedenza vigenti, eliminandosi le criticità ed i limiti del cennato Protocollo del

L'ultimo rinnovo contrattuale del **CCNL dei non medici**, sottoscritto il 15 settembre 2010, presenta indubbiamente, nell'ambito della contrattazione collettiva di settore, **elementi di forte innovazione**. Ed invero, si è giunti alla sottoscrizione del suddetto accordo economico, **fissando principi** che si discostano in parte dai dettami di cui all'accordo interconfederale del 23 luglio 1993 **ed appaiono più coerenti** con l'accordo quadro del 22 gennaio 2009 sulla riforma degli assetti contrattuali.

Luglio 1993 e statuendosi, in chiave partecipativa, la possibilità, prima esclusa, dei sindacati e degli imprenditori di poter modificare, attraverso le c.d. "clausole di uscita o "di sganciamento" - anche a mezzo di intese intervenute a livello aziendale e/o territoriale - specifici e singoli istituti economici e normativi, disciplinati da contratti collettivi nazionali di categoria, mettendo in discussione diritti e tutele sancite da quel contratto ad esse derogando.

## AUTONOMIA DELLE SEDI REGIONALI

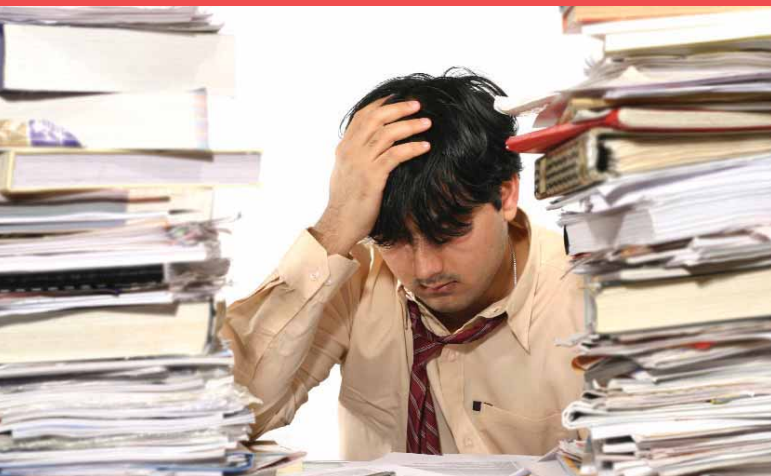
Nel solco di questo nuovo sistema di relazioni industriali, si è mossa l'AIOP, pattuendo, per la prima volta, che a livello nazionale venga predeterminato solo un aumento del minimo salariale, rimettendo, poi, all'autonomia delle sedi regionali la determinazione su altri istituti contrattuali in rapporto alle specifiche situazioni e condizioni in cui opera la Sanità privata. Ed infatti, l'AIOP, in accordo con le OO.SS., ha ritenuto infettabile, nella stesura dell'accordo per il rinnovo del



biennio economico 2006-2007, diversificare la competenza in ordine alla determinazione ed erogazione degli emolumenti economici, fissando un incremento tabellare valido su tutto il territorio nazionale con decorrenza settembre 2010 e demandando alla contrattazione di secondo livello la negoziazione di una eventuale tantum per l'arco temporale 2006-2010. È evidente che, così operando, l'AIOP nazionale, avendo ben presente le diversificate situazioni che caratterizzano la vita delle Case di cura private nelle varie Regioni, ha evitato di penalizzare quelle strutture associate che non potevano certamente rispettare, per le condizioni in cui operano in un specifico ambito territoriale, istituti contrattuali quanto mai gravosi. ■



# Finalmente l'opera che aspettavi



## Ospedali & Lavoro

### I CCNL dell'ospedalità privata dal 1956 al 2006 in formato elettronico



Quotidianamente le Case di cura e i professionisti sono obbligati a fare riferimento ai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro firmati dalle OO.SS. e da Aiop, Aris ed FdG che, assieme ad altre tipologie di accordi, disciplinano i rapporti di lavoro. A volte, la soluzione di problemi di contenzioso richiede l'esame di vecchi accordi che non sempre sono di facile reperimento. **Grazie all'opera promossa da Aiop e realizzata da Seop, puoi richiedere il CD che contiene 50 anni di accordi sindacali nazionali.**

SEOP s.r.l.  
Società Editrice Ospedalità Privata  
Via di Novella, 18 - 00199 Roma - RM  
tel. 06/3215653 - fax 06/3215703  
Cod. Fisc. / P.IVA / Registro Imprese 06749811003  
R.E.A. DI ROMA N. 987409  
Capitale Sociale i.v. € 50.000,00



**Scheda d'ordine CD "Ospedali & Lavoro"**  
**Tutti i contratti di lavoro dell'ospedalità privata dal 1956 al 2006**

Vi preghiamo inviarcì:

n° \_\_\_\_\_ copie del CD "Ospedali & Lavoro"  
al costo di € 39,00 a copia, comprensivo di IVA e spese di spedizione  
Per il pagamento totale di € \_\_\_\_\_

**SPEDIZIONE PER POSTA PRIORITARIA**

**Allegiamo fotocopia** dell'ordine di bonifico bancario sul Vostro conto corrente n° 5432 presso la Banca Popolare di Novara - Ag.4 - ABI 05608 - CAB 03204 CIN G  
IBAN IT72G0560803204000000005432

**VOGLIATE FATTURARE A:**

Società/nominativo \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
P.IVA \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

**VOGLIATE INVIARE A:**

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
Incarico/ufficio \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
Società/nominativo/indirizzo \_\_\_\_\_  
(se diversi da quelli della fatturazione)  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL D.Lgs 196/2003**

In riferimento al D.Lgs 196/2003 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali), Vi informiamo che con la firma apposta in calce, oltre a perfezionare il contratto, ci consentite il trattamento informatico e manuale dei dati da Voi sopra indicati per le necessarie finalità amministrative e fiscali e per la gestione commerciale del rapporto. Vi informiamo, inoltre, che siete titolari dei diritti di cui all'art.7 (accesso, modifica, cancellazione). Titolare e responsabile del trattamento è SEOP s.r.l.

Timbro e Firma \_\_\_\_\_

N.B. - Le copie del CD "Ospedali & Lavoro" verranno inviate solo a pagamento avvenuto.

OTTANT'ANNI MA NON LI DIMOSTRA

# Corrado Carnevale e la giustizia malata

**“Ci sono i rimedi e sono previsti dalla Legge e dalla Costituzione. Cominciamo dalla separazione delle carriere e dal corretto funzionamento del Consiglio Superiore su scelte e promozioni. Berlusconi perseguitato da certi giudici? Non entro nel merito, so semplicemente che il suo calvario cominciò dopo la discesa in politica. Se rinascessi farei tutto quello che ho fatto, non devo vergognarmi di nulla”.**

DI ALFIO SPADARO

**O**ttant'anni ma non li dimostra. Stessa verve di sempre; polemista quel tanto che basti per sorridere sulle tante esternazioni che infestano la quotidianità di stampa e tv; ironico il giusto per stemperare la tristezza della vita. “Sono in fase avanzata del lavoro di preparazione alle udienze che mi aspettano in Cassazione. In più di 50 anni di carriera ho sempre fatto così: rivedo e riscivo almeno due volte i miei interventi, per trovare nuovi spunti e per non commettere il minimo errore...”

Una vita spesa nel delicato settore della giustizia penale (già presidente della prima sezione), dopo l'allucinante parentesi di sospensione dell'attività per gli inutili e vergognosi processi che lo riguardavano, il dott. Corrado Carnevale da qualche anno è stato doverosamente reintegrato nei ranghi della magistratura ma stavolta sul fronte della giustizia civile. Decisione incomprensibile ai più, considerata la grande sapienza giuridica del personaggio. E provvedimento ingiusto per l'uomo che della giustizia penale non ha solo fatto ragione di vita ma soprattutto impegno sociale e ricerca della verità.

“È andata come è andata e non ne parliamo più”, taglia netto il Presidente. L'amarrezza degli anni bui è pressoché metabo-

lizzata, ora c'è ben altro di cui parlare e su cui fermarsi un attimo a riflettere...”

**Presidente Carnevale, crisi economica a parte che ha coinvolto il mondo, in Italia negli ultimi mesi non s'è fatto altro che puntare il dito sulla giustizia e quindi sulla magistratura. Da un canto chi la definisce per buona parte politicizzata, dall'altro chi la vorrebbe ancora più forte, e quindi in condizione di surrogare persino il potere legislativo. Qual è il suo punto di vista?**

«Io non mi occupo della politicizzazione, presumo però che alcune persone non possono da sole compromettere il funzionamento della giustizia. Quello che a me interessa mettere in luce è che effettivamente la giustizia italiana funziona male; funziona male sia per quanto riguarda i tempi di risposta alla domanda di giustizia – e non solo nel campo di quella ordinaria e quindi della magistratura ordinaria – ma in tutti gli altri settori. Come dire che se la magistratura ordinaria piange, la magistratura amministrativa e contabile non ridono. Anche loro hanno ritardi magari minori ma comunque ritardi inaccettabili in un paese civile. Ritardi che hanno (e questo è riconosciuto da tutti tranne che dall'associazione magistrati) poi ricadute fortemente negative anche sull'economia,

giacché di una causa si sa la data dell'inizio ma non si può neppure lontanamente – non dico sapere – ma neanche prevedere la data della fine.

Il problema è dunque quello di riformare, ma riformare non a parole. Un primo tentativo è stato l'ordinamento Castelli successivamente modificato da Mastella; mi sembra che l'ordinamento Castelli sia già in vigore da tre anni ... però, a mio giudizio, i risultati di questa riforma non hanno minimamente comportato il miglioramento del funzionamento della giustizia. Allora, la prima cosa da chiedersi è: quali sono le cause di questo cattivo funzionamento? E poi prevedere la cura, perché in qualunque malattia – e la giustizia è un malato grave – prima bisogna fare una diagnosi e poi tentare la terapia.»

## PROCESSO BREVE

**Il tormentone di stagione è il Processo breve. Dapprima il Governo l'ha considerato come un toccasana, la madre di tutte le riforme; poi, il premier l'ha derubricato: non se ne parli più, per dare via libera ad altre priorità. C'era bisogno di questo stucchevole tiramolla?**

«Il problema del processo breve nasce – prescindendo dai retroscena, dalle occasioni che ne hanno determinato l'elabo-



razione- e perdura certamente da quando sono entrato nella magistratura e cioè nel lontano dicembre 1953. Anche allora c'era l'arretrato, c'erano ritardi, non nella misura odierna ma c'erano. Accelerare i processi è una cosa doverosa. Ecco, la diagnosi esatta: i processi in Italia durano troppo, si tratta di vedere se la terapia prescelta è idonea oppure no. Prescindendo dalla predisposizione transitoria che è veramente irragionevole, consideri che la durata del processo di primo grado si faceva decorrere non dall'inizio del dibattimento di primo grado ma dall'assunzione della qualità dell'imputato che nel nostro sistema si verifica nel momento in cui nei confronti dell'indagato si formula da parte del pubblico ministero la richiesta di rinvio a giudizio. Dopodiché c'è – non per tutti i processi – anche l'udienza preliminare. Si chiama udienza al singolare ma molte volte si articola in sette, otto udienze con quel che ne consegue. Se il sistema non può portare a termine normalmente i processi in tre anni, bisogna allora trovare un altro rimedio; non quello di stabilire i tre anni, perché altrimenti si condannano alcuni processi alla prescrizione dell'azione penale. Perciò che cosa conviene fare? Innanzitutto migliorare il grado di efficienza del sistema, dopodiché si calibra la durata in relazione a quello che la capacità del

sistema corrisponde. Quindi, migliorare il funzionamento della struttura. L'unica ricetta è quella di pretendere dal Consiglio superiore che a incarichi di organizzazione del lavoro vengano preposti magistrati che ne capiscano e che abbiano dimostrato di capirne perché i magistrati non sono tutti di qualità adeguata. A parte questo, anche quelli che hanno qualità professionali, culturali notevoli molte volte non sanno organizzare neppure una discussione in Camera di consiglio.»

#### INVASIONE DI CAMPO?

**In questi frangenti il Presidente della Repubblica è più volte intervenuto per abbassare i toni; per suggerire soluzioni; per anticipare scelte. La sinistra e la magistratura hanno plaudito tanta solerzia; ma il Governo qualche volta l'ha considerata una vera e propria invasione di campo. Lei che ne pensa?**

«Se il Presidente della Repubblica si limita a svolgere una funzione di *moral action* resta nell'ambito dei suoi poteri e dei suoi doveri, quindi è lungi dall'essere criticato. I singoli casi non li ricordo, però è chiaro che in questa opera deve evitare di schierarsi per l'una o per l'altra parte. Secondo me comunque la prima cosa da fare è modificare seriamente l'ordinamento giu-

diziario. Io una ricetta ce l'avrei e passa attraverso la Costituzione: i componenti togati del Consiglio Superiore vengano estratti a sorte tra le varie categorie. Per quanto riguarda poi le promozioni direi che si dovrebbe rimettere la valutazione non al Consiglio Superiore bensì a speciali Commissioni, le quali non debbono limitarsi a valutare titoli già formati.»

#### LA "SPARATA" DI DAVIGO

**Il Ministro Alfano sta lavorando sodo per la riforma del comparto di competenza : a più riprese ha dichiarato che ha già trovato le risorse a sostegno del nuovo corso richiesto dagli stessi magistrati; di recente, invece, Pier Camillo Davigo, il dotto Sottile del mitico pool di Mani pulite, ha fatto sapere che non occorrono "soldi ma ... riduzione di tribunali e soprattutto tagli agli ordini forensi. Troppi avvocati! 200 mila in rapporto a 10 mila giudici. La lungaggine dei processi sta proprio lì". Chi ha ragione?**

«Non condivido né la diagnosi né la cura del dottor Sottile e le spiego subito perché. Lui dice che una delle cause principali è l'elevato numero di avvocati e questo sarebbe dimostrato dal fatto che mentre negli altri paesi della Comunità il rappor-



to dei magistrati e avvocati è molto contenuto, da noi è tre, quattro volte rispetto a quello dei francesi.... Corrispondentemente il numero dei processi civili e penali assegnati a ciascun magistrato italiano supera di gran lunga il numero di quelli assegnati ai magistrati degli altri stati della Comunità europea. Se però la colpa fosse dell'alto numero degli avvocati questo potrebbe valere per le cause civili perché iniziano in quanto ci sia un avvocato che sottoscrive un atto di citazione. Questo discorso invece non vale per i processi penali perché questi nascono dai reati: ora, non mi risulta che chi

commette reato venga spinto a farlo dagli avvocati e quindi questo già dimostra l'assoluta incompletezza della diagnosi. A questo si aggiunga la riduzione del numero degli avvocati, che non potrebbe avvenire se non in tempi lunghissimi. Ammesso che la cura prevista possa andare a regime anche fra due anni, nelle

more i processi debbono essere portati a termine. Se la produttività del magistrato è di cento, non si può pretendere che in questi due, tre anni si verifichi la riduzione drastica del numero degli avvocati mentre i magistrati invece di cento processi se ne facciano cinquecento, seicento. Quindi la cura è sbagliata, la diagnosi è sbagliata e allora prima di cominciare bisogna organizzarsi meglio».

### RESPONSABILITÀ DEI GIUDICI

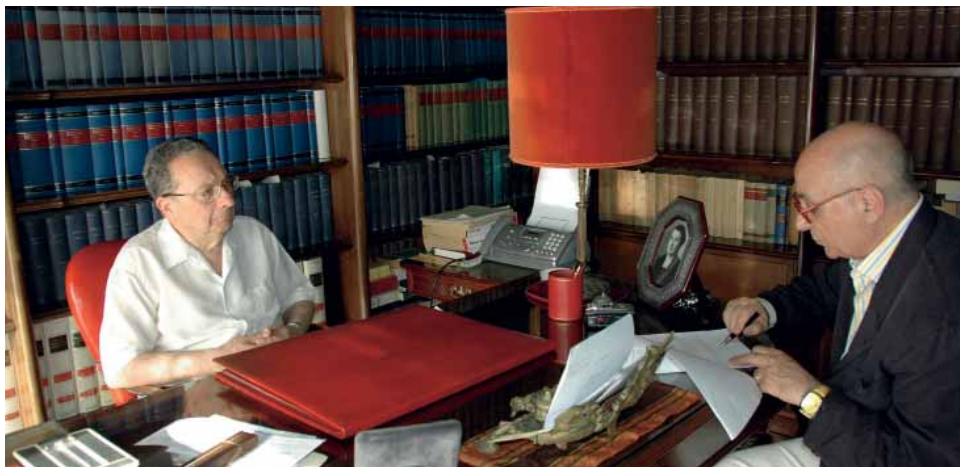
**Sono trascorsi vent'anni dal referendum voluto dai socialisti craxiani sulla giustizia giusta. L'assunto era: il giudice che sbaglia paga. Succede per i medici, per i giornalisti. Per i magistrati invece non se ne parla proprio. Eppure per errori giudiziari tanta gente s'è ammazzata, e tanti giudici hanno fatto carriera politica... Sarebbe ora di riprendere il discorso o no?**

«Siamo sempre lì. Intanto la legge esiste prima del referendum ed esiste tuttora. Può darsi che non avendo fatto ricerche accuratissime mi sia sfuggito qualcosa, ma a me pare che non una sola iniziativa sia stata portata a termine o che sia stato con-

dannato una volta il ministero della giustizia – perché è il Ministero della giustizia che viene condannato; in seconda battuta, poi, si procede contro i magistrati...»

### Nel caso che la riguarda, chi ha pagato chi?

«La mia storia: quando fui riammesso in attività la prima volta, diventai titolare della prima sezione civile; ancora sub-giudice, perché c'era il ricorso per Cassazione e non era stata emessa neppure la sentenza di primo grado a Palermo. A Palermo era successo questo e nessuno lo sa: le indagini



nei miei confronti erano iniziate nel 1993, siccome il termine massimo del lavoro era di due anni, allo scadere del biennio, il Pubblico Ministero di Palermo, Caselli, formulò nientedimeno che la richiesta di archiviazione: gli elementi raccolti in quel biennio non giustificavano l'eventualità di un dibattimento. Questa richiesta fu depositata il 3 aprile 1995 presso il Gip, il quale, per poter assumere una decisione aveva tre possibilità: a) accogliere la richiesta e archiviare; b) ordinare al Pubblico Ministero di indicare l'imputazione; c) ordinare al Pubblico Ministero di integrare l'attività di indagine. Questo magistrato apparteneva alla categoria degli "Speedy Gonzales" perché, pur dovendo esaminare una settantina di faldoni, in tre giorni emise il decreto di approvazione, quindi accolse il decreto, dimostrando che o era appunto Speedy Gonzales o non aveva letto quello che avrebbe dovuto leggere per poter scegliere una delle tre soluzioni che il codice prevede. Tuttavia, con la stessa facilità con cui accolse la richiesta di archiviazione, venti giorni dopo, senza che fosse sopravvenuto nulla di nuovo, accolse la richiesta di riapertura delle indagini, che durarono altri due anni. Risentirono le stesse

persone – sia pentiti che non pentiti e con questo intendo collaboratori della giustizia – e dopo altri due anni formularono la richiesta di rinvio a giudizio. Naturalmente tutti quelli che si sono occupati di questa cosa hanno fatto tutti una grandissima carriera!!»

### Tornando alla domanda.

«Tornando alla domanda, quando andai a presiedere la prima sezione civile, all'epoca, fra le altre competenze, aveva quella relativa alla responsabilità di tutti i magistrati. Le debbo dire che i ricorsi allora pendenti

erano pochissimi e tutti riguardavano l'inammissibilità dell'azione. Il sistema prevedeva che il procedimento per la responsabilità si articola in due fasi: la fase dell'inammissibilità e poi la fase del merito. Tutti questi processi normalmente si fermavano alla fase dell'ammissibilità o venivano stroncati da ordinanze di inammissibilità, per cui lo sforzo

che fecero i magistrati quando entrò in vigore la legge Vassalli, furono inutili. Che cosa fecero i magistrati? Un noto esponente della magistratura, ora politico, tramite la moglie, agente assicurativo, riuscì ad ottenere delle condizioni che sembravano di estremo favore per quei magistrati che volessero assicurarsi contro il rischio della responsabilità civile e debbo dire che con qualche eccezione, tra cui la mia, si precipitarono tutti: il premio mi pare che fosse di 100.000 lire l'anno! Non mi risulta che questa compagnia di assicurazioni, che fece un grosso affare, abbia pagato mai una sola lira di risarcimento. Né mi risulta che per il magistrato che fa pagare diecimila, quindicimila euro allo Stato perché ha fatto durare troppo il processo, procurando un danno erariale, una volta sola abbia pagato una lira né che la Procura della Corte dei Conti abbia avviato una sola azione di responsabilità. Come vede le leggi ci sono però bisogna farle applicare. Tutto questo è diseducativo.»

### IL CASO DI PIETRO

**Di Pietro ha fatto scuola e carriera. Da poliziotto a giudice a politico. Pre-**

sidente, vogliamo evitarle di ricordare il famoso concorso che determinò l'ingresso del leader dell'Italia dei valori nei ranghi della magistratura; né le chiediamo se sia pentito di quella decisione. Le chiediamo semplicemente se sia giusto questo continuo passaggio dalla magistratura alla politica e se non ci sia un vero e proprio disegno dei giudici teso a fagocitare la politica ...

«Recentemente a questo proposito qualche suo collega, nel quadro di polemiche contro Di Pietro, addirittura si è inventato che io avrei dato ordine al Presidente della Commissione, tale Felice Filocamo, di sostituire nottetempo gli elaborati. Mandai immediatamente una diffida al giornale, pretendendo che si pubblicasse; il giorno dopo lo stesso giornale pubblicò un'altra intervista di Filocamo il quale, dimenticando quello che aveva detto il giorno prima e contando sulla cattiva memoria dei lettori, replicò: "Io non potevo sostituire gli elaborati, però ricordo che l'esame andò male". Che gli esami fossero andati male lo sanno tutti; siccome però io avevo letto il curriculum e risultava che questo aveva progredito, ho pensato di dargli una chance, visto che non tutti erano migliori di lui dal punto di vista della preparazione.»

**Insisto questo continuo passaggio alla politica, secondo lei è un disegno di certi giudici teso a fagocitare la politica?**

«Sono convinto che chi si mette in mostra, ha delle ambizioni politiche. Quando qualcuno si accorge che c'è rispondenza di consensi sfrutta la situazione. Ad esempio, in Sicilia la notorietà, che poi si traduce in risultato elettorale, è stata ben utilizzata. Così di questa notorietà si sono giovati anche i parenti.»

#### SEPARAZIONE DELLE CARRIERE

**Presidente, il Ministro Alfano è stato chiaro: il sistema giustizia deve cambiare. Non è più plausibile per i magistrati un'unica carriera ma due; vanno distinte le funzioni: quella inquirente e della giudicante. Le varie associazioni di magistrati però non vogliono saperne, tengono duro. Lei da che parte si pone?**

«Io mi sono sempre posto sul terreno della rigorosa separazione delle carriere. Cer-



to contemporaneamente non si può fare il pubblico ministero e poi il giudice. Dico questo: siccome il pubblico ministero prevalentemente si occupa di materia penale ha delle attività che esulano dalla normale attitudine del magistrato, che è un tecnico del diritto. Per cui se ci sono persone che sanno fare i pubblici ministeri è stupido distoglierli da quell'attività anche perché quando passano a fare i giudici, conservano quella mentalità. Ora tra parti e giudici c'è una incompatibilità logica e psicologia assolute. Chi ha la mentalità del giudice non può fare il pubblico ministero e viceversa.»

#### INTERCETTAZIONI E SCORTE

**Presidente, le intercettazioni: chi dice che costino troppo. Chi sostiene che siano una necessità. Spesso però se ne fa davvero un abuso: Lei che ne pensa?**

«Per esperienza personalissima vorrei dire che delle intercettazioni solitamente se ne fa abuso perché si intercetta per tempi eccessivamente lunghi e addirittura si

accentua l'attività dell'intercettazione quando non si scopre nulla, nella speranza che qualcosa venga fuori. Se si applicasse il codice, che parla chiaro, forse oltre la metà delle intercettazioni che vengono fatte in alcuni uffici di Procura, non si farebbero.»

**Recentemente, l'ex magistrato ed ex politico Giuseppe Ayala ha detto che le scorte non servono. La mafia non uccide più i giudici né i rappresentanti delle istituzioni. Davvero se ne può fare a meno e risparmiare tante risorse?**

«Nella maggior parte dei casi la scorta è uno *status symbol*. Io ebbi la scorta per caso. Avevo ricevuto diverse lettere e telefonate di minaccia quando ero titolare della prima sezione penale. L'esperienza dice che con la scorta o senza la scorta, quando qualcuno ha deciso di ucciderli lo fa. Con la differenza che quando la personalità è sola viene colpita, nell'altro caso vengono colpiti anche quei poveretti che dovevano fare la scorta. Di più, chi ha la scorta non adotta neppure quelle accortezze che una persona prudente adopera.»

**Legittimo impedimento e scudo per le alte cariche dello Stato.**

**Quanto accanimento c'è contro Berlusconi da parte di certi giudici politicizzati e se ci sarebbero vie d'uscita alla crisi che da tutto questo deriva ...**

«Sul fatto che ci sia accanimento non ho elementi né per ammetterlo né per escluderlo, però la cosa che mi sorprende è questa: questi processi riguardano non Berlusconi uomo di governo o politico, ma Berlusconi imprenditore. Io mi chiedo: come mai quando era soltanto imprenditore nessuno si occupava di lui? Diventato anche politico allora c'è stata un'attenzione maggiore.»

**Presidente Carnevale, all'apice di una luminosa carriera, ha provato qualche volta a fare un bilancio?**

«Debbo dire che non ho nessun pentimento. Può darsi che se rinascessi – ma non credo sia possibile o almeno io non credo alla metempsicosi e scegliesti di fare il magistrato, farei esattamente le stesse cose che ho fatto. Non ho nulla da rimproverarmi e non mi rimprovero neppure l'eccesso di imprudenza nell'esprimere le mie valutazioni». ■

A CERNOBBIO PER FARE IL PUNTO SULLE NUOVE REGOLE CHE GOVERNERA

# Si comincia a fare sul serio

Dal 18 al 20 ottobre 2010 presso il centro congressuale Villa Erba di Cernobbio (Como), aderendo all'invito della **Commissione Nazionale per la Formazione Continua** e del Ministero della Salute, provider, organi centrali e periferici di governo ECM, società scientifiche, ordini ed associazioni professionali, università, enti di formazione, business school, imprese e professionisti della formazione, **hanno partecipato numerosi** (sono state registrate circa 1300 presenze) e, se possibile, ancor più interessati, alla **seconda Conferenza Nazionale sulla Formazione Continua in Medicina**.

## DI ANGELO CASSONI

**U**na valida occasione, soprattutto per i provider già accreditati e per quelli in predicato di esserlo nei prossimi mesi, per formulare proposte ed acquisire le informazioni necessarie per impostare correttamente la propria attività. Il cuore pulsante di questa seconda edizione del Forum si è rivelato quella che è stata efficacemente denominata la "cittadella della formazione continua", luogo fisico ma anche ideale di confronto tra operatori e Commissione, caratterizzata dalla dislocazione di punti operativi tematici presso i quali sono state raccolte indicazioni e quesiti successivamente ripresi in apposite sessioni di approfondimento. Quello che è destinato a diventare un appuntamento fisso annuale sul tema, è stato organizzato in collaborazione con l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Age.na.s), ora chiamata ad un importante compito di gestione amministrativa del programma ECM, e si colloca nella fase terminale di un anno fondamentale ai fini dell'implementazione delle nuove regole, regole che hanno avuto il primo momento di contatto e di vero confronto con gli operatori proprio nel corso della prima edizione.

Il 2010 si pone come l'anno della svolta cruciale che ha sancito il passaggio dall'accredimento dei singoli eventi formativi all'accredimento dei soggetti ora chiamati a gestire tali eventi in tutti i loro aspetti scientifici ed organizzativi: i provi-

der residenziali. Proprio questo passaggio avvenuto nello scorso mese di maggio al termine di una fase iniziale riservata ai soli provider FAD, insieme alla recente approvazione del decreto che recepisce l'accordo fra il Governo, le Regioni e le province autonome in materia di accreditamento dei provider ECM, formazione a distanza, obiettivi formativi, valutazione della qualità del sistema formativo sanitario, attività formative realizzate all'estero e liberi professionisti, costituisce il cardine del nuovo programma.

### QUALITÀ DELLA FORMAZIONE

L'accredimento dei provider verrà affidato alla Commissione Nazionale o alle Regioni e Province Autonome, a seconda dell'ambito di attività e lo stesso ente accreditante verificherà, nel tempo, la persistenza dei requisiti di accreditamento, ponendo un'attenzione particolare anche alla qualità della formazione erogata. Il provider dovrà presentare un piano annuale, contenente la proposta formativa che intende offrire. Grande attenzione quindi agli aspetti qualitativi dell'attività loro affidata, cercando in ogni modo di orientarla verso l'appropriatezza e l'aggiornamento continuo anche attraverso nuove tipologie formative quali la forma-

zione sul campo e l'e-learning. La formazione a distanza rappresenta infatti un importante strumento di aggiornamento, in quanto consente sia la massima diffusione dei contenuti formativi, sia risparmi di natura organizzativa ed economica; a tal proposito si prevede che nel 2011 saranno circa 125 i corsi erogati in modalità FAD.

Le nuove regole consentono anche la promozione dell'attività di ricerca nel campo formativo per l'individuazione, attraverso specifici bandi, di progetti e sperimentazioni su nuove metodologie formative. E per i progetti in scadenza il 20 novembre 2010, proprio a Cernobbio è stato presentato ufficialmente il bando che mette a disposizione risorse per 2 milioni e duecentomila euro destinate al finanziamento di quelli incentrati su tre aree tematiche: FAD, formazione sul campo e CPD (*Continuing professional development*).

L'intento è quello di creare incentivi e stimoli alla presentazione di progetti soprattutto nei confronti degli operatori del settore pubblico, rimasti finora alquanto passivi rispetto alle novità dell'ECM. Per ogni progetto è previsto un finanziamento compreso tra i cinquantamila e i trecentomila euro. Ma

in tema di risorse non bisogna dimenticare che, secondo i dati forniti dalla Commissione ECM, il sistema ha potuto disporre finora di circa dieci milioni di euro all'an-

*Le nuove regole consentono anche la promozione dell'attività di ricerca nel campo formativo per l'individuazione, attraverso specifici bandi, di progetti e sperimentazioni su nuove metodologie formative.*



## IL SETTORE NEI PROSSIMI ANNI



no, un flusso ingente di fondi generato dal versamento dei contributi degli organizzatori di corsi e di eventi formativi; disponibilità che sono state riversate per il 50% nel sistema (l'altra metà è servita per sostenere la macchina organizzativa) per finanziare FAD gratuita e per promuovere la ricerca nel settore.

La fase di passaggio al nuovo sistema impone in ogni caso il mantenimento di un doppio binario per la coesistenza delle vecchie procedure di accreditamento dei singoli eventi già poste in essere.

Ma quali sono i protagonisti e le particolarità della nuova ECM?

### L'AGE.NA.S.

Come già accennato, con l'entrata in vigore dal 1° gennaio 2008 della Legge 24 dicembre 2007, n. 244, la gestione amministrativa del programma ECM ed il supporto alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua, fino ad oggi affidati al Ministero della Salute, sono passati attraverso un'apposita convenzione all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.na.s.). L'Agenzia è così divenuta

la "casa comune" nella quale trova collocazione la Commissione nazionale e gli altri organismi che la affiancano per l'espletamento della sua attività, ereditando tutte le competenze tecniche, scientifiche, amministrative ed informatiche in materia di ECM.

### LA COMMISSIONE NAZIONALE PER LA FORMAZIONE CONTINUA

Ricostituita con il D.M. 24 settembre 2008, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, si occupa dell'espletamento dei compiti previsti dall'art. 16-ter, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, dura in carica 3 anni dalla data del suo insediamento ed è così composta:  
**Presidente** (Ministro della salute)  
**Due vice presidenti** (Coordinatore Commissione Salute delle Regioni e Presidente della FNOMCeo)

*La fase di passaggio al nuovo sistema impone in ogni caso il mantenimento di un doppio binario per la coesistenza delle vecchie procedure di accreditamento dei singoli eventi già poste in essere.*

**Trenta componenti** (rappresentanti del Ministero della salute, della Conferenza Stato-Regioni, della FNOMCeo, delle Federazioni nazionali di ordini e collegi, delle Associazioni del-

le professioni sanitarie)

**Due componenti di diritto** (direttore generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e direttore generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie del Ministero della salute)

**Segretario e Responsabile del supporto amministrativo-gestionale**

### IL COMITATO DI GARANZIA

Si è insediato il 18 ottobre 2010 proprio nel corso del secondo Forum ECM e le sue attribuzioni e competenze discendono dalla deliberazione della Conferenza Stato-Regioni del 5 novembre 2009. Si occupa principalmente del controllo e dell'indipendenza dei provider soprattutto per quanto attiene al sistema delle sponsor-





rizzazioni. Le nuove direttive sono di non demonizzare ma di controllare il fenomeno, ammettendo comunque una quota prestabilita di crediti collegati al reclutamento diretto dei partecipanti agli eventi formativi da parte dello sponsor. L'impegno del Comitato è quello di controllare il 25% dei provider che godono di sponsorizzazione ma anche di monitorare i piani formativi e vigilare sulla corretta applicazione del manuale di accreditamento dei provider.

Sulla base delle segnalazioni operate dal Comitato, la Commissione ECM può infatti comminare sanzioni nei confronti di questi ultimi: può procedere ad una semplice ammonizione in caso di violazione lieve, passando da sospensioni temporanee dell'accREDITAMENTO per la violazione grave, fino ad arrivare alla revoca definitiva in caso di violazione molto grave, violazione collegata soprattutto a rapporti scorretti o fraudolenti con gli sponsor.

#### IL COMITATO TECNICO DELLE REGIONI PER L'ECM

Il Comitato Tecnico delle Regioni supporta la Commissione nazionale nella sua funzione di *governance* del sistema ECM, operando all'interno della sezione "Criteri e procedure di accreditamento dei privati pubblici e privati". Segue la collaborazione tra i livelli nazionali e regionali nel campo della formazione continua e svolge le funzioni specificamente indicate nell'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2007, funzioni quali la valutazione dei contenuti di carattere prescrittivo riguardanti la for-

mazione continua, l'indicazione e lo sviluppo di obiettivi formativi nazionali ed il loro coordinamento con quelli regionali, l'elaborazione di proposte utili all'attuazione del programma ECM, lo sviluppo di sistemi d'interscambio e collaborazione a livello regionale e nazionale, la collaborazione operativa e l'armonizzazione nei processi di accreditamento e verifica anche dei piani formativi e della qualità degli eventi formativi. Il Comitato fornisce, inoltre, supporto alla Commissione per tutte le questioni di carattere genera-

le e di valenza prescrittiva per le Regioni, di competenza anche delle altre Sezioni in cui la Commissione è articolata ed esprime i pareri richiesti dalla Conferenza Stato-Regioni relativi alle determinazioni che assumano valore programmatico, normativo e prescrittivo.

#### L'OSSERVATORIO NAZIONALE

È composto da esperti di provata esperienza nel campo della formazione e della valutazione di qualità dei singoli professionisti, delle attività e delle organizzazioni sanitarie, designati dalla Conferenza Stato Regioni (5 componenti) e dal Comitato di Presidenza della Commissione Nazionale (6 componenti); assicura la qualità dell'offerta attraverso un attento monitoraggio di tutti i prodotti formativi.

**Il CoGeAPS** (Consorzio Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie)

Il suo ruolo fondamentale è quello di gestore della Anagrafe Nazionale dei crediti formativi e della loro certificazione, ma presto diventerà il custode dei dossier formativi individuali e di gruppo. Attraverso la gestione di un'anagrafe centralizzata e di un portale internet, al Consorzio sono demandate le seguenti funzioni:

- La gestione di una banca dati nazionale dei crediti ECM acquisiti dai professionisti della Salute





- La gestione di un sistema unitario e condiviso per la gestione dei crediti formativi
- La funzione di riferimento per l'accesso alla banca dati Nazionale dei crediti ECM per tutti i soggetti pubblici aventi specifici obblighi o funzioni e compiti in materia
- L'implementazione e la gestione del dossier formativo individuale e di gruppo
- La gestione operativa in fase applicativa in condizione di parità tra tutti i consorziati, compreso il reperimento di finanziamenti e tecnologie per i medesimi
- La realizzazione di studi e di progetti di fattibilità in relazione alle singole attività dei consorziati ed a favore di questi ultimi in materia di ECM



Per la realizzazione del progetto è stato avviato un sistema informatico integrato, in grado di ricevere e trasmettere flussi con tutti gli attori del sistema, mettendo nel contempo a disposizione dati unici e consentendo un processo finale di validazione. Ciò consente di ottenere una base dati consolidata, di avere un monitoraggio aggregato dell'andamento dei processi ECM e dei crediti acquisiti dai professionisti, ma anche di disporre di previsioni sulle esigenze formative future. Elemento centrale di questo interscambio è la definizione operata da CoGeAPS di una struttura comune (operata

attraverso la definizione di un tracciato informatico unico) dei flussi riguardanti enti di accreditamento, provider, responsabili della definizione dei percorsi formativi, organismi di certificazione e professionisti.

#### LA CONSULTA NAZIONALE DELLA FORMAZIONE PERMANENTE

È un organo tecnico di consulenza composto da tutti gli "stakeholder" (letteralmente i soggetti portatori di interessi) del sistema, ovvero i rappresentanti di Società scientifiche, Organizzazioni sindacali, Associazioni di provider, Associazioni di tutela, etc..

#### I PROVIDER

Le strutture formative, pubbliche e private, in possesso dei requisiti minimi (coerenza dei piani formativi, qualità scientifica ed andragogica dei programmi proposti, trasparenza dei finanziamenti, assenza di pubblicità a prodotti sanitari, impegno del rispetto alle indicazioni programmatiche nazionali, capacità organizzative, disponibilità di strutture e mezzi didattici idonei e competenze editoriali relative alle tecnologie di trasmissione dell'informazione nel caso di provider FAD), ma anche di affidabilità economico-finanziaria, saranno abilitati a realizzare attività didattiche ECM e ad assegnare direttamente i crediti ai partecipanti.

L'accreditamento (provvisorio in una prima fase e standard in modalità definitiva con durata massima di 4 anni) potrà avvenire a livello regionale, nel caso in cui la formazione verrà erogata in una singola Regione, ovvero nazionale, se verrà svolta in due o più Regioni.

Sono 170 i provider che risultano attualmente accreditati, circa 1400 quelli in attesa, un migliaio in tutto pronti presu-

mibilmente a scendere in campo entro febbraio per consentire al sistema, la cui partenza ufficiale è prevista per il prossimo mese di gennaio 2010, di far fronte alle esigenze formative degli operatori sanitari pubblici e privati. Sempre secondo i dati forniti dalla Commissione ECM, finora ad accreditarsi sono stati soprattutto i privati in quanto il pubblico sconta la lentezza burocratica dei suoi stessi apparati; alla fine si prevede un mix di operatori maggiormente caratterizzato dalla tipologia privata (circa il 60%).

In quanto alla situazione delle Regioni, soltanto 3 sono in grado attualmente di procedere all'accreditamento dei provider, mentre altre 15 di esse dispongono soltanto di meccanismi ormai obsoleti di registrazione degli eventi.

I provider che hanno già ottenuto l'accreditamento, saranno oggetto di ulteriore valutazione da parte della Commissione attraverso organismi quali l'Osservatorio nazionale della qualità e il Comitato di Garanzia per l'indipendenza della formazione continua. Finora sono finite sotto la lente dell'Osservatorio nazionale le situazioni di 39 provider per quanto riguarda la valutazione della qualità formativa, mentre il Comitato di Garanzia ne ha valutati 27 in merito all'indipendenza della formazione continua rispetto agli sponsor.

#### I PIANI FORMATIVI

I provider già accreditati hanno presentato i piani formativi riguardanti il periodo gennaio-dicembre 2011 entro il 31 ottobre 2010, ma la Commissione ha concesso che in questa fase di avvio del nuovo sistema i loro contenuti possano essere rispettati almeno al 50%. Per le eventuali integrazioni non è fissato un limite massimo ma devono essere comunicate almeno 30 giorni prima dell'evento; ciò che non è



possibile in ogni caso variare sono le aree tematiche e le figure professionali cui la formazione è rivolta. I provider accreditati dopo il 31 ottobre 2010, potranno presentare i piani per il periodo successivo al 30 aprile 2011.

**I CREDITI FORMATIVI**

Il programma ECM prevede l'attribuzione di un numero determinato di crediti formativi per ogni area specialistica medica e per tutte le professioni sanitarie. L'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009 stabilisce che: "La quantità di crediti ECM che ogni professionista della sanità deve acquisire per il periodo 2008-2010 è di 150 crediti ECM sulla base di 50 (minimo 25, massimo 75) ogni anno. Per questo triennio possono essere considerati, nel calcolo dei 150 crediti, anche 60 crediti già acquisiti negli anni precedenti". Il provider deve trasmettere tempestivamente all'Ente accreditante e al CoGeAPS i crediti che ha assegnato ad ogni partecipante.

**IL DOSSIER FORMATIVO**

Il secondo Forum ECM è stato caratterizzato anche dalla proposta di un nuovo strumento che prenderà vita tra breve e che ha già conosciuto diverse fasi sperimentali. La formazione continua per essere efficace deve svilupparsi secondo percorsi programmati e finalizzati al raggiungimento di obiettivi formativi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità, le innovazioni e le strategie del sistema sanitario a livello locale, regionale e nazionale. A tal fine, è prevista la predisposizione di un dossier formativo individuale o di gruppo, su base triennale, la cui coerenza ed adeguatezza sarà valutata per gli operatori del Servizio sanitario nazionale nell'ambito dell'Azienda in cui lavorano e per i liberi professionisti dagli Ordini, Collegi ed Associazioni professionali. Si tratta di un sistema molto semplificato che classifica le competenze delle professioni sanitarie in tre macroaree:

**Competenze tecnico specialistiche:** competenze esercitate individualmente o negli ambiti organizzativi previsti dal Dlgs 229/99, dai contratti Nazionali di Lavoro e dagli atti aziendali. Inoltre, vanno ricomprese le competenze generali sanitarie, ossia le conoscenze cliniche e assistenziali del proprio profilo sanitario, delle norme generali e del contesto operativo in cui si opera.

**Competenze di processo relazionali/**

**comunicative:** competenze inerenti alla capacità di relazione/comunicazione con pazienti, colleghi, direzioni, istituzioni, cittadini e gruppi di lavoro.

**Competenze di sistema organizzativo/gestionali e situazionali e di ruolo:** competenze relative alle modalità con cui le competenze tecnico professionali vengono applicate nel contesto lavorativo.

Le tre macroaree descritte andranno a confluire nel **Dossier Formativo** che sarà **Individuale e di Gruppo**.

Il **Dossier formativo individuale** si avvarrà di quattro sezioni documentabili:

**Anagrafica:** profilo anagrafico con l'indicazione del profilo professionale, collocazione operativa, curriculum dell'operatore

**Programmazione:** il fabbisogno formativo individuale definito in rapporto al profilo e alle aree di competenza dell'operatore e alle caratteristiche dell'attività clinico-assistenziale svolta

**Realizzazione/Evidenze:** evidenze relative all'attività di formazione effettuata

**Valutazione:** valutazione periodica da parte del singolo professionista e delle Strutture legittimamente autorizzate

Il **Dossier formativo di gruppo** si avvarrà, invece, di cinque sezioni:

**Elementi di contesto/struttura del servizio:** mission di servizio, caratteristiche dell'attività clinico-assistenziale, professionalità coinvolte, tipologia del destinatario dell'attività professionale, sistema delle re-

lazioni interne ed esterne

**Obiettivi formativi di gruppo:** in riferimento agli elementi della precedente sezione, all'analisi del fabbisogno formativo e al bilancio di competenze del gruppo

**Programmazione formativa di gruppo** che dovrà tener conto: delle aree e dei campi di apprendimento specifici e caratteristici della UO o del Dipartimento, dei bisogni individuali e professionali espressi nei dossier individuali (rilevazione del fabbisogno), delle tre aree delle competenze

previste nel Dossier, delle Aree di miglioramento necessarie

**Realizzazione/evidenze:** la documentazione delle attività formative realizzate sarà registrata in un *Report di Gruppo*

**Verifica periodica**

**(annuale/triennale) di processo:** verifica iniziale riguardante l'analisi dei fabbisogni di formazione e il Piano di Formazione di Gruppo, verifica annuale/pluriennale.

Il supporto utilizzato sarà esclusivamente informatizzato con alcune differenze tra i **due tipi di dossier**, riguardanti la collocazione, la conservazione e l'accesso ai dati. Una visione sintetica d'insieme del dossier può essere ricavata dallo schema illustrato nella figura 1.

**IL MANUALE DI ACCREDITAMENTO**

È previsto un "Manuale di accreditamento dei provider", un regolamento che sarà sottoposto a una periodica revisione da parte della Commissione nazionale per

*Il programma ECM prevede l'attribuzione di un numero determinato di crediti formativi per ogni area specialistica medica e per tutte le professioni sanitarie.*

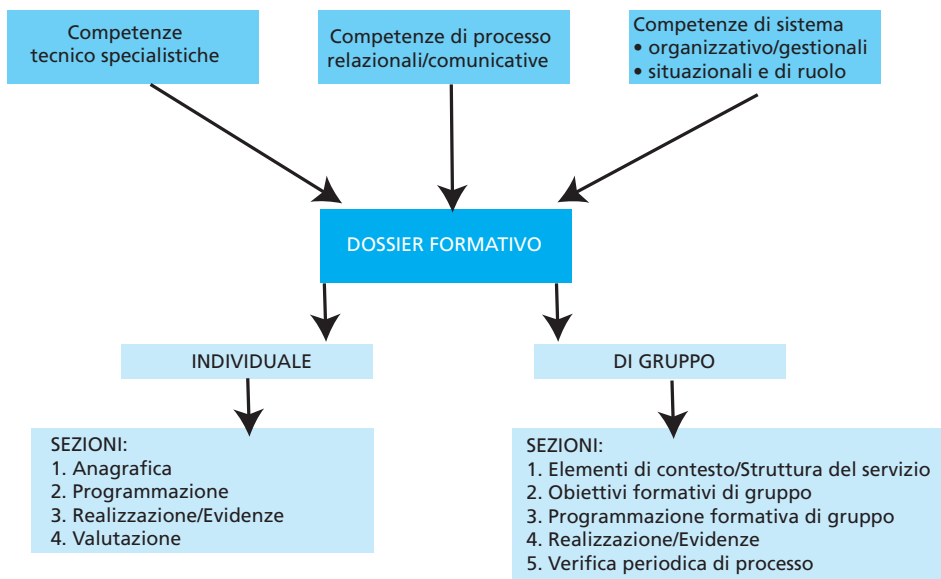


Fig. 1

la formazione continua, «sulla base delle esperienze derivanti dalla sua applicazione in un approccio valutativo “dal basso”, ai fini del miglioramento continuo del sistema Ecm e della sua affidabilità tecnico professionale (efficacia e qualità) e trasparenza gestionale (equità) per i professionisti, le istituzioni sanitarie e i cittadini».

### L'ALBO NAZIONALE

Sarà predisposto dalla Commissione nazionale, di concerto con gli altri enti accreditanti a livello regionale e provinciale, l'Albo nazionale dei provider Ecm, che include tutti quelli accreditati. La Commissione ne cura anche l'aggiornamento sistematico, rendendolo pubblicamente consultabile, mettendo in rilievo eventuali sanzioni ricevute.

### IL RAPPORTO ANNUALE

Ogni ente che accredita produce un Rapporto annuale sulle attività Ecm, che include, tra l'altro, i risultati delle verifiche effettuate. La Commissione nazionale, sulla base dei Rapporti e sulla scorta dei dati dell'Osservatorio nazionale e del Co-peaps produce un Rapporto annuale sulle attività Ecm in Italia, che analizza anche i punti critici del sistema complessivo.

### LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE

Al termine dell'illustrazione degli aspetti più rilevanti riguardanti il nuovo sistema ECM emersi nel secondo Forum di Cernobbio, occorre necessariamente soffermarsi sulle problematiche direttamente connesse all'attività formativa delle strutture sanitarie private.

Le novità introdotte con il passaggio dall'accreditamento degli eventi ECM a quello dei provider, costringe il settore dell'ospitalità privata ad organizzarsi adeguatamente per far fronte alle proprie esigenze di formazione del personale. L'indicazione dei 150 crediti da conseguire nel triennio, ove mai dovesse diventare uno dei requisiti tecnico-organizzativi ai fini dell'accreditamento definitivo, o una disposizione corredata comunque da aspetti sanzionatori, potrebbe mettere in seria difficoltà chi non avesse per tempo organizzato una propria struttura formativa interna accreditata come provider ECM o un rapporto di collaborazione stretta con un provider esterno con il quale impostare un piano formativo articolato nei termini previsti.



Come abbiamo visto, ci si potrà discostare dal piano presentato rispettandolo quantomeno al 50% ma le eventuali integrazioni devono mantenersi all'interno delle aree tematiche originarie ed i nuovi eventi devono essere destinati alle stesse figure professionali.

Riteniamo che la complessità organizzativa e gli oneri anche economico-finanziari che sottendono all'attività di provider possano essere affrontati efficacemente soltanto da gruppi societari o consorzi di strutture, mentre la maggior parte degli operatori dovrà affidarsi ad uno dei provider già provvisoriamente accreditati o che sono in procinto di esserlo. Sceglierne uno, magari affidandosi alle indicazioni delle proprie associazioni di riferimento, le quali potrebbero utilmente stipulare apposite convenzioni con enti di provata qualificazione nel campo sanitario ed affidabilità organizzativa. E collaborare comunque attivamente per far sì che i piani formativi siano il più possibile rispondenti alle proprie esigenze di formazione e di acquisizione dei crediti.

Un problema rilevante è certamente quello del finanziamento. Quando si imposta un piano formativo non sappiamo ancora quanti e quali eventi potrebbero ricevere un cofinanziamento tramite un eventuale

fondo interprofessionale per la formazione continua.

L'aspetto dei rapporti con i fondi viene trattato in un altro articolo della rivista, ma è evidente che la difficoltà esiste e deve essere comunque metabolizzata in vista di un possibile inasprimento delle normative collegate all'acquisizione ed alla certificazione dei crediti ECM. D'altra parte ci è parso evidente a Cernobbio che per alcuni

*Le novità introdotte con il passaggio dall'accreditamento degli eventi ECM a quello dei provider, costringe il settore dell'ospitalità privata ad organizzarsi adeguatamente per far fronte alle proprie esigenze di formazione del personale.*

componenti della Commissione nazionale il problema del finanziamento non debba porsi per i privati che, proprio in quanto tali, dovrebbero autofinanziarsi; in questo modo hanno mostrato di ignorare l'esistenza dei fondi interprofessionali e del possibile

trasferimento di una frazione dei contributi INPS concesso dal legislatore proprio per incentivare la formazione continua in tutti i settori economici.

Il tema, come si vede, è di scottante attualità. Riguarda l'efficacia della propria attività in un mercato sempre più competitivo all'interno del settore accreditato e sempre più compresso dal colosso pubblico.

La formazione continua dei propri collaboratori è di vitale importanza ai fini di una risposta di alto livello qualitativo nel campo sanitario, ma potrebbe presto diventare anche un problema di rapporti con il committente pubblico. ■

IL FINANZIAMENTO DELL'ECM NEL SETTORE PRIVATO

# L'opportunità dei fondi int

I **Fondi paritetici interprofessionali** nazionali per la formazione continua **si sono rivelati una grande opportunità** per il finanziamento dell'ECM nel settore privato. **Organismi di natura associativa**, i Fondi sono promossi dalle organizzazioni di rappresentanza delle Parti Sociali attraverso specifici Accordi Interconfederali stipulati dalle **organizzazioni maggiormente rappresentative** sul piano nazionale dei lavoratori e dei datori di lavoro

**DI FILIPPO LEONARDI**

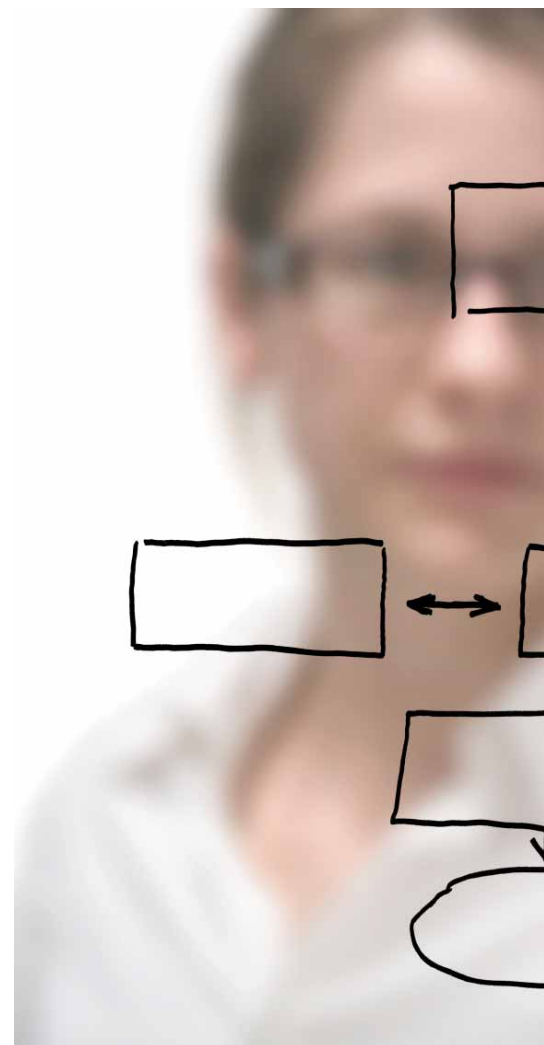
**N**el corso del 2003, con l'istituzione dei primi dieci Fondi paritetici interprofessionali, si è realizzato quanto previsto dalla legge 388 del 2000 (art.118), che consente alle imprese di destinare la quota dello 0,30% dei contributi versati all'INPS (il cosiddetto "contributo obbligatorio per la disoccupazione involontaria") alla formazione dei propri dipendenti.

L'impresa aderisce ai Fondi Paritetici Interprofessionali in modo volontario secondo criteri e modalità definiti dalla circolare dell'INPS n. 71 del 2 aprile 2003, utilizzando il modello di denuncia contributiva DM10/2 (anche per le eventuali revoche dell'adesione).

È importante sapere che l'adesione a un Fondo non comporta alcuna spesa aggiun-

tiva: parte del contributo ordinariamente versato all'INPS, secondo quanto previsto dalla circolare n.60/2004, verrà trasferito dall'INPS stesso al Fondo prescelto dall'impresa.

Per i datori di lavoro che non aderiscono ai Fondi resta fermo l'obbligo di versare all'INPS il contributo integrativo secondo le consuete modalità. Quindi aderire a un Fondo conviene, perchè consente all'impresa di utilizzare tutte le possibilità offerte dal Fondo a cui aderisce per la formazione continua. La circolare INPS n.107 dell'1/10/2009 dispone inoltre che le scelte di adesione e/o revoca potranno essere fatte dalle imprese in qualunque momento dell'anno tramite il DM10 (che a decorrere dal periodo contributivo gennaio 2010 è stato sostituito dal flus-



so UNIEMENS). In base ai decreti legge 185/2008 e 5/2009, è stata poi introdotta la cosiddetta "mobilità tra i fondi", e cioè vi è la possibilità per le aziende di trasferirsi da un Fondo ad un altro.

(Per altri riferimenti normativi, vedi [www.fondinterprofessionali.it](http://www.fondinterprofessionali.it)).

I Fondi fino a oggi costituiti e autorizzati, rappresentativi di una larga parte del mondo delle imprese e dei lavoratori, sono:

- **Fondo Artigianato Formazione** – Fondo per la formazione continua nelle imprese artigiane;
- **Fon.Coop** – Fondo per la formazione continua nelle imprese cooperative;
- **Fondimpresa** – Fondo per la formazione





STUDY TOUR 2010 LA HABANA

# Il diario di uno sbarco di a

Cosa ci facevano **trenta giovani imprenditori** della sanità italiana **in un Paese comunista?** Barcellona, Boston, Baltimore, Tokyo, questi Study Tour erano sicuramente più coerenti con il profilo dei nostri **"turisti non per caso"**, pieni di voglia di conoscere **le grandi eccellenze statunitensi** o i **primati tecnologici e assistenziali giapponesi**. Non si può nascondere che il recente viaggio a **L'Avana**, la capitale della grande isola caraibica di Cuba, di fatto, era invece **carico di aspettative** contrastanti: da un lato una realtà economica che cerca di **superare i problemi** legati alla povertà; dall'altra indicatori riguardanti l'istruzione e la sanità **particolarmente importanti e avanzati**, soprattutto **se raffrontati ai suddetti indicatori socio-economici** e agli altri paesi dell'America Latina.

**DI FILIPPO LEONARDI**

**M**a la sfida era stata lanciata e prontamente accolta dai giovani Aiop, che hanno sempre dimostrato comunque di avere sufficienti curiosità e audacia, anche per affrontare nuove proposte formative. Anche in questo caso, non se ne sarebbero pentiti.

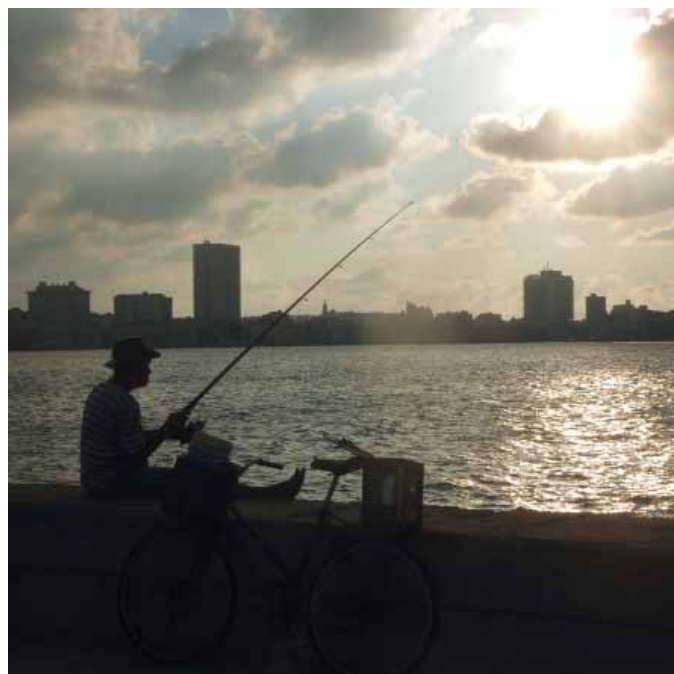
## PRIMO GIORNO

Arrivati a L'Avana, l'accoglienza è stata calda come la temperatura che, pur essendo a ottobre, si manteneva sui livelli estivi mediterranei. E abbiamo compreso meglio l'opportunità dell'indicazione che ci avevano dato di lasciare a casa giacca e cravatta a favore di un abbigliamento più sportivo, che per i cubani corrisponde alla "guayabera", una camicia sportiva e nello stesso tempo elegante. Il primo giorno è stato quindi dedicato alla presentazione delle caratteristiche dei rapporti italo-cubani e soprattutto alla descrizione del sistema sanitario, illustrati dal dr. **Victor Manuel Rodriguez**, Direttore delle Relazioni internazionali del Ministero della Salute pubblica, e dalla dr.ssa **Annet Del Rey Roa**, funzionario del Ministero per il Commercio estero. Il sistema sanitario cubano, gratuito per i

suoi 11 milioni di abitanti, è strutturato in tre livelli. Il primo, di base, è quello garantito da 32 mila medici di famiglia che, assieme al personale infermieristico, si occupano di prevenzione e cura, sia ambulatoriale che a domicilio. Il secondo livello è quello garantito da circa 490 poliambulatori, in cui sono presenti le varie specializzazioni che collaborano con il medico di famiglia, prevalentemente in day hospital e le cui prestazioni sono di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo. Il terzo e ultimo livello è quello offerto da più di 220 ospedali; più di 200, infine, sono le strutture residenziali per anziani. Gli indicatori sanitari che il dr. Rodriguez cita con particolare orgoglio sono quelli del tasso di mortalità infantile (5 per mille nati vivi, rispetto al 3 per mille dell'Italia, ma rispetto anche al 7 per mille degli USA o al 23 per mille dell'America Latina), quelli della speranza di vita (76/80anni-M/F; 78/84 in Italia; 70/75 America Latina); quelli di mortalità materna

(45 per 100mila nati vivi, rispetto a 3 per 100mila dell'Italia, ma rispetto al 160 per 100mila dell'America Latina).

L'incontro è dunque l'occasione per uno scambio di informazioni sulla sanità del proprio Paese e gli interlocutori cubani non nascondono i punti critici del loro



# micizia a Cuba

L'Avana, il Campidoglio



La delegazione Aiop Giovani nell'Ambasciata italiana a L'Avana



## REPORTAGE VIDEO

Guarda il reportage video dello Study Tour sul tuo Smart Phone tramite il QR Code:





sistema e quindi i loro prossimi obiettivi: la riduzione degli squilibri con i paesi più avanzati, il recupero della capacità produttiva e il miglioramento dell'efficienza.

Si passa quindi alla visita **ospedale chirurgico "Fratelli Ameijeiras"**, quasi un grattacielo, costruito per ospitare la Borsa prima della Rivoluzione castrista, e inaugurato nel 1982 con l'intenzione di farne un simbolo dell'attenzione del governo verso i bisogni sanitari del popolo. Oltre alla cura e alla riabilitazione, il centro ospedaliero, che offre 43 specialità medico-chirurgiche, si dedica alla formazione di specialisti di medicina.

## SECONDO GIORNO

I giorni trascorrono quindi tra visite, relazioni e scambi di idee, tra cui quello nell'Ambasciata italiana a L'Avana con i consiglieri **Pietro De Martin** e **Gabriele Cosentino**, che ci hanno permesso di avere un quadro più ampio della realtà cubana.

Particolarmente importante è stato l'**Istituto di Oftalmologia "Ramón Pando Ferrer"**, riferimento nazionale e internazionale, e centro di direzione della docenza cubana nella specialità. È dotato di tecnologia avanzata in cui si realizzano gli esami più moderni per la diagnosi delle diverse patologie oftalmiche, così come l'applicazione delle novità negli interventi chirurgici.

È proprio sull'argomento della tecnologia che si soffermano più spesso i nostri interlocutori per sottolineare le conseguenze dell'embargo, che impedisce il rifornimento di pezzi di ricambio e l'assistenza. L'applicazione dell'embargo anche su prodotti medicali si traduce spesso con l'impoverimento dell'offerta sanitaria, come testimoniano diversi apparecchi per la Tac e la risonanza magnetica, pur di modelli avanzati ma fermi in attesa di riparazione.

Il **Centro di ingegneria genetica e biotecnologia** si trova poco distante dal centro della città e il breve viaggio in pullman ci permette di osservare meglio gli splen-



## Istituto cubano di oftalmologia "Ramon Pando Ferrer"



DI BEATRICE SANSAVINI

**Rinaldo Rio, Direttore sanitario dell'Istituto racconta la storia dell'ospedale, fondato 60 anni fa, progettato e costruito prima della Rivoluzione attraverso finanziamenti che provengono dalla raccolta "porta a porta". Fu talmente voluto dalla popolazione che ogni cittadino contribuì generosamente.**

L'istituto, oltre ad avere un direttore generale, un direttore sanitario e un direttore amministrativo, conta 3 vice dirigenze per la parte clinico-chirurgica, infermieristica e docenza-ricerca.

La struttura consta di un edificio centrale in cui ci sono 3 sale operatorie e 34 ambulatori chirurgici dove vengono trattati glaucomi e cataratte. Inoltre, nel 2005 è stato inaugurato un edificio secondario, dove si fanno tutte le visite eccetto quelle per le cataratte. È in questo edificio laterale che sono ubicate altre sale operatorie. Più recenti sono altri servizi: bassa visione, neuro oftalmologia, infiammazione oculari, protesi oculari.

Nuovissimo, è invece, il servizio per il trattamento dei tumori oculari, il cui responsabile è un medico specialista che ha studiato in Italia.

L'attività dell'Istituto poggia su 3 elementi basilari:

- 30.000 pazienti operati ogni anno;
- 250.000 visite provenienti dall'estero;
- Pronto soccorso.

Un aspetto ritenuto molto importante e sul quale il dr.Rio ha voluto soffermarsi è quello della docenza-ricerca. L'Istituto Ferrer ha il suo punto forte nella preparazione didattica, soprattutto post-universitaria. Un



obiettivo fondamentale è quello della ricerca, in tutte le sue fasi di sviluppo e realizzazione svolta da docenti optometristi, infermieri e ingegneri.

Dal 2004 c'è stata quella che il dr.Rio ha definito una "rivoluzione nell'oftalmologia", con un nuovo programma di specialisti, ingegneri e infermieri, un miglioramento delle attrezzature, che oggi sono le stesse che si usano nel resto del mondo (ad es. il laser per la miopia, ipermetropia e astigmatismo, l'ultrasuono ad alta risoluzione, la macchina HRT- 2 per l'esame dell'occhio, la phacopulsar 2 per le cataratte e l'attrezzatura per la misurazione della pressione oculare, che prima del 2004 non erano utilizzate, pur se conosciute dai professionisti cubani). Ora, anche grazie a questo rinnovamento, a Cuba è possibile operare la cataratte con l'ultrasuono, facendo solo un piccolo taglio di 2mm, in anestesia topica, diminuendo notevolmente il tempo dell'intervento fino a 10 minuti per gli operatori più esperti.

È attivo presso l'Istituto Ferrer, la banca degli occhi, dove vengono conservate le cornee e le membrane neoptiche per l'esecuzione di interventi.

Il dott. Rio ci fornisce un esempio del valore della ricerca dell'istituto spiegando che, attraverso la ricerca fatta al suo interno, si è capito che il glaucoma non è una diretta conseguenza della pressione oculare alta - la pressione oculare può essere anche bassa, e il glaucoma presentarsi - ma una malattia su base genetica, causata da un'apoptosi cellulare programmata, e nonostante qualsiasi cosa si faccia si arriva alla morte del nervo ottico.

Verso la conclusione della sua presentazione, il dott. Ferrer ci informa che l'Istituto collabora attivamente con l'Harvard University di Boston. I lavoratori all'interno dell'Istituto sono 900, di cui 215 infermieri, 121 specialisti oftalmologi, 15 specialisti per tutte le malattie d'appoggio, trasversali a quelle dell'occhio. ■

didi palazzi in formidabile stile coloniale che hanno fatto sì che fossero dichiarati patrimonio dell'Unesco.

Il Centro consente la ricerca e la produzione nella sfera della biotecnologia applicata a diversi rami della società, e in particolare quello dei prodotti biologici ottenuti attraverso la biotecnologia moderna.

### TERZO GIORNO

Il terzo giorno è quello dedicato alla scoperta delle piccole strutture sanitarie e socio-sanitarie del quartiere più antico de L'Avana, e in un cui opera l'*Historiador de la Ciudad*, l'Ufficio per il recupero storico del prof. **Eusebio Leal Spengler**, uno studioso di fama internazionale, la cui formazione – scopriamo con piacere – è avvenuta per larga parte in Italia. Visitiamo quindi il **Convento di Belen**, un antico convento dei gesuiti trasformato in struttura di residenza diurna per anziani, dove gli ospiti organizzano velocemente quasi una *fiesta* per i giovani italiani; il **Centro di riabilitazione pediatrica "Senén Casas"**, per la riabilitazione di bambini con problemi di neuro-psicomotricità; la **Casa di maternità "Leonor Pérez"** di assistenza ostetrico-ginecologica di donne in difficoltà; il **Centro di Riabilitazione geriatrica "Santiago Ramón y Cajal"**, per la cura riabilitativa di pazienti anziani. La caratteristica di questi centri è quella della forte integrazione con il

## Universidad de Ciencias Informatica



DI ERMELINDA MASI

**L'UCI, orgoglio del governo cubano, è nata con l'obiettivo di informatizzare il Paese e di creare quella industria del software fondamentale per la crescita e lo sviluppo economico.**

**S**orta negli edifici che ospitarono sino al settembre 2001 il Centro per l'esplorazione e l'ascolto radioelettronico sovietico, avviò i suoi primi corsi nel settembre 2002, accogliendo 2.000 studenti e 300 professori.

Oggi il Campus universitario sorge su un'area di 168 ettari, dotata di ogni servizio, di aree sportive e di ritrovo, ospita, nei suoi 150 edifici, 10.000 studenti e 2.550 professori.

L'Università, in soli 8 anni, ha visto laurearsi 6.400 ingegneri e ha iniziato 160 progetti di informatizzazione, di cui 47 hanno trovato applicazione anche all'Estero. Tutti i progetti di informatizzazione dopo il 3° anno di sviluppo vengono gestiti dalla Albet, una impresa commerciale dell'Università, sorta nel 2005. La Albet, con i suoi 200 milioni di dollari di fatturato 2010, indica la direzione commerciale di tutti i prodotti e i servizi che sviluppa l'UCI.

Oltre ad offrire una serie di servizi di consulenza, assistenza e formazione, sono stati sviluppati, prodotti e commercializzati software nei vari settori strategici per il governo e lo sviluppo economico del Paese:

- Sistemi per la gestione di penitenziari, polizia, emergenze e sicurezza delle città, controllo dei flussi migratori, emissione di documenti di identità e archiviazione dei documenti;
  - Software per la formazione e l'educazione;
  - Sistemi per lo sviluppo, il controllo e la supervisione dei processi industriali e dei servizi di automazione;
  - Sistemi per la Salute: gestione del percorso assistenziale, biotecnologia, telemedicina, controllo degli alimenti alla frontiera portuale e aeroportuale, gestione delle risorse mediche e infermieristiche nel mondo, gestione degli elettromedicali e delle attrezzature con il registro dei fabbricanti.
- Il Sistema per la gestione dei processi sanitari è ricco e complesso, si compone di 17 moduli ed è stato sviluppato negli ultimi due anni.

Il flusso di dati del processo assistenziale va dalla prenotazione degli esami e delle visite di Assistenza Primaria sino alla cartelle infermieristiche, riabilitative e si conclude nella cartella clinica informatizzata.

Tutti i processi di supporto hanno un proprio modulo: CUP, magazzino, sala operatoria, turni, igiene, assistenza sociale, senza trascurare i software più sofisticati per la gestione delle immagini DICOM (PACS e RIS).

L'implementazione del sistema gestionale sanitario è stato già concluso con successo in 10 ospedali cubani e in 8 venezuelani e presto verrà esteso anche ad altre 40 strutture dell'isola e ad altre 8 in Venezuela.

L'obiettivo ambizioso che si vuole raggiungere è di condividere tutti i dati sanitari della popolazione attraverso la piattaforma INFOMED, raggiungibile velocemente da tutte le strutture sanitarie collegate all'Intranet cubana.

Cuba ha avviato da anni rapporti di collaborazione in ambito sanitario con diversi stati stranieri come Venezuela, Brasile, Algeria, Cina, India, Pakistan, Iran ed Europa orientale, cui vende i propri farmaci, a volte meno costosi rispetto a quelli delle multinazionali, e cui invia le proprie risorse mediche ed infermieristiche per supportare la formazione dei medici e l'organizzazione delle strutture sanitarie. Soprattutto in Venezuela il governo cubano ha preso in mano la gestione e la informatizzazione della sanità in cambio di approvvigionamento energetico e del cablaggio di una cavo in fibra ottica che finalmente darà a Cuba la connessione ad Internet a banda larga. Ad oggi infatti, l'isola è collegata al web attraverso una lenta connessione satellitare. ■





## Hospital Clinico-Quirurgico Hermanos Ameijeiras



DI RAFFAELLA CAMINITI

**L'ingresso è bellissimo, costituito da un atrio destinato all'accettazione dei pazienti; tale spazio prima della rivoluzione era la sede della Borsa di Cuba, e le vecchie cassaforti che prima custodivano banconote, oggi contengono farmaci. Il nome dell'ospedale deriva dal nome di un generale che insieme ai suoi tre fratelli combattè la rivoluzione che portò Fidel Castro al potere.**

L'edificio è stato ultimato dopo la rivoluzione ed oggi, dopo la ristrutturazione del 2004, consta di 24 piani. Attualmente è centro di eccellenza e punto di riferimento nazionale per le specialità chirurgiche e mediche, centro post-universitario, con 600 posti letto e 600 medici, tra i quali sono compresi specialisti universitari e neo laureati. Il personale infermieristico specializzato è presente quasi in pari numero. Il vertice strategico dell'ospedale è costituito da un Direttore Generale, un Direttore Amministrativo e un Direttore Sanitario. L'ospedale è costituito da diversi reparti sia di chirurgia che di medicina ad esclusione di quello di pediatria e di ginecologia. I chirurghi si avvalgono di 12 sale operatorie per espletare la loro attività. L'ospedale accoglie circa 12.500 pazienti l'anno ed il 30% della chirurgia dell'ospedale è fatta ambulatorialmente e in via mini invasiva. La chirurgia plastica maxillo-facciale e ricostruttiva è di grande importanza, così come l'attività dei trapianti degli organi. La degenza media di un paziente chirurgico è di 12 giorni dopo l'intervento, mentre 8-10 giorni per le patologie mediche. L'ingresso del paziente in ospedale è preceduto da una lista di attesa, per le patologie tumorali, che va da un minimo di 10 giorni ad un massimo di un mese. L'Ospedale è punto di riferimento per il reparto di radiolo-



L'ospedale  
Fratelli Ameijeiras

gia, dotato di macchinari avanzati, quali Siemens o Philips. I 15 radiologi impegnati in tale reparto, si avvalgono anche di 10 laboratori ultrasuoni, che eseguono, tra gli altri, esami Tac, risonanze, densitometria, mammografie, diagnostica istologica ed endoscopia interventistica. La struttura, in quanto centro di eccellenza per la chirurgia cardiovascolare è dotata inoltre di 2 angiografi. Si pongono problemi gravi per quanto riguarda la manutenzione in generale e delle attrezzature in particolare a causa – ci dice il Direttore sanitario – dell'embargo Usa. È più facile acquistare una nuova apparecchiatura piuttosto che ottenere o stipulare contratti di manutenzione. Per quanto riguarda la trasmissione delle immagini, viene utilizzato un sistema intranet, attraverso la piattaforma Infomed che

consente il passaggio dei dati e di tutta la documentazione sanitaria, radiografie, esami, Tac, cartelle cliniche, tra i diversi reparti dell'ospedale e con altri ospedali. Tale sistema è costituito da circa 400 computer in rete, di cui 100 postazioni in biblioteca. Le comunicazioni avvengono tramite satellite. Ad oggi, infatti, la trasmissione è molto lenta, ma stanno procedendo a cablare tutta l'isola per consentire una trasmissione più veloce. ■

territorio in cui sono inseriti. Da questo provengono la maggior parte degli utenti/pazienti e i tantissimi volontari, spesso parenti, che animano le strutture. Scopo dell'*Historiador*, oltre al coordinamento di queste attività socio-sanitarie è quello della ristrutturazione e tutela del patrimonio storico costituito dai bellissimi edifici che ospitano i centri.

Nella sala del pianoforte del palazzo dell'*Historiador*, il prof. Spengler e il dr. Averardo Orta, Coordinatore Nazionale dell'Aiop Giovani, hanno firmato un importante accordo per la promozione di scambi di esperienze nella gestione dei

servizi per la salute; per il sostegno, nell'acquisto di apparecchiature, tecnologia e forniture mediche, e per il reperimento di personale medico e infermieristico cubano da introdurre nelle strutture Aiop in Italia.

### QUARTO GIORNO

Il giorno dopo è quello dedicato ai centri di formazione universitaria e comincia dalla **Facoltà di Stomatologia "Raúl González Sánchez"** dell'**Università de L'Avana**.



Nella Casa di maternità  
" Leonor Pérez "

Qui la delegazione viene accolta da diversi docenti universitari che illustrano le caratteristiche formative della scuola. Si tratta di un antico centro di eccellenza in cui lavorano 295 professori e circa mille studenti, tra cui alcuni provenienti da paesi del terzo mondo. La scuola ha in corso diversi progetti di collaborazione con l'Italia per la ricerca e gli impianti.

Il secondo centro è la UCI, la **Città Universitaria informatica**, su cui il Ministe-



ro per il Commercio estero punta decisamente per avviare una collaborazione con i paesi tecnologicamente avanzati. Il centro si trova a circa 60 chilometri dalla città e il viaggio ci permette di osservare enormi piantagioni di tabacco e di canna da zucchero, le “miniere” dei famosi sigari e del loro altrettanto famoso rhum. Ma le strade sono anche il luogo per vedere decine di splendide auto americane anni '50, tanto affascinanti nelle loro evocazioni quanto ormai rare nel resto del mondo.

Le attività dell'UCI sono illustrate dal vice Rettore ing. **Hector** che con molta soddisfazione descrive la cittadella universitaria e le tante collaborazioni internazionali, soprattutto con i paesi del terzo mondo.

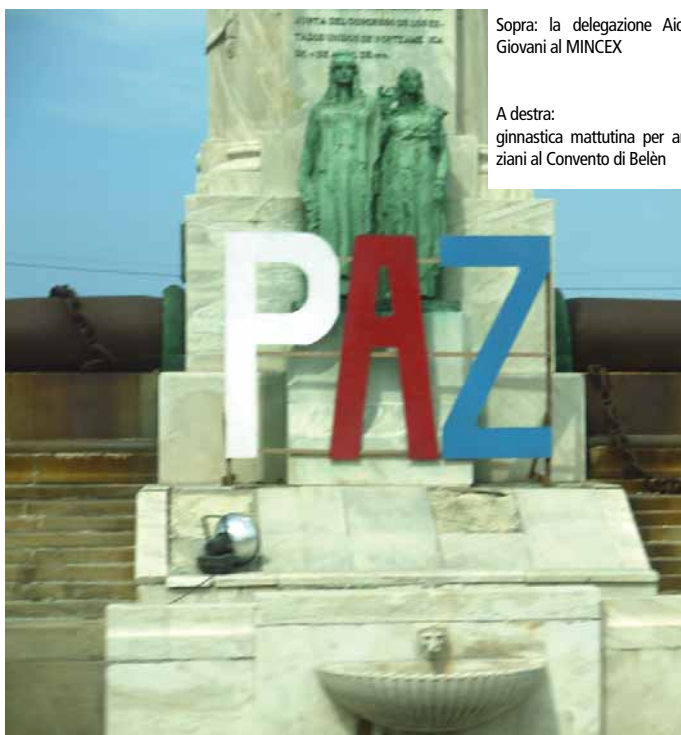
Il tempo ci permette di inserire un fuori programma, con la visita di **Labiofarm**, un centro di produzione e distribuzio-

ne di vaccini contro le più diffuse malattie infettive, dalla dengue alla malaria, alla febbre emorragica e fino alla peste bubbonica, recentemente assunto agli onori della cronaca, sia al Tg1 della Rai che su programmi Mediaset. L'esposizione mediatica nasce dalla produzione di un farmaco ricavato dal veleno dello scorpione azzurro, che vive unicamente a Cuba nella zona di Guantanamo, che oltre ad essere un potente antinfiammatorio viene utilizzato per la cura di alcuni tumori. Il pro-

La firma dell'Accordo tra il dott. Averardo Orta e il prof. Eusebio Leal Spengler



Lo Study Tour volge quindi al termine, ma c'è il tempo per una cena di festa, soprattutto per ringraziare gli ospiti che hanno consentito il successo e la ricchezza formativa dell'esperienza. Tra gli intervenuti, l'Ambasciatore d'Italia a Cuba, S.E. Sign. **Marco Baccin**, e il dr. **Pedro San Jorge Rodríguez**, Direttore del Ministero per il



Sopra: la delegazione Aiop Giovani al MINCEX

A destra: ginnastica mattutina per anziani al Convento di Belén



dotto è attualmente sottoposto ad analisi scientifiche per spiegare le evidenze di alcuni risultati, ma di certo fa una certa impressione apprendere che circa duemila italiani si recano ogni anno a Cuba per ritirare (qui è completamente gratuito) il prodotto dietro presentazione di cartella clinica.

Commercio estero di Cuba, le cui interviste, assieme al resto del materiale documentario è disponibile sul sito della sezione [www.aiopgiovani.it](http://www.aiopgiovani.it).

Sull'aereo che ci riporta in Italia riassaporiamo l'atmosfera che abbiamo lasciato, soprattutto la musica dalle mille combinazioni e l'allegria della gente. E riflettiamo ancora sui contrasti visti e che pensavamo di risolvere con una visita diretta. Rimane però l'apprezzamento per il primato dato al settore della sanità e dell'istruzione che costituisce un patrimonio politico e culturale da tutelare e sviluppare. ■

LE SFIDE DA AFFRONTARE

# Quali priorità per i sistemi all'indomani della crisi?

Spesa sanitaria e qualità: **un binomio inconciliabile?** I ministri della sanità dei Paesi membri dell'OCSE si sono riuniti a Parigi il 7 e l'8 ottobre per discutere sulle sfide da affrontare **in seguito alla crisi economica globale**, che spinge a ridurre la spesa sanitaria o almeno a **tentare di controllarne l'incremento**, per non accrescere la pressione fiscale ed il deficit pubblico.

**DI ALBERTA SCIACCHÌ**

**A**l di là di delle possibili misure destinate ad affrontare i problemi contingenti, che pure sono in alcuni casi ineludibili, la discussione ha preso in considerazione soprattutto le soluzioni a lungo termine, necessarie per assicurare un'utilizzazione efficace delle risorse e la qualità dei servizi, in un contesto generale caratterizzato dall'invecchiamento della popolazione, dall'innovazione tecnologica e dalle attese crescenti dei cittadini.

La partecipazione dei ministri e dei rappresentanti di quasi tutti i Paesi europei, e di moltissimi extra-europei - dagli USA al Giappone, dall'Australia alla Nuova Zelanda, dalla Turchia alla Russia, dal Messico al Cile - dimostra l'importanza delle questioni legate all'efficienza dei sistemi sanitari, chiamati tutti ad affrontare, a vari livelli ed in contesti diversi, lo stesso problema: contenere la spesa senza abbassare il livello delle prestazioni.

La questione, secondo la visione dell'OCSE, non è infatti spendere molto, ma spendere bene per la sanità. Non è un male in sé che la spesa sanitaria sia elevata, se questa è una scelta di società, perché il settore sanitario è fonte di sviluppo e di coesione sociale, importante datore di lavoro e leader nel campo dell'innovazione tecnologica. Il problema è che **la spesa sanitaria deve tradursi in un investimento produttivo,**

**secondo il principio definito dalla stessa OCSE "value for money".** Ciò implica concretamente l'esigenza di verificare che "ogni dollaro speso sia speso bene", ottimizzando l'allocazione delle risorse, misurando il rapporto costi-benefici, riducendo sprechi ed inefficienze, migliorando gli standard assistenziali.

È significativo perciò che la riunione generale sia stata preceduta da un Forum sulla qualità, al quale hanno preso parte numerosi ministri della sanità, rappresentanti delle autorità pubbliche ed esperti internazionali.

## IL FORUM SULLA QUALITÀ

La misurazione ed il miglioramento della qualità richiedono indubbiamente investimenti e non devono perciò, secondo gli esperti dell'OCSE, essere adottati nell'esclusivo intento di ridurre immediatamente la spesa. Tali metodi, tuttavia, conducono indirettamente ad un contenimento dei costi generati dalla mancanza di qualità. L'equipe del progetto OCSE sugli indicatori di qualità delle cure (HCQI in inglese) ha introdotto dal 2001 in poi un'informazione confrontabile a livello internazionale sui livelli qualitativi e sui costi delle cure sanitarie, individuando numerosi fattori che abbracciano le cure di primo livello e

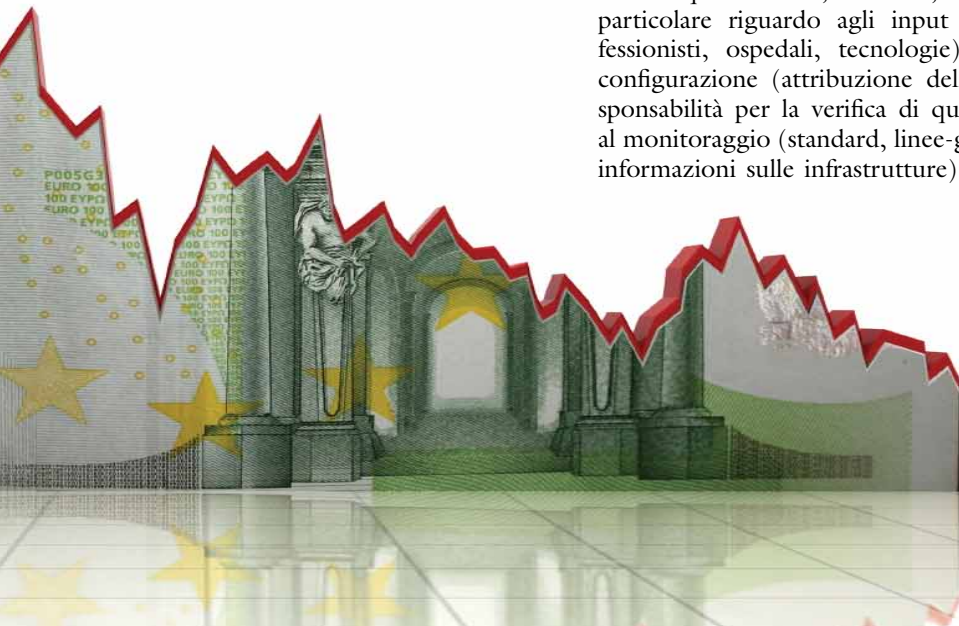


le ammissioni ospedaliere evitabili, le cure per acuti e per la salute mentale, i tassi di mortalità per patologia e le percentuali di ricoveri ripetuti a breve intervallo di tempo. Tale ricerca si sta ampliando attualmente ad altri ambiti, quali la sicurezza e la valutazione dell'esperienza dei pazienti. Le relazioni introduttive del Forum sono state affidate ad esperti della stessa OCSE e della Società per la qualità delle cure (ISQua). I temi di maggiore rilievo sono stati poi approfonditi da un panel di rappresentanti delle professioni sanitarie (World Medical Association), della gestione ospedaliera (International Hospital Federation), dei pazienti (International Alliance of Patient Organisations) e successivamente discussi in una tavola rotonda di esperti e di ministri della sanità. Niek Klazinga, responsabile del già citato progetto OCSE, ha illustrato, tra l'altro, i



# sanitari

- codificazione delle diagnosi e di segnalazione delle ammissioni, in modo da poter individuare i risultati attribuibili alla responsabilità degli ospedali;
- 3) diffondere su vasta scala l'uso delle cartelle cliniche elettroniche per misurare la qualità delle cure in rapporto con le statistiche relative alla popolazione;
  - 4) istituire sistemi nazionali per la raccolta d'informazioni sull'esperienza del paziente;
  - 5) utilizzare gli indicatori di qualità per valutare i miglioramenti a macro, micro e medio livello;
  - 6) assicurare la consistenza ed il collegamento tra le applicazioni per la misurazione della qualità, da un lato, e le politiche nazionali per il miglioramento della qualità stessa, dall'altro; ciò con particolare riguardo agli input (professionisti, ospedali, tecnologie), alla configurazione (attribuzione delle responsabilità per la verifica di qualità), al monitoraggio (standard, linee-guida, informazioni sulle infrastrutture) ed al



principi che devono presiedere alle ricerche nazionali ed internazionali nell'ambito della qualità, definendo così una cornice generale in cui collocare correttamente ogni iniziativa ed intervento in materia. Per ottenere risultati positivi e confrontabili, a livello sia di ricerca sia di concreta prassi, è essenziale, a suo parere, rispettare le sette seguenti **"raccomandazioni"**:

- 1) sviluppare una normativa che garantisca il giusto equilibrio tra le preoccupazioni per la tutela della privacy e dei dati personali, da un lato, e la necessità di disporre di un'informazione valida per una governance orientata alla qualità, dall'altro;
- 2) utilizzare pienamente il potenziale dei registri e delle banche-dati nazionali per misurare la qualità delle cure, in particolare attraverso l'introduzione di "identificatori unici" del paziente, di

miglioramento (programmi nazionali di qualità e sicurezza, incentivi per la qualità);

- 7) ricercare esempi di buone prassi per il miglioramento della qualità in altri Paesi ed identificare come questo apprendimento possa essere applicato localmente.

Se in base a questa impostazione teorica, si potrebbe avere l'impressione che i sistemi sanitari nazionali siano alla ricerca dell'optimum, partendo già da un buon livello generale dell'assistenza, ciò non è purtroppo sempre vero, neppure nei Paesi industrializzati, dove si registrano peraltro punte di eccellenza.

Phil Hassen, Presidente dell'ISQua, ha aperto la propria relazione sulle prassi organizzative necessarie per garantire la sicurezza del paziente e minimizzare i rischi, con alcuni dati generali di grande impatto.

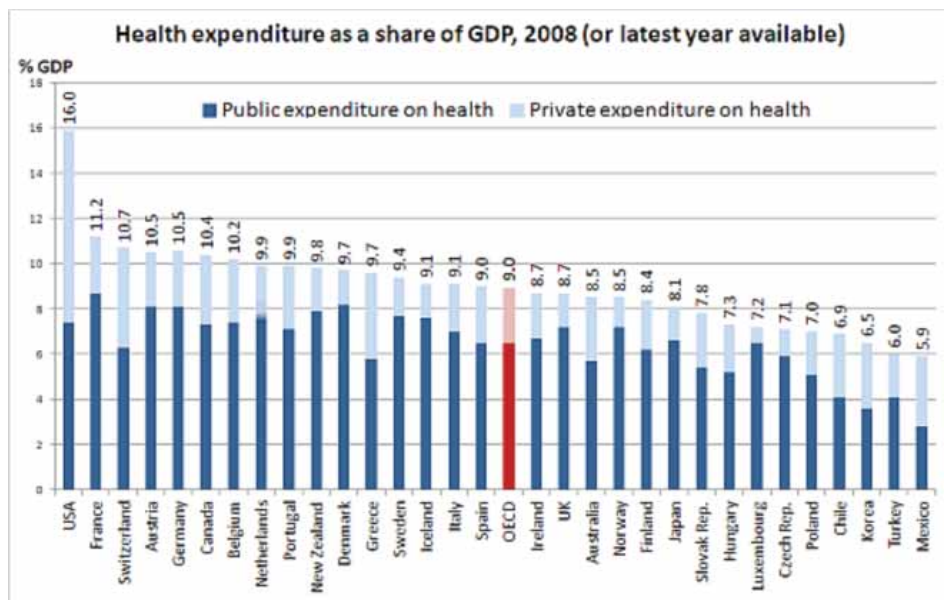
Nel mondo più del 10% dei pazienti ospedalizzati sono vittime di errori medici, dei quali più della metà potrebbe essere evitata. Un adulto su dieci contrae infezioni ospedaliere, uno su dieci riceve un farmaco sbagliato o in dosi sbagliate, ci sono più decessi causati da un "evento avverso" in ospedale che per cancro al seno, incidente di auto e AIDS. Negli ospedali della Svezia il 12% dei pazienti ricoverati incorre in "eventi avversi" (evitabili per il 70%), la metà dei quali causa un prolungamento del soggiorno ospedaliero e perfino disabilità. Nel Regno Unito il 40% dei ricoveri in urgenza avrebbe potuto essere evitato con una migliore qualità delle cure primarie. Studi comparativi condotti da enti internazionali di ricerca e dalla stessa OCSE rilevano, inoltre, enormi variazioni nei livelli qualitativi della sanità all'interno della stessa nazione o tra Paesi diversi.

In merito a queste disfunzioni gravi dei servizi sanitari, Sir Cyril Chantler della UCL (University College London), una delle dieci maggiori università del mondo, ha autorevolmente dichiarato: **"La medicina un tempo era semplice, inefficace e relativamente sicura. Ora è complessa, efficace e potenzialmente pericolosa"**.

Riguardo alle politiche da attuare, per garantire la sicurezza del paziente ed un effettivo miglioramento della qualità, l'OCSE ha individuato ed illustrato alcune linee-guida, discusse nel Forum nel corso di tavole rotonde animate da esperti ed autorità pubbliche: migliorare il coordinamento interno delle cure, per garantirne la continuità nel passaggio attraverso i diversi settori del sistema sanitario; sviluppare la prevenzione (tanto predicata e poco praticata!); realizzare sistemi sanitari centrati sul paziente e misurarne l'esperienza; assicurare che le prestazioni sanitarie siano appropriate, efficaci e sicure; ricompensare i provider con incentivi per la qualità, che in alcuni Paesi sono stati tradotti nel criterio di remunerazione denominato **"pay for performances"**. Tutto ciò allo scopo di orientare la governance dei sistemi in base al miglioramento non solo degli standard qualitativi e della efficienza produttiva, ma anche della valutazione degli outcome, dei risultati in termini di stato di salute e qualità di vita della popolazione.

Se lo studio di indicatori e la loro effettiva applicazione per il miglioramento della qualità sono iniziative che, come già detto, richiedono investimenti iniziali e non comportano una riduzione immediata dei costi, è tuttavia indubbio che una qualità





mediocre, oltre a generare inutili sofferenze per i pazienti, provochi anche aumenti evitabili dei costi della sanità e di quelli sociali collegati alla malattia, alla morbilità e alla disabilità. È per tale motivo che nel loro Comunicato finale, i ministri della sanità, hanno fatto riferimento esplicito ai risultati del Forum, apprezzando gli orientamenti fondamentali emersi, che si sono dichiarati intenzionati ad applicare nelle prossime iniziative di politica ed economia sanitarie.

**LE PRIORITÀ DEI SISTEMI SANITARI ALL'INDOMANI DELLA CRISI**

Nella valutare la situazione generale dei sistemi sanitari, in seguito alla recente crisi economica, l'OCSE, nella ricerca sull'argomento presentata ai ministri riuniti a Parigi, ribadisce innanzitutto che la progressione della spesa per la sanità è in sé un segnale positivo, a condizione che sia frutto di scelte e consapevoli e che i vantaggi risultino superiori ai costi. La spesa sanitaria, infatti, può consentire di attenuare le conseguenze sociali della recessione, stabilizzando la domanda di consumi di fronte alla caduta della domanda di beni e servizi in altri settori dell'economia. Di recente, tuttavia, la crescita della spesa è stata più rapida di quella generale dell'economia, esercitando perciò sui sistemi di finanziamento dei servizi una forte pressione, che a sua volta si traduce nell'aumento di contributi ed imposte e nella conseguente ricerca di nuove forme di finanziamento. In questa situazione, in cui le risorse risultano insufficienti, è allora di vitale importanza poter dimostrare che ogni risorsa ag-

giuntiva è bene impiegata, migliorando il rapporto costi-benefici e ricompensando erogatori e finanziatori (nel caso di sistemi assicurativi) in base a criteri di qualità ed efficacia.

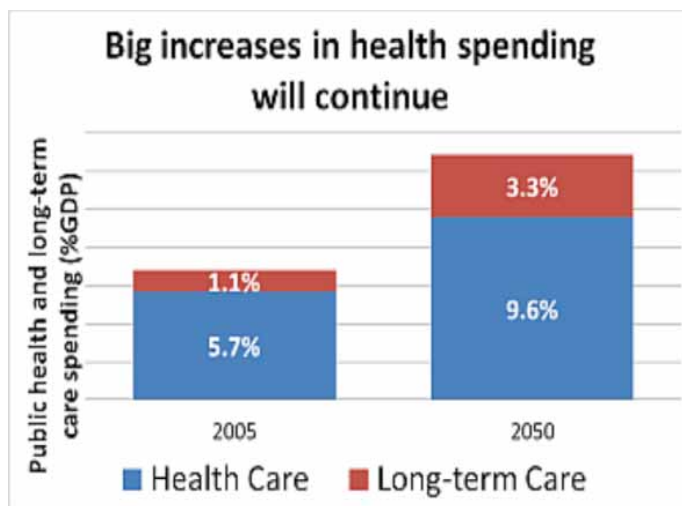
Molti Paesi hanno preso di recente o stanno prendendo iniziative promettenti per una più razionale allocazione delle risorse, per un'utilizzazione efficace delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, per l'introduzione di nuovi metodi di remunerazione. A parere dell'OCSE, se tali iniziative permetteranno di migliorare la qualità e l'accesso alle cure a costi ragionevoli, l'aumento delle risorse destinate alla sanità è giustificato, perché contribuirà a migliorare le performance dei sistemi, favorendo l'uscita dalla crisi.

In questo processo, in cui non esistono soluzioni miracolistiche, il nodo critico sta nella valutazione delle iniziative, adottate per ridurre la progressione della spesa a breve termine, in confronto con le strategie a lungo termine, destinate a migliorare il rapporto costi-efficacia: due modalità d'intervento che non sempre è possibile conciliare. **Le politiche di compressione immediata della spesa, infatti, vengono attuate attraverso controlli regolamentari di tipo discendente e contrastano spesso con le politiche di miglioramen-**

to dell'efficacia a lungo termine, realizzate attraverso forme d'incentivazione e promozione. La prima categoria di misure comprende diversi tipi d'intervento (largamente e spesso tristemente noti!) vale a dire il controllo degli input (capitali e forza lavoro), i tetti di budget, il congelamento di prezzi e dei salari, i limiti dei volumi di prestazioni e l'introduzione di ticket. Tali politiche di "corto respiro" possono, secondo la ricerca dell'OCSE, contenere la spesa a breve termine, ma non consentono di controllare a medio termine i meccanismi che ne determinano il rialzo. **Le riduzioni di spesa determinate dall'intensificazione di questo genere di politiche sono, pertanto, effimere e possono paradossalmente tradursi, a medio e lungo termine, in un aumento della spesa stessa, sempre secondo l'analisi dell'OCSE, se ad esempio gli investimenti necessari per le infrastrutture e le tecnologie sono rinviati o le politiche di prevenzione e promozione della salute vengono trascurate.**

Nello stesso tempo, tagli indiscriminati alla spesa pregiudicano il perseguimento di altri obiettivi essenziali dei sistemi sanitari. Al riguardo l'OCSE sostiene che il **ralentamento rapido della pressione sulla spesa sanitaria può alla fine "costare caro", causando una restrizione nell'accesso alle prestazioni, un'offerta di servizi non equilibrata, cure meno appropriate, una diffusione ritardata delle nuove tecnologie ed un abbassamento generale del livello di qualità.**

Se dunque le misure di compressione immediata della spesa possono essere applicate solo per brevi periodi in alcuni Paesi, in cui risultano inevitabili per mancanza di fondi, i nodi problematici, che i sistemi sanitari affrontano attualmente, devono



trovare una soluzione valida e duratura attraverso soluzioni a lungo termine, le quali vanno certo sperimentate per valutarne pienamente la possibili ricadute sui costi.

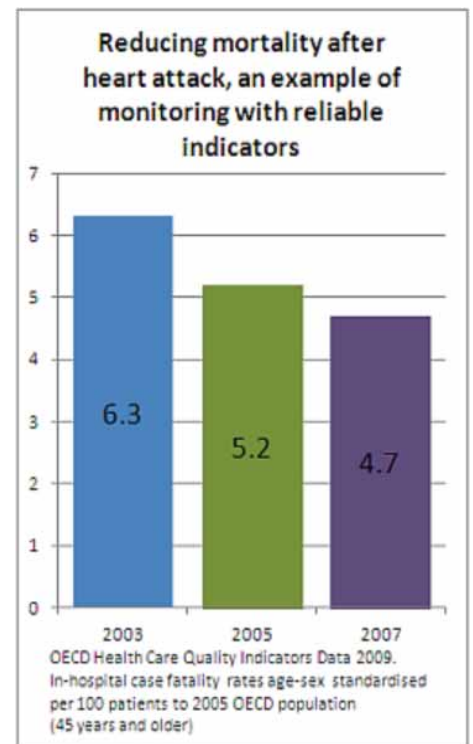
### VALUE FOR MONEY

La maggior parte degli analisti ritiene che il modo migliore per superare la crisi attuale consista nel favorire l'informazione dei pazienti e nel ricompensare gli erogatori che ottengono i migliori risultati in termini di efficienza e qualità. Per quanto riguarda in particolare i pazienti, il loro coinvolgimento nel processo decisionale relativo alle cure ne accresce la soddisfazione, l'autonomia e la qualità di vita, con ricadute positive anche sui costi. Un maggiore coordinamento interno del sistema, inoltre, facilitando il loro percorso tra i vari servizi, evita la duplicazione delle prestazioni e le inefficienze con il conseguente spreco di risorse.

Se si considerano poi i problemi presenti non più dal lato della domanda, ma sul versante dell'offerta, emergono margini di recupero dell'efficienza ancora più significativi. In questo ambito, lo studio

dell'OCSE si sofferma in particolare sul settore ospedaliero, perché ad esso si riferisce mediamente il 40% della spesa sanitaria. Per tale motivo proprio in questo settore si è registrato negli ultimi anni il maggiore numero d'interventi, con cambiamenti nella durata media dei ricoveri, nella diffusione della chirurgia in day-hospital, nella specializzazione dei centri, nell'accresciuta attenzione alla qualità ed alla sicurezza del paziente, e con innovazioni del metodo di remunerazione, che vanno dalla diffusione dei DRG alla recente sperimentazione del criterio "pay for performance". Tutte queste trasformazioni, attuate in un regime di controllo dei budget, hanno sviluppato la capacità manageriale e la responsabilità nella tenuta dei bilanci, pur restando ancora spazi di miglioramento delle performance nel campo della gestione ospedaliera.

Se dall'efficienza della singola struttura si passa, poi, a quella del sistema molte questioni restano ancora sul campo. Una delle soluzioni più importanti, prospettata ed anche attuata in paesi come l'Olanda, quella della separazione "purchaser - provider" appare, ad esempio, di difficile appli-



cazione perché l'ente acquirente, oltre alla chiara definizione degli obiettivi da con-

## Il comunicato stampa dei ministri della sanità e i progetti dell'OCSE per i prossimi anni

La riunione ministeriale si è svolta a porte chiuse, com'è tradizione consolidata anche se poco democratica! Al suo termine è stato diffuso un comunicato - stampa, in cui vengono illustrate le conclusioni comuni raggiunte, almeno sui principi, e le indicazioni rivolte all'OCSE in merito alle linee di ricerca da seguire in futuro.

Dopo aver ribadito che uno dei compiti fondamentali delle autorità responsabili della sanità è quello di vigilare affinché i cittadini traggano il massimo beneficio dalle importanti risorse destinate al settore, i ministri dichiarano che il loro obiettivo finale è di migliorare lo stato di salute della popolazione, attraverso la prevenzione, la qualità delle cure e la maggiore autonomia del paziente.

Per conseguire tali risultati, i ministri sottolineano poi la necessità di disporre di statistiche internazionali comparabili - raccolte da organismi

quali l'OCSE, l'OMS ed EUROSTAT - sul miglioramento di qualità e sulla spesa sanitaria, consolidando il sistema dei bilanci e creando una piattaforma comune per la raccolta di dati.

Per poter confrontare le performance dei sistemi ed ottimizzare la spesa ritengono, infatti, di particolare utilità fare riferimento alle buone prassi applicate in altri Paesi, che possono essere adattate a contesti diversi. L'adeguamento di tutti gli erogatori a standard individuati attraverso il confronto con quelli più efficaci ed efficienti è evidentemente vantaggioso sia per i finanziatori, sia per i consumatori dei servizi sanitari.

L'impegno costante dei governi e dei ministri della sanità per realizzare sistemi più efficienti, equi e dinamici si è concentrato negli ultimi anni su una serie di provvedimenti comuni a più Paesi, che sono stati analizzati dall'OCSE: il cambiamen-

to dei metodi di remunerazione, la valutazione delle nuove tecnologie, il ricorso all'informatica, il coordinamento interno dei sistemi per realizzare servizi centrati sui pazienti, le politiche del personale. Tutte queste iniziative sono destinate fondamentalmente a modificare le prassi di provider, finanziatori e pazienti, ottimizzando così la spesa sanitaria.

In tale prospettiva i Ministri ritengono che "fissare la cornice normativa ed i meccanismi d'incentivazione adeguati per instaurare una concorrenza positiva nel settore della sanità possa essere un mezzo per migliorare la qualità, l'efficienza e la scelta dei pazienti." Nelle situazioni budgetarie critiche è, infatti, ancora più importante, a loro avviso, utilizzare in modo efficiente le risorse destinate alla sanità, senza trascurare le riforme strutturali necessarie per garantire, al di là delle urgenze, risultati stabili a lungo termine.

Che cosa ricercano allora i ministri della sanità, come expertise nell'analisi economica che sia di supporto alle loro iniziative?

Nel comunicato finale essi chiedono dall'OCSE di "andare al di là dei lavori fin qui realizzati e di utilizzare le sue capacità di comparazione dei dati per trattare alcune problematiche d'importanza strategica o innovativa in materia di politiche sanitarie."

Chiedono "in particolare di studiare i collegamenti tra sanità, crescita e benessere. Il settore sanitario occupa un posto così importante nell'attività economica che la sua efficienza è determinante per la vitalità delle nostre economie e per il benessere delle nostre società."

Chiedono, in sintesi, "di analizzare il legame tra sanità e performance economiche dei Paesi membri" perché essa non sia più considerata solo una spesa da tagliare ma un settore produttivo dell'economia da sviluppare. ■



Mark Pearson, capo della Divisione sanità OCSE

seguire, dovrebbe anche poter disporre di banche dati complete ed attendibili per il monitoraggio dei contratti e la valutazione delle performance degli erogatori.

Del resto anche altri aspetti di fondamentale importanza - come la medicina *evidence-based*, l'innovazione tecnologica, la remunerazione per risultati, l'informatica sanitaria, la telemedicina - presentano difficoltà. Da un lato, infatti, la loro applicazione richiede investimenti ulteriori, dall'altro non è dimostrato che producano una significativa riduzione della spesa. In sostanza, queste misure andrebbero applicate più per realizzare un miglioramento effettivo della qualità e dell'efficienza, che per ottenere un contenimento immediato dei costi, anche se la loro influenza positiva su questo aspetto può essere dimostrata dalla riduzione dei costi "diretti" - dovuti alla cattiva qualità, agli errori medici, all'inefficienza e agli sprechi - e di quelli "indiretti", di natura economico-sociale e previdenziale, determinati da un'adeguata tutela dello stato di salute della popolazione.

In conclusione, si tratta, secondo l'OCSE, di contemperare le soluzioni a breve e lungo termine, tentando di conciliare l'esigenza di rallentare la crescita della spesa con quella di promuovere sistemi sanitari efficienti.

Nel prossimo futuro è probabile che il tasso d'incremento della spesa sanitaria seguirà a superare quello della crescita del PIL, ma nello stesso tempo il settore sanitario continuerà ad offrire vantaggi ai consumatori ed alla società, creando nuovi

posti di lavoro, migliorando la qualità di vita, assicurando crescita e benessere. **In questa prospettiva, le soluzioni a lungo termine, destinate a migliorare efficienza e qualità, non devono tanto operare una drastica riduzione dei costi quanto alimentare la continua ricerca di nuovi mezzi da utilizzare perché la spesa sanitaria diventi un investimento produttivo, tale da soddisfare sempre meglio il criterio "good value for money", garantendo così un buon rendimento del denaro a consumatori, acquirenti ed erogatori!**

#### LA POSIZIONE UFFICIALE DEL BIAC

In occasione della riunione ministeriale, sono stati consultati formalmente anche i rappresentanti dei sindacati e della parte datoriale per illustrare la loro visione in merito alle priorità dei sistemi sanitari nella crisi attuale.

Il **BIAC** (*Business and industry advisory committee*) nella posizione ufficiale, comunicata ai ministri dei Paesi OCSE, ha sottolineato una serie di sfide che dovranno affrontare i sistemi sanitari sottoposti alla pressione finanziaria, inasprita dalla recente crisi economica: la crescente complessità del settore sanitario e le inefficienze di gestione, la frammentazione nell'offerta dei servizi ed i deficit degli enti finanziatori.

La posizione del BIAC è in realtà assai articolata, perché se da un lato il mondo imprenditoriale ed industriale ha interesse a non far aumentare il costo del lavoro con ulteriori oneri, che possono ridurre la competitività e la crescita economica delle aziende, dall'altro esso è parte integrante della soluzione, agendo come soggetto propositivo sia per fronteggiare le urgenze, sia per trovare soluzioni innovative a lungo termine. L'obiettivo da raggiungere è chiaro

a tutti - governi, imprenditori, operatori, cittadini, pazienti - e in certo qual modo scontato: massimizzare la produttività delle limitate risorse, migliorando nel contempo la qualità delle cure ed i risultati per i pazienti. Le strade per raggiungere questo ideale, sono però diverse, se non addirittura divergenti. Quella proposta dal BIAC individua le priorità del mondo imprenditoriale e industriale:

1) sviluppare l'efficienza dell'offerta di

La delegazione BIAC all'incontro ministeriale



- servizi per i cittadini e i pazienti
  - 2) incoraggiare l'innovazione in sanità
  - 3) migliorare la qualità dell'offerta sanitaria
  - 4) sostenere una solida infrastruttura e una forza lavoro qualificata
  - 5) promuovere la prevenzione.
- Partendo da questi orientamenti di fondo

Angel Gurría, Segretario Generale dell'OCSE





il BIAC ritiene essenziale:

- individuare sistemi di gestione migliori e modelli di remunerazione innovativi
- facilitare l'uso e l'integrazione di nuove tecnologie e servizi, inclusa l'e-health
- migliorare lo screening e la prevenzione
- promuovere la competizione tra erogatori e finanziatori pubblici e privati
- incoraggiare un maggiore coordinamento delle cure e migliori controlli di qualità

Tutti questi obiettivi richiedono la considerazione attenta di aspetti particolari, per potersi poi tradurre in iniziative concrete. L'innovazione nell'offerta di servizi, ad esempio, non riguarda solo prodotti e dispositivi, ma anche schemi di finanziamento, organizzazione, gestione delle strutture. Per essere adeguatamente sostenuta, essa deve essere ricompensata con appro-

priate politiche macro-economiche ed inserita in una cornice pro-competitiva, supportata da una forte volontà politica e da un approccio governativo coerente.

Anche il miglioramento di qualità non si risolve in una semplice affermazione di principio né si garantisce attraverso controlli estrinseci, ma richiede incentivi per finanziatori e provider, come del resto sostenuto dall'OCSE stessa, per ricompensare la qualità ed i risultati raggiunti a vantaggio dei pazienti. Il mondo imprenditoriale dichiara, a tale riguardo, la propria adesione a tutti i programmi e le politiche governative destinati a mettere in grado i cittadini di fare scelte informate, un passo determinante per raggiungere un obiettivo, largamente condiviso ma lontano dall'essere realizzato: un sistema sanitario centrato sul paziente

La razionale allocazione delle risorse, infine, richiede la massima efficienza lungo tutta la catena dell'offerta, nonché una reale trasparenza nella valutazione della qualità ed efficacia dei servizi, nell'intento di rendere gli investimenti maggiormente produttivi, attraverso il meccanismo della competizione.

Per garantire la sostenibilità a lungo termine dei sistemi è quindi assolutamente necessaria per il BIAC un'infrastruttura solida. *“Le soluzioni offerte dal settore privato dovrebbero essere considerate come parte essenziale della strategia, con particolare riguardo ai sistemi assicurativi, all'informatica sanitaria e alle cartelle cliniche, agli ospedali privati ed ai servizi e prodotti innovativi.”* ■

LA DIRETTIVA AL TRAGUARDO DELL'APPROVAZIONE EUROPEA

# I ritardi dei pagamenti nelle transazioni commerciali

DI ALBERTA SCIACCHI

Nel mercato interno **la maggior parte** dei beni e dei servizi viene fornita secondo un sistema di pagamenti differiti. I **problemi** sorgono però dalla circostanza che nelle transazioni commerciali degli operatori economici tra di loro e con le stesse amministrazioni pubbliche, **le fatture vengono pagate decisamente dopo il termine concordato** nel contratto o stabilito nelle condizioni generali che regolano gli scambi.

**P**rendendo atto di questa situazione di fatto, il Parlamento europeo con la sua risoluzione del 20 ottobre 2010 ha approvato la Proposta di direttiva relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, apportando modifiche sostanziali alla precedente direttiva in materia (2000/35/CE), che non è stata solo

emendata parzialmente, ma rifiuta per maggiore chiarezza.

“I ritardi di pagamento influiscono negativamente sulla liquidità e complicano la gestione finanziaria delle imprese. Essi compromettono anche la loro competitività e redditività quando il creditore deve ricorrere ad un finanziamento esterno a causa di ritardi nei pagamenti. Questo ri-

schio aumenta enormemente nei periodi di recessione economica, quando l'accesso al finanziamento diventa più difficile.” Il commento non è dei rappresentanti del mondo imprenditoriale, o di associazioni di categoria i cui membri siano confrontati con questo spinoso problema, come quelli dell'Aiop, ma dello stesso Parlamento europeo, il quale osserva per di più che “alle pubbliche amministrazioni spetta una particolare responsabilità al riguardo”. Per tale motivo la direttiva in questione, che dovrà essere formalmente adottata dal Consiglio europeo entro la fine dell'anno, “disciplina tutte le transazioni commerciali a prescindere dal fatto che esse siano effettuate tra imprese pubbliche o private o tra imprese e autorità pubbliche, tenendo conto del fatto che a queste ultime fa capo un volume considerevole di pagamenti alle imprese.”

La situazione di privilegio delle pubbliche amministrazioni rispetto a quella delle imprese è, inoltre, denunciata con chiarezza



dal Parlamento europeo: “molte pubbliche amministrazioni possono ottenere finanziamenti a condizioni più interessanti rispetto a quelle offerte alle imprese private ... Di conseguenza, lunghi periodi di pagamento e ritardi di pagamento da parte delle pubbliche amministrazioni per beni e servizi determinano costi inutili per le imprese. È opportuno pertanto introdurre norme specifiche per le transazioni commerciali relative alla fornitura di beni o servizi da parte di imprese alle pubbliche amministrazioni”.

#### FENOMENO DISTORSIVO DELLA CONCORRENZA

È interessante, a tale proposito, rilevare la finalità fondamentale che il Parlamento europeo persegue nel contrastare questo fenomeno distorsivo della concorrenza, così come esplicitata all'art.1 del testo normativo: “L'obiettivo della presente direttiva è di lottare contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, al fine di garantire il corretto funzionamento del mercato interno, favorendo la competitività delle imprese e in particolare delle PMI (piccole-medie imprese).”

Non è possibile entrare nei dettagli tecnici dell'articolato, che richiede una lettura attenta e puntuale, per la comprensione dei meccanismi di tutela praticabili, ma i rimedi generali che le istituzioni centrali europee intendono proporre sono chiaramente delineati: “I ritardi di pagamento costituiscono una violazione contrattuale resa finanziariamente attraente per i debi-

tori nella maggior parte degli Stati membri dai bassi livelli dei tassi degli interessi di mora applicati o dalla loro assenza e/o dalla lentezza delle procedure di recupero. Occorre passare decisamente ad una cultura dei pagamenti rapidi, anche facendo in modo che l'esclusione del diritto di applicare interessi di mora sia sempre considerata una clausola contrattuale gravemente iniqua, per invertire tale tendenza e per far sì che un ritardo di pagamento abbia conseguenze dissuasive.

Tale cambiamento dovrebbe inoltre includere disposizioni specifiche sui periodi di pagamento e sul risarcimento dei creditori per le spese sostenute”. Al riguardo, la proposta di direttiva prevede, in linea generale, che i pagamenti debbano avvenire entro trenta giorni dal ricevimento della fattura e che, trascorso tale termine, scattino gli interessi di mora, fissati ad un tasso di almeno 8 punti percentuali superiore a quello di riferimento della Banca centrale europea.

#### SITUAZIONE PREOCCUPANTE PER LA SANITÀ

La sanità è tuttavia sempre oggetto di un'attenzione particolare da parte dell'Unione Europea in quanto settore fondamentale del welfare: “Per quanto riguarda i ritardi di pagamento, particolarmente preoccupante è la situazione dei servizi sanitari in gran parte degli Stati membri. I sistemi di assistenza sanitaria, come parte fondamentale dell'infrastruttura sociale europea, sono spesso costretti a conciliare le esigenze individuali con le dispo-

bilità finanziarie, in considerazione dell'invecchiamento della popolazione europea, dell'aumento delle aspettative e dei progressi della medicina. Per tutti i sistemi si pone il problema di privilegiare l'assistenza sanitaria in un modo che bilanci le esigenze dei singoli pazienti con le risorse finanziarie disponibili.”

#### CULTURA DEI PAGAMENTI RAPIDI

In questa prospettiva è riconosciuto agli Stati membri il diritto di concedere una maggiore flessibilità di regole nel campo dell'assistenza sanitaria, autorizzando, a determinate condizioni, la “proroga del periodo legale di pagamento fino a sessanta giorni di calendario per enti pubblici di assistenza sanitaria la cui finalità sia debitamente riconosciuta.” Si tratta di un periodo raddoppiato rispetto ai termini generali applicati in altri settori, ma che tuttavia non potrà in alcun modo oltrepassare i due mesi ... un limite di tempo spesso ampiamente superato nel nostro SSN!

Gli Stati membri avranno due anni di tempo per il recepimento della Direttiva (a partire dalla sua pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale) e sono invitati dal Parlamento europeo a “profondere il massimo impegno affinché i pagamenti nel settore dell'assistenza sanitaria vengano regolati in accordo con i periodi legali di pagamento” ed una “cultura dei pagamenti rapidi” non sia più solo un auspicio comunitario, ma determini la prassi effettiva delle pubbliche amministrazioni verso le imprese in tutti i settori, non escluso quello sanitario. ■

Con questo “Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa, fra pubblico e privati” ci siamo dati l’**obiettivo di osservare i sistemi sanitari europei**, concentrandoci su un aspetto particolare. Ovvero, il ruolo assunto dai privati (erogatori o imprese di assicurazione che ne **intermediano** il finanziamento) all’interno degli stessi.

IL RUOLO DEL PRIVATO

# Come cambia la sanità in Europa

DI ALBERTO MINGARDI

L’attenzione al ruolo dei privati discende da quello che è l’approccio più tipico dell’Istituto Bruno Leoni. Nel nome, il nostro Istituto si richiama a Bruno Leoni (1913-1967), una figura di prima grandezza nelle scienze sociali in Italia, che purtroppo venne a mancare prematuramente all’alba del Sessantotto. Proprio per questo motivo, in ragione della sbornia ideologica allora montante, il pensiero di Leoni (che pure era stato assolutamente inserito, in vita, nella comunità degli studi) fu a lungo allegramente dimenticato - anche dagli amici e dagli allievi. Leoni è assai noto, nel mondo anglosassone, per un aureo libretto del 1961, “Freedom and the Law”, tradotto in italiano per iniziativa di Raimondo Cusbeddu soltanto nel 1995 (“La libertà e la legge”, Macerata, Liberilibri).

In quel volume, Leoni si carica sulle spalle l’insegnamento degli economisti della “scuola austriaca” d’economia (Menger, Böhm-Bawerk, Mises) e soprattutto dell’amico Friedrich von Hayek, uno dei massimi scienziati sociali del Novecento e Premio Nobel nel 1974, per tracciare un parallelo fra pianificazione economica e legislazione. Già negli anni Venti, l’austriaco Mises aveva infatti previsto la sostanziale insostenibilità di un’economia pianificata. Nel socialismo l’assenza di titoli di proprietà rende di fatto impossibile il calcolo economico. Come preciserà Hayek, vi è una questione di informazione. L’economia di mercato consiste in una serie di transazioni nelle quali le decisioni vengono sempre prese da individui, ciascuno dei quali sceglie con le conoscenze a sua disposizione. Visto la vastità di questa galassia di decisioni che vengono prese continuamente, ovunque in un Paese o nel mondo, è impossibile che un pianifi-



catore possa conoscere meglio degli attori coinvolti le concrete circostanze nelle quali avvengono le produzioni e gli scambi. I contadini di un piccolo Paese ucraino conoscono molto meglio i dati relativi alla produzione di grano degli scorsi anni, alle scorte rimaste a disposizione, alla velocità di deperibilità delle stesse, di quanto non possa un ipotetico Ministro della Pianificazione Agricola a Mosca.

## COMMON LAW

Leoni applicò la medesima intuizione al diritto. Difese la *common law*, il diritto fatto dai giudici sulla base di una lunga storia di precedenti, contro la legge vergata a piacere dai parlamenti. Il legislatore pensa di poter agire sulla realtà per migliorarla, è intollerante verso le lungaggine e le strozzature di un mondo che sottostia agli usi e alla “tirannia del passato”. Ma agendo d’imperio, egli contribuisce a rendere più imprevedibile il sistema. Superando la “dittatura del passato”, egli rende norma di legge qualsiasi cosa sia prodotta da un parlamento. Svicolando dalla disciplina ri-



gida del precedente, libera le mani del legislatore da qualsiasi restrizione. E, così facendo, accentra potere nelle mani di persone che conoscono da lontano le realtà che vanno a normare - mentre, al contrario, con tutte le sue imperfezioni un sistema in cui le controversie fossero sbrogliate da giudici che sono chiamati a conoscere casi concreti e a pronunciarsi su di essi avrebbe dalla sua la forza di un contatto più prossimo con i problemi.

Sia Leoni che Hayek scrissero, ancorché episodicamente, di sanità. Per Leoni, che al tema dedicò due bellissimi articoli apparsi su "24 ore", la sanità era - già negli anni Sessanta! - l'unico tentativo di socialismo effettivamente realizzato, per giunta messo in atto da Paesi all'apparenza devoti all'economia di mercato. Questo proprio per il motivo richiamato poc'anzi. Un "sistema" sanitario nazionale è fondato sul pregiudizio per cui un singolo pianificatore e una sola burocrazia sarebbero più efficienti nel reperimento di informazioni e nel farne buon uso di quanto non lo siano una miriade di "decisori" dispersi.

La burocratizzazione sovietica della sanità è, purtroppo, una realtà comune ai Paesi della vecchia Europa. Per questo, il fatto che uno spazio più ampio sia riservato al privato è di per sé una garanzia di un minore asservimento della sanità alle ansie dei pianificatori.

#### UN MOSAICO IN TRASFORMAZIONE

Ma l'apporto del privato non risponde solo a un'esigenza di libertà di scelta, condivisa da pochi. Risponde soprattutto alle sfide imposte alla sanità dall'innovazione tecnologica.

Fino a circa la metà del Novecento, l'intervento più rilevante dei governi a vantaggio della salute pubblica consisteva in azioni volte a migliorare le condizioni igieniche nelle quali versava la popolazione. Tali azioni - che sono avvenute in sincrono con un aumento della prosperità economica, di per sé tipicamente correlato con una migliore qualità della vita - contribuivano vistosamente all'aumento dell'aspettativa di vita.

Tuttavia, la grande novità del secondo Novecento è la rivoluzione scientifica che coinvolge farmaci, trattamenti, diagnostica, riverberando in una drastica diminuzione della mortalità infantile, in una inedita capacità di trattare le cronicità, nel crollo della mortalità per malattie infantili. Cambiano le tipologie di cure mediche che si è in grado di offrire, cambiano le



Alberto Mingardi

*"L'Olanda è riuscita in un'impresa che vista dall'Italia sembra incredibile: separare sanità e politica, attraverso un sistema basato sull'intermediazione del finanziamento delle cure mediche tramite assicurazioni private in libera concorrenza le une con le altre."*

necessità della popolazione.

Il fatto che i servizi da offrire siano più complessi non stempera ma anzi acuisce il problema della conoscenza cui abbiamo fatto riferimento in precedenza. È imprudente fare assegnamento su una burocrazia per risolvere problemi multiformi, per avere a che fare con un processo di cambiamento pressoché continuo, nel quale l'innovazione tecnologica a sua volta interviene a modificare la domanda. Una popolazione che vive più a lungo ha come maggiore preoccupazione le patologie croniche e degenerative, e pretende un miglioramento continuo della qualità di vita. Vivere di più implica l'ambizione di vivere meglio.

Se la fornitura di cure sanitarie può avere un impatto terribile sulle finanze degli Stati è anche per questo motivo: fra innovazione e invecchiamento della popolazione

si innesca un "circolo virtuoso", che vede un progresso continuo, ma che si rivela poi un "circolo vizioso" dal momento che richiede impegni sempre maggiori da parte degli Stati. Qualcosa di buono (l'invecchiamento in salute) diventa qualcosa di cattivo e preoccupante, se la sanità è monopolio dello Stato sociale.

Se si considerano le risorse sprecate, è facile sottolineare che il privato, in quanto au-

*"L'apporto del privato non risponde solo a un'esigenza di libertà di scelta, condivisa da pochi."*

*Risponde soprattutto alle sfide imposte alla sanità dall'innovazione tecnologica."*

tointeressato, in linea di massima è un gestore più accorto di quanto non lo sia un soggetto pubblico, che non ha l'incentivo del ritorno economico. Ma c'è anche una questione di ordine più generale. L'aumento della pressione sui conti pubblici implica la necessità di mettere in atto, presto o tardi, strategie di razionamento sempre più stringenti. E davvero siamo pronti ad accettare che vengano "razionate" cure che possono avere un impatto decisivo sulla vita di una persona?

#### IL RUOLO DEL PRIVATO

In questo quadro, il ruolo giocato dai privati merita un'attenzione particolare. Con questo volume, abbiamo inteso focalizzarci su diversi sistemi sanitari che hanno visto innovazioni importanti negli ultimi anni.

La sfida, per tutti, è gestire la complessità e l'invecchiamento della popolazione. Ma alcuni hanno saputo fare assegnamento sul privato, talora come erogatore del servizio (per ridurre gli sprechi e migliorare l'appropriatezza delle cure), come hanno fatto Lombardia e Germania, altri hanno introdotto un'intercapedine privata anche nel finanziamento della sanità, come ha fatto l'Olanda.

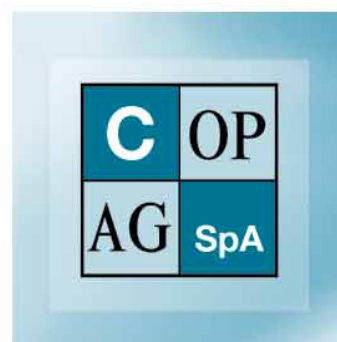
Questo Paese è riuscito in un'impresa che vista dall'Italia sembra incredibile: separare sanità e politica, attraverso un sistema basato sull'intermediazione del finanziamento delle cure mediche tramite assicurazioni private in libera concorrenza le une con le altre. Un modello che somiglia molto a quello che negli anni Sessanta Bruno Leoni, solitario, proponeva per l'Italia: per evitare che la sanità resti l'unica enclave di socialismo reale al mondo. ■

# PERCHÉ RESTARE IN BILICO

EDMATE - foto © Alex Szwedlitzky - Fotolia



Meglio affidarsi ad un partner  
**forte**, efficiente, puntuale



F O R N I T U R E   G L O B A L I   P E R   L E   C A S E   D I   C U R A

Copag Spa - Via Lucrezio Caro, 63 - 00193 Roma - Tel. +39.06.36737 - Fax +39.06.3240503 - [www.copag.it](http://www.copag.it) - [info@copag.it](mailto:info@copag.it)  
Certificazione Reg. 3508 - ISO 9001:2000 - EN 46002:1996 - ISO 13488:1996



## La convenzione AIOP

offre le migliori condizioni  
di mercato per la

**RESPONSABILITÀ CIVILE**

con Primarie Compagnie  
di Assicurazione



VERDE

**848 789901**

CHIAMATA GRATUITA



**GEAS**

Insurance Broker