



RAPPORTI INTERNAZIONALI

## Parere ufficiale Uehp su competizione in sanità

La Commissione europea ha lanciato nell'aprile 2015 una consultazione pubblica sulla proposta del panel di esperti per la sanità concernente un tema di diretto interesse per il nostro settore: "Competition among health care providers - investigating policy options in the european union".

→ PAG.2

VITA ASSOCIATIVA

## A Praga la 52ª Assemblea Generale Aiop

Quest'anno l'Assemblea Generale avrà una connotazione tutta particolare, perché ricorrerà il 50° dalla costituzione dell'AIOP (1966-2016). Per la celebrazione dei tanti uomini e donne che ne hanno segnato la storia e che, con il loro impegno e i loro successi, hanno reso una compagine associativa anco-

→ PAG.3

FONDI EUROPEI

## Le opportunità per il settore ospedaliero

Il Delegato generale dell'UEHP, Paolo Giordano, è stato invitato dalla Federazione francese dell'ospedalità privata (FHP) per una giornata informativa sull'accesso ai finanziamenti europei. Nel corso dell'incontro ha illustrato le diverse categorie di finanziamento - diretto, indiretto, prestito della

→ PAG.2

EDITORIALE

DI GABRIELE PELISSERO

## 50 ANNI DI AIOP

### Radici profonde



**N**on si percorrono 50 anni di storia se non si hanno radici profonde. Non basta il solo riferimento alla legittima tutela degli interessi di

tanti imprenditori sparsi in ogni angolo del Paese per giustificare una presenza storica.

L'AIOP quest'anno festeggia il suo cinquantenario. Da quel 21 luglio 1966, quando un gruppo di imprenditori di diverse Regioni italiane decisero di costituire a Roma un'Associazione che li rappresentasse, sono passati tanti avvenimenti, e soprattutto tanti volti di uomini e donne convinti che anche attraverso il proprio impegno personale nel mondo della sanità si stava costruendo un grande Paese.

L'Italia del 1966 era molto diversa da quella di oggi. Accanto ad uno straordinario boom economico c'era lo slancio di chi cominciava a immaginare uno svecchiamento dei riferimenti culturali ed un ammodernamento della vita sociale. C'era anche una situazione sanitaria tutta da reinventare, con un sistema di welfare frammentato e iniquo, con forti disparità tra le famiglie e le categorie, e soprattutto con una rete di assistenza pubblica ospedaliera del tutto insufficiente.

In questo contesto storico, il coraggio degli imprenditori della sanità - inizialmente molti medici - ha svolto un ruolo di crescita sociale ed economica cui deve andare la riconoscenza del Paese. La rete ospedaliera si è così arricchita di posti letto, competenze professionali, penetrazione territoriale e creatività imprenditoriali che hanno dato un contributo importante affinché la sanità italiana arrivasse ai primi posti nel mondo, come certificò l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001. Anche per merito dell'ospedalità privata, alla medicina italiana viene riconosciuto un prestigio mondiale. Anche per suo merito, sono quasi scomparsi i tristemente noti viaggi della speranza di tanti concittadini costretti a varcare i confini per un intervento chi-

urgico. Anche con il suo contributo, tutto ciò è un ricordo.

Quando fu istituito il Servizio Sanitario nazionale, in molti immaginarono di farne una copia del NHS inglese, con una quasi esclusiva composizione di enti pubblici. Allora ci si rese conto - e fu una intuizione di buon senso della politica di fine anni '70 - che sarebbe stato utile e conveniente far affidamento anche a quanto era già disponibile nella rete degli erogatori ospedalieri privati. I risultati sono stati straordinari, e questo sistema misto che caratterizza il SSN si è rivelato la carta vincente. Una intuizione nata dalla contingenza ha allargato spazi di diritti, di creatività e di tanti successi che sono sotto gli occhi di tutti. E oggi l'AIOP rappresenta 496 strutture sanitarie private di ricovero e cura con 52.900 posti letto. Il 93% delle strutture (459) e l'88% dei posti letto (46.600) attualmente risultano accreditati con il SSN, ricoverando annualmente più di 1 milione di degenti, per un totale di 8 milioni e 500 mila giornate di degenza, con un'incidenza del 13,5% sull'intero monte di giornate di degenza ospedaliera, impegnando meno dell'8% delle risorse che il SSN assegna all'attività ospedaliera e con indicatori di performance del tutto simili a quelli delle strutture pubbliche più sofisticate; avvalendosi della professionalità di 12 mila medici, 26 mila infermieri e tecnici e 32 mila operatori di supporto.

Ci sono ancora le condizioni di uno sviluppo dell'ospedalità privata in Italia? Oggi come allora, si ripete uno stato di necessità per la sanità italiana, costituito dalla compatibilità di due parole: sostenibilità e qualità. Sembra un obiettivo difficile, e la seconda decade del 2000 è lo specchio di questo sforzo. Eppure sono già sul territorio italiano tanti imprenditori che quotidianamente lavorano utilizzando le chiavi della sostenibilità e della qualità per garantire la migliore assistenza sanitaria alla nostra popolazione e conseguire, così, anche il loro successo personale.

Di questi uomini e donne ci sarà ancora bisogno. ■

PRIMO PIANO

# La Legge di stabilità e le disposizioni in materia sanitaria

La Legge di stabilità 28/12/2015, n.208, pubblicata sul S.O. n.70/L della G.Uff. n.302 del 30/12/2015, ha inciso fortemente sulla materia di politica sanitaria, con una serie di norme anche innovative.

Precisiamo subito che la Sede nazionale Aiop ha seguito con grande attenzione e impegno l'intero iter di formazione della legge, di cui abbiamo costantemente informato i Presidenti regionali nel Consiglio Nazionale, con un'attiva azione di rappresentanza degli interessi imprenditoriali soprattutto presso il Governo.

In questa sede vorremmo soffermare la nostra attenzione su tre temi principali: la **normativa per il miglioramento della produttività e dell'efficienza degli enti del SSN** (art.1, co.521-537); l'**attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario** (risk management, art.1, co.538-540); la **normativa**



sulla **mobilità interregionale** (art.1, co.574-578).

**LA NORMATIVA PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PRODUTTIVITÀ E DELL'EFFICIENZA DEGLI ENTI DEL SSN**

Il testo finale del provvedimento ha confermato quanto, su questo tema, avevamo anticipato sul numero di novembre/dicembre dello scorso anno di AiopMagazine. Gli Enti del SSN (aziende ospedalie-

re, IRCCS pubblici, anche se trasformati in fondazioni, aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN) assicurano la massima trasparenza dei dati di bilancio, pubblicando integralmente nel proprio sito internet il bilancio d'esercizio entro 60 giorni dalla data di approvazione. Inoltre, hanno l'obbligo di attivare un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in coerenza con il Programma nazionale esiti, pubblicando entro il 30 giugno di ogni anno i relativi risultati (co.522). Il mancato adempimento di questi obblighi costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa del Direttore Generale (co.523). Entro il 30 giugno di ogni anno, la Regione individua le Aziende ospedaliere, le Aziende ospedaliere universitarie e gli IRCCS pubblici che presentano:

- un sovraccostamento tra costi rilevati nel conto economico consuntivo e ricavi determinati come da remunerazione dell'attività (ex art.8-sexies del DLgs 502/92) pari o superiore al 10%, o pari ad almeno 10 mln di euro;
- il mancato rispetto dei parametri dei volumi, qualità ed esiti delle cure previsti dall'apposito decreto del Ministero della salute da adottare entro 30 gg. dalla data di entrata in vigore della legge e da

NEWS

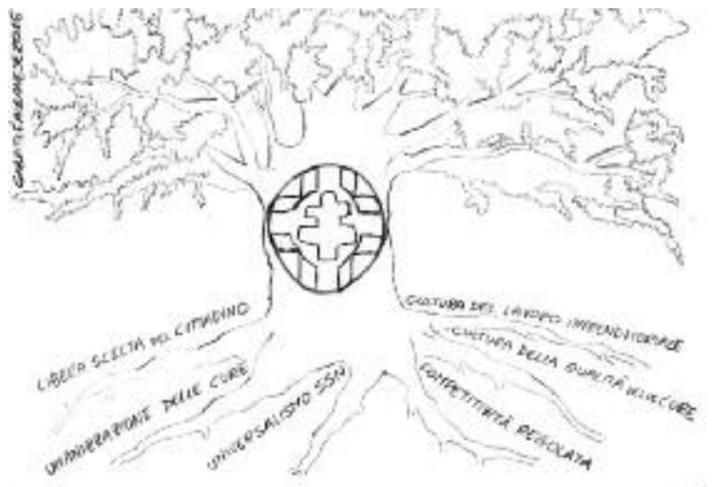
## Gabriele Pelissero nel Consiglio Generale di Confindustria

È la prima volta che viene nominato un rappresentante della sanità a un così alto livello in Confindustria. Un nuovo incarico per il professore pavese, che è stato eletto come consigliere da Assolombarda, Confindustria Milano, Monza e Brianza. Il Consiglio, costituito da 130 membri, a maggio eleggerà il Presidente nazionale che succederà a Giorgio Squinzi.

«Da anni sono Presidente del gruppo sanità di Assolombarda - commenta Pelissero a seguito della sua nomina

- e la mia presenza in Confindustria si concentrerà sui temi della sanità. La mia posizione in merito è nota: centrale per la sanità italiana è il mantenimento di un servizio sanitario nazionale universale e solidaristico. Per poter assicurare la sostenibilità economica e raggiungere i massimi livelli di assistenza il sistema deve avvalersi delle capacità di tutti.

Occorre un sistema misto in cui pubblico e privato concorrano in condizioni di parità per assicurare il servizio. E le aziende di diritto privato rappresentano già il 25% del sistema». ■



monitorare altro il 31/12/2016 (co.524, 526, 527).

Entro il 31/3/2016, in sede di prima applicazione, le Regioni individuano gli Enti del SSN che presentano una o entrambe le suddette condizioni (co.525). Tali Enti avranno

l'obbligo di presentare un piano di rientro aziendale, al massimo triennale, entro 90 gg. dalla loro individuazione, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti individuati. Tale piano di rientro sarà approvato dalla Regione entro 30 gg. dalla sua

IL SUCCESSO DEL CAMBIAMENTO PER UNO SVILUPPO SOSTENIBILE

# Rapporti pro-competitivi tra ospedali pubblici e privati

La Commissione europea ha pubblicato il parere ufficiale dell'UEHP sulla competizione in sanità



ALBERTA SCIACCHI

La Commissione europea ha lanciato nell'aprile 2015 una consultazione pubblica sulla proposta del panel di esperti per la sanità concernente un tema di diretto interesse per il nostro settore: "Competition among health care providers – investigating policy options in the European Union". Il testo, che abbiamo già illustrato a suo tempo, esaminava la competizione come un'opzione politica introdotta in alcune riforme nazionali per migliorare l'efficienza nell'uso delle risorse, al fine di rendere sostenibili i sistemi sanitari. Il documento giungeva ad alcune conclusioni, per la verità caute, in merito alle condizioni da rispettare, affinché le strategie pro-competitive risultino efficaci, misurando la validità degli strumenti introdotti rispetto agli obiettivi dichiarati. I contributi presentati nella consultazione pubblica sono stati esaminati dal panel di esperti, che ha tenuto conto solo di quelli più rilevanti. La posizione UEHP è stata integralmente pubblicata dalla Commissione nella sua relazione definitiva. In essa, l'UEHP presenta i principi fondamentali, condivisi da tutti i suoi membri, per un rapporto pro-com-



Vai all'articolo di Informaiop dove si può scaricare il documento completo  
*Provider competition in European health systems: experience, options and outcomes*



petitivo tra ospedali pubblici e privati. Il miglioramento dell'efficienza e la razionale allocazione delle risorse sono considerati strumenti idonei a garantire la cost-effectiveness, mentre i tagli indiscriminati hanno ripercussioni negative sull'equità di accesso e sulla qualità dell'assistenza. In particolare, i tetti di budget, applicati alle sole strutture private, costituiscono una forma di competizione scorretta. Per evitare le conseguenze negative di simili prassi, è essenziale che siano distinte le funzioni di finanziatore ed erogatore delle prestazioni, evitando sprechi dovuti a cattiva gestione. La sostenibilità dei sistemi, infatti, si può conseguire, secondo l'UEHP, solo attraverso una migliore utilizzazione dell'intero patrimonio nazionale di operatori, tecnologie e strutture. È pertanto essenziale garantire parità di diritti e doveri tra ospedali pubblici e privati, quali erogatori di servizi d'interesse generale, con riferimento alle regole di accreditamento, ai metodi di remunerazione e al

controllo di qualità, sotto la responsabilità di un ente terzo indipendente. In conclusione, a parere dell'UEHP, il successo del cambiamento per uno sviluppo sostenibile, dipende dall'attuazione di meccanismi pro-competitivi, all'interno di un welfare market sanitario. Infine, l'UEHP ha dichiarato di apprezzare le conclusioni dell'Expert Panel sulla competizione in merito: sia al miglioramento complessivo delle performance del sistema sanitario grazie al suo impatto positivo sull'uso delle risorse disponibili, sia all'importanza fondamentale dell'informazione sulla qualità per migliorare l'accesso a servizi di buon livello. Tutto ciò, purché siano rispettate le condizioni indicate dagli esperti europei: informazione adeguata sui prezzi e la qualità dei provider, standardizzazione dei servizi, esistenza di una pluralità di provider e di finanziatori, equità di accesso ai servizi. Senza trascurare, aggiungiamo noi, la libertà di scelta del medico e del luogo di cura. ■

## RAPPORTI INTERNAZIONALI

### I Fondi europei e le opportunità per il settore ospedaliero

Il Delegato generale dell'UEHP, Paolo Giordano, è stato invitato dalla Federazione francese dell'ospitalità privata (FHP) per una giornata informativa sull'accesso ai finanziamenti europei. Nel corso dell'incontro ha illustrato le diverse categorie di finanziamento - diretto, indiretto, prestito della Banca europea degli investimenti - nonché le procedure di accesso. Si è soffermato in particolare, sul programma Horizon 2020, SANTÉ ed Erasmus, facendo anche riferimento alle opportunità aperte al settore ospedaliero. ■



Vai all'articolo di Informaiop dove si può scaricare la brochure introduttiva al tema.

**SAMSUNG**  
BUSINESS



**EXPERIENCE**  
A New Healthcare  
Solution

## ELEZIONI

### Si rinnova la Caimop

Le elezioni per il rinnovo del Consiglio di Amministrazione della CAIMOP e del Collegio dei Sindaci si svolgeranno a Roma presso l'hotel IBIS in viale Egeo 133, il 23 gennaio prossimo. Tra i candidati appartenenti alla lista medici è presente: Nardo Adriana; Papanikolaou Petros; Pascale Sergio e Alkilani Mohammad. Tra i candidati sindaci invece c'è: Carbonari Mario; D'angelo Fabio;



Leone Massimo; Medaino Enzo e Petrucci Massimo. Dovranno essere eletti 4 rappresentanti dei medici in seno al CdA e 4 sindaci, di cui 2 effettivi e 2 supplenti. ■



## A Praga per la 52<sup>a</sup> Assemblea Generale

Quest'anno l'Assemblea Generale avrà una connotazione tutta particolare, perché ricorre alla costituzione dell'AIOP (1966-2016). Per la celebrazione dei tanti uomini e donne che ne hanno segnato la storia e che, con il loro impegno e i loro successi, hanno reso una compagine associativa ancora più forte e coesa al suo interno, è stata scelta la città di Praga per lo svolgimento dei lavori assembleari Aiop. La prossima 52<sup>a</sup> Assemblea Generale si svolgerà dal 26 al 28 maggio presso l'Hotel Intercontinental (Pařížská 30, Praha 1, Repubblica Ceca) a pochi minuti a piedi da piazza Venceslao, cuore della città vecchia. Il programma di massima dei lavori sarà il seguente:



**giovedì 26 maggio, arrivi**

**giovedì 26 maggio, ore 15:00** Visita due ospedali di Praga (Aiop Giovani)

**venerdì 27 maggio, ore 10:00** Convegno nazionale AIOP

**venerdì 27 maggio, ore 15:00** Convegno AIOP Giovani

**sabato 30 maggio, ore 09:30** 52<sup>a</sup> Assemblea Generale Annuale dei Soci

La gestione dell'evento è stata affidata all'Agenzia Balestra Viaggi e Congressi di Roma. Per prenotarsi occorrerà compilare il modulo on line che si trova sul nostro sito internet ( [www.aiop.it/praga](http://www.aiop.it/praga) ), in cui troverete, inoltre, tutte le attività e i dettagli logistici. Oltre alle mete congressuali, sono state definite infatti anche le escursioni guidate per gli accompagnatori, che consentiranno di vivere pienamente la storica magia della città. ■

### PUBBLICAZIONI

## L'eco nazionale sulla stampa del XIII Rapporto Aiop

Anche quest'anno, possiamo testimoniare come i grandi quotidiani nazionali e regionali, da Il Sole 24 Ore alla Gazzetta di Parma, abbiano dedicato ampio spazio ai principali temi affrontati nel XIII Rapporto Ospedali&Salute, presentato lo scorso 10 dicembre a Roma, presso la Sala Zuccari del Senato della Repubblica.

Plausi per le denunce e le ricette promosse dall'Aiop sono giunte anche tramite il canale @AiopTweet, che ha veicolato con maggiore tempestività, sulla piattaforma internet, l'urgenza di uno sforzo di efficientamento della "macchina" ospedaliera pubblica e di una altrettanto necessaria trasparenza dei re-

lativi bilanci. Messaggio condiviso da giornalisti, esperti e studiosi della materia.

Il sostegno per l'iniziativa è arrivato anche dal Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che con una lettera indirizzata all'attenzione del Presidente nazionale, si è complimentata per il lavoro svolto dall'Associazione sul tema dell'ospedalità, come un importante strumento di analisi e di rifles-



sione al servizio del Paese, che contribuisce alla salvaguardia del Servizio sanitario nazionale. ■



SEGUE DALLA PRIMA

## La Legge di stabilità e le disposizioni in materia sanitaria

presentazione e sarà immediatamente efficace (co.529-530). Inoltre, la Regione verificherà trimesistralmente la realizzazione del piano di rientro e in caso di esito negativo adotterà le misure idonee per la riconduzione in equilibrio della gestione, compresa la decadenza automatica del Direttore Generale dell'ente interessato. I risultati economici raggiunti dai singoli enti interessati saranno pubblicati sul sito internet della Regione (co.533, 534). A decorrere dal 2017, le suddette disposizioni si applicheranno anche alle Asl e ai relativi presidi a gestione diretta e, in questo caso, uno specifico decreto da emanarsi entro il 30/6/2016 individuerà i criteri di valutazione dei relativi parametri economici e assistenziali (co.535, 536).

Il nostro giudizio sull'introduzione di meccanismi di trasparenza e di evidenziazione dei deficit degli enti ospedalieri è nettamente positivo. Anche perché, questa visione informatica coincide in buona misura con quanto Aiop propone da anni. Pensiamo che le nostre coraggiose insistenze, soprattutto con il Rapporto Ospedali&Salute, che hanno messo in luce l'origine e la misura della maggior parte degli sprechi in sanità concentrati nelle gestioni pubbliche, abbiano inciso molto nella formazione di una nuova volontà politica che fino a qualche anno fa sembrava refrattaria a provvedimenti simili. Il giudizio è positivo, ma non siamo ancora completamente soddisfatti: la pre-

visione di una sanzione che si riduca alla sola rimozione del Direttore Generale, in caso di incapacità di gestione virtuosa di un ente ospedaliero pubblico, ci sembra ancora insufficiente. Alternare nel tempo le figure amministrative, da parte dello stesso Governo regionale, servirà solo a rimandare nel tempo la soluzione del problema, mentre noi riteniamo che le aziende pubbliche cronicamente disfunzionali debbano essere affidate in gestione a operatori di diritto privato. Ma la direzione è quella giusta e per ora sarà nostra cura vigilare sull'effettiva nuova trasparenza del sistema.

### L'ATTIVITÀ DI PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO SANITARIO (RISK MANAGEMENT)

La migliore utilizzazione delle risorse, oltre che la garanzia della tutela del paziente, passa anche attraverso la prevenzione e gestione del rischio sanitario (co.538-540). Pertanto, le Regioni e le PP.Aut. disporranno che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di risk management per:

- l'attivazione di percorsi di audit o altre metodologie per lo studio dei processi interni e la messa in sicurezza dei percorsi sanitari;
- la rilevazione del rischio di inappropriata nei percorsi diagnostici e terapeutici;
- l'attività di formazione finalizzata alla prevenzione del rischio sanitario;
- il supporto agli uffici legali della

struttura sanitaria nel caso di contenzioso, stipulazione di coperture assicurative o di gestione di coperture auto-assicurative.

L'attività di risk management è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti, ovvero con comprovata esperienza almeno triennale. Questo aprirà a nuovi compiti e nuove responsabilità per le nostre direzioni sanitarie, sui quali presto Aiop adotterà delle iniziative di formazione.

### LA NORMATIVA SULLA MOBILITÀ INTERREGIONALE

Il provvedimento di finanza pubblica interviene anche su alcuni aspetti della mobilità interregionale, e modifica l'art.15, co.14 del DL 95/2012 (cd. spending review) prevedendo, dal 2016, una deroga agli abbattimenti riguardanti i contratti del settore ospedaliero privato accreditato (dallo 0,5% del 2012, fino al 2% dal 2014 in poi). Le Regioni e le PP.Aut. possono ora programmare ulteriori acquisti di prestazioni di assistenza ospedaliera da parte degli erogatori di questo settore: le prestazioni di alta specialità, nonché quelle erogate dagli IRCCS a favore di cittadini residenti in Regioni diverse da quelle di appartenenza nell'ambito dei generali accordi per la compensazione interregionale (vd. art. 9 Patto per la salute 2014-2016, 10/7/2014) e degli accordi bilaterali fra le Regioni. Oltre alla programmazione per i propri residenti, le Regioni potranno quindi attivare una specifica riguardante gli "extra-Regione" e per ogni IRCCS pubblicheranno trimestralmente il valore delle prestazioni dei pazienti extraregionali. La compensazione degli effetti finanziari di tale possibilità avverrà attraverso la riduzione delle pre-

stazioni inappropriate di bassa complessità acquistate dagli erogatori privati accreditati o attraverso misure alternative riguardanti altre aree della spesa sanitaria, quali ad esempio la riduzione delle spese per acquisti di beni e servizi da parte delle aziende pubbliche.

L'elenco delle prestazioni di alta specialità e i relativi criteri di appropriatezza saranno definiti con un successivo accordo della Conferenza Stato-Regioni; intanto, sarà utilizzato quello relativo alle prestazioni di "alta complessità" definito nel vigente Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria (16/5/2013, versione in vigore per i dati 2012). I provvedimenti di compensazione della maggiore spesa sanitaria regionale per i pazienti extraregionali presi in carico dagli IRCCS saranno comunicati, tra gli altri, alle Regioni di provenienza per le regolazioni in materia di compensazione della mobilità sanitaria (vista questa necessaria compensazione interregionale, risulta non facilmente comprensibile la necessità di misure di compensazione intraregionale da parte delle Regioni in mobilità attiva).

Gli accordi bilaterali tra le Regioni per il governo della mobilità sanitaria interregionale devono essere conclusi entro il 31/12/2016 (co.576). Le strutture sanitarie applicano ai pazienti extraregionali le stesse regole di accesso e di erogazione delle prestazioni previste per i pazienti della medesima regione (co.577).

Il tema della mobilità sanitaria interregionale è quello che nella fase definitiva del processo legislativo ha subito maggiori modifiche, anche per una decisiva azione associativa. Il testo iniziale, infatti, sembrava penalizzare la sanità privata, frutto soprattutto di una vi-

sione riduttiva del fenomeno della mobilità sanitaria, la cui significativa dimensione è un effetto della politica sanitaria, dell'inefficienza e della reputazione della rete ospedaliera in alcune Regioni. Come tale, non si può pensare di ridurla semplicemente, di fatto, limitando la libera scelta dei pazienti di ricorrere a strutture extraregione.

Nel testo vigente, quindi, rispetto alla situazione attuale dei contratti per l'erogazione di assistenza ospedaliera, c'è una possibilità in più per le Regioni di programmare la mobilità attiva con gli erogatori privati cui prima non dovesse essere consentito - soprattutto per il controllo del MEF sulle Regioni in piano di rientro - per le prestazioni di alta specialità e quelle erogate dagli IRCCS.

Riguardo all'elenco delle prestazioni di alta specialità - per ora, quelle associate ai DRG di alta complessità - si tratta di un nomenclatore certamente inadeguato e provvisorio, come riconosciuto dallo stesso Legislatore, per il quale ci siamo già attivati per aumentarne il numero secondo la definizione diagnostica e di processo risultante dal progresso medico-scientifico. Sappiamo che su questo tema occorrerà vigilare, soprattutto a livello di programmazione regionale, affinché non si percorra strade diverse da una corretta ermeneutica.

L'azione di Aiop è e sarà comunque sempre rivolta a promuovere la più ampia libertà di scelta da parte dei cittadini, e la piena parità fra tutti gli erogatori pubblici e privati, nella convinzione che non siano le barriere burocratiche, ma la qualità lo strumento adatto ad offrire in ogni territorio la migliore assistenza. E sulla qualità la rete di aziende associate ad Aiop è da sempre pronta ad accettare ogni sfida. ■ (G.P.)

## AIOP LOMBARDIA

## Definite le regole per la gestione del servizio socio sanitario per l'anno 2016



ERMANNINO RIPAMONTI

La Giunta della Regione Lombardia, con la delibera n. 4702 del 29/12/15, ha definito le regole per la gestione del Servizio Socio Sanitario per l'anno 2016.

Il provvedimento recepisce molte indicazioni contenute nella Legge regionale n. 23 del mese di agosto 2015, per l'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo, riguardanti i rilevanti cambiamenti, con decorrenza gennaio 2016, degli assetti erogativi e di programmazione, nonché l'attivazione della nuova Agenzia che coordinerà i controlli nel settore socio sanitario. Molto spazio nella delibera viene dato all'avvio delle nuove 8 ATS (Agenzie di Tutela della Salute che sostituiscono le precedenti 15 ASL - Aziende Sociosanitarie Locali), delle 27 ASST (Aziende Socio Sanitarie Territoriali) e dell'Agenzia di Controllo. Si ricorda che, con la Legge regionale n.23/2015 e con il successivo provvedimento del Presidente regionale, è stato istituito un unico Assessorato al Welfare in sostituzione dei due precedenti Famiglia e Salute. Attualmente le deleghe dell'assessorato sono in capo al Presidente regionale. I 19 allegati della delibera, suddivisi per tipo di intervento, definiscono meglio le indicazioni operative e i finanziamenti per la gestione del Servizio socio sanitario regionale, per cui si rimanda ad una attenta lettura dei rispettivi interventi. Il provvedimento comunque, nelle premesse, conferma per il

2016 l'impianto e l'assetto regolativo vigente con alcune precisazioni, integrazioni, modifiche contenute negli allegati sotto riportati. Il finanziamento complessivo del saldo della mobilità regionale ammonta a 18.073 milioni di euro (rispetto all'anno 2015 che risultava pari a 17.909 milioni di euro), con un incremento di finanziamento sulla specialistica ambulatoriale e un aumento del fondo per la farmaceutica, anche in relazione all'introduzione di nuovi farmaci. Per l'attività di ricovero, si conferma l'attenzione all'incremento dell'attività CREG. Sono inoltre posti alcuni obiettivi relativamente al contratto definitivo da sottoscrivere sulla base del finanziamento 2015, con possibili incrementi per le strutture che hanno

superato il budget nell'ultimo biennio in area oncologica. Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, il contratto dovrà essere sottoscritto entro 30/4, sulla base del finanziamento 2015 al 95%, oltre ad alcuni incrementi da definire dopo la Legge di Stabilità. Oltre il 95% fino al 103%, ci saranno abbattimenti sino al 30% e dal 103% al 106% abbattimenti sino al 60%. Oltre tale soglia, in mancanza di altri accordi con le ATS, non viene garantita nessuna remunerazione (si veda punto 3.1.2.1.3 per i ricoveri e punto 3.1.2.1.4 per la specialistica). Seguiranno altri provvedimenti in applicazione del Patto di Stabilità 2016 approvato a livello nazionale a fine 2015.. ■

→ [Informaiop n.157]

## AIOP CALABRIA

## Emmanuel Miraglia cittadino onorario di Reggio Calabria

“Sagace imprenditore e simbolo della capacità di farsi da sé, cominciando da una piccola attività, ma guidato da idee grandi, orientato a trarre obiettivi ambiziosi nel fondare il gruppo Giomi. Nel situare una delle sedi di maggiore rilievo del suo gruppo nel territorio del comune di Reggio Calabria, ha reso enormi servizi a tutta la nostra cittadinanza. Il Gruppo GIOMI con la sua sede ha costituito da sempre un'opportunità di lavoro per la cittadinanza intera. Grazie anche all'opera-



to di un uomo come Emmanuel Miraglia, Reggio Calabria, ha potuto conoscere momenti di prosperità, ancora oggi, pur risentendo come tutti i comuni di Italia del momento di particolare difficoltà economica nazionale. Reggio Calabria, giovandosi della presenza dell'Istituto Ortopedico, ha potuto evitare alle sue famiglie perdite di benessere, cogliendo le opportunità lavorative derivanti anche dall'indotto. Si ritiene pertanto doveroso ripagare Emmanuel Miraglia con il conferimento della cittadinanza onoraria di Reggio Calabria”. Queste le parole pronunciate a Palazzo San Giorgio, in una Sala dei Lampadari gremita di gente, dal vice-sindaco di Reggio, Saverio Anghelone, che onora del suddetto conferimento, in rappresentanza dell'intera amministrazione, un uomo di spessore come il cavaliere Emmanuel Miraglia, Presidente del Gruppo Giomi dell'Istituto Ortopedico di Reggio Calabria, già Presidente nazionale AIOP”. ■

→ [Informaiop n.155]

## REPORT ATTIVITÀ AIOP GENNAIO 2016

**lunedì 11 gennaio ore 10:30**  
Piano formativo Fondimpresa – Luiss Guido Carli (Leonardi, Rinaldi)

**lunedì 11 gennaio ore 12:00**  
Riunione di redazione AiopMagazine n.1/2016

**mercoledì 13 gennaio ore 9:30**  
COMITATO ESECUTIVO

**mercoledì 13 gennaio ore 10:00**  
Presentazione risultati Progetto C.R.E.A. Sanità  
“Una misura di performance dei SSR” (Rinaldi)

**martedì 19 gennaio ore 15:00**  
Incontro al Ministero della salute sul tema delle strutture monospécialistiche (Pelissero, Cittadini)

**venerdì 22 gennaio ore 10:30**  
A&S Team Srl (L.Miraglia, Leonardi, Rinaldi)

**mercoledì 27 gennaio ore 15:00**  
Incontro con CIMOP

**mercoledì 27 gennaio ore 15:30**  
COMITATO ESECUTIVO

**venerdì 29 gennaio ore 15:30**  
Incontro con la LUISS – Convegno Aiop Giovani 2016 (L.Miraglia, G.Costa, Radicati, Rinaldi)

## aiopmagazine

IL FOGLIO DEI SOCI AIOP  
Anno V - n. 1 • GENNAIO FEBBRAIO 2016

**Direttore Responsabile:**

Gabriele Pelissero

**Direttore Editoriale:**

Filippo Leonardi

**Coordinamento di redazione:**

Fabiana Rinaldi

**Redazione:**

Angelo Cassoni, Patrizia Salafia,

Alberta Sciacchi, Andrea Albanese

**Segreteria operativa:**

Sonia Martini, Stefano Turchi

**Progetto grafico e impaginazione:**

Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma

n. 533 del 23/1/2003

**Editore:** SEOP srl (Società in liquidazione)

via di Novella, 18, Roma

**Direzione:** 00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67

tel. 063215653 - fax. 063215703

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

**Stampa:** Grafica Di Marcotullio - Roma

chiuso in redazione il 20 gennaio 2016

## AIOP PIEMONTE

## Al via l'attività di continuità assistenziale con le Case di cura



BRUNA MELONI

Con la delibera n. 77-2775 del 29 dicembre 2015 sono state definite le funzioni extraospedaliere di continuità assistenziale delle case di cura private. In applicazione del piano regionale di revisione della rete ospedaliera, già iniziato nell'agosto 2014, è stata disposta la riconversione di alcuni posti letto di lungodegenza, anche psichiatrica, che prenderà il suo avvio dal 1 gennaio 2016. La manovra interessa circa 200 p.l. fra le case di cura associate. A livello regionale, la riconversione ha coinvolto 1.168 posti letto totali riguardanti anche le RSA. Con la determina dirigenziale n.924 del 30 dicembre scorso, sono state inoltre stabilite le modalità operative della attività in oggetto, unitamente alle specifiche regole per l'accreditamento. ■

→ [Informaiop n.156]

## AIOP TOSCANA

## Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie regionali



VANESSA SBARDELLATI

La Giunta regionale toscana, con delibera n.1202 del 9 dicembre 2015, ha approvato le modifiche al regolamento emanato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n.61/R del 24 dicembre 2010 ed al regolamento n1/R dell'8 gennaio 2014, in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie.

Tale modifica ha esteso i termini di adeguamento ai requisiti strutturali ed impiantistici visto anche le recenti diminuzioni dei budget assegnati, ed è stato inoltre prorogato il termine di scadenza per la presentazione delle nuove domande di autorizzazione ed accreditamento per le strutture terapeutiche per tossicodipendenti.

Per le strutture terapeutiche per tossicodipendenti autorizzate come enti ausiliari è prevista la continuità al funzionamento ai sensi della legge 11 agosto 1993 n.54. In fine è stato necessario inserire la clausola di immediata entrata in vigore del precedente regolamento, in considerazione delle proroghe di adeguamento previste nell'atto. ■

→ [Informaiop n.156]



## AIOP SARDEGNA

## Disciplinati i rapporti tra la Regione, le Asl e gli erogatori privati

ANDREA PIRASTU



Dopo una trattativa relativamente veloce, il 24 dicembre 2015, l'AIOP, l'AISSP e la Regione Sardegna hanno sottoscritto l'accordo per il triennio 2016-2018. Nella sostanza, l'accordo riproduce, con alcune modifiche, quello vigente dal 2012 al 2015. L'aspetto positivo è che l'accordo è stato sottoscritto prima dell'inizio del triennio permettendo ai presidi ospedalieri AIOP - AISSP di poter meglio programmare l'attività. Permane la garanzia dei pagamenti entro sessanta giorni da parte della ASL delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate (95% entro 60 giorni - saldo a 120 giorni). E' da sottolineare come l'Ospede-

rità Privata in Sardegna, da oltre cinque anni, è remunerata senza ritardi. Il regolare adempimento da parte della ASL permette senz'altro di svolgere l'attività con più serenità e soprattutto diminuisce notevolmente il peso degli oneri finanziari nei bilanci delle società. Gli obiettivi di interesse regionale previsti nell'accordo (art. 5) sono rimasti pressoché invariati. Novità importante è stata inserita nell'obiettivo relativo alla flessibilità nell'utilizzo dei posti letto. Gli erogatori privati potranno infatti accogliere i pazienti inviati dal Pronto Soccorso secondo modalità che saranno concertate tra le ASL, l'AIOP e l'AISSP. Altra novità è l'obbligo per le strutture accreditate (ai sensi dell'art. 1, comma 5 lett. B del DM 2/4/2015, n. 70) di trasmettere i bilanci alla Regione. E' appena il caso di osservare che il predetto obbligo in-

trodotta dal DM70/2015 non ha grande senso, considerato che i bilanci delle società sono pubblici e che la ASL, anche nel passato, nel momento in cui stipulavano i contratti potevano esigere di esaminare il bilancio dell'erogatore privato. Nonostante le istanze di alcune ASL finalizzate ad eliminare dall'accordo il lodo arbitrale, la Regione ha confermato la vigenza dell'istituto che rappresenta sicuramente una forte tutela nei contratti con la pubblica amministrazione. Le vere novità nell'accordo sono contenute negli articoli 10 e 12. Il primo accoglie integralmente la proposta dell'AIOP e istituisce il collegio medico AIOP-AISSP-ASL per le controversie conseguenti ai controlli effettuati dalla ASL in tema di appropriatezza. Viene introdotto il principio che in caso di controlli che sfociano in bocciature e/o rimodulazione dei ricoveri, il collegio medico investito dalla controversia è composto da specialisti della branca e non da funzionari medici della ASL, che quasi sempre non sono specialisti nella disciplina a cui afferisce il ricovero. L'ar-

titolo 12 invece, chiarisce i limiti del tasso di occupazione dei livelli e sottolivelli e volumi di attività. Si tratta di una norma che garantisce la flessibilità nell'esercizio dell'attività di ricovero e "codifica" il concetto di dipartimento che raggruppa diverse discipline.

In conclusione, si tratta di un accordo che ha funzionato nell'ultimo triennio e che si appresta (con le giuste modifiche apportate) a governare i rapporti tra Ospedalità Privata, Regione e ASL fino al 2018. Andando fuori tema (si fa per dire) l'unico aspetto che rischia di "inquinare" il panorama sanitario sardo è la telenovela del Mater Olbia (ex San Raffaele), che da una parte comprime la legittima aspirazione degli attuali operatori privati a veder incrementati i tetti di spesa e dall'altra vede la Regione condizionata, nell'organizzazione della futura rete ospedaliera, da questo ospedale che da un anno e mezzo, nonostante gli annunci, rimane un cantiere aperto a "tempo indeterminato". ■

→ [Informaiop n.156]