



MANCATI RIMBORSI

La segnalazione dell'AIOP all'Antitrust

Negli ultimi anni alcune delle strutture Aiop inserite nelle reti ospedaliere pubbliche di emergenza, che forniscono servizi di pronto soccorso e ricoveri d'urgenza, si sono trovate a dover gestire un'ulteriore iniquità derivante dalla riduzione delle risorse destinate alla remunerazione dell'offerta sanitaria privata, nono-

→ PAG.2

FOCUS GIUSLAVORISTICO

Tempo-tuta: nuova pronuncia

La Sezione Lavoro della Suprema Corte torna ancora una volta a pronunciarsi sulla dibattuta questione del c.d. "tempo - tuta", affrontando il caso sollevato da tre dipendenti di un'azienda alimentare, obbligati ad indossare apposite tute, scarpe antinfortunistiche, idonei copricapo e indumenti intimi forniti dall'azienda e a pre-

→ PAG.3

REMUNERAZIONE EXTRABUDGET

Un nuovo orientamento dei Tribunali

Abbiamo già dato notizia della sentenza 5627/16 del Tribunale di Roma che aveva riconosciuto il diritto dalla struttura erogatrice di prestazioni in extrabudget a conseguire un "equo indennizzo" ai sensi dell'art. 2041 c.c.. Nello stesso solco si inseriscono due recenti sentenze del Tribunale di Cosenza del 23 e del 30 gennaio

→ PAG.2

EDITORIALE

DI GABRIELE PELISSERO

Ci risiamo



Ci risiamo. Non avevamo fatto in tempo a registrare positivamente l'aumento fissato dalla legge di stabilità 2017 del Fondo sanitario nazionale (FSN) a 113 miliardi di euro, rispetto ai 111 del 2016 - anche se la maggior parte vincolati alla spesa per i nuovi farmaci, vaccini e contratto per il personale - che il Governo ha chiesto alle Regioni ordinarie ben 422 milioni di "contributo alla finanza pubblica". Di fatto, il FSN 2017 si attesterebbe ora a 112,578 miliardi. Il nuovo taglio colpirebbe, anche se in misura minore, anche il trasporto pubblico locale e i servizi sociali, altri due settori in difficoltà sia dal punto di vista finanziario che da quello dell'accessibilità sociale. Insomma, ad essere penalizzati saranno i servizi già in crisi e con effetti diretti sul welfare. Siamo alle solite. Già nel 2015 avevamo assistito ad una manovra correttiva, che allora colpì ancora più duramente la sanità per ben 2,352 miliardi di euro (confermati anche per il 2016). A farne le spese - e i principali osservatori scientifici lo hanno evidenziato - i cittadini più deboli: con la crescita dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie, il conseguente rinvio o la rinuncia alle cure, il ricorso alla spesa out of pocket, e con la restrizione della mobilità interregionale, che non consente all'ospedale privato accreditato con il SSN, in molte regioni, di offrire cure e assistenza ai fuori-regione. Ci sono pochi soldi per il SSN? Non è proprio così. Nel 14° Rapporto Ospedali & Salute, presentato a metà gennaio scorso, avevamo continuato a documentare i "sovraccosti" del comparto sanitario pubblico, per un importo di circa 3 miliardi di euro riferiti al solo settore ospedaliero pubblico. Un fenomeno che comprende anche una "mala gestio", come ha dichiarato il presidente della Corte dei Conti, lo scorso 13 febbraio, all'inaugurazione dell'anno giudiziario 2017. Le fattispecie rilevate dalla magistratura contabile nel 2016

comprendono diverse forme: "dall'utilizzo illecito di contributi, sovvenzioni o fondi di provenienza nazionale o europea, alla indebita erogazione di stipendi, indennità o emolumenti; dagli incarichi esterni, consulenze o collaborazioni contra legem agli oneri economici assunti senza formalizzazione di impegno contabile, forieri del sempre più preoccupante fenomeno dei debiti fuori bilancio, non dimenticando che questi ultimi pongono pesanti ipoteche su ogni ordinata contabilità e gettano ombre sui piani di riequilibrio di situazioni in dissesto; dai danni d'immagine conseguenti a reati contro la pubblica amministrazione, a quelli di violazione della concorrenza, da disservizio o da tangente". Si era pensato che il segnale dato dalla legge di bilancio 2016 sulla necessità di predisporre piani di rientro triennali per le Aziende Ospedaliere, Irccs e Aziende ospedaliere universitarie in deficit (di oltre il 10% dei propri ricavi, portati addirittura a 7 nella finanziaria 2017), e che dal 1° gennaio 2017 riguarda anche Asl e ospedali pubblici a gestione diretta, potesse essere un "ultimatum" efficace. Ma al momento siamo ancora nelle fasi regionali istruttorie, anche se qualche mese fa era stato reso pubblico un elenco di 24 Aziende sanitarie del primo gruppo che oltrepassavano i limiti di deficit imposti dalla legge. Abbiamo apprezzato l'ulteriore stretta della finanziaria 2017, ma continuiamo a ribadire che la sanzione all'eventuale mancato rispetto del risanamento previsto per queste strutture pubbliche non può limitarsi alla rimozione - giusta - del direttore generale, ma deve essere portato alla conseguente offerta della gestione delle strutture pubbliche in conclamato deficit sul mercato dell'imprenditoria privata, affrancandole dai vincoli della clientela politico-amministrativa. Occorre maturare una volontà politica in tal senso, e occorre farlo al più presto, prima che la "mutazione genetica" del SSN - che renderebbe virtuale il principio dell'universalismo delle cure - dispieghi tutti i suoi effetti. ■

LO STUDIO DI ECFIN SUL CONTENIMENTO DEI COSTI OSPEDALIERI

Efficienza di gestione: dal privato le migliori performance

Secondo la Commissione europea la proprietà privata è associata ad una maggiore efficienza e ad una buona qualità.



ALBERTA SCIACCHI
Ufficio Rapporti Internazionali Aiop

La Direzione generale economia e finanza (ECFIN) della Commissione europea ha pubblicato uno studio sulle politiche di contenimento dei costi ospedalieri, che coprono attualmente il 30% della spesa sanitaria e sono in costante crescita. A tal fine, gli Stati membri hanno introdotto misure quali la riduzione della capacità ospedaliera, l'applicazione di tetti di budget ed il pagamento per prestazione realizzando un contenimento dei costi a breve termine. Al riguardo, la Commissione mette, però, in guardia dal duplice rischio sia del sovradimensionamento della rete ospedaliera sia di tagli eccessivi, che possono pregiudicare l'equità di accesso a cure di qualità. L'obiettivo della programmazione della capacità ospedaliera

è, infatti, assicurare risorse adeguate in base alle necessità dei pazienti e all'evoluzione dei bisogni sanitari. Nel testo si esaminano anche iniziative di più ampio respiro assunte nei Paesi UE per controllare la spesa: finanziamento attraverso i DRG, riduzione dei costi grazie all'efficienza di gestione, sviluppo della continuità delle cure, benchmark delle performance degli ospedali, diffusione dell'informatica sanitaria, ma anche, e ciò è significativo, autonomia degli ospedali, competizione, privatizzazione, *public-private partnership* (PPP) e costituzione di catene ospedaliere con riferimento alle economie di scala. Riguardo al finanziamento degli ospedali si osserva che il ripiano sistematico dei deficit può generare una mancanza di controllo sulla spesa, qualora lo sfioramento del budget sia accettato come normalità, essendo noto a priori

che il budget stesso è sottodimensionato in misura irrealistica e che alla fine il governo coprirà il deficit di bilancio. Sul piano dell'efficienza viene sottolineata poi l'importanza del benchmark delle performance ospedaliere in aree quali l'efficacia clinica, la centralità del paziente, la sicurezza, l'efficienza anche tecnologica, il personale e il rapporto tra input e output. In tale prospettiva, la ricerca affronta il tema, politicamente sensibile, della competizione in sanità, quale intervento volto a generare risparmi, promuovere la qualità, migliorare l'efficienza dei servizi. Dopo aver sottolineato che gli effetti della competizione dipendono da numerose variabili, quali il ruolo delle assicurazioni, la centralizzazione del sistema, l'informazione e le opzioni disponibili per i pazienti, la DG sottolinea che il successo della competizione è legato anche al grado di autonomia delle strutture ospedaliere pubbliche, destinato a migliorarne l'efficienza, alla libertà di scelta dei cittadini, alle dimensioni della partecipazione degli erogatori privati all'offerta di servizi. Nell'UE risultano ancora predominanti gli ospedali pubblici, ma si registra una tendenza verso una maggiore privatizzazione. In questo campo, la DG rileva che la forma di proprietà è un fattore importante nel determinare il livello di performance e che la proprietà privata è associata in genere con maggiore efficienza, migliori performance e buona qualità. Ciò dipende anche dalla maggiore libertà di



azione dei manager privati nel promuovere cambiamenti organizzativi, produttività e contenimento dei costi. La Direzione economia e finanza dichiara conclusivamente che a livello nazionale gli sforzi per il contenimento della spesa devono

proseguire, implementando un mix di iniziative, che non si fermi alla definizione dei budget, ma includa fattori pro-competitivi, al fine di garantire cure di qualità a costi che la società possa permettersi anche in futuro. ■

MANCATO RIMBORSO DEI SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO: LA SEGNALAZIONE DELL'AIOP ALL'ANTITRUST

La sanità a spese degli imprenditori

Negli ultimi anni alcune delle strutture Aiop inserite nelle reti ospedaliere pubbliche di emergenza, che forniscono servizi di pronto soccorso e ricoveri d'urgenza, si sono trovate a dover gestire un'ulteriore iniquità derivante dalla riduzione delle risorse destinate alla remunerazione dell'offerta sanitaria privata, nonostante la completa equiparazione con gli erogatori pubblici nell'esercizio di tali funzioni.



ANNAGIULIA CAIAZZA
Ufficio giuridico Aiop

Le Regioni nei fatti negano ai privati il rimborso dei servizi di pronto soccorso, ritenendoli compresi nel budget contrattualizzato annualmente per le prestazioni rese in normale regime di elezione. Esaurito il budget assegnato, le strutture private non possono però astenersi dall'erogare tali prestazioni, dal momento che un eventuale rifiuto comporterebbe il rischio di sospensione dell'accreditamento e peggio ancora, avendo ricevuto il diniego alla sospensione dell'attività per motivi di ordine pubblico, la configurabilità di ipotesi di illecito penale.

I privati sono, quindi, di fatto obbligati a esercitare a proprie spese queste funzioni senza percepire alcuna remunerazione, a differenza delle strutture pubbliche che, per di più, di fronte all'impossibilità di assistere i pazienti, si trovano a trasferirli nel privato. In alcune realtà, quale quella campana, si è così verificato il paradosso che da un lato l'ASL ha accertato il superamento del budget assegnato al privato, con contestuale comunicazione di cessazione della remunerazione, ed all'altra ha continuato a trasferire alla stessa struttura privata centinaia di pazienti dai propri Ospedali pubblici e dal servizio del 118, rifiutandosi poi di pagare le prestazioni erogate. In questo quadro, l'unica possibilità per le Case di cura è stata – ed è – quella di adire le vie giudiziarie, con esiti alterni.

È evidente che questa situazione, oltre a comportare difficoltà di gestio-



ne aziendale per gli imprenditori della sanità, incide negativamente sul corretto funzionamento del meccanismo concorrenziale nel mercato dei servizi sanitari poiché riduce la concreta capacità delle strutture private accreditate di concorrere effettivamente con quelle pubbliche per le quali non opera il meccanismo dei tetti di spesa, indipendentemente dalla valutazione dell'efficienza e della capacità produttiva delle une e delle altre.

Per questo motivo, l'Aiop ha ritenuto

opportuno segnalare all'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato gli effetti anticoncorrenziali derivanti dal rifiuto di rimborso opposto dalle Regioni ai privati. Lo scorso 9 febbraio si è, quindi, svolta una prima audizione presso l'Autorità (per Aiop hanno partecipato Vincenzo Schiavone, Enzo Paolini e Annagiulia Caiazza) in cui è stato evidenziato che se un simile comportamento fosse posto in essere da un concorrente privato, considerando le risorse e il numero di strutture

pubblicistico dei servizi offerti dagli ospedali pubblici giustifica poi l'applicabilità di altre due norme: gli artt. 106 TFUE e 8 della l. n. 287, che vietano agli Stati membri l'adozione di regole di esonero dalla disciplina antitrust per le imprese pubbliche e per quelle, anche private, che siano titolari di diritti speciali ed esclusivi. D'altra parte già il d. lgs. n. 502/1992 persegue, tra gli obiettivi, quello di equiparare gli operatori sanitari muniti dei necessari requisiti, indipendentemente dalla loro natura pubblica o privata.

“gestite”, sarebbe sicuramente configurabile un abuso di posizione dominante, sanzionabile in base alle regole europee e nazionali di concorrenza (artt. 102 TFUE e 3 l. 287/1990). In considerazione della natura pubblica del concorrente, la giurisprudenza esclude, invece, l'applicabilità di queste norme; ma è comunque ravvisabile un abuso di dipendenza economica che, seppur diverso dall'abuso di posizione dominante, incide sulla concorrenza.

Proprio il carattere pubblicistico dei servizi offerti dagli ospedali pubblici giustifica poi l'applicabilità di altre due norme: gli artt. 106 TFUE e 8 della l. n. 287, che vietano agli Stati membri l'adozione di regole di esonero dalla disciplina antitrust per le imprese pubbliche e per quelle, anche private, che siano titolari di diritti speciali ed esclusivi. D'altra parte già il d. lgs. n. 502/1992 persegue, tra gli obiettivi, quello di equiparare gli operatori sanitari muniti dei necessari requisiti, indipendentemente dalla loro natura pubblica o privata.

La violazione delle norme di concorrenza, peraltro, non comporta solo un danno per gli operatori privati interessati che, non potendo far fronte ai costi, rischiano di uscire dal mercato, ma soprattutto per i pazienti i quali, laddove tale rischio si concretizzasse, perderebbero un servizio di Pronto soccorso efficiente. Da questa prospettiva, la riduzione del budget destinato a remunerare le prestazioni erogate dai privati non appare giustificabile neanche da esigenze di interesse generale, considerato che potrebbe comportare, oltre alla lesione del diritto di libera iniziativa economica degli imprenditori sanitari e del diritto di libera scelta dei pazienti, anche gravi inefficienze a carico del Ssn, non potendo questo far fronte alle richieste dell'utenza senza il contributo delle strutture private, la cui “forzosa sospensione di attività” genererebbe, infatti, un “buco” nella Rete Territoriale dell'Emergenza.

La tutela della concorrenza nel mercato delle prestazioni sanitarie assume, quindi, particolare importanza in un contesto in cui, a fronte della sempre maggiore domanda di sanità, caratterizzata dall'aumento dei costi, dalla riduzione dei finanziamenti e dalla crescente integrazione europea, solo strutture sanitarie organizzate in modo efficiente, possono garantire una spesa pubblica sostenibile per garantire l'universalismo del Ssn, ma soprattutto la massima qualità e la continua innovatività dei servizi offerti, quindi la massimizzazione del benessere del paziente. ■

GIURISPRUDENZA

La mancata remunerazione extrabudget è un indebito arricchimento della PA

Un cambiamento nell'orientamento dei Tribunali



ENZO PAOLINI
Presidente Aiop Calabria

Abbiamo già dato notizia della sentenza 5627/16 del Tribunale di Roma che aveva riconosciuto il diritto dalla struttura erogatrice di prestazioni in extrabudget a conseguire un “equo indennizzo” ai sensi dell'art. 2041 c.c.. Nello stesso solco si inseriscono due recenti sentenze del Tribunale di Cosenza del 23 e del 30 gennaio 2017, con le quali l'ASP locale è stata condannata a corrispondere in favore della Casa di cura le somme corrispondenti al-

le prestazioni in quanto, “dopo aver accolto i degenti presso il Pronto Soccorso e data la mancanza di posti letti, ha inviato presso la Casa di Cura, pazienti bisognosi di ricoveri urgenti in seguito ad eventi traumatici non più trattabili presso l'Azienda Ospedaliera”. Il Tribunale afferma che, “sussistendone i presupposti, la domanda va qualificata come azione di ingiustificato arricchimento nei confronti della PA e merita accoglimento nei limiti dell'indennizzo domandato per le prestazioni sanitarie erogate, dal momento che i ricoveri di che trattasi sono stati posti in essere su esplicite disposizioni dell'azienda sanitaria dopo

la constatazione dell'insufficienza di posti e rispondono ad un'esigenza di pubblico servizio oltre a rappresentare per l'ente una utilità connotata dalla stessa prestazione che non è stata in grado di espletare e rendere nella sua funzione pubblica”. Dunque, secondo il Giudice calabrese “risulta comunque oggettivamente ravvisabile l'indebito arricchimento della amministrazione sanitaria a fronte di prestazioni sanitarie effettivamente rese, con il corrispondente depauperamento della casa di cura (che ha sostenuto i costi) e l'insussistenza di una giusta causa consistente nella non negabilità delle prestazioni rese e alla ricono-



sciuta impossibilità di trasferire altrove i pazienti”. Va infine segnalato che, in adesione a tesi pure da noi ripetutamente espresse, “La Corte ritiene superfluo la prova specifica della utilitas atteso che alla stregua di quanto recentemente chiarito dalla S.U. della Corte di Cassazione (n. 10798/2015)” tale requisito non è necessaria. Segnalo questi passaggi per-

ché rendono chiara l'applicazione di norme e di principi di diritto largamente finora spesso rimossi nei giudizi da noi instaurati e conclusi con opinabili decisioni palesemente influenzate da contingenze politiche (ricordo “l'esigenza del contenimento dei costi...”) che dovrebbero rimanere estranee alle aule giudiziarie. ■

ORARIO DI LAVORO E TEMPI DI VESTIZIONE E SVESTITIZIONE

Un'altra pronuncia sul tempo-tuta

Cassazione Civile Sezione Lavoro n. 2965 del 3 febbraio 2017



AVV. SONIA GALLOZZI
Consulente giuslavorista
della Sede nazionale Aiop

La Sezione Lavoro della Suprema Corte torna ancora una volta a pronunciarsi sulla dibattuta questione del “tempo-tuta”, affrontando il caso sollevato da tre dipendenti di un’azienda alimentare, obbligati ad indossare apposite tute, scarpe antinfortunistiche, idonei copricapo e indumenti intimi forniti dall’azienda e a presentarsi al lavoro 15/20 minuti prima dell’inizio dell’orario di lavoro aziendale. I pre-detti dipendenti, solo dopo avere indossato tali abiti ed aver timbrato il badge, potevano entrare nel luogo di lavoro, accedendo al reparto dove una macchina bollatrice rilevava l’orario di ingresso. Gli Ermellini, con una battuta di arresto rispetto alla precedente ordinanza n.11755

dell’8 giugno 2016, già commentata, in cui ai fini della retribuzione si è fatto esclusivo riferimento all’eterodirezione da parte del datore di lavoro, sono ritornati ai principi introdotti e chiaramente precisati nella precedente pronuncia di legittimità n.1352 del 26 gennaio 2016, anche questa da noi segnalata, secondo cui l’eterodeterminazione del tempo e del luogo ove indossare la divisa o gli indumenti necessari per la prestazione lavorativa, che fa rientrare il tempo necessario per la vestizione e svestizione nell’ambito dell’orario di lavoro, può derivare anche “dall’esplicita disciplina d’impresa, o risultare implicitamente dalla natura degli indumenti da indossare o dalla specifica funzione che essi devono assolvere nello svolgimento della prestazione”. La Corte, dunque, con la sentenza oggi in esame, pur ritenendo che, nel caso specifico, i tempi di vestizione do-

vessero essere retribuiti poiché in presenza di una ipotesi di scuola di eterodirezione, essendo stato accertato che le operazioni di vestizione e svestizione si svolgevano nei locali aziendali prefissati e nei 29 minuti prima dell’inizio del turno, secondo obblighi e divieti sanzionati disciplinarmente, stabiliti dal datore di lavoro e riferibili all’interesse aziendale, senza alcuno spazio di discrezionalità per i dipendenti, ha tuttavia ritenuto di aderire al più rigido filone giurisprudenziale, di cui alla richiamata ordinanza del 26 gennaio 2016. La pronuncia ha infatti ribadito come nel rapporto di lavoro vi sia una fase finale, che soddisfa direttamente l’interesse del datore di lavoro, ed una fase preparatoria, relativa a prestazioni od attività accessorie e strumentali da eseguire nell’ambito della disciplina d’impresa ed autonomamente esigibili dal datore di lavoro, il quale ad esempio può rifiutare la prestazione finale in difetto di quella preparatoria. Di conseguenza – ha chiarito la Corte, richiamando l’orientamento giurisprudenziale oramai unanime – ove il tempo necessario ad indossare la divisa aziendale sia assoggettato al potere di conformazione del datore, questo rientra nell’orario di lavoro e deve essere retribuito aggiuntivamente.

Indi, aderendo all’interpretazione estensiva del concetto di eterodirezione, ha stabilito come essa possa derivare anche “dall’esplicita disciplina d’impresa o risultare implicitamente dalla natura degli indumenti, o dalla specifica funzione che devono assolvere, quando gli stessi siano diversi da quelli utilizzati o utilizzabili secondo un criterio di normalità sociale dell’abbigliamento”, con ciò ampliandone la portata e ritenendola



La Sezione Lavoro della Suprema Corte torna ancora una volta a pronunciarsi sulla dibattuta questione del “tempo-tuta”, affrontando il caso sollevato da tre dipendenti di un’azienda alimentare.

valida anche laddove esistano solo detti ultimi presupposti. Orbene, alla luce di quanto sopra, si auspica un intervento delle Sezioni Unite che possa definitivamente dirimere detta questione, ancora oggi indubbiamente controversa. ■

valida anche laddove esistano solo detti ultimi presupposti. Orbene, alla luce di quanto sopra, si auspica un intervento delle Sezioni Unite che possa definitivamente dirimere detta questione, ancora oggi indubbiamente controversa. ■

CONVENZIONE

Tutele professionali, formazione e consulenza

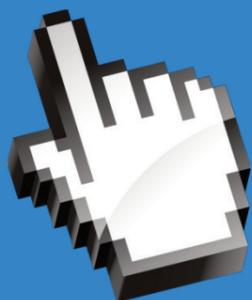
L’Aiop Giovani sceglie i servizi di Consulcesi Club

Medici più sicuri e tutelati con Consulcesi Club. Grazie all’intesa tra i giovani di AIOP e la realtà punto di riferimento per la tutela della classe medica, i professionisti appartenenti all’Associazione Italiana Ospedalità Privata potranno avere accesso ad una serie di servizi essenziali per lo svolgimento della professione. Sensibilità particolare viene rivolta anche alla formazione degli infermieri, protagonisti di questa intesa, in virtù del ruolo fondamentale che svolgono ogni giorno in corsia.

Ai medici interessati dall’accordo verranno assicurati corsi di aggiornamento per ricevere fino a 50 crediti ECM annuali obbligatori tramite la più ricca piattaforma per la FAD (Formazione a Distanza) del web, con oltre 120 corsi e con la novità assoluta dei “Film Formazione”; l’archivio sentenze professionali mediche; la rassegna stampa scientifica e tutta una serie di servizi indispensabili per la vita lavorativa – e non solo – del medico.

“L’accordo che abbiamo stretto con Consulcesi – spiega Lorenzo Miraglia, Presidente di AIOP Giovani – serve a garantire ai nostri iscritti tutto il necessario per affrontare al meglio la vita lavorativa,

CLICCA QUI
PER ADERIRE GRATIS
A CONSULCESI CLUB



va, e non, del medico e dell’infermiere. Il tutto, a condizioni vantaggiose. Si tratta di un’iniziativa che ha avuto anche il plauso di tutto il Comitato esecutivo e che dunque interesserà tutti i professionisti iscritti all’Associazione”.

“L’intesa raggiunta con i giovani di AIOP – commenta Massimo Tortorella, Presidente di Consulcesi Group – ci permetterà di offrire ai medici iscritti i servizi del nostro Club, ovvero una tutela a 360°, consulenza e formazione per svolgere al meglio la professione. Ringrazio dunque il Presidente Miraglia e, attraverso lui, il Presidente Pelissero, e tutte le altre Associazioni, gli OMGeO, Società scientifiche e Sindacati con cui abbiamo stretto accordi analoghi”. ■

SDO

La nuova disciplina sui flussi informativi della scheda di dimissione ospedaliera



ANGELO CASSONI
Ufficio studi e statistiche Aiop

Il 7 febbraio 2017 è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 303 il DM 7/12/2016, n. 261, contenente il nuovo Regolamento sui flussi informativi della scheda di dimissione ospedaliera.

Il provvedimento, le cui specifiche tecniche erano state già in parte diffuse per consentire un adeguamento tempestivo dei sistemi informativi delle Regioni e delle strutture ospedaliere interessate, integra e disciplina il flusso dei dati di natura amministrativa e clinica delle SDO, conformandolo alle nuove esigenze di monitoraggio, valutazione e pianificazione della programmazione sanitaria, nonché alla normativa dell’Unione europea in tema di assistenza transfrontaliera.

Il nuovo sistema di flussi dovrebbe essere in grado di migliorare le analisi sul “percorso nascita”, sull’appropriatezza delle prestazioni erogate, fino ad arrivare ad una stima più accurata degli esiti e degli indicatori di qualità delle cure.



SCARICA
LA CIRCOLARE
AIOP 026/17
E IL DM 261
IN PDF



La data di decorrenza indicata per la trasmissione dei dati da parte delle Regioni è quella del 1° gennaio 2017, ma occorrerà verosimilmente attendere l’armonizzazione delle nuove informazioni richieste a livello centrale con le caratteristiche dei tracciati che i sistemi regionali hanno già in gran parte implementato negli anni. Al momento risultano allineate alla nuova disciplina con un proprio provvedimento regionale di recepimento il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l’Emilia Romagna, la Toscana, la Puglia e la P. aut. di Bolzano.

Per gli ulteriori dettagli di natura tecnica sull’argomento si rimanda alla nostra circolare del 10 febbraio, n. 26. ■

REPORT ATTIVITÀ AIOP
MARZO

2-3 marzo, Varese

Seminario formazione DG
Confindustria
(Leonardi)

venerdì 3 marzo, Bologna

12ª Conferenza Nazionale
GIMBE
(Pelissero)

lunedì 6 marzo ore 10:30

Reteindustria
(Ortolani, Rinaldi)

lunedì 6 marzo ore 15:00

Tavolo tecnico ENR
(Cassoni)

mercoledì 8 marzo ore 09:30

COMITATO ESECUTIVO

8-9 marzo

5ª Scuola di Rete

giovedì 9 marzo, Lisbona

ore 15:00

Riunione COMITATO DIRETTIVO
UEHP
(Sciachi)

venerdì 10 marzo, Lisbona

ore 9:30

ASSEMBLEA GENERALE UEHP
(Pelissero - Sciachi)

venerdì 10 marzo, Milano

ore 9:30

Convegno Anmdo Lombardia,
"Innovazione della terapia
marziale: vantaggi gestionali e
clinici"
(patrocinio Aiop)

martedì 14 marzo ore 12:00

Riunione di redazione
AiopMagazine n.4 2017

martedì 14 marzo ore 11:00

Confindustria, Gruppo Tecnico
Scienza della Vita
(Pelissero, Cittadini, Schiavone,
Sansavini)

mercoledì 22 marzo ore 15:00

COMITATO ESECUTIVO

giovedì 23 marzo ore 10:00

Consiglio Generale
Confindustria
(Pelissero)

giovedì 23 marzo ore 10:00

X Edizione DIG.Eat
(patrocinio Aiop)

aiopmagazine

IL FOGLIO DEI SOCI AIOP
ANNO VI - NUMERO 3 - MARZO/APRILE 2017

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

chiuso in redazione il 20 gennaio 2017

SCUOLA DI RETE \ 5° SEMINARIO, ROMA 8-9 MARZO 2017

Aiop: comunicare fatti, valori, storie

Il periodico incontro della Scuola di Rete ha lo scopo di creare spazi formativi, di confronto e di sollecitazione di idee delle Sedi regionali e di queste con la Sede nazionale Aiop, promuovendo così una struttura e un lavoro di rete associativa.

Il 5° Seminario di marzo 2017, a differenza di quelli precedenti, ha un carattere monografico, dedicato esclusivamente al tema della comunicazione, su cui l'Associazione negli ultimi anni ha dedicato un forte sforzo per ripensare la propria strategia e i propri strumenti di comunicazione. In modo particolare, è la Sede nazionale che in questo settore ha cambiato volto per la molteplicità e l'innovazione dei propri strumenti, all'interno di una strategia promossa dal Presidente nazionale e dal Comitato Esecutivo. Questo nuovo corso ha riguardato, in misura diversa, sia la comunicazione interna che quella esterna. Ma anche diverse Sedi regionali hanno potenziato la loro presenza nel settore, ricorrendo alle possibilità offerte dal web o ad una collaborazione stabile o saltuaria con referenti stampa professionisti, che hanno dato un prezioso supporto all'azione di comunicazione istituzionale nelle regioni interessate. Gli associati Aiop sono diventati quindi i primi destinatari del flusso di informazioni, ma anche

gli operatori del settore – professionisti e decisori istituzionali – sono coinvolti nel circuito dei “messaggi” istituzionali in modo più continuo e intenso.

Rimane ancora esclusa l'opinione pubblica che, da una parte apprezza i servizi dell'ospedalità privata, dall'altra subisce un condizionamento culturale – continuamente rinfrescato da alcuni decisori e opinion leader – che pone sull'ospedalità privata uno “stigma” nella sua presenza e nel suo ruolo nel SSN.

L'obiettivo principale è quello di rafforzare la “rete” associativa regiono-uffici centrali, allargandola anche a quei soggetti che, nel settore della comunicazione, in qualche modo sono coinvolti. Costoro, finora, non hanno avuto modo di rapportarsi direttamente tra loro e con la sede centrale, limitando così la possibilità di moltiplicare l'effetto mediatico del loro contributo. Il settore della comunicazione è sempre stato strategico nell'azione dell'Aiop, ma soprattutto ora, con l'innovazione degli strumenti e delle piattaforme mediati-



che, ha bisogno di essere rafforzato nella consapevolezza dei mezzi e dei valori da promuovere.

Oltre alla conoscenza di quanto c'è già a disposizione, occorre avere dei riferimenti teorici e pratici che conducano ad un'eccellenza operativa e ad una visione chiara dei fini da raggiungere per un'Associazione imprenditoriale come l'Aiop, in un settore atipico, nell'ambito industriale, e complesso, per l'eterogeneità degli operatori, come quello della sanità. Ulteriore obiettivo è quello di ipotizzare forme nuove di comunicazione che superino la dimensione “breve” e limitata nei destinatari della comunicazione istituzionale, e arrivino a coinvolgere nel medio-lungo periodo fasce più ampie della popolazione al fine di allargarne il consenso. Tut-

to ciò, solo in parte, significa: potenziare la condivisione degli strumenti di comunicazione interna già in essere nell'Associazione; creare una vera e propria rete interregionale di lavoro che si adoperi per segnalare e condividere le notizie a più livelli; declinare a livello regionale i vari comunicati e/o dichiarazioni della Sede nazionale; consolidare la presenza della Presidenza nazionale sui media; essere per la stampa un riferimento affidabile per comprendere lo scenario della sanità italiana; rafforzare la propria capacità di saper generare uno spazio di comunicazione, piuttosto che chiederlo; stendere un piano editoriale coordinato centralmente e condiviso; sviluppare la presenza associativa sui social network. ■

ONORIFICENZA AL MERITO

Eccellenze nelle strutture Aiop

Il professor Frigiola, fondatore e Presidente dell'Associazione Bambini Cardiopatici nel Mondo ha ricevuto l'Onorificenza al merito della Repubblica italiana

“L'onorificenza che oggi ricevo è un riconoscimento che va indirettamente all'Associazione Bambini Cardiopatici nel Mondo che ho fondato più di 20 anni fa e che ancora oggi ho l'onore di presiedere. Vengono così riconosciuti dalla massima carica



dello Stato l'impegno e il sacrificio di medici, infermieri e operatori che ogni giorno offrono volontariamente il proprio lavoro per contribuire alla cura delle cardiopatie congenite nei Paesi in via di sviluppo e dare una speranza di vita a migliaia di bambini, destinati altrimenti a un'esistenza di sofferenza, se non addirittura alla morte. Senza dimenticare il contributo di tutti i nostri sostenitori, che ci consente di realizzare i tanti progetti umanitari in Siria, Kurdistan, Senegal, Camerun ed Egitto, solo per citarne alcuni. Esprimo gratitudine, soddisfazione ed emozione per questo traguardo. L'onorificenza è un ulteriore stimolo a proseguire ancora con più tenacia sulla strada del bene incondizionato verso bambini di ogni età, sesso, razza e religione. C'è ancora tanto da fare e per farlo c'è bisogno dell'aiuto di tutti”. Lo ha dichiarato il professor Alessandro Frigiola, fondatore e presidente di Bambini Cardiopatici nel Mondo e Direttore dell'Area di Cardiocirurgia Pediatrica e del Congenito Adulto, Direttore delle Attività di Cooperazione Internazionale I.R.C.C.S. Policlinico San Donato in occasione della cerimonia di consegna dell'onorificenza di Commendatore dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana, avvenuta il 2 febbraio scorso presso il Palazzo del Quirinale a Roma. ■

AIOP SARDEGNA

Gli arretrati contrattuali dei dipendenti non medici

Sentenza del Tribunale di Cagliari n.100 del 24 gennaio 2017



ANDREA PIRASTU
Presidente Aiop Sardegna

La sentenza del Tribunale di Cagliari n. 100/17 del 24.1.2017 conferma

la giurisprudenza unanime in tema di arretrati contrattuali dei dipendenti non medici relativi al periodo 2006-2010.

Il 15 settembre 2010 l'AIOP ha sottoscritto a livello nazionale un accordo con le Organizzazioni Sindacali che prevedeva l'aggiornamento delle retribuzioni dei dipendenti a far data dal mese di settembre 2010 e rinviava a livello delle singole regioni la trattativa per l'individuazione di una eventuale una tantum per gli arretrati relativi al 2006-2010.

La Regione Sardegna, che all'epoca faceva parte delle Regioni sottoposte a Piano di rientro, non ha creato le condizioni politico economiche che permettessero all'AIOP di concludere un accordo sull'una tantum da corrispondere. Alcuni dipendenti delle varie Case di Cura hanno intentato delle azioni giudiziarie ottenendo un decreto ingiuntivo di pagamento



per gli arretrati. I Giudici del Tribunale di Cagliari, anche questa volta, hanno revocato il decreto ingiuntivo e condannato i dipendenti al pagamento delle spese processuali.

Anche in questo caso, il Tribunale ha stabilito per l'appunto che i valori retributivi tabellari indicati nell'accordo del 15 settembre 2010 valessero solo per il futuro e quindi non idonei a rappresentare un parametro per quantificare gli arretrati 2006-2010.

La sentenza del Tribunale di Cagliari, conferma quanto deciso da alcuni Tribunali della Campania e dal Tribunale di Roma. ■