



A Roma per la presentazione del Rapporto Aiop 2016

L'Aiop, in collaborazione con Ermenegildo Zegna, presenterà alle Istituzioni, agli operatori e agli studiosi del settore il Rapporto annuale sull'attività svolta dagli ospedali pubblici e privati in Italia. Lo studio si sofferma dettagliatamente sull'entità e la qualificazione dei servizi sanitari, sull'evoluzione del settore, sui costi, sulle difficoltà di accesso e sulla qualità percepita dai cittadini. La presentazione del Rapporto avverrà nella Sala Zuccari del Senato della Repubblica, a Palazzo Giustiniani (via della Dogana Vecchia, 29 - Roma) il prossimo 12 gennaio 2017.



CONVEGNO

DDL sulla responsabilità civile in sanità. Quali prospettive?

Il 30 novembre scorso alle ore 10.00 a Milano, presso la Sala Falck di Via Chiaravalle, 8, Daniele Schwarz, Vice Presidente Confindustria Lombardia Sanità e Servizi, Nicola Bedin, Amministratore delegato dell'Ospedale San Raffaele, Antonella Sorgente, Segretaria Generale Arsi Lombardia, l'Onorevole Federico Gelli della Camera dei Deputati e il Presidente nazionale Aiop, Gabriele Pelissero, si sono confrontati per individuare quali prospettive emergeranno dall'applicazione del Ddl sulla responsabilità civile in sanità. ■

EDITORIALE

DI GABRIELE PELISSERO

L'emergenza non sia un alibi



È possibile uscire dall'emergenza della spending review? Tra i tanti provvedimenti introdotti dal Governo

Monti, nella difficile fase economica iniziata nel 2012, ci fu quella della compressione della spesa per le prestazioni ambulatoriali e ospedaliere erogate ai pazienti italiani attraverso gli erogatori privati accreditati. Il DL 95/2012, infatti, prevedeva (art. 15, co. 14) "una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5% per l'anno 2012, dell'1% per l'anno 2013 e del 2% a decorrere dall'anno 2014".

Fu una misura che colpì duramente l'attività di questi erogatori. Aiop comprese questo provvedimento, pensato in un momento di crisi economica senza precedenti e di un complesso e pericoloso passaggio politico-istituziona-

le, ma la formulazione iniziale prevedeva il taglio del 2% "per l'anno 2014". Poi il testo finale lo rese illimitato nel tempo.

Ma è possibile protrarre sine die questa fase di emergenza? E queste misure non rischiano di mettere ulteriormente in crisi il SSN e limitare nuove politiche di sviluppo? È giunto il momento di rimuovere il "blocco" del 2% di riduzione della spesa per acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori di diritto privato, e tenerlo fermo di farlo a partire dalla legge di bilancio 2017.

Tale norma, come si diceva, nasceva da una esigenza straordinaria di contenimento della spesa in un momento di grande tensione finanziaria, con un anomalo e drammatico incremento dello spread, e tendeva ad accogliere nell'immediato una serie di vincoli fissati dall'UE. Posta unicamente a carico degli erogatori di diritto privato, la riduzione avrebbe dovuto comportare un risparmio annuo di 70 mln di euro nel 2012, 140 mln nel 2013 e 280 mln a partire dal 2014, e avrebbe dovuto realizzarsi a "invarianza dei servizi ai cittadini" ma in realtà, come poteva essere prevedibile, si è tradotta in un taglio di prestazioni.

Infatti con essa si è annullata a tempo indeterminato la possibilità delle Regioni di ricorrere all'utilizzo del privato convenzionato per rispondere in modo più rapido ed economico alla crescita delle liste di attesa, e si è di fatto bloccata la possibilità di sviluppare qualunque forma di sperimentazione pubblico-privato perché ciò violerebbe il blocco totale imposto dal DL 95/2012, limitando irrazionalmente l'autonomia organizzativa in materia sanitaria delle Regioni.

In realtà, la norma risulta anche in parte disattesa, poiché la quota di attività del privato accreditato è un po' incrementata negli anni. Va rilevato inoltre che le disposizioni di evidente carattere eccezionale previste dal DL 95/2012, volendo assumere con palese illogicità una durata illimitata, violano anche il dettato costituzionale. In relazione a identica disposizione, la Corte Costituzionale, con la recente sentenza 3 marzo 2016, n. 43, infatti ha stabilito che "gli interventi statali sull'autonomia di spesa delle Regioni sono consentiti, come principi di coordinamento della finanza pubblica, purché transitori, giacché in caso contrario essi non corrisponderebbero all'esigenza di garantire l'equilibrio dei conti pubblici in un dato arco temporale, segnato da peculiari emergenze, ma trasmoderebbero in direttive strutturali sull'allocazione delle risorse finanziarie di cui la Regione è titolare, nell'ambito di scelte politiche discrezionali concernenti l'organizzazione degli uffici, delle funzioni e dei servizi (sentenza n. 36 del 2004). Questa Corte ha perciò già dichiarato l'illegittimità costituzionale di analoghe previsioni (sentenza n. 79 del 2014), per un aspetto che peraltro non inficia la misura di finanza pubblica in sé, ma coinvolge esclusivamente la sua dimensione temporale, allo scopo di «assicurare la natura transitoria delle misure previste, e, allo stesso tempo, di non stravolgere gli equilibri della fi-

RIFORMA COSTITUZIONALE

Cosa cambierebbe per la sanità?



ANNAGIULIA CAIAZZA

La legge costituzionale che il 4 dicembre sarà sottoposta a referendum confermativo, ove approvata dal corpo elettorale, inciderebbe anche sull'ambito sanitario ed in particolare, sull'art. 117 Cost., che disciplina il riparto di competenze tra Stato e Regioni, definendo i rispettivi ambiti di potestà legislativa. La versione attualmente vigente - risultante dalla riforma del 2001 - include la «tutela della salute» tra le materie di legislazione concorrente, rispetto alle quali lo Stato detta in via esclusiva «[...] i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» (art. 117, c. 2, lett. m), mentre alle Regioni spetta l'adozione della disciplina di dettaglio, pur nel rispetto dei principi stabiliti dallo Stato e dalla Costituzione, oltre che dei vincoli derivanti dagli obblighi europei e internazionali (c. 1). La riforma, abrogando l'istituto della legislazione concorrente, attribuirebbe allo Stato la definizione non solo dei Lep e dei Lea, ma anche delle «[...] disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per le politiche sociali e per la sicurezza alimentare» (nuovo c. 2, lett. m), quali le regole sui requisiti nazionali per l'accreditamento. Resterebbe, invece, la potestà regionale per «[...] programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali» (nuovo c. 3), quindi, ad esempio, sull'organizzazione delle ASL o sui piani sanitari regionali. La nuova clausola c.d. di supremazia prevede, inoltre, che «su proposta del Governo, la legge dello Stato può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della



Repubblica, ovvero la tutela dell'interesse nazionale», mentre la Corte costituzionale continuerebbe a decidere su eventuali conflitti di attribuzione.

Resterebbero immutate - almeno fino alla modifica dei relativi statuti - le competenze delle Regioni a statuto speciale e l'autonomia finanziaria regionale. Nessuna modifica interesserebbe, infine, i principi fondamentali della Parte I della Costituzione che, in quanto tali, sono intangibili: artt. 32 (diritto alla salute in tutte le sue componenti ed in particolare come diritto alle cure e alla libertà di scelta), 2 (inviolabilità dei diritti fondamentali dell'uomo, tra i quali quello alla salute), 3 (principio di eguaglianza, che si estrinseca nell'universalità e accessibilità delle cure), e 38 (previdenza e assistenza sociale). ■



PROGRAMMAZIONE SANITARIA ANNO 2056

RAPPORTI INTERNAZIONALI / LE ESPERIENZE DI SPAGNA, FRANCIA E GERMANIA

La valutazione della qualità nella sanità privata

In occasione del Consiglio Uehp a Montecarlo, le Associazioni nazionali dell'ospitalità privata hanno presentato le loro attività in materia di qualità, dimostrando un'attenzione particolare per tale aspetto, che costituisce da sempre un requisito del settore nel rapporto con i pazienti, ma richiede anche di essere tradotto in iniziative concrete e aggiornate.



ALBERTA SCIACHI

In Spagna, l'Associazione ospedaliera privata (Aspe), che rappresenta il 30% del settore sanitario e il 2,52% del PIL, collabora da anni con Aliad, una società di servizi specializzata nella sanità privata, per la quale ha sviluppato a partire dal 2000 un programma specifico, "Santidad Excelente" (Sep), che abbraccia tutti gli aspetti clinici e manageriali, inclusi la sicurezza del paziente e la gestione dei dati personali, agevolando l'accreditamento di qualità a livello internazionale. Ciò è dovuto al fatto che Sep integra e adatta gli standard di modelli internazionali, da ISO9001 a Joint Commission ed Efqm (European Foundation for Quality Management), nell'ottica di un programma europeo di eccellenza, realizzando un'esperienza di rilievo per numero di centri e persone coinvolte.

La Federazione francese (Fhp) ha compiuto un passo ulteriore, fondando venti anni fa un'Associazione, Baqimehp, le cui attività, dalla qualità alla gestione dei rischi fino alla formazione del personale, si estendono oggi ai settori sanitari non solo privati, ma anche pubblici. Baqimehp svolge, infatti, compiti istituzionali presso l'Haute Autorité de Santé (Has), l'organismo terzo che accredita ufficialmente tutti gli ospedali pubblici e privati. In Francia la certificazione è obbligatoria dal 1996 e prevede una procedura quadriennale basata su quattro elementi: quadro di riferimento comu-

ne, autovalutazione, visita di certificazione da parte di pari (gli esperti visitatori), rapporto finale sul livello di certificazione che viene stampato sul sito dell'Has e del Ministero della sanità. L'evoluzione del sistema ha

stano problematici i settori a rischio, come il blocco operatorio o l'endoscopia, ed il management strategico. È da rilevare che in Francia la legge sul funzionamento dell'assicurazione sociale prevede, all'articolo 51



condotto ad un procedimento sistematico che va oltre la valutazione della qualità ed è fondato sull'identificazione dei rischi prioritari, centrato sul paziente, idoneo ad integrare gli indicatori di qualità e di sicurezza delle cure. I primi risultati della visita del 2014, riportati dall'Has nel 2016, sono di buon livello per le istituzioni private, con il 75% delle strutture certificate contro il 38% di quelle pubbliche, di cui il 19% con obbligo di miglioramento contro il 42% registrato negli ospedali pubblici, che hanno un livello di rinvio dell'esame tre volte maggiore di quello dei privati. Gli audit condotti per identificare la fonte delle disfunzioni hanno rilevato la carenza di strategia, di strutturazione delle risorse, di organizzazione, mentre re-

sul miglioramento della qualità e sicurezza delle cure, un incentivo finanziario basato sui risultati della certificazione e sull'eccellenza, mentre nel "Contratto per il miglioramento delle pratiche", in conformità al Decreto del 19 novembre 2015, è prevista una verifica biennale su rischi infettivi, farmacologici e di discontinuità del percorso di cura dei pazienti, con possibilità di sanzioni.

In Germania, dal 1996 sono obbligatori la pubblicazione sul sito della struttura ospedaliera del rapporto annuale di qualità e la certificazione di un sistema interno di gestione della qualità. Il Ministero della sanità tedesco, infatti, si pone l'obiettivo di sviluppare indicatori di qualità scientificamente fondati, per otte-

nere una comparazione della qualità tra ospedali, tale da agevolare la consultazione per i pazienti, usando a tal fine anche le informazioni disponibili presso le assicurazioni sanitarie. A livello di istituzionale, la verifica della qualità è affidata ad un organismo paritetico, l'Istituto per l'assicurazione di qualità e la trasparenza nelle strutture sanitarie (Iqtig) che pubblica annualmente i report di qualità di tutti gli ospedali, si relaziona con le strutture che registrano un livello di qualità inferiore alla media e progetta di pubblicare una lista comparativa delle strutture. Il settore ospedaliero privato ha varato, come in Francia, una propria iniziativa, denominata Qualitatkliniken.de, in cui i "pionieri" sono stati i grandi gruppi ospedalieri privati, come Helios ed Asklepios. Gli obiettivi principali di questa piattaforma, che raccoglie circa trecento membri (privati, pubblici, università) sono: offrire ai pazienti, ai loro familiari ed ai medici curanti informazioni di facile comprensione per la scelta di un ospedale conforme ai loro bisogni; sostenere la gestione della qualità nelle cliniche e determinare standard nazionali di trasparenza.

La definizione della qualità comprende cinque dimensioni: trattamento medico, sicurezza e soddisfazione del paziente, soddisfazione dei medici, aspetti etici, basati su linee guida e validati attraverso audit. I risultati sono poi certificati da organismi indipendenti accreditati. I membri dei due Istituti sono i più preparati ad affrontare le prossime iniziative statali a difesa della qualità, perché consapevoli dei loro punti di forza e di debolezza. Devono però agire con prontezza perché il governo tedesco è deciso a varare regole sempre più stringenti e in futuro i decisori non avranno difficoltà a chiudere le strutture ospedaliere di bassa qualità. Pur nella varietà delle situazioni, emerge chiaro l'intreccio di provvedimenti normativi e di iniziative volontarie, motivate anche dal crescente interesse dell'Ue, che ha incaricato l'Agenzia europea Eurofound di condurre ricerche sulla qualità degli ospedali privati per valutare gli effetti dell'espansione del settore privato rispetto a quello pubblico su qualità, accessibilità ed efficienza, nella prospettiva delle riforme dei sistemi sanitari nazionali. E in Italia? ■

ANCOD

La sanità privata nel settore odontoiatrico

L'Associazione nazionale centri odontoiatrici rappresenta le imprese che operano nell'ambito della sanità privata nel settore odontoiatrico che conta circa 500 cliniche con oltre 3.000 medici odontoiatri, più di 5.000 dipendenti e circa 500 milioni di fatturato.

Si propone di tutelare l'identità professionale e imprenditoriale dei centri odontoiatrici nel mercato italiano, di promuovere elevati standard dei servizi offerti in linea con i migliori protocolli internazionali, di diffondere la cultura dell'etica e della deontologia nel settore di riferimento, ponendosi come interlocutore per le Istituzioni e le Associazioni dei consumatori.

Ancod è nata a marzo del 2016 per volontà di rappresentanti di aziende di lunga esperienza in ambito imprenditoriale clinico e scientifico, ha sede a Milano ed è affiliata ad Aiop. Il Consiglio direttivo viene nominato ogni due anni e ha la fun-

zione di indirizzare e gestire l'attività dell'Associazione. Il Presidente di Ancod è Michel Jacques Cohen e il Consiglio direttivo è composto da Francesco Giosuè Galli (Vicepresidente e tesoriere), Massimo Turchetti (Vicepresidente) e Federico Reggiani. Il Comitato medico scientifico ha la funzione di assistere il Consiglio direttivo sui temi clinici e scientifici ed è composto da Samuele Baruch, Giorgio Gastaldi, Gregorio Redaelli. Il Presidente è Giorgio Gastaldi. ■



Ricoh ottimizza la gestione delle informazioni sanitarie e i processi di accoglienza del paziente

Ricoh, multinazionale che fornisce soluzioni per la stampa office, servizi documentali gestiti e servizi IT, collabora con le principali organizzazioni sanitarie consentendo loro di ottimizzare la gestione delle informazioni e i processi di accoglienza dei pazienti. Questo va a vantaggio delle prestazioni sanitarie e dell'efficienza organizzativa.

Grazie a una conoscenza specifica delle modalità operative del Settore Sanitario, Ricoh ha sviluppato soluzioni e servizi per:

- Rendere più efficiente il percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale del paziente
- Migliorare l'accesso alle informazioni
- Ridurre i costi
- Aumentare la sicurezza dei dati
- Ottimizzare l'accoglienza del paziente

 imagine. change.

AIOP GIOVANI / STUDY TOUR SVEZIA 2016

Il network model svedese

TILIA LUDOVICA MIRANDA
Casa di cura Santa Lucia
San Giuseppe Vesuviano, Napoli

Il primo giorno di incontri ha visto i soci Aiop giovani in visita nel Paese scandinavo, confrontarsi con la presentazione di una overview del sistema sanitario svedese in generale, con un focus sulla regione di Stoccolma. In tal senso, il responsabile della pianificazione futura del sistema sanitario dello Stockholm County Council ha chiarito come la Svezia, un Paese che conta circa 10 milioni di abitanti, sia caratterizzato da un sistema sanitario a modello Beveridge, un servizio universalistico che garantisce assistenza sanitaria a tutti i cittadini del Paese, finanziato per la quasi totalità dall'imposizione fiscale generale (80%). Il governo del sistema sanitario è articolato su tre livelli: nazionale, responsabile per le politiche pubbliche e la legislazione in materia sanitaria ed assicurativa; regionale (County), responsabile per la gestione e l'erogazione delle prestazioni sanitarie relative alla prevenzione, alle cure primarie ed all'assistenza ospedaliera e comunale (Municipality), responsabile per il finanziamento e l'attuazione dell'assistenza domiciliare per anziani e disabili, oltre che per l'assistenza psichiatrica di lungo termine. In particolare, è stato evidente come la struttura dell'offerta sanitaria svedese si sostanzia in un vero e proprio network model che prevede la presa in carico del cittadino-paziente sin dalla nascita, passando per le fasi di prevenzione e cura primaria, per la cura delle acuzie, fino a tutto quello che può riguardare il follow-up, la riabilita-

Per il 13° Study Tour, la delegazione Aiop Giovani si è recata in Svezia, dove ha incontrato esponenti e ricercatori del Sistema sanitario locale, oltre a visitare strutture di primaria importanza nel contesto dell'offerta del sistema sanitario della capitale, Stoccolma, e della vicina Uppsala.



zione e l'assistenza agli anziani. Alla compagine sanitaria pubblica, si affianca, nel panorama dell'offerta, la presenza di strutture gestite da soggetti privati che, in seguito alla stipula di apposite convenzioni, prestano i propri servizi alla cittadinanza alla stregua degli erogatori pubblici, completando ed ampliando, talvolta, l'offerta di servizi sanitari a disposizione del cittadino. A tal proposito, il sistema di remunerazione delle strutture ospedaliere segue il medesimo criterio, sia per gli ospedali privati che pubblici. In particolare, per l'anno 2016, la grandissima parte di detta remunerazione è basata su un compenso fisso, in base al volume target di DRG, del tutto assimilabile al criterio del budget utilizzato in Italia. Prendendo a modello l'organizzazione delle strutture ospedaliere nella regione

di Stoccolma, è saltato all'occhio come la strutturazione dell'assistenza sanitaria sia focalizzata, in particolare modo, sulla scrematura della domanda di prestazioni per acuti, con un marcato rilievo conferito, quindi, alle cure primarie ed alla prevenzione. Tale politica si traduce in un'ampia diffusione sul territorio regionale di strutture assistenziali deputate all'assistenza primaria, come le Family doctor clinics (208), la maggior parte delle quali a gestione privata, e ad una contestuale concentrazione dell'assistenza ospedaliera per acuti ed in emergenza, che si sostanzia nella presenza di pochi e grandi ospedali, 7 Emergency Hospitals, di cui uno privato. Questa specifica organiz-

zazione del sistema di offerta è rappresentativa delle tendenze nelle politiche sanitarie in atto nel Paese: diffusione di erogatori di cure primarie e la loro progressiva privatizzazione; continua concentrazione e specializzazione delle strutture ospedaliere; riduzione nei tempi di attesa per la fruizione di trattamenti e diagnosi. Il sistema sanitario svedese è fondato su un concetto di Healthcare value, che si sostanzia nella creazione continua di valore per il paziente, tramite l'analisi congiunta di: quantity feedback derivanti dai servizi ospedalieri, in termini di quantità dei casi trattati e, quindi, dall'accorpamento di casistiche che permettano di ottenere efficienze in termini gestionali e

di evidence based medicine; quality feedback conseguibili dall'analisi qualitativa delle prestazioni erogate, così come percepite dal paziente e misurate tramite appositi indicatori di patient outcome. La Svezia ci ha mostrato come un sistema sanitario, per essere equo ed al contempo efficiente, debba centrare le sue politiche organizzative sul paziente e sul suo bisogno di salute, non prevedendo la concentrazione dell'assistenza sul verificarsi dell'evento acuto o dell'emergenza, bensì strutturando un sistema di presa in carico completo del cittadino nel suo intero arco di vita, così da rendersi sostenibile ed efficace a tutti i livelli di assistenza. ■

→ [Informaiop n.191]

CONVEGNO AIOP GIOVANI

Mercoledì 23 novembre, l'Aiop Giovani ha presentato a Roma la prima pubblicazione su "L'evoluzione dei modelli sanitari internazionali a confronto per costruire il Servizio Sanitario Nazionale del futuro", realizzata grazie al supporto e alla collaborazione con la Luiss Guido Carli. È innegabile che anche l'Italia stia vivendo, come in realtà la gran parte dei Paesi europei, una profonda crisi economico-finanziaria che ci richiede di ripensare ad un modello di assistenza che sia compatibile e solidale con le esigenze dei cittadini, ma al contempo anche con quelle del contenimento della spesa, tale da assicurare, anche alle prossime generazioni, un'assistenza sanitaria pubblica e universale. Siamo arrivati al punto di svolta e il rischio è di disperdere i risultati raggiunti grazie al servizio sanitario nazionale. Abbiamo a che fare con un tesoro inestimabile da difendere e supportare. Anche per dare rilievo a questi importanti motivi e per individuare modelli innovativi e sostenibili per il sistema sanitario nazionale del futuro, è stato fissato l'appuntamento alle ore 10.00, presso la Sala Italia del Centro Congressi dell'Università Cattolica del Sacro Cuore dove si è tenuta la presentazione della pubblicazione di fronte al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin e al Presidente dell'Istituto Superiore della Sanità, Walter Ricciardi, al Professore ordinario di Economia e Gestione delle Imprese della Luiss Guido Carli, Franco Fontana e al Presidente nazionale Aiop, Gabriele Pelissero, oltre ad altri rappresentanti delle Istituzioni e degli organi di informazione.



→ [Informaiop n.194]

CONVEGNO AIOP GIOVANI LAZIO

Sul ddl Gelli, vorremmo dire la nostra

I giovani imprenditori della sanità privata del Lazio hanno avuto un confronto con le Istituzioni e lo hanno fatto martedì 8 novembre in Senato. Il motivo è il Ddl Gelli sulla responsabilità professionale del personale sanitario, la cui approvazione è alle battute finali.

L'Aiop Giovani del Lazio ha contattato proprio su questo ultimo percorso del Ddl Gelli per poter ottenere dei cambiamenti al testo di legge, in occasione della tavola rotonda dal titolo "Disegno di Legge Gelli - Cambiano le regole sulle responsabilità sanitarie; impatti sul sistema", da loro organizzata nel Senato della Repubblica. "Il disegno di legge nel suo iter di approvazione è alle battute finali e noi non condividiamo alcuni punti - ha affermato Gaia Garofalo vice Presidente Aiop Giovani Lazio - Sollecitiamo un ripensamento relativo al comma 5 dell'articolo 9 che pone un tetto incomprensibile all'azione di rivalsa delle aziende sanitarie nei confronti del medico, pari a tre volte

lo stipendio annuo, e al primo comma dell'articolo 10, recentemente emendato, che prevede l'obbligo per le strutture sanitarie di assicurare - a proprie spese - anche i medici in regime di libera professione. Questo emendamento appare in contraddizione con l'impianto stesso del disegno di legge, che pur chiarisce la responsabilità contrattuale del personale in libera professione. Siamo inoltre molto preoccupati circa le ripercussioni che potrà avere il comma 3 dell'articolo 7, che chiarisce una volta per tutte la natura extra-contrattuale della responsabilità del medico, suscitando in noi operatori del settore il timore di un aumento, o comunque la certezza di una mancata riduzione del contenzioso nei

confronti delle strutture sanitarie. Vale la pena ricordare che delle 32.000 denunce annue, 2/3 sono già nei confronti delle strutture sanitarie, 1/3 nei confronti del personale medico. "Se il nostro timore fosse fondato - ha aggiunto la Garofalo - ci sarebbe probabilmente il rischio di ripercussioni in materia assicurativa. Diminuirebbero certamente i premi per l'assicurazione medica, ma potrebbero aumentare quelli, oggi molto elevati, delle strutture sanitarie. Elevati al punto tale che già molte aziende pubbliche e private preferiscono ricorrere al meccanismo dell'autoassicurazione". ■

→ [Informaiop n.194]

REPORT ATTIVITÀ AIOP
NOVEMBRE 2016

- mercoledì 2 novembre ore 12.00**
Riunione di redazione AiopMagazine n.11 2016
- venerdì 4 novembre ore 15.00**
Confindustria, Incontro con il Responsabile welfare (Leonardi)
- 7-8 novembre Milano**
Scuola di Formazione (Leonardi, Salafia, Ortolani)
- martedì 8 novembre Milano, ore 16.30**
COMITATO ESECUTIVO
- martedì 8 novembre Milano, ore 19.30**
Incontro culturale Istituto Bruno Leoni (Comitato esecutivo)
- martedì 8 novembre ore 16.00**
Convegno Aiop Giovani Lazio "Ddl Gelli: cambiano le regole della responsabilità sanitaria - impatti sul sistema" (Faroni, L.Miraglia, G.Costa, G.Garofalo, Rinaldi)
- mercoledì 9 novembre**
Confindustria, Form Up 2016 (Caiazza)
- mercoledì 9 novembre ore 11.00**
Comitato XIV Rapporto 2016 (Cassoni)
- venerdì 11-novembre ore 11.00**
Tavolo tecnico ENR (Cassoni)
- 10-12 novembre Milano**
"S@lute. Il Forum dell'innovazione per la salute" (Patrocino Aiop)
- martedì 15 novembre ore 9.00 - 18.30**
Forum Meridiano Sanità - The European House Ambrosetti (Leonardi, Cassoni)
- martedì 15 novembre ore 15.00**
Consiglio Superiore Sanità Audizione su "Appropriatezza in Diagnostica per Immagini e Rinnovo parco Tecnologico2" (Leonardi, Faroni)
- 17-18 novembre Napoli**
Scuola di Formazione (Leonardi, Salafia, Ortolani)
- 21-22 novembre Palermo**
Scuola di Formazione (Leonardi, Salafia, Ortolani)
- mercoledì 23 novembre ore 10.30**
Convegno Aiop Giovani: presentazione ricerca (Pelissero, L.Miraglia, Rinaldi)
- mercoledì 23 novembre ore 10.30**
Collegio dei Provvisori
- mercoledì 23 novembre ore 15.00**
COMITATO ESECUTIVO
- mercoledì 23 novembre ore 15.00**
Consulta Nazionale Aiop Giovani
- mercoledì 23 novembre ore 17.00**
CdA COPAG
- martedì 29 novembre Firenze, ore 10**
COMITATO ESECUTIVO
- martedì 29 novembre Firenze ore 14.30**
XI Forum Risk "Pubblico e privato in sanità: la sfida dell'efficienza e della sostenibilità" (Comitato Esecutivo)



 IL FOGLIO DEI SOCI AIOP
ANNO V - N. 11 - NOVEMBRE DICEMBRE 2016

Direttore Responsabile:
Gabriele Pelissero

Direttore Editoriale:
Filippo Leonardi

Coordinamento di redazione:
Fabiana Rinaldi

Redazione:
Angelo Cassoni, Patrizia Salafia, Alberta Sciachi,
Andrea Albanese, Annagiulia Caiazza,
Andrea Ortolani, Fabiana Rinaldi

Segreteria operativa:
Sonia Martini, Stefano Turchi

Progetto grafico e impaginazione:
Andrea Albanese

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

Editore: AIOP
via Lucrezio Caro, 67 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

chiusa in redazione il 18 novembre 2016

EDITORIALE - L'emergenza non sia un alibi

SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

nanza pubblica, specie in relazione all'anno in corso» (sentenza n. 193 del 2012). (...) Nel caso di specie, il DL n. 66 del 2014 è intervenuto per correggere i conti pubblici con riferimento al periodo triennale inaugurato dalla legge 27 dicembre 2013, n. 147 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge di stabilità 2014), ovvero, in linea di principio e salva espressa disposizione contraria, dal 2014 al 2016. Perciò questa Corte deve ripristinare la legalità costituzionale riconducendo la disposizione impugnata ad un corrispondente periodo transitorio di efficacia, visto che esso è connotato alle caratteristiche dell'intervento legislativo in cui la norma è collocata, e si desume perciò direttamente ed inequivocabilmente da quest'ultimo».

AIOP LOMBARDIA

I festeggiamenti del 50° dell'Associazione

Lo scorso venerdì 7 ottobre si è svolto a Mantova, capitale italiana della cultura 2016, un evento organizzato da Aiop Lombardia in occasione del cinquantesimo anniversario dell'Associazione. La giornata è iniziata con l'Assemblea straordinaria dei soci presso la sala riunioni del Poliambulatorio Green

Park della famiglia Nicchio, presieduta dal Presidente Aiop Lombardia Dario Beretta e con la partecipazione del Presidente nazionale Aiop Gabriele Pelissero, dell'Assessore regionale al Welfare Giulio Gallera, del Vice Sindaco Giovanni Buvoli, del Direttore generale e del Direttore sanitario della ATS Val padana Aldo Bellini

e Simonetta Bettellini.

Il prossimo numero della rivista MondoSalute Lombardia che uscirà a dicembre conterrà uno speciale "50° a Mantova". ■

→ [Informaiop n.190]

AIOP VENETO

Riforma sul sistema di governo della sanità regionale

ROBERTO MANENTE

Con l'approvazione da parte del Consiglio Regionale della Legge 19/16 è stata avviata la riforma del sistema di governo della sanità veneta. La riforma poggia le basi su due elementi: l'istituzione di un nuovo ente di governance della sanità regionale, denominato "Azienda Zero" e la ridefinizione degli ambiti territoriali delle Aziende ULSS.

In particolare la Legge regionale definisce: il quadro di riferimento in cui si colloca il nuovo Ente di governance della sanità regio-

nale - Azienda Zero - individuandone l'organizzazione (Direttore Generale, Comitato dei Direttori Generali ULSS, Collegio Sindacale, personale preposto) e le funzioni, tra cui: accentramento delle procedure di selezione del personale sanitario, formazione personale, supporto al modello assicurativo e di contenzioso, autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, razionalizzazione del sistema logistico, sviluppo sistema ICT, attivazione del Fascicolo sanitario elettronico. Rimane all'inter-

no delle strutture organizzative della Giunta regionale l'Area sanità e sociale (ex segreteria Sanità e Sociale), a cui a cui è preposto un Direttore generale, ed a cui competono la realizzazione degli obiettivi socio-sanitari di programmazione, il coordinamento e la vigilanza delle strutture del sistema socio-sanitario, nonché il rapporto con il Presidente della regione, con la Giunta e con il Consiglio regionale.

→ [Informaiop n.195]

AIOP SARDEGNA

Nuovo direttore generale dell'Asl unica regionale

ANDREA PIRASTU

Nella Regione Sardegna, dal 1 gennaio 2017, sarà operativa la ASL unica /ATS. È stato recentemente designato a ricoprire l'incarico di Direttore Generale, Fulvio Moirano, manager di indiscussa capacità proveniente dalla Regione Piemonte.

Attualmente le ASL Sarde sono otto: Asl 1 Sassari, Asl 2 Olbia, Asl 3 Nuovo, Asl 4 Lanusei, Asl 5 Oristano, Asl 6 Sanluri, Asl 7 Carbonia, Asl 8 Cagliari.

La neonata ASL unica dovrebbe determinare una razionalizzazione della spesa sanitaria. Inoltre, verosimilmente, non si ripeteranno le situazioni del passato che hanno visto spesso i manager delle ASL agire autonomamente e in contrasto tra loro nell'interpretare la normativa regionale in materia sanitaria.

Il nuovo direttore generale, Fulvio Moirano, gestirà un bilancio di oltre tre miliardi di euro e dovrà operare nell'ambito della nuova rete ospedaliera che, salvo imprevi-

sti, dovrebbe essere varata definitivamente nei prossimi mesi (vedi inform@iop del 6/8/2015, 22/10/2015 e del 21/4/2016). L'Aiop e l'Aispp si sono mosse inviando al nuovo Direttore Generale della ASL unica un breve dossier sull'Ospedalità Privata in Sardegna. Per tale comparto non dovrebbero comunque esserci contraccolpi negativi conseguenti al nuovo assetto istituzionale anche perché l'accordo tra la Regione Sarda, l'Aiop e l'Aispp è valido per il triennio 2016-2018. Per quanto riguarda invece la nuova rete ospedaliera si deve registrare un grave ritardo da parte dell'Amministrazione regionale. Purtroppo, le logiche campanilistiche troppo spesso si alimentano nelle stanze della politica (a prescindere dai colori) alla quale ben poco importa di avere come obiettivo una sanità efficiente in un contesto di spesa sanitaria controllata. ■

→ [Informaiop n.192]

AIOP SICILIA

Al via il piano
formazione degli
operatori delle sale
parto dei Punti
nascita

“Esprimiamo soddisfazione, sia come imprenditori della sanità che come cittadini, per il fatto che la Regione, con il decreto, a firma del dirigente generale del Dasoe Ignazio Tozzo, abbia finalmente approvato il Piano di Formazione percorso nascita Sicilia, Programma formativo per gli operatori delle sale parto dei Punti nascita di 1 livello”. Lo ha dichiarato Barbara Cittadini, Presidente regionale dell'Aiop. Il provvedimento prevede la formazione triennale, specifica ed obbligatoria, per i Medici ostetrici-ginecologi, anestesisti, pediatri neonatologi, ostetriche, infermieri addetti alla sala parto, che operano nei Punti nascita, con l'obiettivo di promuovere e migliorare la qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nelle sale parto regionali e rendere uniformi competenze tecniche e qualificazione professionale del team dei punti nascita di I livello, che sono presenti non solo negli ospedali pubblici, ma anche tra le strutture private accreditate. "Prevedere, altresì, -ha precisato il Presidente Aiop Sicilia - la possibilità di lavorare in gruppi, seguiti da formatori esperti, a cui seguiranno sessioni di discussione, revisione dei comportamenti e rielaborazione, offre l'opportunità di sviluppare una capacità di lavoro multiprofessionale, lavorando in team, metodo indispensabile per poter adottare buone prassi condivise ed attuare interventi efficaci ed appropriati". "Sono certa - ha concluso la Cittadini - che questo piano di formazione triennale garantirà una maggiore integrazione professionale tra gli operatori del percorso nascita e consentirà il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali". ■

→ [Informaiop n.193]

AIOP COSENZA

Extrabudget 2016

ENZO PAOLINI

Le strutture sanitarie socio-sanitarie accreditate della provincia di Cosenza hanno ricevuto la nota 3.11.2016 prot. 01429066, con la quale l'ASP annuncia che "il limite economico sottoscritto contrattualmente (budget 2016) è invalicabile e che pertanto, in caso di erogazione di prestazioni eccedenti, le stesse non saranno validate e riconosciute e non potranno, conseguentemente, essere fatturate".

È appena il caso di sottolineare che l'ipotesi di pagamento del cosiddetto "extrabudget" è regolato da norme di legge e che, in ogni caso, la indicazione implicitamente fornita da codesta ASP, (cioè quella di sospendere le prestazioni) oltre ad essere induttiva dell'allungamento delle liste d'attesa e/o della emigrazione sanitaria non risolve neanche il problema del contenimento della spesa dal momento che, come è ormai affermato da Corti di merito e Cassazione l'eventuale extrabudget si configurerebbe come indebito arricchimento, come tale dovuto, in misura pari ai costi non sopportati dalla P.A., in favore delle strutture erogatrici aventi diritto. Suggestivo perciò un revisione della direttiva contenuta nella nota che si riscontra, anche, eventualmente mediante confronto con la struttura commissariale autrice primaria del diktat produttivo solo di disservizio, contenzioso ed incremento della spesa.

→ [Informaiop n.194]