

# OSPEDALITÀ PRIVATA

PERIODICO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA  
ANNO XXXIII - LUGLIO 2005

## L'Appello di Ischia 2005

Direzione e Amministrazione: Via Lucrezio Caro, 67 - 00198 Roma - <http://www.aiop.it>



**Convegno a più  
voci:**

**ALBERTI CASELLATI ■**  
**BASSOLINO ■**  
**CONDORELLI ■**  
**LOIERO ■**  
**MARRAZZO ■**  
**MIRAGLIA ■**  
**VIETTI ■**  
**E CARMEN LASORELLA ■**



### **40° ASSEMBLEA GENERALE AIOP**

Il nuovo ministro cambia politica  
nell'Italia che cambia

**"Prima i bisogni, poi i numeri"**

# s o m m a r i o

Luglio 2005

## OSPEDALITÀ PRIVATA

PERIODICO BIMESTRALE  
DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA  
OSPEDALITÀ PRIVATA  
ANNO XXXIII - LUGLIO 2005

Editore SEOP s.r.l.

Direttore responsabile  
Gustavo Sciacchi

Comitato di direzione  
Emmanuel Miraglia, Maurizio De  
Scalzi, Lorenzo Orta, Enzo Paolini,  
Gabriele Pelissero, Giuseppe Puntin,  
Vito Sabbino.

Segreteria di redazione  
Maria Rosaria Lanciano

Grafica e impaginazione  
Andrea Albanese

Foto  
L. Tramontano

Direzione e Amministrazione:  
00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67  
tel. 063216305 - 063215653 - 063215694  
fax. 063215703  
Spedizione in Abb. Post. comma 20, lett. c,  
art. 2 della Legge 23/12/96 n. 662 - filiale di  
Roma - Autorizzazione Tribunale di Roma n.  
16863 del 9/7/1977

### Stampa

I.G.E.R. - Istituto Grafico Editoriale Romano  
Viale C.T. Odescalchi, 67/A - 00147 Roma  
tel. 065107741 - fax 065107744  
Stampa Istituto Grafico Editoriale Romano s.r.l.  
Viale C.T. Odescalchi, 67/A - 00147 Roma  
Chiuso in redazione il 25 luglio 2004

### Gentile lettore,

La informiamo - in virtù del DLgs 196/2003, sulla "privacy" - che possediamo i dati che ci permettono di inviarLe la nostra rivista Ospedalità Privata in abbonamento gratuito. Tali dati sono da noi trattati con l'uso di procedimenti informatici e non sono comunicati ad altri soggetti. Lei ha diritto, tra l'altro, alla cancellazione, l'aggiornamento o l'integrazione dei dati in nostro possesso. Ogni Suo diritto può essere da lei esercitato tramite comunicazione scritta alla nostra redazione. Grazie.



■ EDITORIALE  
Aspettando Godot  
di Gustavo Sciacchi ..... 2

■ COMMENTO DI MAURO BIGNAMI  
Tutti d'accordo: federalismo equo . . . . 5

■ ATTI DEL CONVEGNO  
Sanità uguale per tutti nell'Italia della  
devolution

Coordina Carmen Lasorella

■ INTERVENTI

|                                 |     |
|---------------------------------|-----|
| Salvatore Lauro                 | .7  |
| Vincenzo Schiavone              | .7  |
| Emmanuel Miraglia               | .8  |
| Antonio Bassolino               | .8  |
| Piero Marrazzo                  | .9  |
| Agazio Loiero                   | .10 |
| Mario Condorelli                | .11 |
| Michele Vietti                  | .14 |
| M. Elisabetta Alberti Casellati | .16 |
| Giuseppe Petrella               | .17 |
| Franco Toniolo                  | .18 |

■ LA FESTA DELL'AIOP  
di Marina Spadaro .....20

■ 40° ASSEMBLEA NAZIONALE  
Ordine del giorno .....33  
La relazione del Presidente .....34

Bilancio  
Lorenzo Orta .....42  
Bilancio consuntivo 2004  
Bilancio Preventivo 2005  
Angelo Anselma .....43

Gli interventi  
Giuseppe Puntin .....44  
Averardo Orta .....45  
Patrizia Bernardelli .....45  
Paolo Rosati .....46  
Sergio Crispino .....47  
Fabio Marchi .....48  
Enzo Paolini .....49  
Anna Casella .....52  
Gabriele Pelissero .....52  
Lorenzo Orta .....53  
Franco Frontera .....54  
Conclusione  
Emmanuel Miraglia .....54

■ AIOP GIOVANI  
"Il malato?  
Ha bisogno di coccole" ..... 55



## LA 40° ASSEMBLEA AIOP

# Aspettando Godot

di Gustavo Sciachì



**Da un'assemblea all'altra, da Berlino a Ischia: come è piccolo il mondo e come è lungo un anno! Che cosa è avvenuto in questi trecentosessantacinque giorni, quali eventi (adesso è di moda dire così) si sono susseguiti, meritevoli di essere ricordati qui, e segnalati magari con una breve riflessione, o anche un commento eventualmente polemico e magari ironico, comunque sempre strettamente personale.**

**P**rima di tutto questo: dopo quasi trent'anni di dormiveglia siamo stati rumorosamente svegliati ed abbiamo riscoperto quanto è saggia la saggezza popolare, quella antica dei proverbi. Sì, è proprio vero: morto un papa se ne fa un altro (sie transit gloria mundi).

Figuriamoci poi un ministro; morto (politicamente, si intende) un Ministro della Salute, in poche ore se ne fa un altro. Questa volta "l'altro" è Francesco Storace, già sfortunato Governatore del Lazio. Il quale, la sera del 20 maggio, appunto in occasione della XL Assemblea Aiop, si è amabilmente intrattenuto con noi – ed i nostri ospiti – secondo una consolidata tradizione almeno trentennale che, nei miei personali ricordi, risale alla VII Legislatura repubblicana, iniziata il 5 luglio 1976. Da allora ricordo in quel fondamentale incarico avvicinarsi, in molteplici compagini e con diversi capitani, ben dodici personaggi, in ordine cronologico Tina Anselmi, Renato Altissimo, Aldo Aniasi, Costante Degan, Carlo Donat Cattin, Francesco De Lorenzo, Maria Pia Garavaglia, Raffaele Costa, Elio Guzzanti, Rosy Bindi, Umberto Veronesi, Girolamo Sirchia, Francesco Storace.: tutti in vario modo presenti o partecipi ai nostri riti annuali. Proprio tutti? Un momento di pazienza: li ho ricordati nominativamente uno per uno, con maliziosa

pignoleria, solo per proporre un piccolo gioco.

## MINISTRI ASSENTI

Qualcuno di essi è stato rigorosamente assente. Quanti? Chi? Provate ad indovinare! Per non abusare della Vostra curiosità, lo svelo subito! Quanti? Due. Chi? Umberto Veronesi e Girolamo Sirchia! Persuaso da sempre che niente (o quasi niente) avviene per caso, azzardo con convinzione il mio personale "perché" esplicativo (con questa doverosa avvertenza: tale "perché" non riguarda in modo diretto e personale questa distinta accoppiata ma specificamente una tradizione, una mentalità, una consuetudine, alle quali l'eccellente binomio sicuramente appartiene e che in concreto rappresenta in maniera egregia). Dice niente il fatto che si tratti di due eminenti medici ospedalieri? A me dice questo: la categoria è la punta di diamante di un'ostilità preconcetta e pervicace nei confronti di un'ospitalità orgogliosamente e sostanzialmente privata ma – visto che in Italia esiste come istituzione e come condivisa scelta di civiltà un Servizio Sanitario Nazionale – nel Servizio funzionalmente integrata come elemento "complementare e qualificante" (Maria Pia Garavaglia dixit), attraverso l'accreditamento (in passato "convenzionamento") che le-

gittima strutture pubbliche e private ad operare all'interno del Servizio stesso. Bene: il 90% delle strutture, pari all'87% circa dei posti letto dell'ospitalità privata, è accreditato; opera all'interno e per conto del Servizio Sanitario Nazionale, non può dare ingresso per alcun motivo, a causa di esplicita incompatibilità legale, a medici ospedalieri o equiparati. Essi non di rado, invece, hanno in qualche modo libero accesso e libera parcella nelle case di cura cosiddette "privatissime", di grande e meritato prestigio, le quali, peraltro, al contrario delle Case di cura "accreditate" non costituiscono, per ovvii ed evidenti motivi, elementi utili per svolgere all'interno del Servizio quella sana e indispensabile "competizione" e costituire quel primario termine di comparazione tra costi e benefici, a chiacchiere auspicati da tutti; in realtà temuti da molti come pericolo mortale per privilegi, immunità, franchigie, ripiani e simili diavolerie, che costituiscono il variegato mondo di "sperperi, ruberie e inefficienze", del quale ha parlato il Presidente Miraglia, con il suo consueto linguaggio diretto ed autentico, per auspicare su di esso "un controllo più stringente". Viene subito da chiedersi: privilegi, va bene, ma a favore di chi? "Antichi privilegi per il "pubblico" a diretta gestione". (Giuseppe Puntin dixit). Scomparirà finalmente questo mondo perverso e darà spazio ad una "sanità uguale

per tutti nell'Italia della devolution?" Già, la devolution nella grande riforma della Costituzione, dall'italiano all'inglese, dalla legislazione concorrente a quella esclusiva, dalla tutela della salute all'assistenza e all'organizzazione sanitaria. Imperiosamente mi tornano alla memoria le parole di uno dei più autorevoli studiosi della materia, il giudice costituzionale Alfonso Quaranta, dedicate proprio a noi dell'Aiop nella XXXIX Assemblea: "Nel nostro ordinamento di riforme se ne fanno tante, si susseguono l'una dopo l'altra ma purtroppo accade abbastanza spesso che prima ancora di completare una determinata riforma la si cambi. Prima ancora di verificare nei fatti la tenuta dell'assetto riformatore si mette mano ad un cambiamento radicale di esso. Si corre il rischio di fare la stessa cosa per quanto riguarda il titolo V della Costituzione, che oggi si trova al centro dell'attenzione ed in piena fase di attuazione. Credo sia un modo estremamente pericoloso di procedere perché, soprattutto sul piano costituzionale, prima di mettere mano a strutture di livello costituzionale, bisognerebbe verificare bene quali frutti può generare quello che è stato fatto precedentemente".

## OTTIMISMO MISURATO

Mi chiedo: qualcuno l'ha fatta questa verifica? Bene, male o così così? Oppure ancora una volta ci si è affidati all'improvvisazione ed al provvidenziale "stellone"? Il presidente Miraglia è misuratamente ottimista: anzitutto perché l'Aiop è "federalista" da sempre, tanto che la sua articolazione è nata su base regionale e così è restata: l'Aiop pertanto da tempo è predisposta a ciò che per altri è nuovo; poi perché come è nostro costume sapremo dare ai nuovi interlocutori regionali la massima collaborazione nell'interesse comune di una crescita qualitativa in sanità, realizzabile dando applicazione ai principi fondamentali della libera scelta da parte del cittadino e della terzietà dei controlli; infine perché, preso doverosamente atto di quanto è successo nelle elezioni regionali del 3 e 4 aprile (si è parlato di "terremoto politico") è ragionevole ritenere che l'attuale omogeneità di colore politico di quasi tutte le Regioni (centro-sinistra) dovrebbe essere un ulteriore motivo per fugare ogni preoccupazione sulle problematiche legate alla devolution.

Buone intenzioni e disponibilità (misurata) hanno manifestato anche i Governatori Bassolino (Campania), Lorigio (Calabria), Marrazzo (Lazio). Senonché...

...Senonché - andreottiano, come sono, nel ritenere che a pensare male si fa peccato ma si indovina - qualche dubbio mi viene proprio dall'omogeneità pressoché totale di co-

lore politico e "dalla verifica dei frutti generati da quello che è stato fatto precedentemente" (prof. Alfonso Quaranta dixit).

Mi capita sotto gli occhi un'intervista rilasciata dal nuovo Assessore per la Salute Augusto Battaglia, senatore, DS 0,125 mg. (mite), personaggio (senza offesa) moderato. Leggo: "Domanda: Uno dei nodi della Sanità laziale è quello del rapporto pubblico-privato. Cambio di direzione in vista anche su questo punto? Risposta: Non sono contrario all'integrazione pubblico-privato, anzi è nell'ordine delle cose. Questa integrazione prevede un "Pubblico" forte, capace di programmare, di investire. Il "Privato" deve coprire le caselle che il "Pubblico" ritiene necessario coprire con un intervento esterno. Manca la riabilitazione a Rieti, per esempio: ebbene in quell'area l'investimento del "Privato" è benvenuto".

## BENVENUTO, PRIVATO?

Capito? Altro che ruolo "complementare e qualificante": ruolo eventuale e residuale! Il Presidente Miraglia offre responsabilmente e generosamente "la massima collaborazione", senza alcun riferimento a valutazioni partitiche e a differenze fra destra e sinistra. Giusto, giustissimo! Ma la risposta è disarmante: "Coprire le caselle" che l'ospedalità vogliono! Collaborazione per fare questo, per essere questo? L'obiezione, Vostro onore, me la faccio da solo. Chi o che cosa mi autorizza a sostenere che tanti Assessori la pensino nello stesso modo? Risposta: la "verifica dei frutti generati" in precedenza; - la circostanza che quasi tutti appartengono allo stesso "colore"; - la consapevolezza che essi non "pensano" semplicemente così, "sono" così...

Attenzione: se tra due concorrenti il primo - "forte" di diritto (Augusto Battaglia dixit) - può fare quello che lui stesso programma e finanzia con soldi pubblici; e il secondo soltanto quello che l'altro gli concede di fare, che competizione è? Quella di Rosy Bindi, appunto!

## OSTACOLI E GUFI

D'altra parte le Case di cura dell'Aiop hanno attraversato senza affogare tanti mari tempestosi e hanno sconfitto tanti gufi, che l'esperienza promette, anzi assicura: sopravviveranno anche questa volta. A proposito: supereranno - in parte hanno già superato - l'ostacolo dei rinnovi contrattuali. C'è stata o no la "copertura" dei relativi oneri? Boh! Chi voglia erudirsi al riguardo, legga con attenzione la perspicua striscia della relazione del Presidente Miraglia sul tema. Arriverà a capire senza difficoltà che è un mistero (poco gaudioso) ma insomma sì, in alcune Regioni

la copertura non c'è ancora stata perché, nonostante le promesse e gli impegni, ci sono tuttora in circolazione interlocutori inaffidabili, che continuano a parlare in "politichese e in sindacalesse, ma questo non è il nostro linguaggio, che è invece chiaro e trasparente" (Miraglia dixit). Su un dato non si può che essere tutti d'accordo: "Rinnovare contratti per ottantamila lavoratori con oltre trentasei mesi di ritardo segna comunque una sconfitta per tutti", Aiop, Sindacati, Regioni. ("soprattutto per i nostri conti" - Sergio Crispino dixit). Giusto, giustissimo! Basta - come è stato detto - non farlo più. Riusciranno in questa esaltante impresa i nostri eroi?

## ASPETTANDO GODOT

Soltanto la prossima Assemblea potrà dare al riguardo indicazioni, o almeno significative anticipazioni; ma a livello interno un ben più importante tema dovrà affrontare: il Presidente Miraglia, scrupolosamente fedele al proposito manifestato fin dal momento della propria elezione, ha tempestivamente ricordato che, cessando improvvisamente il suo mandato dopo due trienni, secondo il rinnovato statuto egli non è proponibile per il reincarico, anzi si adopererà perché il "ricambio avvenga nelle concordia e con l'animo di un sano spirito unitario... aprendo fin dall'autunno un dibattito per verificare quale Aiop serve alle Case di cura nel triennio 2006/2008, in modo da poter scegliere bene chi dovrà governarla". Spirito unitario non significa necessariamente, secondo me, né unanimità né, tanto meno, unanimismo. Nello spirito unitario ci si può anche tranquillamente e serenamente contare.

Per avere quale Aiop? Nonostante tutto, per essa si profila una crescita di ruolo sia sul piano sociale che sul piano politico, se con lungimiranza saprà sollecitare l'apertura alle dinamiche di mercato, rifuggendo da riduttivi schemi corporativi, cercando il confronto con il mondo politico e facendo valere le ragioni della propria qualificata presenza nel sistema sanitario (Enzo Paolini dixit).

Dobbiamo ritornare al nucleo della nostra essenza, quello che ci fa proporre una strada diversa da tutte le altre che emergono. Dobbiamo ricordare che cosa rappresentiamo. Se vogliamo vivere dobbiamo rinforzare una cultura imprenditoriale e autenticamente liberale contro una cultura pubblicistica e dirigistica, che è il vero nemico dell'Aiop (Gabriele Pelissero dixit).

Per puro caso mi è capitato di ricordare insieme, in una estrema sintesi, il pensiero di due cavalli di razza, per cominciare a chiedersi da subito quale Aiop (e quale "governo") per il triennio 2006/2008. Un tema intrigante, l'epilogo al prossimo numero. Chi vivrà vedrà! (Pinocchio dixit). ■

# L'Aiop a Ischia

CONVEGNO

## Sanità uguale per tutti nell'Italia della devolution



Sanità uguale per tutti nell'Italia della devolution? Il dubbio era solo quell'interrogativo. Alla fine abbiamo optato per la versione "senza". Convinti che la Sanità non può e non deve discriminare: intanto perché rientra fra i diritti sanciti dalla Costituzione e poi perché una sanità diversa sarebbe davvero incomprensibile in un Paese civile.

Poche risorse non possono costituire un alibi per non assicurare un'equa distribuzione di servizi fra chi ha più e chi ha meno. Per chi è giovane e per chi è anziano. L'uomo è l'uomo. Il malato è il malato. Sempre.

L'occasione della 40ª Assemblea nazionale Aiop cade opportuna per discuterne e far chiarezza. Ed è importante soprattutto per ragionare su queste magiche e ormai inflazionate parole:

### **UGUALE e DEVOLUTION**

La prima fa consonanza con solidarietà; la seconda fa rima con autodeterminazione e con universalismo. Qualsiasi altra interpretazione è solo strumentale e sa di politichese.

In quest'Italia delle regioni, negli ultimi tempi, sono stati di moda i "sistemi", che sono chiave per interpretare la realtà e le esigenze del territorio ma anche strumenti per affrontare i problemi delle risorse secondo le proprie disponibilità.

Sicché registriamo "sistemi" più avanzati e altri meno, sistemi adeguati e altri traballanti. L'auspicio forte, invece, è che tutti concorrano ad assicurare i migliori servizi per il cittadino: il quale a Milano non può essere di serie A e a Caltabellotta di categoria diversa.

**GOVERNO, PARLAMENTO E REGIONI...**

# Tutti d'accordo: federalismo equo

**La sanità non può fare discriminazioni.  
È anacronistico contrapporre pubblico a privato,  
nord a sud, ricco a povero.  
La salute è diritto universale.**

**D**opo avere proposto ai cittadini e ai governanti della nuova Europa il tema della concorrenza nel mercato della sanità e, quindi, della libera circolazione, della libertà di scelta e della competizione tra gli erogatori delle prestazioni, l'AIOP ha portato la quarantesima assemblea nazionale a Ischia, proponendo una tavola rotonda sul tema 'Sanità uguale per tutti nell'Italia della devolution'. Un titolo che si impenna su due parole inflazionate quali uguale e devolution, che richiamano l'una la solidarietà, la seconda l'autodeterminazione. Un titolo che, com'è d'attualità per molti convegni, avrebbe potuto essere chiuso da un punto interrogativo, per dare l'idea della ricerca, del dubbio. "Ci abbiamo pensato molto ma alla fine abbiamo optato per togliere l'interrogativo e dare al tema il senso di affermazione e della nostra convinzione che la Sanità non deve né può discriminare", ha detto il presidente dell'AIOP Emmanuel Miraglia, salutando i numerosi soci convenuti al Continental Terme di Ischia per ascoltare la tavola rotonda fra tre presidenti di Regione e due sottosegretari (all'Economia e alla Sanità).

In effetti, se si può dissentire sull'organizzazione dei sistemi sanitari regionali, che sono una chiave di lettura delle realtà e delle esigenze del territorio, ma anche strumenti per affrontare il problema delle risorse secondo le proprie disponibilità economiche, rimane il principio che la Sanità è e deve essere uguale per tutti.

## IL MALATO È IL MALATO

Del resto, in un mondo che si fa di giorno in giorno più complesso, il problema Salute è destinato a diventare sempre più centrale nell'interesse di tutti e la Sanità non

può discriminare, "perché rientra tra i diritti sanciti dalla Costituzione; perché una Sanità divisa sarebbe incompatibile con un Paese civile e incomprensibile; perché - ha continuato Miraglia - poche risorse disponibili non possono costituire un alibi per non assicurare un'equa distribuzione di servizi tra chi ha di più e chi ha di meno; per chi è giovane e per chi è anziano." Insomma, l'uomo è l'uomo, il malato è il malato, sempre, ha voluto dire il presidente dell'AIOP, per cui l'auspicio che viene dagli imprenditori della sanità privata è che tutti concorrano ad assicurare i migliori servizi per il cittadino, il quale non può essere di diversa serie o categoria, a seconda che

si trovi in una o nell'altra zona del Paese. E proprio questo fatto dell'essere in una zona diversa ha fatto alzare il tiro ai tre presidenti di Regione presenti alla tavola rotonda: Piero Marrazzo per il Lazio, Antonio Bassolino per la Campania e Agazio Loiero per la Calabria. Tutti e tre nei loro interventi hanno spinto verso un federalismo equo e, riconoscendo che le difficoltà economiche che le Regioni dovranno affrontare in un settore nel quale la domanda dei cittadini è in aumento e le cure sono sempre più costose, hanno puntato a un progetto comune per la sanità del Mezzogiorno, anche all'interno della Conferenza

Stato-Regioni; un progetto che risponda a criteri di qualità e di stato sociale. In particolare, vanno riequilibrati i pesi all'interno della Conferenza che, "per dieci anni, ha visto il Bilancio nelle mani della Lombardia e la Sanità in quelle del Veneto", ha ricordato Agazio Loiero. Gli ha fatto eco

Bassolino che, pur avendo parole di apprezzamento per il neo ministro della Sanità Francesco Storace, perché "ha espresso la volontà di attuare un dialogo con le Regioni", ha sottolineato i rischi rappresentati dalla devolution e dalle distorsioni derivanti dal decreto 56, "che penalizza il Sud". Il presidente della Campania ha evidenziato il pericolo che, di fronte a un periodo difficile per l'economia, temi sociali come quello della Sanità possano passare in secondo pia-



Casellati

no; inoltre, ha ricordato come la forza di un Paese consista nel livello dei servizi garantiti, in particolare in fatto di Giustizia e, appunto, di Sanità. "La salute, ha ricordato Antonio Bassolino, è il primo diritto di cittadinanza che uno Stato deve garantire. Le regioni del Sud vivono però due squilibri: da un lato il federalismo e dall'altro le storture del decreto 56 che aumenta le disuguaglianze con le regioni del Nord, in quanto "prende in considerazione l'età dei cittadini e privilegia l'anzianità, assai più presente al Nord." Proprio per questo Bassolino ha auspicato un federalismo equo affermando che, per colmare le disparità.



occorre un fondo di riequilibrio per garantire i livelli essenziali di assistenza, perché “ciò che conta nella Sanità è la qualità dell’accreditamento delle strutture pubbliche e private”.

## MEZZOGIORNO CHE FARE?

Sull’argomento di fondo è intervenuto anche Pino Petrella, componente della Commissione Affari sociali della Camera, che ha chiesto perché sia ancora bloccato il



Vietti

DDL con cui si chiede di istituire un fondo di 5 miliardi per un Mezzogiorno i cui residenti sono giovani, penalizzato dalle modalità di riparto del fondo sanitario nazionale, basato sul criterio dell’anzianità dei residenti.

Sul fuoco del fondo di riequilibrio ha gettato acqua il sottosegretario all’Economia Michele Vietti il quale, rispondendo a Bassolino e a Petrella, ha detto semplicemente: “Il testo non ha copertura finanziaria”. Insomma, il vecchio ‘bambole non c’è una lira’, anche se Petrella ha ribattuto che si potrebbe attingere ai fondi Inail. In vista di una progressiva soppressione dell’Irap, Vietti ha sottolineato che, per finanziare la sanità, è meglio l’Irpef e ha ricordato che il governo è alla ricerca di coperture alternative per uno dei più delicati settori del welfare. Tanto delicato che lo Stato deve esse-

re programmatore e verificatore e garante dei livelli di assistenza “e il regista di distribuzione delle risorse”. Tutto ciò però non va fatto “con funzione notarile ma con un ruolo promozionale” e perché ciò possa avvenire c’è bisogno di dati precisi e attendibili: in sostanza, conti sanitari trasparenti, ha voluto dire Vietti.

Una battaglia su cui tutti i partecipanti alla tavola rotonda si sono dichiarati favorevoli; del resto le Regioni sanno di trovarsi di fronte a una sfida e, per essere credibili, devono essere trasparenti nella contabilità.

“I bilanci delle aziende sanitarie del Lazio saranno resi pubblici per rendere completamente trasparente ciò che si fa nella sanità della regione”, ha esordito il governatore Piero Marrazzo, annunciando un’operazione trasparenza con la quale renderà pubblici i bilanci delle aziende sanitarie. “La trasparenza è essenziale per programmare, attuare nuovi progetti e governare il settore”. Questo perché “bisogna dire oggi dove si vo-

le andare domani. Bisogna garantire l’universalismo, l’uguaglianza, il diritto alla salute, garantire la qualità”. Agli imprenditori della sanità privata il governatore del Lazio ha spiegato di non fare distinzioni nel settore tra pubblico e privato e che intende avviare in regione un confronto aperto con tutti i soggetti del sistema. “Nel Lazio esiste un sistema integrato. La Sanità non può avere aggettivi e la contrapposizione tra pubblico e privato è da superare”. Ma per Marrazzo esiste anche un principio fondamentale da rispettare, quello di “impedire le differenze regionali”. A tale proposito ha sottolineato più volte la necessità di un profondo lavoro di collaborazione per evitare che l’attuale sistema di rimborso a tariffa possa danneggiare alcune regioni a favore di altre. Agli imprenditori della Sanità privata ha chiesto collaborazione, perché

“la sfida per il rilancio della Sanità non è solo della politica: è trasversale e in questo vinca l’impresa che si impegna di più. Se il Centro-Sud raccoglierà questa sfida la devolution sarà una partita di tutti”.

Sul dualismo Sanità pubblica-Sanità privata, Petrella ha voluto ricordare a Marrazzo che “la Sanità è una sola, perché le strutture sono tutte convenzionate. L’importante è la qualità, è l’approvazione delle regole per l’accreditamento”. Del resto, “l’interazione tra pubblico e privato nella Sanità coinvolge aspetti di valore etico e sociale”, ha aggiunto Mario Condorelli, presidente del Consiglio superiore della Sanità.

Per quanto riguarda lo spauracchio della devolution, Elisabetta Casellati, sottosegretario alla Sanità, ha spiegato che si tratta di cogliere l’opportunità offerta di dare ai cittadini quello di cui hanno bisogno a seconda delle realtà locali e ha ricordato lo sforzo finanziario del governo per trovare nuovi fondi assicurati con la manovra economica del 2005. La “disuguaglianza nei confronti dei cittadini è creata là dove si offrono gli stessi servizi a bisogni diversi”, ha spiegato la Cesellati, aggiungendo che “il diritto del cittadino deve venire prima e la politica deve fare un passo indietro”.

Infine, le considerazioni del ministro della Salute Francesco Storace, il quale ha sottolineato che “da troppo tempo la Sanità è stata gestita dal ministro dell’Economia e ciò non è più pensabile, per cui ora la situazione cambierà”. In questo senso il ministro vuole mettere le cose in chiaro nei prossimi mesi di lavoro assicurando che il governo della sanità tornerà a pieno titolo al ministero della salute e i rapporti fra i due dicasteri saranno riequilibrati: “La sanità è decisa dal mio ministero, poi tocca a me litigare con l’Economia sulle questioni finanziarie. Prima viene la salute, poi il quattrino”, ha stigmatizzato Storace, confermando l’intenzione di approvare in tempi brevi il prossimo piano sanitario nazionale coinvolgendo tutte le categorie, perché “ciascuno può essere protagonista e la sanità privata può aiutarci: tra il pubblico e il privato non deve esserci competizione ma integrazione”. Infine, sul piano politico il ministro non intende considerare il suo mandato (in ragione delle previsioni di durata del governo) come un vincolo per le cose da realizzare: “Non sto lavorando per i prossimi sei mesi ma per i prossimi sei anni”, ha detto. ■

## Gli atti del Convegno



### SALVATORE LAURO

Senatore

Nella mia qualità di Senatore del collegio, di presidente di Arcipelago Campano, un consorzio Elisir di Lunga Vita che rappresenta 620 imprenditori; nella mia qualità di presidente degli amici parlamentari delle Isole Minori italiane, sono 230 parlamentari che

“ Felice  
connubio ”

amano le isole, ben venuti nella mia Ischia. A me è spettato il compito di darvi questo indirizzo di salute e di augurio per



il lavoro che andrete a fare in un momento molto importante per il nostro Paese.

Ritengo che in questo momento di passaggio sia un fatto veramente importante avere questi illustri ospiti, Presidenti di Regione,... di Governo e voi tutti che operate in sanità.

Noi viviamo in una zona turistica, l'Isola d'Ischia, posso soltanto ricordare che quando Rizzoli, uno dei pionieri di questa isola venne qui e costruì il primo albergo, a fianco ad esso realizzò l'ospedale Rizzoli che è ancora quello che oggi porta avanti questa nostra Isola.

Proprio per questo il connubio turismo e sanità è fondamentale e proprio per questo, quest'Isola che veniva chiamata l'Isola dell'Eterna Giovinezza, che oggi si trasforma insieme a Capri e Procida, nell'Elisir di Lunga Vita, è lieta di darvi il benvenuto per questo importante convegno.

Grazie a voi tutti, grazie al Presidente Miraglia e buon lavoro.

### VINCENZO SCHIAVONE

Presidente Aiop Campania

Consentitemi da Presidente dell'AIOP Campania di porgere il benvenuto a tutti i tanti ospiti da tutta l'Italia. Spero che in questo soggiorno, in questa che state vedendo come essere una delle perle del Mediterraneo, noi campani possiamo dimostrare la nostra tradizionale ospitalità.

Mi corre l'obbligo di ringraziare, in modo particolare, il Presidente Miraglia e il Consiglio Nazionale dell'AIOP per avere scelto ancora una volta la Regione Campania quale sede della nostra assemblea nazionale.

La scelta è legata alla notevole attività che l'AIOP Campania in quest'ultimo periodo ha portato avanti. Attività che reca la nostra firma, ma porta soprattutto la firma del Presidente della Regione: onorevole Antonio Bassolino.



AIOP Campania in questo ultimo periodo ha portato avanti, con il Presidente Bassolino una notevole contrazione dello stato di tensione che si protraveva da circa un decennio, grazie all'accordo AIOP-Regione che ha chiuso un decennio di lotte, di tensioni, di arretrati. Questo fatto ha comportato un miglioramento ed una notevole riduzione del disavanzo, con uno sconto di circa 250 milioni di euro.

In questo caso, i privati hanno dimostrato anche un senso di maggiore responsabilità di certi politici, di certe figure amministrative istituzionali. Chi ci è stato vicino, chi ci ha ascoltato è stato il Presidente Bassolino.



## EMMANUEL MIRAGLIA

### Presidente Nazionale AIOP

Il problema del dibattito di oggi è tutto in un interrogativo. Sanità uguale per tutti? Invece no. Non deve essere un interrogativo, deve essere una risposta. Significa che si deve parlare di economia e di altri problemi, ma anche della sanità, non solo di quella percepita, ma anche della sanità reale. Noi quell'interrogativo non l'abbiamo messo; mi auguro perciò che alla fine di questa Tavola Rotonda, ci troviamo tutti d'accordo.



## CARMEN LASORELLA

### Moderatore

Qualche giorno fa ero a Padova, dove si teneva il Forum del Terzo Settore, dove è uscito fuori un manifesto: "Una coalizione per il welfare". In quella sede, era ospite una delegazione dell'America latina e la relazione centrale aveva questo titolo: "La salute è dei ricchi". Trattandosi dell'America latina ho pensato che fosse il solito discorso dei cafeteros.

La persona che ha fatto la relazione, una donna, che tra l'altro ha un ruolo importante nell'ambito di organismi europei, ha raccontato questa storia. Una donna aveva in braccio il suo bambino che piangeva disperatamente; e lei le ha chiesto: di che cosa soffre questo bambino? E' ammalato? L'altra ha risposto: non mangia da qualche giorno.

Il messaggio è chiaro: la salute non è soltanto la cura del corpo. Evidentemente la salute è un valore molto più ampio; salute è benessere; salute sono valori; salute è informazione; salute è formazione.

Salute diventava in quella relazione premessa e obiettivo della democrazia, dati che in questo senso credo possiamo condividere.

Oggi siamo qui a parlare di quello che è un diritto; un diritto che a livello nazionale e sulla carta, è garantito a tutti; garantito dalla Costituzione; garantito da quello che è stato dal '78 il sistema sanitario nazionale.

Con riferimento al federalismo, il problema è come questo garantisca da una parte il vantaggio di essere più vicini alle risorse a livello locale; quindi per poterle distribuire meglio; e dall'altra una sperequazione, nel senso che le Regioni ricche possono avere quei vantaggi che alle Regioni più povere sono negati.

Abbiamo il privilegio di avere i presidenti di Regioni del Centro Sud che con questa realtà si misurano quotidianamente: il reperimento delle risorse.

Cominciamo dal Presidente Bassolino, che nella realtà della Campania vede tra l'altro una forte presenza di ospedalità privata.

## ANTONIO BASSOLINO

### Presidente della Regione Campania

Vorrei innanzitutto ringraziare davvero e molto l'AIOP per questa occasione di confronto e di riflessione che offre a tutti quanti noi su quello che è un grande diritto di cittadinanza, su quello che è il primo diritto di cittadinanza, il più classico di tutti: quello alla salute. Altri grandi classici diritti di cittadinanza sono: quello alla casa ed al lavoro. Dico

## “ Diritti prioritari ”

classici, perché poi giustamente negli ultimi decenni si sono affacciati e affermati nuovi e moderni diritti di cittadinanza: quello all'ambiente, e quel modernissimo diritto di cittadinanza tanto

sentito in diverse parti d'Italia, che è il diritto alla sicurezza.

Un grande classico diritto non ancora affermato davvero in tutto il Paese, in modo giusto ed eguale per tutti i cittadini, il nostro tema di oggi è: il diritto alla salute.

Come in Campania, a Ischia abbiamo intensamente lavorato in questi ultimissimi anni proprio per modernizzare ed attrezzare l'ospedale Rizzoli. Credo che siamo sulla buona strada. Dobbiamo essere consapevoli che in una fase difficile per l'economia italiana possa essere forte la tentazione di dire: avanti a tutto e in primo piano sono altri i temi che riguardano il Paese in questo momento. I grandi temi della competitività internazionale, i grandi temi del bilancio pubblico, dell'attenzione che dobbiamo avere a non essere spiazzati rispetto alla discussione europea. Tempi difficili, come sappiamo, non soltanto per l'economia italiana, ma anche per tante economie europee.

Dunque, può essere forte il rischio di vedere in secondo piano temi più sociali, temi diversi da quelli della competizione, della produzione di ricchezza, dei passi in avanti che dobbiamo fare. E' un punto che credo debba essere nella riflessione del Parlamento,



delle istituzioni regionali e territoriali.

Io credo che la competizione di un Paese dipenda non soltanto dall'indice quantitativo del prodotto interno lordo, ma dipenda anche e molto dalla coesione sociale, dal livello dei servizi. Quando parlo di livello di servizi mi riferisco alla sanità ed a un pianeta come quello della giustizia. Si è europei non soltanto nella misura

in cui innalziamo il livello delle nostre esportazioni, ma anche nella misura in cui la qualità del tessuto civile e sociale diventa più forte.

Dobbiamo dunque evitare questo errore di mettere questi temi in secondo piano e vedere ciò che è possibile fare, sapendo che abbiamo sulle nostre spalle e davanti a noi un'eredità complicata. Il Presidente dell'AIOP Regionale ha ricordato l'accordo che in Campania abbiamo realizzato per chiudere una lunga vicenda che durava da almeno dieci anni.

Adesso è meglio per tutti. Occorre continuare così.

C'è un grande tema che ci trasciamo da anni: il nodo della devolution. Sono abituato sempre a parlare con schiettezza e dunque il grande tema che nasce anche dai governi di centro-sinistra, il decreto legislativo 56. Ho sollevato la questione da subito, appena eletto, nel 2000, quando c'erano ancora in carica i governi di centro-sinistra; continuerò a sollevarla perché credo siano da modificare alcuni criteri e parametri del decreto legislativo 56 e che portano a penalizzare il Mezzogiorno d'Italia, tutto, e a favorire il Nord d'Italia, tutto.

Trasversalmente questo succede al di là degli schieramenti che governano questa o quella o quella regione perché è evidente che nella misura in cui il parametro principale è quello dell'anzianità della popolazione, criterio indubbiamente da tenere in considerazione, bisogna sottolineare anche quello di un indice di moderna povertà e di diverse condizioni sociali.

Occorre quindi una riflessione che consenta di fare passi in avanti. Ho sentito con piacere recenti dichiarazioni del nuovo ministro della Sanità, che parla di un confronto serrato con il sistema delle Regioni. Ho visto un'attenzione anche a un'idea e disegno di legge presentato da forze di opposizione per un piano straordinario per la sanità nel Mezzogiorno. Su questo noi dobbiamo cercare di fare dei passi avanti che rafforzino gli sforzi di tutti.

In alcuni campi dei passi in avanti abbiamo cercato di farli: penso all'autosufficienza della raccolta di sangue; penso ai trapianti d'organo: siamo passati dal 3 per ogni milione di abitanti, al 12,5 per ogni milione di abitanti. Ma dobbiamo fare di più, soprattutto sul grande tema, di ridurre la mobilità extraregionale nei prossimi anni, anche attraverso adeguati centri di eccellenza e strutture pubbliche e private di qualità che ci consentano di ottenere questo importante risultato di civiltà che è decisivo per grandi regioni e per una grande regione come questa.

In questo modo non c'è nessuna messa in secondo piano ma, al contrario, un programma straordinario di finanziamento per la sanità meridionale dentro un progetto più generale per il Mezzogiorno. Con i governi che ci sono a Roma in una forte logica istituzionale, con il governo che c'è oggi, con quelli che vi saranno nei prossimi anni, noi abbiamo il diritto ed il dovere di cercare di difendere e valorizzare gli interessi dei cittadini e di farlo in piena collaborazione fra tutte le istituzioni.

## CARMEN LASORELLA

Il Presidente Bassolino tra l'altro accennava al federalismo fiscale che vede una tendenza ormai consolidata: il Nord insiste sul prelievo, per cui se da una parte ci sono più tasse, ad esse corrispondono più servizi. Al Sud, invece, si tagliano i servizi, in mancanza di risorse. Ciò non si garantiscono poi quei livelli di cui il cittadino avrebbe diritto.

Piero Marrazzo, che dalla parte del cittadino c'è stato a lungo, sa bene che bisogni e diritti devono fare i conti con la cassa. È così?

## PIERO MARRAZZO

### Presidente della Regione Lazio

Si deve fare, non si può fare diversamente. Ringrazio l'AIOP di avermi invitato, devo dire che è la mia prima uscita sulla sanità e ci tenevo a farla. Come sapete la Regione Lazio è la Regione che presenta il sistema integrato "all'ennesima potenza", perciò mi

sembrava giusto parlare in questa Assemblea.

Noi non possiamo non considerare politica la prima forma di inquadramento della questione sanità, legandola a quel principio

“ Sanità  
senza aggettivi ”



fondamentale che è il diritto alla salute. Un diritto che però unisce più soggetti. Diritto alla salute significa: la cittadina e il cittadino che chiedono, che gli venga garantito quel diritto.

Ma quando quel cittadino o quella cittadina entrano nel pianeta sanità incontrano più soggetti e, guarda caso, quando si entra in una struttura sanitaria il senso di comunità deve diventare più forte. Non abbiamo un cittadino che può essere riportato ad un numero o ad una patologia. Sappiamo bene, lo sapete bene voi che siete protagonisti in questo campo, che lì si incontrano donne e uomini; si incontra il malato, il familiare, il medico, il personale paramedico. Ogni mattina si entra lì ed è la comunità all'ennesima potenza.

Così se il parametro è un fenomeno che coinvolge, allora vorrei dire che è venuto il momento. Quando parliamo di una questione importante, che rischia la frammentazione e non il governo attraverso il federalismo, dobbiamo usare una parola sola: sanità. Senza aggettivi. Nel momento in cui poniamo questo, ci rendiamo conto che la sanità è molto complessa nella sua attività quotidiana, come altrettanto lo è nel momento in cui bisogna governarla. Ecco perché nel primo schema non esistono, una, due, tre sanità. La parola pubblica o privata mi risulta strana nel momento in cui molti dei privati di cui stiamo parlando sono privati che lavorano con il sistema dell'accreditamento e svolgono un servizio pubblico. La sanità è sanità. Ma la politica deve assumersi subito quella funzione pubblica iniziale. Qual è? È quella della programmazione. La politica deve saper guardare e dare una visione di dove sta andando per garantire il diritto fondamentale; allora sì che tutto è pubblico perché l'esigenza è pubblica; perché quel diritto è sancito

to nella norma madre, che è la Costituzione.

Se cominciamo dobbiamo subito dire che ancora di più nell'era della devoluzione, non parliamo del federalismo, usiamo parole più vicine anche ad un vocabolario nostro; potremmo parlare di regionalismo, perché già il costituente aveva pensato alle Regioni. Non doveva servire certo il popolo padano delle partite IVA a dirci che questo paese aveva bisogno di regioni. Se questo è, noi abbiamo bisogno di programmare.

Ho sentito con interesse l'intervento e il saluto del presidente dell'AIOP regionale della Campania. Tutti noi leggiamo i giornali, le istituzioni, la politica devono essere al tempo con i tempi della società, non solo degli imprenditori, anche dei cittadini, perché i tempi li soffrono tutti. La macchina della burocrazia o la politica che si trincerano dietro determinate situazioni, ve lo dice uno che ora a tutto tondo non è più un giornalista, io sono un politico che rappresenta una istituzione. Se questo è, la prima cosa che deve uscire fuori da un incontro è programmazione e costruzione di macchine.

Come si fa questa programmazione? Lo dico con chiarezza: per quanto riguarderà la mia regione, partendo da una questione di trasparenza.

Questa era una Regione dove i conti non si conoscevano perché abbiamo vissuto stagioni nelle quali non venivano approvati i bilanci delle ASL per anni. La prima operazione sarà quella che in poco tempo tutti conosceranno i conti. Nel giro di pochi mesi inviterò a chiudere il bilancio del 2005 e dirò: questa è la situazione. Non si può programmare senza trasparenza, come non si possono fare programmi sanitari oggi per l'oggi. Oggi bisogna dire dove vogliamo andare. La programmazione significa agire nel bene di tutti.

Allora quali principi dobbiamo governare? Me li sono scritti perché è un intervento che voglio calibrare. Direi che tutti noi in sanità dobbiamo pensare a garantire l'universalismo come principio uguale per tutti i cittadini. L'uguaglianza, che garantisce a tutti i cittadini le pari opportunità. Nel vostro mondo si va avanti per acronimi e cioè, DRG, RSA... Vogliamo giocare così? E allora è giusto quando si ricorda che un parametro non può essere a favore di alcune regioni più che di altre? Noi parliamo di diritto alla salute, come diritto socio-sanitario. Sia che si parli per parametri di anzianità; sia che si parli per altri parametri che sono altrettanto veri e forti.

Se questo è un problema socio-sanitario il mondo della sanità complessivamente, nei tavoli di concertazione, per quanto mi riguarda, si dovrà prima porre quel problema: non accettiamo derive speculative perché se tutto deriva dalla trasparenza, dal rigore e dall'onestà nei conti e nei bilanci, allora dobbiamo dire subito che tutti i soggetti in campo devono sapere perché non si possono fare sconti a nessuno con le attuali leggi. Non ci si può più indebitare per andare a coprire i precedenti debiti.

In quest'ottica l'imprenditore privato deve sapere che non può puntare al DRG buono o all'RSA e chiudersi dietro le proprie posizioni. No, deve sapere che deve lanciare la sfida, la sfida della gestione diretta. Deve sapere che non possiamo più avere sprechi e mancanza di controllo di qualità.

La devolution ci deve mettere di fronte ad una domanda, alla quale io do un'unica risposta. La drammatica scelta in alcune regioni per le donne e per gli uomini, aspettare o pagare, non ce la possiamo più permettere. È devastante, è una turbativa sociale.

Voglio dire che i livelli essenziali di assistenza li dobbiamo andare a controllare fino in fondo.

Concludo con un'idea che mi sono fatto, un'idea precisa: non possiamo pensare che quella che una volta era già una problematica di differenza di classe, di ceto, di censo, oggi diventi una differenza di area geografica. E' la sconfitta della sanità. Ecco perché vorrò

essere protagonista con la mia Regione. Per quanto riguarda la Conferenza Stato-Regioni, mi batterò perché non ci possa essere più una differenza per aree geografiche, ma che ci sia una politica sanitaria dove ci sia una capacità di intervenire ancora sulle sprecazioni.

Sono venuto qui per dire la verità fino in fondo. Io garantirò nella mia regione un sistema integrato; ma allo stesso tempo, garantirò regole, certezze e trasparenza. Sacche di rendita non ce ne possono più essere. Che vinca la moralità perché quando vince l'etica, vince l'imprenditore, sapendo che in questa sala ci sono imprenditori che hanno quella che Max Weber definitiva il senso di responsabilità.

E torno al cittadino. Io voglio tornare ai luoghi dove si lavora, perché se noi torneremo a non considerare più il malato una patologia o un numero, in ogni luogo avremo ridato dignità a loro, ma avremo dato anche dignità al sistema.

Ho sentito parlare di modelli legati a certe regioni: una volta era quello veneto, una volta il lombardo, una volta quello emiliano. Basta. Io sono convinto che le regioni del centro-sud possono assumersi, grazie alle capacità che ci sono nel centro-sud, professionali, imprenditoriali, di gestione pubblica, di amministratori pubblici.

Una sfida che possiamo consegnare al paese.

## CARMEN LASORELLA

Piero Marrazzo ha messo al centro il cittadino e non poteva fare diversamente. Ha parlato di trasparenza, ha parlato di programmazione. Vorrei introdurre, dando la parola al Presidente Loiero, anche un altro tema: la competenza. A livello regionale, si lamenta un'eccessiva presenza della politica nella gestione che invece dovrebbe in qualche modo tenere conto soprattutto della competenza. Quali sono criteri di competenza per gestire la Sanità?

## AGAZIO LOIERO

### Presidente della Regione Calabria

Voglio dirlo con franchezza, cominciando proprio dalla provocazione iniziale di Carmen La sorella. C'è bisogno di maggiore competenza. In questo settore le competenze sono difficili da trovare e nelle regioni molto spesso sono radicalmente assenti. Molto spesso avere un direttore generale nella Sanità, nell'assessorato, dico direttore di qualità assoluta rispetto alla complessità di questo comparto, non è facilissimo. Perché?

“ Bisogno di competenza ”





Perché noi abbiamo male abituato un po' tutta la politica. Abbiamo fatto spesso diventare queste ASL una sacca di politica. Questo è un errore, il consenso c'entra poco con il dolore ed il bisogno del cittadino utente. Me ne rendo conto anche se affermo che questo è un problema che solo il tempo, l'impegno e la cultura istituzionale può aiutarci a risolvere.

Ritengo che gli anni che abbiamo di fronte saranno cruciali. Vorrei fare anch'io una premessa sulla universalità del diritto alla salute, sancito nell'articolo 32 della Costituzione e per il quale il costituente tira fuori l'aggettivo "fondamentale". La salute è un diritto fondamentale. Non c'è più questo aggettivo nella Costituzione e questo non è un fatto privo di conseguenza. Si afferma in fondo che alcuni diritti sanciti nella prima parte della Costituzione sono considerati diritti supremi, che non si possono scalzare con facilità.

Il problema della sanità su tutto il Paese presenta elementi di disuguaglianza che spesso sono assoluti. Partiamo da un fatto, senza per questo piangerci addosso è chiaro che su come si viene curati per alcuni dati obiettivi, non afferenti alla qualità del medico, non c'è grandissima differenza tra Nord e Sud. Ci sono però tante cose relative alla diagnostica, alla capacità di analisi, di indagine, per le quali in certe città del Nord non si viene curati come nelle zone del Sud. Questo offre un dato di disparità allarmante, una disuguaglianza allarmante.

Che cosa può comportare allora la devolution? Nel momento in cui si attribuisce una potestà esclusiva in alcune materie alle Regioni, come la sanità, l'istruzione e la polizia locale, può capitare che in questo clima in cui le antiche ideologie si sono dissolte, dove non c'è neanche questa tentazione all'uguaglianza; può capitare che la Regione ricca si faccia una propria eccellente sanità perché ha i mezzi per farsela e la Regione povera, che vive prevalentemente del fondo di perequazione nazionale, no.

Può capitare che le Regioni ricche trattengono quelle risorse e, di fatto, finiscono per impoverire quel fondo e rendere ancora più povera la sanità di quei territori. Questo è il vero problema. Che riguarda tutti quanti. Se pensate per un attimo che l'uguaglianza dei cittadini davanti alla legge, ma anche l'uguaglianza di per sé come valore assoluto, quello che in quasi tutte le sentenze della Consulta viene richiamato, con questo tipo di devolution salterebbe in maniera totale. Questo è un problema che ci riguarda tutti quanti.

Poi c'è un altro problema che non voglio eludere. Non possiamo continuare a fare sanità nel Sud come l'abbiamo fatta in questi anni. Dobbiamo avere un programma più razionale; eliminare gli sprechi.

Ci sono molte cose che non vanno nella Sanità come dovrebbero andare. Se si fa riferimento alle partecipazioni a cui dovremmo attingere attraverso l'articolo 119 della nostra Costituzione,

guardando alle nostre regioni e quelle come la Lombardia o il Piemonte, vi accorgete che senza quel fondo perequativo, per noi del sud non esisterebbe niente.

Ora noi vogliamo davvero volere una Sanità che sia, almeno teoricamente, sulla carta uguale dappertutto? Oggi queste condizioni, nel nostro Paese, non ci sono più.

Non la voglio volgere in politica, però sono convinto che rispetto ai problemi che pone il federalismo, non c'è più il dato che la scelta ideologica diventa prevalente su tutto il resto. I territori stanno insieme sulla similarità dei bisogni, non sul presupposto ideologico. Può capitare semplicemente che un territorio come la Calabria che è di centro-sinistra, proprio per quella similarità di bisogni che vanno rappresentati, possa essere alleato con un territorio che è di colore politico diverso e non magari con un territorio lontano 1.000 chilometri e che non ha bisogni uguali da rappresentare.

Di questo si deve tenere conto.

## CARMEN LASORELLA

Abbiamo sentito dal Presidente Loiero: la sperequazione è nei fatti; lui la denuncia in maniera diretta, ma serena. Devo dire che anche le statistiche ci dicono che la soddisfazione del cittadino è maggiore al Nord e molto minore al Sud, fermo restando che ci sono dei poli di eccellenza anche al Sud.

Darei allora la parola al professor Condorelli che oltre a fornirci una lettura della situazione italiana, credo ci darà anche un quadro con riferimento di altre realtà europee.

## MARIO CONDORELLI

### Presidente Consiglio Superiore della Sanità

Il mio intervento è soprattutto tecnico, però non dimentico la mia vocazione politica, anche per il grande rispetto che ho della politica, che in senso laico è lo strumento per fare felici i cittadini; oppure se lo vogliamo dire

in senso cattolico, come diceva Paolo VI, è la forma più sublime di carità. Debbo dire come premessa, che noi andiamo

“ Processo inarrestabile ”



naturalmente verso il federalismo. È un processo che difficilmente si potrà arrestare. Però dobbiamo tornare, come premessa, ad una chiarezza istituzionale: il contenzioso tra Stato e Regioni, in tema di sanità, ma anche di altri temi, ormai è diventato veramente molto grave. Lo vedo dal 2001, dal 2002: l'attività del Consiglio Superiore è un'attività frustrata, perché si producono documenti di grande rilievo; anche ministri che sono succeduti hanno chiesto più volte un contributo tecnico-scientifico al Consiglio Superiore Sanitario, ma poi questo materiale è stato bloccato perché le Regioni ormai lo rifiutano.

C'è per fortuna la conferenza Stato-Regione, che sul punto d'incanto dovrebbe essere un anticipo di quello che sarà il futuro senato delle regioni.

Le tendenze delle varie regioni, nell'articolazione di modelli di assistenza sanitaria differenti da quelli nazionali, iniziati dalla riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, che ha avviato il federalismo in Sanità (cosiddetta devolution), sono condizionate non solo dalle maggioranze politiche regionali e dagli assetti organizzativi dei servizi sanitari, ma anche dalle tipologie di allocazione delle risorse finanziarie all'interno di ciascuna Regione da cui discendono diversi modelli di solidarietà sociale.

Appare evidente che la variabile considerata decisiva nella possibilità stessa di intraprendere percorsi di autonomia di modello è il grado di responsabilizzazione economico-finanziaria delle regio-



ni: maggiore sarà la loro autonomia finanziaria, più veloce e marcato risulterà il processo di autonomia generale. L'ispirazione politica del federalismo in sanità, già operante in seguito all'abrogazione del Titolo V della Costituzione, nasce dall'esigenza di avvicinare i centri decisionali alla fonte del bisogno e di rendere la quantità e la qualità dell'assistenza sanitaria adeguate alle necessità delle popolazioni regionali. La fiducia dei cittadini nel federalismo in sanità dipenderà proprio dalla capacità di quest'ultimo di vincere la difficile sfida della qualità dell'offerta dell'assistenza sanitaria.

E' facile infatti intuire che le valutazioni positive sui nuovi ordinamenti sanitari regionali saranno condizionate dalla crescita del numero dei servizi sanitari ritenuti adeguati. Già ora federalismo e sussidiarietà in Sanità sono maggiormente apprezzati nei contesti territoriali caratterizzati da una qualità più alta dei servizi sanitari percepiti anche più vicini dal cittadino-utente. In sostanza, laddove la sanità genererà utenti mediamente più soddisfatti, la propensione favorevole alla regionalizzazione delle competenze sarà più alta. Le differenze territoriali di opinione sul federalismo non rinviano tanto a posizioni ideologiche quanto a una dimensione molto concreta, quella della qualità percepita dei servizi. Occorre tener presente che stiamo assistendo al progressivo affermarsi di un utente informato, consapevole, capace di esercitare scelte rispetto ai servizi ed ai professionisti cui rivolgersi, magari investendo di tasca propria. Ciò rende cruciale, in ambito sanitario, l'analisi della valutazione che i cittadini esprimono della qualità dell'offerta.

Probabilmente il giudizio prevalentemente negativo dei cittadini del meridione d'Italia del nuovo ordinamento Stato-Regioni nell'attribuzione alle Regioni di maggiori responsabilità nella sanità emerge soprattutto dalla percezione di una inadeguatezza dei servizi sanitari nelle Regioni Meridionali. Si potrebbe dire che la qualità dei servizi, in tutti i campi e non solo in quello sanitario, sarà il "moltiplicatore" del valore federalista.

Purtroppo, i sistemi sanitari regionali presentano numerose differenze, anche nei risultati economici che conseguono. In molti casi i disavanzi sembrano essere crescenti ed insostenibili senza manovre di tipo strutturale. Le tensioni economico-finanziarie, peraltro, sono destinate ad aumentare nella prospettiva della "devolution". Molte Regioni si troveranno di conseguenza ad assicurare i servizi sanitari con risorse finanziarie erose sia dai disavanzi strutturali che dalla riduzione delle medesime, derivante dai nuovi meccanismi finanziari.

Rispetto a questo scenario, le Regioni si stanno orientando in modo diverso, ma quasi tutte nella direzione di ridefinire la struttura del sistema. Sembra emergere il quadro che le performances positive della sanità non dipendono tanto dalla modificazione della

condotta delle aziende, quanto dalla capacità del governo del settore da parte delle Regioni. In altre parole, le politiche regionali in campo sanitario vanno ad incidere più aspetti "macro" - interventi sugli assetti istituzionali e sui confini pubblico-privato del complessivo sistema regionale - che su aspetti "micro", come il governo dei fattori produttivi e la diffusione dei sistemi manageriali.

Le principali "criticità" che emergono da un esame generale dei sistemi sanitari regionali sono le seguenti:

**1. Il processo di aziendalizzazione** si è sviluppato con differente velocità ed intensità nei diversi contesti regionali, sicché appaiono marcate le differenze su base geografica tra le Regioni settentrionali e quelle del Centro-Sud.

**2. L'autonomia regionale** si è spesso tramutata in un "neocentrismo regionale" che ha giocato sfavorevolmente per la crescita manageriale delle aziende sanitarie pubbliche.

**3. La spesa sanitaria ha assunto nel Paese** un trend insostenibile, crescendo in misura superiore al PIL, ed i disavanzi regionali registrati dai sistemi sanitari devono ormai risolversi a livello regionale, tanto più che le aziende ospedaliere sono obbligate al rispetto dei vincoli di pareggio del bilancio, il mancato rispetto del quale dovrebbe comportare la revoca dell'autonomia aziendale e il commissariamento da parte della Regione. Per dare un'idea della dimensione del disavanzo, l'indebitamento delle Regioni a statuto ordinario alla fine del 2003 aumentava a 26.7 miliardi di euro, di cui 9.9 ascrivibile alla copertura della spesa sanitaria. Nel contempo, vi è una sottostima strutturale delle risorse necessarie per garantire i livelli essenziali di assistenza (Lea), che viene quantificato in circa 3.9 miliardi di Euro. A quest'ultimo proposito è noto che le Regioni con i maggiori disavanzi consolidati sono Lazio, Campania e Lombardia, mentre quelle con minori disavanzi cumulati sono le Marche, la Liguria, la Toscana e l'Emilia. Prendendo in esame le tre Regioni con i maggiori disavanzi sanitari la Lombardia, il Lazio e la Campania, è interessante notare che l'assetto organizzativo e il sistema di finanziamento dei sistemi sanitari del Lazio e della Campania sono molto simili a quelli della Toscana e dell'Emilia, mentre totalmente diverso è il caso della Lombardia, che ha imperniato il suo sistema sanitario sulla completa separazione tra funzione di acquisto e funzione di erogazione delle prestazioni e sulla piena equiparazione delle tariffe di rimborso degli ospedali pubblici e privati. Allora la causa dei disavanzi regionali non può essere individuata nella diversità attuale degli assetti organizzativi e dei sistemi di finanziamento dei servizi sanitari regionali. Una causa ripetutamente chiamata in causa, a mio avviso a ragione, è la diversa dimensione del finanziamento in funzione del meccanismo di "ponderazione" dell'età media della popolazione, un meccanismo che decisamente penalizza le Regioni del Centro Sud che dispongono di livelli di finanziamento alla media nazionale. Tuttavia, da sola questa constatazione non serve a spiegare le difformi performances economico-finanziarie tra i diversi sistemi regionali. Non è stata dimostrata l'esistenza di una corrispondenza netta tra disavanzo e finanziamento ponderato. Molto probabilmente l'elemento che provoca maggiori effetti distorsivi sulle performances economico-finanziarie è la concorrenza tra pubblica e pubblica (Asl e Aziende Ospedaliere) e tra pubblica e privato introdotta dal D.L.vo 502/92, così come realizzata nei sistemi regionali sanitari campano, laziale e lombardo. Il "quasi mercato" creato nei sistemi regionali si basa su una "concorrenza di tipo amministrativo", vale a dire che le tariffe sono uniformi, sebbene differenziate in molti casi per l'assetto proprietario dell'erogatore, e fissate dalle

Regioni. Tale sistema, inoltre, non premia né l'appropriatezza delle cure, né tanto meno l'efficacia, dato che esiste una forte mobilità negativa infraregionale ed extraregionale addebitabile, in gran parte, rispettivamente, ad inefficaci scelte di azionamento delle ASL (alcune delle quali hanno una mobilità negativa strutturale irrecuperabile) e alla mancanza di centri sanitari di eccellenza. Non si è invece ancora sviluppata pienamente la "concorrenza negoziale", in cui le tariffe sono negoziabili al ribasso e i contratti non sono validi per tutti gli erogatori, bensì specifici. Nel sistema di "concorrenza amministrata", il sistema è orientato dalle "libere" scelte dei pazienti, ma, tuttavia, tale forma di concorrenza comporta seri problemi di controllo della spesa sanitaria, perché il finanziamento a prestazione incentiva di per sé la proliferazione dei volumi di prestazione, anche in termini opportunistici. Il governo della spesa risulta più efficace nel caso della "concorrenza regolata", in cui i cittadini sono indirizzati al "fornitore preferito", in altre parole, il sistema è guidato dalle scelte degli acquirenti. In alcuni casi, dove la presenza del privato assume ragguardevoli dimensioni, la migliore forma di "governance" del sistema sanitario regionale è il "mercato relazionale", in cui gli aspetti di competizione tra centri erogatori sono stati sostituiti dalla cooperazione a lungo termine tra gli attori del sistema.

Le strategie adottate dalle regioni per sanare i disavanzi dei loro servizi sanitari sono fondamentalmente tre, nella maggioranza dei casi utilizzate contemporaneamente, ciascuna tuttavia in misura differente. Esse riguardano: 1- la riconversione e la riorganizzazione del sistema (maggiore competizione tra pubblico e privato per recuperare efficienza e qualità; modifiche dell'assetto istituzionale; riconversione della complessiva offerta con graduale riconversione dei posti degli acuti a favore della riabilitazione e della lungo degenza, soprattutto nel caso di numerosi piccoli ospedali); 2- la ristrutturazione del sistema (accorpamento dei servizi, ristrutturazione della rete ospedaliera, chiusura dei piccoli presidi); 3- il reperimento di risorse finanziarie straordinarie (ricorso agli strumenti di finanza innovativa, in primis, emissioni obbligazionarie regionali, factoring e cartolarizzazioni). Il ricorso alle operazioni di finanza creativa, soprattutto quando non in relazione ad investimenti infrastrutturali, si dimostra una manovra valida a breve periodo: aumenta la liquidità disponibile, ma accresce l'indebitamento, senza risolvere problemi di tipo strutturale. La seconda opzione strategica è quella maggiormente adottata dalle regioni che hanno ridotto il proprio disavanzo oppure presentano una tendenza al pareggio del bilancio. Per quanto riguarda i meccanismi di finanziamento del settore sanitario, la strategia più largamente seguita oggi è concentrata sulla valorizzazione del patrimonio, disponibile e indisponibile, delle aziende sanitarie facendo ricorso a cessione di immobili, cartolarizzazione o ipotizzando l'utilizzo di fondi immobiliari con apporto pubblico. Una seconda strategia o linea d'azione, - che sta trovando in alcuni Paesi europei, in particolare Regno Unito, in cui si è istituita questa forte collaborazione pubblico privata. Nel modello inglese di finanza di progetto PFI (Private Finance Initiative) l'operatore privato progetta, costruisce, finanzia e gestisce reparti ospedalieri o interi ospedali per un periodo di 30-60 anni,



durante il quale l'azienda sanitaria si vincola ad acquistare tali servizi, retribuendo l'investitore mediante il pagamento di una tariffa periodica per tutta la durata.

Molto interessante è quanto si sta verificando in Spagna. La Regione di Valencia è stata la prima a sperimentare un modello di collaborazione pubblico-privata per il finanziamento, la costruzione e la gestione di tutte le attività, incluse quelle sanitarie del nuovo ospedale di Alzira (61 milioni di Euro). La struttura, realizzata in un anno e mezzo e completamente gestita dai privati per un periodo di 10 anni, eroga tutti i servizi sanitari dietro la corresponsione di una quota di finanziamento pro-capite di circa 200 euro. Questa esperienza si sta estendendo.

Anche in Francia si stanno facendo questi esperimenti. Il Governo francese ha annunciato nel 2002 la sua intenzione di costruire nuovi ospedali e ristrutturare quelli esistenti, ricorrendo in parte alla collaborazione pubblico-privata. Si tratta di 932 progetti programmati per un costo totale intorno a 10,2 miliardi di euro.

In Germania, Paese che non ha una lunga tradizione nell'esperienza e nella applicazione della finanza di progetto e nelle collaborazioni pubblico-private, gli ospedali pubblici sono stati progressivamente trasformati in strutture private al fine di introdurre questa maggiore flessibilità ed efficienza gestionale. La gestione nell'ospedale è stata infatti affidata a società private che si occupano della erogazione delle prestazioni sanitarie e di tutti i servizi "no core." Nella gran parte degli ospedali pubblici la maggior parte dei servizi "no core" è stata esternalizzata, ottenendo significativi miglioramenti in termini di efficienza.

L'interazione pubblico-privata in Sanità, come in altri servizi del welfare, non è soltanto uno strumento

economico-finanziario meramente attuato per risolvere seri problemi di bilancio, ma coinvolge aspetti di altissimo valore etico e sociale. Si tratta di una scelta di un modello di Società, una scelta fra un modello di stato o comunque di potere pubblico totalizzante che deve gestire esclusivamente in proprio ogni forma di intervento sociale e un modello di Stato certo impegnato a promuovere il benessere dei singoli e delle comunità, ma che coinvolge per il raggiungimento di tale obiettivo strutture ed energie finanziarie ed umane non soltanto pubbliche ma anche private; in sostanza tutte le energie vive e solidali della comunità. Parlare di interazione pubblico-privata in sanità non significa quindi esonerare lo Stato dai doveri di garantire a tutti i cittadini il soddisfacimento del loro diritto alla tutela della salute, ma significa garantirli, superando ogni logica statalista e ogni schematica divisione e contrapposizione tra pubblico e privato, ambedue coinvolti nel raggiungimento dei fini socialmente utili.

## CARMEN LASORELLA

Abbiamo sentito i presidenti delle Regioni del Sud, siamo al Sud stiamo parlando di qualità, di trasparenza, dei diritti dei cittadini. Tanto Loiero quanto il professore Condorelli sottolineavano che federalismo non significa che ognuno fa come gli pare; federalismo significa soprattutto che ci sia un principio di solidarietà e di responsabilità alla base. Principio che Paesi federali di tradizione



hanno in sé nel gene. La parola al Sottosegretario Vietti.

## MICHELE VIETTI

### Sottosegretario Ministero dell'Economia

Vengo subito a provare a toccare alcune delle molte questioni che sono state sollevate. Come sempre chi parla alla fine ha una doppia penalizzazione, perché ha ricevuto tutte le sollecitazioni del dibattito precedente, ma immediatamente riceve gli ammonimenti del moderatore di essere più rapido. Comunque cercherò di bilanciare queste due esigenze.

Il professore Condorelli ha detto alcune cose condivisibili ed alcune un po' meno. Quelle condivisibili: non c'è dubbio che la modifica del Titolo V del 2001 (Loiero lo ha confessato in anticipo, evitando così che io glielo contestassi che lo ha fatto il centro sinistra), ha creato una serie di problemi non indifferenti, perché ha alimentato quel contenzioso che ormai è ingestibile di fronte alla Corte Costituzionale a proposito delle competenze. Il professore

Condorelli ha descritto una situazione delle sanità regionali abbastanza preoccupante, sia in termini di organizzazione che in termini di controllo della spesa. Questo andrebbe nella direzione di un sondaggio CENSIS 2002, ma credo ancora abbastanza vero. Per cui alla domanda: c'è il rischio che la regionalizzazione della sanità conduca a 20 sistemi sanitari diversi sul territorio? Il 47% ha risposto: sì è reale, è inevitabile; il 30: è reale, ma non inevitabile; solo il 13 ha detto: il rischio non esiste. Quindi c'è una preoccupazione che il federalismo, il regionalismo, la devoluzione del servizio sanitario possa portare a sistemi in qualche modo eccessivamente autonomi e autoreferenziali. Il 56 per cento, sempre per quel sondaggio, è comunque favorevole all'attribuzione alle Regioni della competenza in materia sanitaria.

Rispondo subito a Condorelli che alcune disfunzioni del sistema a livello regionale dipendano da un eccesso di concorrenza. Lui ha fatto questa distinzione della concorrenza amministrata, o amministrativa, e diciamo una concorrenza più libera. Credo che il decreto legislativo 502/92 abbia affermato un grande principio, rispetto al quale non si può e non si deve tornare indietro: il principio è quello della libertà di scelta e quello della concorrenza all'interno dell'unico sistema sanitario.

Dopo di che le disfunzioni a mio parere dipendono proprio dalle limitazioni pratiche che sono state imposte a questo principio di concorrenza di carattere generale, perché come è noto, poi l'erogatore del servizio, l'acquirente del servizio ed il controllore del servizio sono la stessa persona. Dunque questo, alla fine, induce, non so se è questo che il professore Condorelli intendeva, per concorrenza amministrata, ma questo induce alla fine ad un sistema di falsa concorrenza. Ovviamente il DRG che si paga al privato è il DRG che corrisponde effettivamente al costo della prestazione convenuta; il DRG che pubblico paga a se stesso, con la verifica dei requisiti che si fa in proprio, in realtà è un DRG figurativo perché poi il costo della prestazione del pubblico in realtà è un costo assolutamente superiore che poi comunque va ripianato a piè di lista come avveniva prima del sistema dei DRG.

Allora se si deve andare in una direzione evolutiva certamente è quella della concorrenza reale e non quella della concorrenza amministrata. Il sistema della devolution è un sistema a rischio. Addirittura Loiero è arrivato a dire a rischio di una sorta di mercato interno regionale per cui le compensazioni le farebbero le Regioni tra loro. Credo che questo rischio vada assolutamente evitato ma che ci siano nella normativa gli strumenti per evitarlo. Così com'è



stata costruita la regionalizzazione della sanità risponde a due principi costituzionali che comunque dovrebbero rappresentare dei paletti fermi. Il 117 per cui lo Stato comunque mantiene la competenza esclusiva per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, con specifico riferimento alla salute. Questo è un punto fermo.

Il 119, in cui si dice che le Regioni debbono provvedere contributi e entrate proprie, con compartecipazione ai tributi erariali ma anche con il fondo perequativo. Quindi, è di nuovo lo Stato che mantiene questa funzione di controllo e di perequazione.

Allora, le due direttrici su cui noi dobbiamo ragionare, perché ci sia sanità uguale per tutti, pur nel decentramento del servizio sanitario, sono questi due principi costituzionali: lo Stato che si fa carico realmente di indicare i livelli essenziali di assistenza; lo Stato che si fa carico della perequazione fiscale.

Per quanto riguarda il primo punto, sappiamo che questa individuazione dei livelli standard omogenei di assistenza, cioè la determinazione dei LEA, deve rispondere a parametri uniformi su tutto il territorio nazionale; quindi devono essere criteri qualitativi e quantitativi di riferimento omogenei che devono essere rispettati su tutto il territorio regionale.

Dunque, i livelli devono individuare una soglia standard tecnicamente raggiungibile e garantibile, grazie alle adeguate risorse finanziarie. Devono avere l'obiettivo di conseguire una uguaglianza non formale, ma sostanziale, quindi devono consentire anche la rimozione degli ostacoli alle differenze che si possono verificare sul piano regionale per l'effettivo esplicarsi del diritto alla salute, fino ad arrivare ad un tendenziale ideale obiettivo di prestazioni erogate in modo omogeneo.



Questo ovviamente vuol dire che lo Stato deve farsi carico di aiutare la crescita nelle realtà più deboli. Non c'è dubbio che bisogna farsi carico di questo e non immaginare che con il decentramento dei servizi ci sia una sorta di liberi tutti per cui ciascuno coltiva il suo orto nella indifferenza dello Stato.

Il DPCM novembre 2001, sulla definizione dei livelli essenziali di assistenza ha proceduto in questa direzione, ha determinato i livelli di assistenza per grandi aree di offerta; ha elencato le prestazioni: quelle escluse dai LEA, quelle parzialmente incluse, quelle incluse con rischi di inappropriatezza.

La finanziaria del 2005 ha stabilito che con regolamento del Ministero della Salute di concerto con quello dell'economia vengono fissati gli standards qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e, possibilmente, di esito e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sul punto è in attività un gruppo di lavoro che sta lavorando su alcuni standards in materia di assistenza ospedaliera.

Il Ministero della Salute, ma lo dirà la Casellati, nel febbraio 2004 ha istituito una commissione nazionale per valutare i fattori scientifici, tecnologici, economici per la definizione di aggiornamenti dei LEA. Il Decreto legislativo 56/2000 (di cui un po' tutti hanno parlato male e anche qui Loiero ha anticipato la contestazione) frutto del governo di centro-sinistra, ma in ogni caso, a parte il problema dell'indicazione del criterio di riferimento principale all'anzianità, comunque prevede l'attivazione di procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata in ogni regione. Con un sistema di garanzie che dovrebbe prevedere il sistema minimo di indicatori e di parametri di riferimento, regole di rilevazione e procedure di pubblicazione periodica dei dati.

Debbo dire, purtroppo (qui ha ragione Condorelli) che per la verità il tavolo di monitoraggio dei LEA, istituito presso la Conferenza Stato Regioni, non ha portato a dei grandi risultati perché, com'è noto, la rilevazione dei costi di assistenza dal 2000, 2001, 2002, nel 2001 ha avuto sostanzialmente un carattere sperimentale di cui tutti considerano l'attendibilità molto vaga. Per il 2002 è stata completata la rilevazione ma manca l'analisi dei risultati; la rilevazione del 2003 è in corso, speriamo che poi di lì sia diventata sistematica. Certo, un utilizzo corretto degli indicatori consentirà una elaborazione dei costi standard, però bisogna che facciamo almeno riferimento ad aziende sanitarie che fanno la contabilità per centri di costo.

Per la verità nel nostro paese ci sono anche aziende sanitarie che

non hanno o non avevano la contabilità elaborata per centri di costo. Allora, senza aziende che fanno la contabilità per centri di costo, capite perfettamente che diventa molto difficile immaginare di elaborare dati e costi standard.

L'intesa Stato-Regioni del 23 marzo di quest'anno ha previsto un comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza e di efficienza, però il comitato non mi risulta sia stato istituito. Sarebbe molto opportuno sollecitarne una rapida costituzione perché se lo Stato vuole rivendicare, e a mio parere deve rivendicare, questa funzione fondamentale di garante dei livelli essenziali di assistenza, che è l'unico modo in cui lo Stato può fare il regista della sanità in un clima di decentramento, in un clima di regionalismo, deve ovviamente poter disporre del controllo dei dati.

Il controllo dei dati, la trasparenza, vale per le Regioni ma vale anche per lo Stato il quale non può rinunciare a questo pena la incapacità di poter svolgere questo fondamentale ruolo di regista.

Infine, una battuta sul piano più strettamente fiscale, il discorso delle risorse e del ruolo che lo Stato deve avere nella distribuzione delle risorse alle Regioni. Com'è noto il futuro del finanziamento del Servizio Sanitario prevedeva che si passasse dall'attuale sistema per cui la fonte principale viene dall'IRAP, prima integralmente poi parzialmente, poi il Fondo Sanitario Nazionale.

Come sapete perfettamente, la legge 133 del '99 ha previsto che in realtà il futuro del finanziamento venga integralmente affidato alle Regioni, salvo una quota gestita a livello centrale, quindi si faccia riferimento alla complessiva finanza regionale.

Fa un po' specie ovviamente stare qui oggi a discutere se l'IRAP, come si immaginava, anziché essere ribaltata sulle Regioni in modo vincolato, come destinazione possa essere gestita dalle Regioni in modo non vincolato. E' in corso un'ampia discussione sulla eliminazione dell'IRAP, in parte dovuta alla indicazione europea sulla illegittimità di questa imposta. Approfitto per infierire sul mio amico Loiero: l'imposta introdotta da Visco e quindi dal governo di centro-sinistra, oggi nell'eliminarla ci pone gravissimi problemi di copertura. Non abbiamo la bacchetta magica: se togliamo l'IRAP dove le prendiamo le risorse alternative?

Certo in linea di principio era corretto il fatto che l'IRAP non avesse più vincoli di destinazione. Sembrava anche un po' improprio che la Regione, con il vincolo di destinazione, non poteva che incrementarla l'IRAP; certo non la poteva ridurre, seppure produsse l'effetto psicologico strano che il finanziamento della sanità fosse praticamente tutto a carico delle imprese, quando in realtà il finanziamento della sanità dovrebbe essere a carico della collettività.

Se l'IRAP, come si immaginava, fosse diventata la fonte principale di finanziamento, senza vincolo di destinazione, avrebbe eliminato questo aspetto psicologico ma oggi sulla materia debbo confessare con molta franchezza, ci stiamo muovendo con qualche incertezza. E' pacifico che il governo procederà nella direzione di eliminare dalla base imponente dell'IRAP il costo del lavoro, come ha parzialmente anticipato nel provvedimento sulla competitività, lo farà complessivamente per tutto il territorio nazionale in due o tre anni, il Ministro dell'Economia. Ovviamente c'è un problema di sostituzione di alternativa della copertura.

Ritengo sia corretto immaginare la dilatazione del ruolo dell'addizionale IRPEF nel finanziamento delle Regioni perché la sanità effettivamente attiene agli individui e non alle imprese, è la forma più alta di solidarietà sociale, dunque, è bene che si basi il suo finanziamento sul gettito dell'imposta personale che è quella anche più rispettosa dei principi solidaristici.

Se lo Stato saprà rinunciare a questo ruolo fondamentale di programmatore, di verificatore e di garante dei livelli uniformi di assistenza, non come notaio che li registra, ma come attore che li pro-





muove e li realizza; se saprà essere il regista della distribuzione delle risorse in base ai parametri perequativi, io credo che anche l'avventura del regionalismo e del decentramento federalista potrà essere affrontata con buoni risultati.

## CARMEN LASORELLA

Quindi il fondo di solidarietà è un correttivo anch'esso nelle mani dello Stato per poter compensare e arginare queste disparità? La parola al sottosegretario.

## MARIA ELISABETTA ALBERTI CASELLATI

### Sottosegretario Ministero della Salute

Grazie al Presidente Miraglia, a tutti gli organizzatori per questo invito e anche per la scelta del tema del federalismo del quale molto

## “ Monitoraggio e collaborazione ”

povera e un'Italia ricca. Siccome il titolo è: "sanità uguale per tutti nell'Italia della devoluzione" dovrei dire che questo titolo per noi, dal punto di vista della filosofia del cambiamento costituzionale e istituzionale è quasi un'equazione. Ma le parole si devono necessariamente tradurre in fatti nel senso di riempirli di contenuti.

Vorrei dire quello che ha fatto questo Governo dal 2001 ad oggi, perché aver stabilito con un decreto i LEA è un fatto assolutamente nuovo. Significa avere delineato, a novembre del 2001, non solo un elemento unificante nella sanità, ma anche un provvedimento di garanzia di tutti i cittadini. Questo significa una visione etica, siccome spesso si dice un governo troppo attento ad aspetti economici, qui davvero, coraggiosamente, sono stati definiti i LEA per la prima volta. Cosa c'era prima? Perché si deve vedere, rispetto a quello che c'era prima, cosa significa il dopo.

In una Finanziaria del governo precedente come si stabilivano i bisogni? Attraverso le risorse. Noi abbiamo ritenuto, perché l'abbiamo criticato, allora eravamo

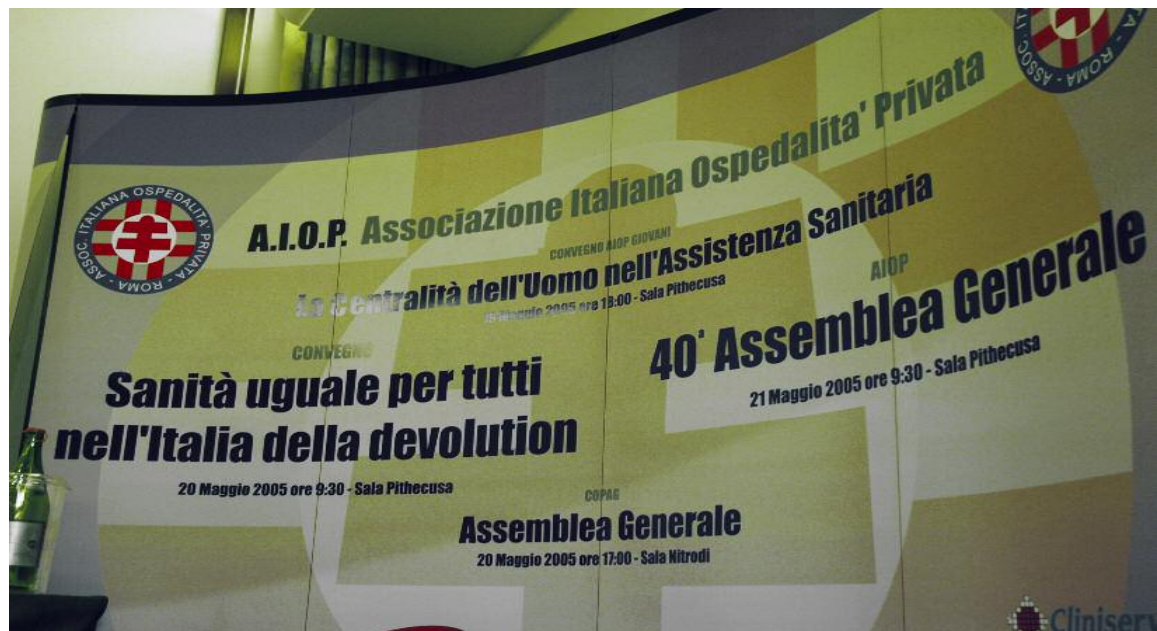
all'opposizione e coerentemente abbiamo stabilito un principio diverso che fosse difficile, impossibile, non eticamente condivisibile stabilire i bisogni in base alle risorse disponibili e in base a questo abbiamo invertito una tendenza stabilendo i livelli essenziali di assistenza che vengono garantiti.

Prima anche il Sottosegretario Vietti ha fatto riferimento ad un accordo, siglato da tutte le Regioni, il 23 marzo 2005. È un accordo importantissimo perché stabilisce e sottolinea un rapporto diverso fra centro e periferia, nel senso che vengono fissati standards di qualità e quantità che le Regioni devono osservare per accedere ai finanziamenti. Questo non significa, come qualcuno successivamen-



te, dopo averlo sottoscritto ha detto, criticandolo: un'imposizione dall'alto da parte dello Stato in un sistema in cui le Regioni finalmente diventano protagoniste della loro storia, anche sotto il profilo dei servizi e dell'organizzazione sanitaria. Significa un criterio condiviso di collaborazione e di monitoraggio dei servizi sanitari. Noi abbiamo una popolazione che invecchia. Purtroppo l'Italia è il paese più vecchio d'Europa: questo significa, per altro verso, che c'è una buona sanità; ci sono le tecnologie che costano e bisogni che crescono. Di fronte a questo noi dobbiamo cercare di contemperare questa limitatezza delle risorse con il fatto di far fronte a bisogni sempre crescenti dei cittadini.

Il dato che era stato fotografato dall'Agenzia sanitaria è che non si tratta tanto di limitatezza delle risorse, ma si tratta proprio dell'allocatione delle risorse. La questione degli interventi del Mezzogiorno, per vedere come fare per queste risorse in più nel Mezzogiorno. Noi abbiamo sentito tutte le Regioni e fra l'altro abbiamo





appreso che proprio quelle del sud, attraverso queste audizioni, non hanno utilizzato i fondi. In sostanza i fondi che sono stati erogati in fondo capitale, per le strutture, per le Regioni del Sud per l'85% non sono stati utilizzati.

Cosa significa questo? Che noi abbiamo la necessità urgente di verificare questo accordo, sotto questo profilo è prezioso, di monitorare come Stato e insieme alle Regioni, in un rapporto collaborativo.

Vorrei aggiungere un'altra cosa. Questo Governo ha dato moltissime risorse alla sanità. Abbiamo portato il fondo sanitario nazionale, quindi significa sanità pubblica, da 75 milioni di Euro ad 88 milioni di Euro più altri 2 miliardi (in Lire) di cui 1.400 Euro alle Regioni per ripianare i disavanzi degli anni precedenti. Quindi noi siamo arrivati ad un rapporto fra spesa sanitaria e PIL del governo di centro-sinistra (D'Alema-Bindi), dal 5,1% del PIL al 6,5% del PIL. Sncora sotto la media europea, ma certamente più vicino alla media europea. Questo significa ancora erogazione di servizi per la sanità pubblica.

Dentro questa cornice di provvedimenti che per sé costituiscono la fotografia di quello che questo Governo ha fatto, si inserisce il tema del Federalismo. Allora, io che sono diventata sottosegretario da quattro mesi, ma ho partecipato come senatore prima al dibattito anche in aula su questa grande riforma, sentivo sempre dire quello che è diventato poi uno slogan: ci sono venti sanità e voi volete creare venti sanità con il federalismo. Ci sono tante sanità quante sono le Regioni, perché ogni Regione esprime un'esigenza diversa. Nel criticare la pesatura diceva prima il presidente Bassolino, la Campania è giovane e in quanto tale esprime la necessità di una organizzazione, di un'articolazione di servizi sanitari del territorio diversa da un vecchio Veneto che esprime una necessità di servizi, ad esempio territoriali.

Si è parlato molto di universalità, di eguaglianza, di unità. Allora l'equità e l'uguaglianza devono derivare dal fatto di fornire al cittadino dei servizi, non uguali dappertutto sul territorio nazionale, ma diversi, ed è questo che esprime il federalismo, a seconda di quelle che sono le esigenze e i bisogni che emergono dal singolo territorio. Questo davvero significa tutela dei bisogni e interesse della salute.

Allora noi non possiamo pensare di creare uno squilibrio in questo modo tra risorse e bisogni.

Noi abbiamo capovolto la filosofia nel senso di dire: a seconda della domanda che emerge noi forniamo un servizio e le Regioni devono fornire un servizio sanitario diverso. Quindi questa situazione di disuguaglianza di fatto che si era creata nelle varie regioni in un accesso impossibile ai servizi, era stata resa ipocritamente coperta da una dichiarata uniformità sul territorio nazionale.

Credo che il concetto di eguaglianza passi attraverso un concetto di bisogno e di copertura del bisogno. Questo significa accesso, eguaglianza, questo significa federalismo. Questo davvero può portare ad una autosufficienza del sud al fatto di poter meglio coprire i bisogni e a non dire quello che noi non vogliamo, cioè che il Sud non rimanga assolutamente una parte dell'Italia emarginata, ma una parte viva e vivace dal punto di vista anche dell'organizzazione sanitaria.

## CARMEN LASORELLA

A proposito dei LEA, mi fa piacere che anche il sottosegretario abbia voluto sottolineare questo aspetto. Nel 1912 in Gran Bretagna, quindi un paese vicino, furono fissate le prestazioni di base cui dovevano avere diritto tutti i cittadini. Questo principio di stabilire un tessuto comune dal quale non prescindere nell'erogazione dei servizi, laddove poi evidentemente tutto questo deve rapportarsi ai tempi moderni, è un'esigenza antica e consolidata. Quindi questi

LEA nel 2001, benvenuti anche in Italia.

Tocca all'onorevole Petrella. Di recente, con il ministro della salute, avete deciso che le commissioni parlamentari si debbano riunire periodicamente per raccordarsi sulle priorità. Pochi argomenti, pochi traguardi ma cerchiamo di raggiungerli. E' vero?

## GIUSEPPE PETRELLA

Vicepresidente Commissione  
Affari sociali Camera dei Deputati

Come rappresentante dell'Unione, io sono il vicepresidente della Commissione Affari Sociali della Camera. Anzitutto vorrei rispondere alla domanda sui LEA.

I LEA li hanno voluti fortemente le Regioni.

E' stato il Ministero dell'Economia a rifiutare di validarli perché la rivalidazione ha dimostrato che la garanzia dei LEA comporta un aumento del finanziamento necessario di almeno 4 miliardi di Euro. Questa è la verità, biso-

“ La sanità?  
E' una sola ”



gna dirla.

Circa le risorse che lei, onorevole Casellati, dice non sono state utilizzate, bisogna dire che il Governo non ha dato alle Regioni le risorse già stanziare dal 2003. Se lo Stato desse, e non ha dato, i soldi per fare gli ospedali, quando mancano i soldi per la gestione, ci si chiede com'è possibile fare gli ospedali se poi non si fa la gestione. Significherebbe sprecare solamente i soldi di tutti i cittadini. Fino ad un mese fa, questo governo del Mezzogiorno non è che se ne sia interessato molto; dopo la sconfitta alle regionali e dopo la grande vittoria del centro-sinistra in quasi tutte le regioni all'improvviso riemerge questo Mezzogiorno. Noi ci siamo sempre interessati del Mezzogiorno, e continueremo a farlo.

Entriamo nel tema del convegno. La prima cosa che voglio dire è che si continua a parlare di ospedalità pubblica e di ospedalità privata. I dati in mio possesso indicano che oltre il 95% dell'AIOP è ospedalità privata accreditata. Per me quella è pubblica, con uguali diritti e doveri degli ospedali pubblici. Di questo il presidente me ne può dare atto. Ho partecipato l'anno scorso ad una Tavola Rotonda a Berlino invitato sempre dall'AIOP e ho detto esattamente queste cose. Quindi smettiamola di distinguere. Ha ragione Marrazzo, la sanità è una sola e dovrebbe avere la S maiu-

scola.

Mi rivolgo alla Sottosegretaria Casellati. L'altro ieri abbiamo avuto uno scambio vivace di opinioni, di dialettica parlamentare in commissione: perché questa legge la state bloccando? Perché fate nuovi annunci dove il governo vuole fare un disegno di legge per il Mezzogiorno, per lo stanziamento dei fondi? Questo disegno di legge c'è da un anno. Io stavo anche nella precedente legislatura, quando noi del centro-sinistra abbiamo votato la modifica dell'Articolo V con pochi voti di maggioranza e abbiamo fatto un grande errore, lo riconosco. Però, questa devoluzione è un qualcosa di veramente assurdo. So benissimo che, lei per prima, non amate molto questa legge e siete costretti dal ricatto di una forza politica, la Lega, a doverla per forza votare, però già sapete che sarà il popolo italiano con i referendum a bocciarla. E di questo ne siamo più che convinti.

Che cosa dovremmo fare? Dovremmo dare sempre una corretta informazione, non annunci, né proclami.

L'Unione cui appartengo ha fatto molto per far sviluppare il Mezzogiorno, perché il sud non è la zavorra del Paese ma è una risorsa per l'intera nazione. Questo dovremmo capire tutti.

### CARMEN LASORELLA

Adesso è il caso di sentire, Franco Toniolo, Presidente dell'Agenzia sanitaria nazionale.

### FRANCO TONIOLO

“ Evoluzione  
positiva ”

Presidente dell'Agenzia  
per i Servizi sanitari regionali



Grazie per questa opportunità.

Voglio fare tre sintetiche osservazioni: ho partecipato all'elaborazione di quel lavoro del CENSIS sulle venti sanità che ci sarebbero in Italia. Devo dire molto serenamente che questa affermazione è difficile da confutarsi. Non tanto in conseguenza del Titolo V riformato o di quello che succederà quando la riforma costituzionale ulteriore forse sarà approvata, ma per altre fondamentali ragioni, che riguardano aspetti organizzativi di alcune regioni, professionalità ecc. Condivido perfettamente e aggiungo, probabilmente

non solo in sanità, ma anche in altri settori.

Perché venti diversi assetti regionali?

Perché le realtà variano. Ci sono quelle più snelle e meno produttive; quelle più e quelle meno vecchie...

Io non sono ovviamente un politico, quindi faccio la mia parte come osservatore, come Presidente dell'Agenzia.

Seconda osservazione: come stiamo andando sui livelli essenziali di assistenza, sugli standards ecc.?

Sono un po' meno pessimista, sulla vicenda degli standard, come richiamava il sottosegretario Vietti, stiamo lavorando. È stata insediata una commissione per capire come evolve il tutto per affrontare anche il tema degli standards quantitativi e qualitativi.

Quanto alla proposta di riforma costituzionale di devolution, questa assegna una competenza esclusiva alle Regioni sull'assistenza sanitaria, non sulla sanità. Il Titolo V riformato ha liberalizzato i modelli, cioè su come le singole Regioni danno l'assistenza ai propri cittadini.

C'è un dubbio che esprimo: in che cosa consisterebbe questa ulteriore competenza esclusiva quando già i modelli erogativi sono liberi? Oggi tutti sanno che sono liberi, quello della Lombardia; sono diversi il Veneto, il Lazio e ancora altri.

### CARMEN LASORELLA

Facciamo un rapidissimo giro. Comincerei con il professor Condoirelli.

La domanda che io faccio: il titolo di questo incontro è "sanità uguale per tutti": Nella premessa trovo scritto: ci mettiamo o meno il punto interrogativo?

### MARIO CONDORELLI

Presidente del Consiglio Superiore di Sanità

Io sono un ottimista, penso che non ci sia bisogno. Non credo che ci saranno dei problemi per quanto riguarda l'equità della sanità nei diversi modelli, anzitutto perché la Costituzione la dobbiamo osservare tutti. Non è che la debba osservare solo lo Stato, il Parlamento con le sue leggi nazionali, ma anche le Regioni che faranno le loro leggi dovranno osservare questi principi. Grazie a Dio ci sono anche i giudici nel nostro paese, quindi c'è una giustizia amministrativa, c'è una Corte Costituzionale...

Poi c'è un altro fatto fondamentale: oggi il cittadino è sempre più informato, controlla, anzi, il miglior sistema democratico di controllo della sanità viene proprio dai cittadini. Pensate alle nuove generazioni che usano Internet già da bambini, quindi l'informazione e il controllo saranno un mezzo democratico fortissimo; su questo non avrei dubbi.

Il problema è di ordine economico ed è fondamentale.

Allora dobbiamo trovare dei sistemi facendo cadere molti ostacoli ideologici: per esempio, uno è che oggi c'è una discriminazione tra quello che è l'impegno del pubblico e l'impegno del privato.

Il privato riesce a fornire delle prestazioni rispetto al pubblico che costano anche un quinto, parlo dell'alta specialità, eppure ha delle fortissime limitazioni. Allora dobbiamo superare queste barriere e andare alla sostanza. Nel senso di dare una sanità sempre migliore. Ma nello stesso tempo lo stato deve anche fare i conti con i costi che aumenteranno per una serie di fattori. Non lo possiamo negare.

### CARMEN LASORELLA

Adesso, la senatrice Casellati. Sottolineato l'aspetto che anche l'ospedalità privata accreditata sia il caso di chiamarla pubblica, perché in fondo svolge lo stesso servizio, ai fini del controllo c'è pari



trattamento fra le strutture?

### ELISABETTA ALBERTI CASELLATI

Sicuramente sì. Quando parlavo di controllo non volevo usarlo come un termine di carattere impositivo e un po' vuoto, quasi formale. Parlavo di condivisione; nel senso di strategie per capire come migliorare il servizio. Non è soltanto la questione di vedere come i fondi vadano usati. Tornando al nuovo impianto normativo che riguarda il federalismo, se uno lo guarda dalla parte del cittadino, non può che ritenerlo il sistema migliore, perché per definizione il federalismo muove quella cultura partecipativa del cittadino, rappresentando un sistema vicino al cittadino. Allora, il fatto di condividere assieme al cittadino delle scelte, questo lo si può meglio fare con un sistema decentrato dei servizi. E mi sembra naturale, piuttosto che con un sistema troppo centralizzato. Questa riforma da parte dei cittadini dovrebbe essere accolta positivamente, non con timore.

### CARMEN LASORELLA

Presidente Loiero, faccio a lei la stessa domanda: sanità uguale per tutti?

### AGAZIO LOIERO

Ormai ci sono tre modi per sopravvivere in materia di sanità: attraverso le entrate proprie; attraverso le compartecipazioni e attraverso il fondo. Un territorio come quello che io rappresento insieme alla Lo Moro, assessore alla sanità di questa Regione, entrate proprie non ne ha. Questo è un dato obiettivo. Non abbiamo compartecipazioni, pensate all'IVA che si produce in Calabria, è comica come entità. Noi dovremmo per ora vivere di quel fondo, se quel fondo per un dato di un egoismo che c'è, quello è un dato quasi normale, non l'ha detto solo la Lega, è anche il prodotto della caduta delle ideologie. Finché c'erano alcune ideologie. C'è stato un dibattito su questo. Alcuni presidenti dicono: noi non vogliamo dare più i soldi. Questa cosa interessa tutti. Se viene meno quella fetta, viene meno per tutti.

### CARMEN LASORELLA

Sottosegretario Vietti, le chiedo: sanità uguale per tutti?

### MICHELE VIETTI

Vedo di raccogliere la sua provocazione ma anche quelle altre emerse dal dibattito.

All'onorevole Petrella: non c'è niente di più facile quando si sta al-

Parlano i numeri...  
**180.000**  
copie



articoli • reportage • inchieste  
e... **le firme • autorevoli • famose • promettenti**

E' un'edizione Seop.  
La rivista che parla di  
cultura, politica, scienza,  
sport e spettacolo.

**MONDO**  
**SALUTE**

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

La troverete nelle Case di  
cura Alop, nei centri  
commerciali e nelle  
edicole convenzionate



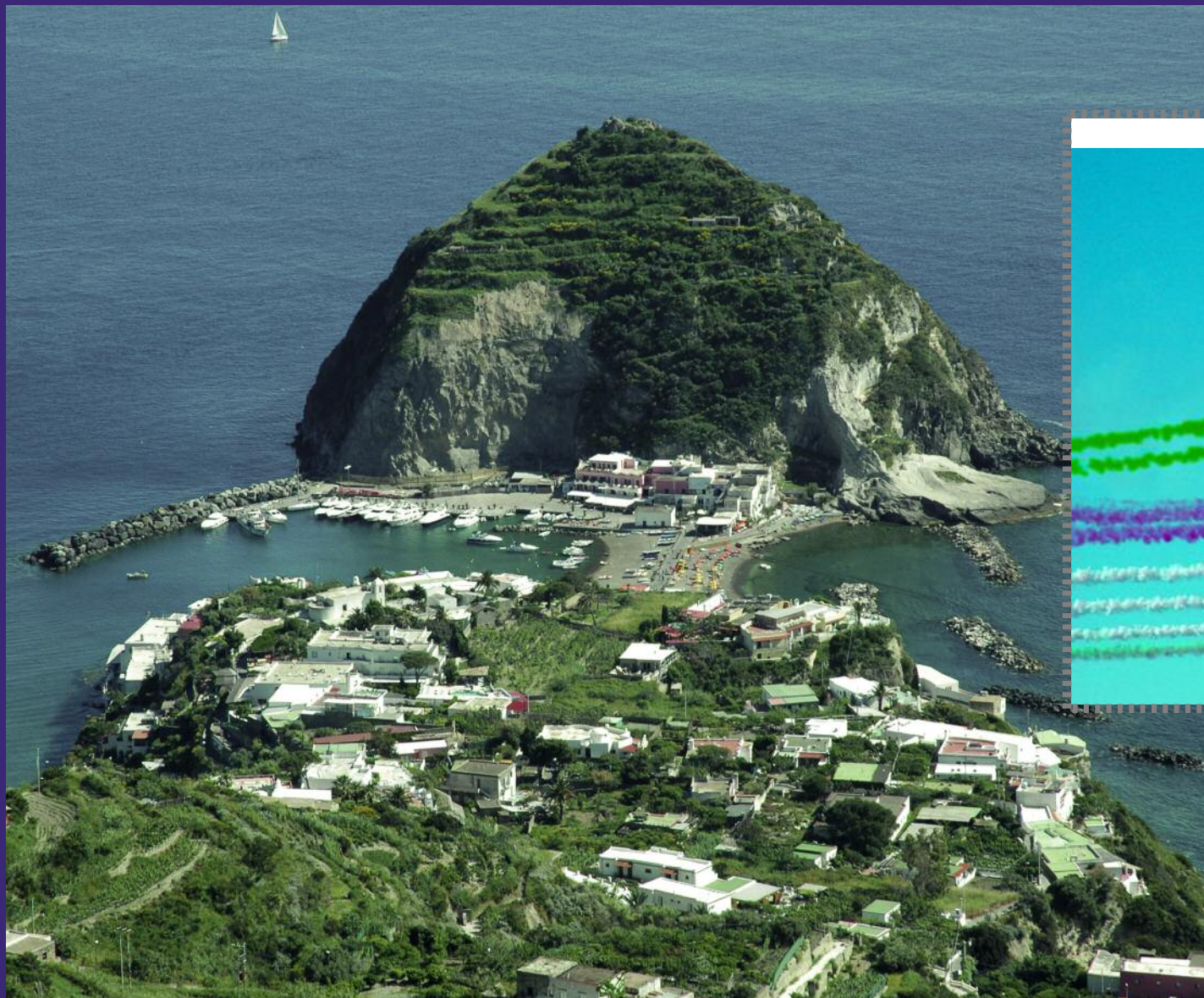


Nell'incanto di Ischia fuori dall'ufficialità

## Huuuuuu, le frecce

Dopo tre giorni intensi di lavori, un pomeriggio di relax. In giro per l'Isola. A caccia di souvenir e sul molo un fuori programma: lo straordinario spettacolo degli acrobati del cielo.

di Marina Spadaro





Ischia – Dopo tre giorni intensi di assemblea, convegni e incontri ufficiali, finalmente una boccata di ... ossigeno. Una gita intorno all'Isola, per distendersi un po' e per socializzare. Gli ospiti della 40° assemblea nazionale dell'Aiop, imprenditori dell'ospitalità privata, personalità varie, giornalisti, che fino a quel momento avevano vissuto i riti dell'ufficialità, si "spogliano" dei panni seriosi per vivere casual, intrattenere rapporti informali ...

Ed è così che sorgono nuove amicizie e si consolidano quelle antiche, fra una battuta e un drink, magari con un suggerimento in fase di shopping.

### I COMMENTI

All'inizio i commenti: "Hai sentito Marrazzo? E poi: "Bassolino, però..." E ancora: "Il più duro è stato Loiero, ma il sot-



tosegretario Vietti ha risposto per le rime, non credi?" Giudizi favorevoli per l'Alberti Casellati, sottosegretario alla Salute: "Concisa, diretta, ha detto poco ma temevo fratture, invece ..." E tutti entusiastici di Carmen Lasorella, firma di Mondosalute e star della TV di Stato: "Ha coordinato bene, ha provocato sapientemente il dibattito, oramai ci capisce tanto di sanità .."

Insomma, gira e rigira l'atmosfera è quella. Anche se si vuol cambiare registro. Di che parlare se non del vissuto di questo evento assembleare? Per esempio del galà? Dell'albergo e delle sue piscine prese d'assalto specie dai "nordici". E della cucina ischitana?

E così, fra una cosa e l'altra, dopo un'oretta di pullman, eccoci a Casamicciola. Il porticciolo pullula di barche, i negozi traboccano di turisti, mentre dagli altoparlanti una voce gracchiante annuncia lo spettacolo. "Signori, le Freccie tricolori. Gli acrobati del cielo". E subito, da dietro la collina una scia tricolore: sono loro, le frecce!

Piroettano, salgono altissime e discendono in picchiate da togliere il respiro. Meraviglia, stupore, paura suspense accompagnano continui huuu, huuu ... di spettatori increduli.

### IL CONMIATO

E' l'ora del commiato, Domenica per alcuni sarà una coda di relax nelle piscine e alle terme. Per la maggior parte la partenza, la tristezza del commiato, le solite raccomandazioni: "Telefoniamoci, hee? E ancora "Mi raccomando, non aspettiamo la prossima assemblea!"

Sempre così, quando le cose van bene. Quando tutto scorre nei binari dell'amicizia. La quarantesima assemblea dell'Aiop è finita con i "botti" ... probabilmente un saluto degli amici ischitani ai simpatici imprenditori dell'Aiop e un arriverci nell'Isola dei fiori.



## E la cravatta: Ulturale, Watson!



Non si poteva smentire l'accoppiata Schiavone-Crispino, leaders di Aiop Campania. Hanno lavorato sodo per assicurare una buona accoglienza. E ciliegina sulla torta, gli ospiti hanno trovato in camera due magnifici gadget, offerti dall'Aiop nazionale congiuntamente all'Aiop Campania: foulards per le signore, cravatte per i

gentlemen. Eleganti, preziosi, di rigida fattura artigianale. Apprezzati e subito indossati, soprattutto per il gala in onore del ministro Francesco Storace. Il marchio italianissimo: "Ulturale", Watson! ■

## Dietro le quinte di un successo annunciato: lo staff Aiop

Un lavoro certosino, lungo un anno: gli eventi AIOP devono sempre lasciare il segno. E lo lasciano. Arrivi e partenze, prenotazioni, gala, inviti, gadget, comunicazione, preparazione convegno, assemblea, gite... insomma, il pacchetto onnicomprensivo dell'evento va ascritto allo staff del direttore Franco Bonanno.

I nomi: Patrizia, Sonia, Pasquale, Maria Rosaria, Stefano, Alberta, Angelo, Andrea e Filippo, con il supporto dei collaboratori dell'Aiop Campania. ■





# il successo dell'evento

## E fra gli stand **il sorriso** che ammalia



Assemblea Aiop, il rito nel rito: la presenza costante degli stands degli sponsor che da sempre affiancano la più grande associazione di imprenditori privati della sanità: Cliniservice, Geas, Copag, tre realtà al servizio della qualità.

Eccoli: Claudia Marianetti e le sue splendide "girls". Paola Buonopane e il suo attivissimo staff. Salvatore Carnazza e Antonio Salvatori, sornioni sempre in stato d'allerta, con i preziosi prodotti distribuiti dalla Copag.

Presenze leggere per il costante sorriso, per la naturale disponibilità, senza di loro mancherebbe qualcosa all'appuntamento annuale.

Parliamo di colonne autentiche del complesso apparato Aiop, eppure non ingombrano; talvolta si mimetizzano; alla fine, tutti sanno che... ci sono, si sono. Con le loro proposte e gli ultimi prodotti di un mondo che corre. ■

## **Claudio** e la Tour service Roma



Non è facile gestire le esigenze di quattrocento persone che arrivano e partono da tutte le regioni d'Italia. Esigenze, comodità, problemi di voli e di biglietti, di trasferimenti, scelte last minute... Tranquilli, ci sono "Quelli che... provvedono". Sono gli splendidi ragazzi della Tour Service di Roma diretti da Claudio Calogero. ■

# Sicuri non solo *al lavoro*



## Per il personale della Casa di Cura e per il nucleo familiare

Ge.As. mette a disposizione il proprio call-center con personale specializzato, con chiamata gratuita per offrire

## Un' Assicurazione AUTO studiata

meglio di un'assicurazione telefonica,  
le tariffe più convenienti del mercato:

- Polizze in convenzione con primarie compagnie, per coperture R.C.A., incendio e furto anche con impianti satellitari, altri danni (atti vandalici, cristalli etc.)
- Possibilità di pagamenti personalizzati
- Preventivi immediati
- Pronta e rapida definizione dei sinistri

## Responsabilità Civile Professionale Medici e Paramedici

- Responsabilità civile con massimale da € 500.000,00 a € 4.000.000,00 con premi a partire da € 250
- Tutela legale e Peritale per la difesa Civile, Penale e Amministrativa con € 25.823.00 per caso assicurativo
- Polizza Infortuni Professionale ed Extraprofessionale con supervalutazione delle mani con massimali a scelta

## Altre proposte

- Casa
- Responsabilità civile famiglia
- Assistenza sanitaria
- Infortuni
- Vita
- Vacanze

Possibilità di concentrare in un unico servizio le vostre coperture assicurative mantenendo il vantaggio dei pagamenti personalizzati

VERDE

800 914388

CHIAMATA GRATUITA



# Un appuntamento che **vale**



Ogni anno, quattro-cinquecento amici si danno appuntamento per l'assemblea dell'AIOP. Per discutere dei problemi, per affinare le strategie ma anche... per consolidare amicizie, staccare la spina e allontanarsi dalla quotidianità. Lo scorso anno a Berlino, fredda e uggiosa; stavolta a Ischia più verde e azzurra che mai. Stesso rituale, solito programma ben distribuito fra lavoro e relax ma con un valore aggiunto: l'ospitalità tutta mediterranea di Enzo Schiavone e Sergio Crispino, vertici del comitato campano AIOP e dunque naturali anfitrioni.

Tre giorni intensi ma... i nordici hanno approfittato per allungare il week end, fra un convegno e una votazione, una nuotata e una gita intorno all'isola.

E poi cene di gala... con ballo annesso, drink e musica a gogò: dalla classica "Sole mio" all'immortale "Malafemmena" fino all'attualissima "Caravan petrol".

Momenti che valgono insomma con drg e tetti di spesa... lontani millemiglia. ■





# La festa dell'AIOP: il ministro "contagia" gli associati. È simpatia vera



Il gala in suo onore è cominciato più tardi del solito: il ministro ha avuto una giornata piena di impegni. A palazzo Chigi per la consueta seduta del governo; poi a Napoli per un incontro politico e finalmente a

Ischia. Seicento persone al Continental hotel, par-

terre ricco: il sen. Salvatore Lauro, i sottosegretari Michele Vietti e Alberti Casellati; l'on. Petrella giornalisti come Roberto Rosseti, vicedirettore del TG1, Carmen Lasorella, Carlo Gambalunga, vicedirettore dell'Ansa, Maria Emilia Bonaccorso dell'Ansa Salute...

E ancora, il sen. Mario Condorelli, presidente del Consiglio superiore di sanità; il sindaco di Ischia. A fare gli onori di casa il presidente nazionale Aiop Emmanuel Miraglia e l'Esecutivo al completo: Gabriele Pelissero, vicepresidente Aiop; Enzo Paolini, Beppino Puntin, Lorenzo Orta, Vito Sabbino e Maurizio De Scalzi. E poi il direttore generale Franco Bonanno e il responsabile delle relazioni esterne e direttore di Mondosalute Alfio Spadaro.

Il ministro Francesco Storace ha al seguito il fido addetto stampa, Accame. La cena è varia, a base di pesce, leggera e della tradizione ischitana; gradevole il sottofondo musicale del repertorio napoletano classico. Un lungo applauso accoglie il neo ministro della salute ed è subito feeling. Storace è un politico verace, la simpatia scatta subito ed è palpabile. ■



# Storace: 600 strette di mano



Dopo cena, a Ischia, con Francesco Storace: un giro fra i tavoli del salone da pranzo del Continental, sfiorante di luci e di colori; sobrio arredo floreale e ospiti eleganti. Seicento persone, imprenditori dell'ospitalità privata, addetti ai lavori. Storace li saluta a uno a uno. Si intrattiene con i più giovani, si lascia fotografare con le signore; e con i siciliani scambia battute in dialetto, ricordando che ha moglie peloritana: di Milazzo.

I giornalisti vorrebbero intervistarlo ma Storace ripiega su un "assolo": furbescamente, da politico navigato e ruffiano.

"L'ospitalità privata -dichiara- è una risorsa per il Paese. Negli anni ha continuato a crescere in qualità e quantità, non deve fermarsi, come non mi fermo io. I miei programmi non si riferiscono a questo scorcio di legislatura, vanno oltre". E aggiunge: "intendo avvalermi della collaborazione di tutti, consulterò le parti in campo: i medici, gli imprenditori, i sindacati perché la sanità diventi sempre più centrale nella vita del Paese". E infine: "con il ministro dell'economia parlerò io: la priorità spetta alla salute; dunque, prima la soddisfazione dei bisogni del cittadino e poi i quattrini".

Applausi della sala gremita e un auspicio scaramantico tipico









## Cartoline da Ischia



La quarantesima assemblea dell'AIOP a Ischia. L'associazione degli imprenditori privati della sanità riparte dall'Isola, stanca per tre giorni intensi di lavori e di incontri, ma soddisfatta. La stagione preestiva mantiene le promesse: temperature nei limiti della dolcezza; l'atmosfera consueta... abbastanza gente ma non troppa.

L'assemblea Aiop conferma che fra gli associati c'è massima sintonia e che così uniti si vince. Il convegno sulla "sanità uguale per tutti" coordinato da Carmen Lasorella è legittimato da autorevoli relazioni (Bassolino, Loiero, Marrazzo, Alberti Casellati, Vietti, Condorelli, Petrella, Toniolo) e da interessanti prospettive.

Il contorno di svago e iniziative rispetta le tradizioni AIOP. Cene eleganti, intrattenimento di classe con musica e balli, premiazione... immancabile del Golf con Antonio Frova nelle vesti di organizzatore, giocatore, premiatore; e il gigantesco De Faveri che vince tutti gli anni e non accenna a demordere. Emerge qualche giovane e le donne si fanno apprezzare sui sempre più diffusi green. Per il futuro si pensa di allargare il golf Aiop-Mondosalute a giocatori esterni. Quest'anno, in Toscana si è registrato il primo approccio ed è andato benissimo. ■













# Il golf s'addice all'Aiop



Siamo a sei. Che vale come edizione del trofeo fin qui riservato ai soci dell'AIOP. Dal prossimo anno, il trofeo AIOP sarà open, aperto a tutti gli appassionati di questo bellissimo sport che si addice al nostro mondo.

Lo hanno annunciato nel corso dell'annuale premiazione (a margine dell'assemblea nazionale) il presidente Emmanuel Miraglia e l'appassionato promotore del Golf aiopino, Antonio Frova, presidente del comitato lombardo.

"Il Golf per le sue caratteristiche tecniche, per la location, per la specificità delle regole è fatto su misura per il nostro mondo. Ed è perciò che val la pena di diffonderlo per farlo amare a quante più persone possibili", ha detto Frova. Frattanto, restiamo al presente ed allora parliamo della consegna dei trofei 2005. La cerimonia si è svolta a Ischia, nel corso del gala in onore del ministro Francesco Storace. In dettaglio: si conferma campione AIOP Michel De Faveri Tron, vincitore assoluto 1° netto della prima categoria, sceso in campo per la Toscana. Per la seconda categoria, su tutti Annamaria

Battaglia, delle "Querce di Sutri". A seguire Giacomo Maggi (Lombardia), Rossella Vincenti (Lazio) e Antonio Frova, primo fra i senior.

In clima goliardico, la premiazione cui hanno preso parte il presidente Miraglia, il vicepresidente Gabriele Pelissero, il componente dell'Esecutivo Beppino Puntin, il senatore Lauro, presidente del consorzio Ischia Salute e benessere. ■



# 40° Assemblea nazionale



## EMMANUEL MIRAGLIA

La parte preliminare prevede la nomina del Presidente dell'Assemblea che, come tradizione, la riserviamo al Presidente della Sede regionale che ci ospita, in questo caso io propongo Enzo Schiavone quale Presidente della nostra 40° Assemblea.

### La proposta viene approvata all'unanimità

Per quanto concerne i componenti della "verifica poteri", si propone: Angelo Anselma, Medardo Magni e Averardo Orta, quali scrutatori, Ermanno Ripamonti e Sergio Crispino e quale Segretario il nostro Direttore, Franco Bonanno.

### La proposta viene approvata all'unanimità

## PRESIEDE: VINCENZO SCHIAVONE

Prima di cedere la parola al nostro Presidente, Dr. Emmanuel Miraglia, per la Sua Relazione Annuale desidero porgerVi, a nome mio personale e di tutta l'Aiop Campania, un caloroso benvenuto, augurandoVi di trascorrere un fine settimana diverso in questo meraviglioso clima termale ischitano. A Te Presidente.

## ORDINE DEL GIORNO

### PARTE PRELIMINARE

1. Nomina della Commissione di Verifica dei poteri (3 membri);
2. Elezione del Presidente dell'Assemblea;
3. Nomina del Segretario;
4. Nomina di due scrutatori;

### PARTE ORDINARIA

1. Relazione generale annuale 2004 e deliberazioni conseguenti
2. Bilancio consuntivo 2004 – Relazione dei Revisori dei conti sul bilancio consuntivo anno 2004 e deliberazioni conseguenti
3. Bilancio preventivo anno 2005 e deliberazioni conseguenti;
4. Elezione di un Consigliere Nazionale ai sensi dell'art. 12, punto 6 dello Statuto;
5. Varie ed eventuali.





## La relazione del Presidente

# L'orgoglio dell'appartenenza

### Cari Amici,

celebriamo oggi la quarantesima Assemblea della nostra Associazione e quelli di noi che le hanno vissute tutte – o quasi - sentono certamente l'orgoglio di appartenere ad una Associazione tanto cresciuta, in un'Italia che cambia in fretta e che solo da alcuni anni ha cominciato a riflettere con serietà sui problemi della Sanità. Non è la prima volta che teniamo la nostra Assemblea Generale in Campania (ricordiamo ancora quella di alcuni anni fa a Capri!) e ringrazio Schiavone e Crispino per la collaborazione data per la riuscita delle nostre giornate nella bella Isola di Ischia.

Quest'anno poi i nostri lavori Congressuali hanno visto la graditissima presenza del nuovo Ministro della Salute Francesco Storace che ha voluto dare subito un segnale di discontinuità con il precedente Ministro.

Tutti i giornali di stamane hanno riportato le forti dichiarazioni di ieri di Storace di voler coinvolgere l'AIOP e le altre Associazioni nella nuova Programmazione Sanitaria sottolineando che le Categorie devono avere come interlocutore il Ministro della Salute e non più quello dell'Economia.

L'aver fatto queste ed altre importanti dichiarazioni qui ad Ischia in occasione della nostra Assemblea è motivo di grande soddisfazione per la particolare attenzione che il nuovo Ministro intende dare al ruolo della nostra Categoria.

E di questo lo ringraziamo.

L'anno che ci lasciamo alle spalle ha visto il consolidarsi delle nostre strutture associative rivitalizzate dalla riforma dello Statuto e dalle innovazioni in esso previste. Cito per tutte l'AIOP Giovani.

Non è stato un anno banale: il dibattito sulla Sanità è stato lungo ed accurato anche se spesso frutto di superficialità e di disinformazione.

Almeno in tre momenti la Sanità è stata al centro del dibattito. Nelle Aule del Parlamento in occasione della Riforma Costituzionale, nelle Regioni in occasione dell'ultima tornata elettorale e nelle altre sedi istituzionali in occasione del Confronto Stato-Regioni per la stesura del nuovo Patto di Stabilità.

A tutto questo darò spazio nella Relazione, insieme ad un rapporto sull'attività svolta e sulle prospettive future.

Anche quest'anno ho visitato molte realtà regionali, partecipando ad Assemblee, Convegni, dibattiti.

Il contatto nelle Vostre Sedi, con tutti Voi, è sempre stato per me molto interessante e ne ho sempre tratto suggerimenti ed idee utili per lo sviluppo dell'Associazione.

E di questo Vi ringrazio.

### ■ NUOVO QUADRO POLITICO REGIONALE

Non è possibile non prendere atto di quanto è successo il 3 e 4 aprile scorsi a seguito delle elezioni regionali.

Si è parlato di "terremoto politico", di sfiducia totale nei confronti di una parte politica, di un'Italia che cambia invertendo la direzione di marcia.

Non sta a noi, né ci interessa, fare valutazioni partitiche.

Ci interessa invece fare valutazioni politiche.

Quali le cause? La crisi economica? la fine del "berlusconismo"? la cattiva amministrazione locale? la "pochezza" di certa classe dirigente? le divisioni e le lotte intestine che hanno ormai disgustato gli italiani (sia a destra che a sinistra)?

C'è anche chi non ha tralasciato di analizzare il problema "sanità", non solo per come è stata gestita ma anche per come potrebbe essere amministrata in un futuro prossimo, a "devolution" realizzata.

Più ancora che sulla realtà dell'oggi, spesso le decisioni si prendono per la paura di un domani che sta dietro l'angolo.

Un'Italia divisa, spezzettata, in mano alla sopraffazione dei più forti a danno dei più deboli. Una recentissima inchiesta, non imparziale, condotta da RAI TRE è arrivata addirittura a consigliare in quale regione... conveniva ammalarsi.

"Se hai un tumore sei fortunato ad abitare in una certa regione; se hai un infarto è meglio in quell'altra regione", e così via...

Questa è la realtà percepita, ancora più importante della realtà vera. Pirandello ce lo ha insegnato con il "Così è se vi pare".

Certamente vi è stata una parte politica che ha sottovalutato alcuni aspetti e non ha saputo spiegare le Riforme.

La devolution in sanità effettuata alcuni anni fa con la Riforma del Titolo V della Costituzione e corretta adesso parzialmente con il ritorno alla legislazione esclusiva statale delle "norme generali sulla tutela della salute" è stata "percepita" da tutti come un abbandono delle tutele solidaristiche e universalistiche che hanno se-

gnato il vero rinnovamento degli anni novanta.

Perché?

C'era l'interesse a strumentalizzare il tutto?

C'era forse l'esigenza di "tacere", per ignoranza ma anche per convenienza: continuare a fare nel concreto quello che non si sarebbe più potuto continuare a fare applicando il nuovo quadro normativo?

Sono riflessioni non secondarie.

E' certo è che dopo il 3-4 aprile avremo in moltissime Regioni interlocutori nuovi ai quali sapremo dare, come è nostro costume, la massima collaborazione nell'interesse comune di una crescita qualitativa della sanità.

Ci auguriamo che non trionfi né il motto gattopardesco, "cambiare tutto per non cambiare nulla", né quello nichilistico di "cambiare tutto, a prescindere dall'interesse del cittadino".

L'AIOP e tutte le strutture sanitarie faranno la loro parte. Per intero. Nella certezza che la direzione di marcia è la stessa.

Tutti vogliamo migliorare il sistema. Nello specifico non dovrebbero più esserci differenze tra destra e sinistra se entrambe si riconosceranno nei principi innovatori delle Riforme degli "anni novanta" dando concreta applicazione ai due principi fondamentali:

- la libera scelta da parte del cittadino;
- la terzietà dei controlli.

Solo così crescerà la qualità del Sistema e si ridurranno gli sprechi.

## ■ IL NUOVO PATTO DI STABILITA' 23 MARZO 2005

La Legge Finanziaria 2005 ha messo in moto una serie di provvedimenti che disciplinano in maniera nuova e per certi versi innovativa i rapporti tra Governo Centrale e Regioni.

Uno dei momenti salienti di questo percorso è l'Accordo tra Stato e Regioni del 23 marzo 2005, già peraltro pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n°105 del 7/5/2005, che supera il precedente Accordo dell'8 agosto 2001 che ha governato i Rapporti tra Stato e Regioni in quest'ultimi quattro anni.

Il nuovo Patto di Stabilità detta le "regole" della sanità futura. Un futuro che è già iniziato.

E' necessario prenderne atto sotto tutti i punti di vista.

Contiene i nuovi obiettivi, i nuovi diritti e i nuovi obblighi.

In una sanità viziata molto spesso di pressapochismo e superficialità, vengono dettate oggi regole più precise con controlli più stringenti.

Vengono previsti standard che tutte le Regioni devono rispettare e si comincia ad affermare una nuova cultura: quella del rispetto degli standard concordati, anche se poi si addolcisce il tutto ammettendo che qualche Regione possa trovarsi in difficoltà e sarà necessario in questo caso il sostegno da parte dello Stato.

Nasce il concetto di "Regione Virtuosa" e si introduce in maniera chiara l'obbligo per quelle meno virtuose di farsi affiancare dai ministeri della Salute e dell'Economia.

Da una parte lo Stato allarga i cordoni della borsa, incrementando di quasi l'otto per cento il F.S.N., dall'altra, attraverso il Nuovo Patto di Stabilità, le Regioni accettano di limitare la propria autonomia "subendo" il rigore di nuove norme a cui devono attenersi.

E' un'inversione di tendenza molto significativa.

Il controllo della spesa sanitaria diventa - finalmente diremmo noi! - più stringente attraverso un monitoraggio efficiente.

Nasce il Nuovo Sistema Informativo Sanitario (SIS): una "cabina di regia" che esercita quelle funzioni di indirizzo, controllo e coordinamento del tutto disattese negli anni passati.

C'è una volontà di fare le cose bene o, forse più semplicemente, di fare le cose più seriamente.

Il fatto che il mancato rispetto di alcuni obblighi comporti delle

sanzioni potrebbe essere un deterrente non marginale.

Non secondaria è la volontà programmatica di prevedere un nuovo standard nel rapporto posti letto/popolazione.

Ci auguriamo che la negligenza o la superficialità di alcuni burocrati regionali non faccia raggiungere tali obiettivi tagliando posti letto privati anziché razionalizzando la rete ospedaliera o chiudendo posti letto pubblici non utilizzati dall'utenza.

In questo modo non si avrebbero economie di gestione, ma si limiterebbe la libertà di scelta del cittadino e si ridurrebbe la possibilità di raffronto competitivo nella qualità e nell'efficienza.

Nel Nuovo Patto di Stabilità vengono previsti numerosi ed impegnativi traguardi da raggiungere a scadenze ravvicinate ed obbligatorie.

Grande attenzione viene data all'equilibrio economico-finanziario che ogni Regione deve perseguire.

I controlli trimestrali diventano momenti ravvicinati di verifica e di correzione.

Le Regioni vengono doppiamente incentivate ad essere "virtuose": chi non lo è deve restituire le maggiori somme eventualmente già percepite, perdendo altresì il diritto a maggiori finanziamenti.

Resta comunque l'interesse a rientrare tra le Regioni virtuose: è l'unico modo per recuperare gli stanziamenti perduti.

Mi sono dilungato, forse troppo, sul Nuovo Patto di Stabilità non perché convinto che possa risolvere tutti i problemi del nostro Servizio Sanitario, ma solo perché è comunque il nuovo quadro di riferimento per tutti.

Certo, tra i problemi della nostra Sanità c'è l'insufficienza del Fondo, che è cresciuto (e di molto) ma solo perché il PIL si è fermato da alcuni anni.

Ma l'insufficienza del Fondo sarebbe meno sentita se, finalmente, si provvedesse a creare un controllo più stringente sugli sperperi, sulle ruberie e sulle inefficienze.

L'Accordo 23 marzo 2005 si muove in questa direzione. Se applicato correttamente potrebbe creare un po' più efficienza e un po' meno sperperi.

Per questo ci auguriamo che il Nuovo Patto funzioni e inizi un percorso nuovo in cui si possa creare una vera competizione tra le strutture erogatrici in quanto tutte sottoposte ad un'unica logica: quella dell'attenzione al rapporto costi/benefici e alla efficienza nella qualità.

## ■ OSPEDALI E SALUTE: IL 2° RAPPORTO ANNUALE

Avevamo preso l'impegno di continuare la pubblicazione di un Rapporto sull'attività ospedaliera in Italia, con particolare sottolineatura sull'ospedalità privata. L'abbiamo mantenuto.

Nel dicembre 2004, nella Sala Sacrestia della Camera dei Deputati, abbiamo presentato il Secondo Rapporto: ancora più interessante del Primo perché permette anche il raffronto, su dati omogenei e con alcuni "indicatori" elaborati nel Primo Rapporto.

Il nostro scopo era quello di effettuare una ricerca sulla "qualità" oltre che sulla quantità, confrontando anno dopo anno l'evoluzione del sistema.

Un primo dato emerge ed è che il Sistema regge; cresce la qualità delle prestazioni sia nel pubblico che nel privato. Il "peso medio" cresce di 4 punti nel pubblico (da 1,14 a 1,18) e di 5 punti nel privato (da 1,09 a 1,14) a conferma della sovrapposibilità qualitativa delle prestazioni.

Anche per il "case-mix" il Rapporto ci segnala una crescita del settore "pubblico da 1,00 a 1,01 e di quello privato da 0,96 a 0,97.

Il Rapporto conferma anche lo stato di "sofferenza" del settore privato sul versante dei costi.

Infatti, a fronte di un aumento del "peso" delle attività delle Case



di cura accreditate, la spesa corrente relativa resta posizionata sul 7,9% della spesa ospedaliera pubblica totale, con una tendenza anzi a decrescere negli anni:

|      |       |      |
|------|-------|------|
| 1999 | ..... | 8.9% |
| 2000 | ..... | 8.4% |
| 2001 | ..... | 8.2% |
| 2002 | ..... | 7.9% |
| 2003 | ..... | 7.9% |

Nel primo Rapporto, come ricorderete, abbiamo cercato di sfatare due luoghi comuni:

- 1) l'Ospedalità privata rifiuta o non è in grado di fare grossi interventi e si limita a ricoverare le "piccole patologie";
- 2) l'Ospedalità privata rifiuta l'emergenza e, in caso di complicanza, "scarica" nell'ospedale pubblico tutte le "rogne".

Il Primo Rapporto dimostrò che si trattava di banali luoghi comuni. In questo Secondo Rapporto abbiamo cercato di verificare altri due aspetti:

- 1) Il reale peso delle strutture private sul versante dell'emergenza;
- 2) Il contributo del settore privato nell'attività protesica.

Ebbene, sono venuti fuori risultati interessanti.

Gli ospedali privati (Case di cura accreditate) aventi al loro interno servizi di Pronto Soccorso sono 42, di cui 36 integrati nella rete del 118. E potrebbero aumentare se ci fosse maggiore attenzione da parte del Sistema Pubblico.

Altrettanto interessanti sono i risultati sull'attività protesica all'interno delle strutture AIOP. Nel 2003 sono state impiantate più di 14.000 protesi d'anca ed altrettante di ginocchio. Le protesi di spalla sono state 353.

Nel privato vengono impiantate il 19,7% delle protesi di anca, il 40,1% di quelle di ginocchio, il 19,6% di quelle di spalla.

Ancora più interessante è il dato sulle potenzialità di crescita, se non ci fossero i "tetti" di spesa e/o di attività. Le protesi d'anca potrebbero incrementarsi del 37,2%; quelle di ginocchio del 41% e quelle di spalla potrebbero raddoppiarsi.

Se ci fosse pertanto una effettiva volontà di abbattere le "liste di attesa", il privato potrebbe contribuirvi in maniera rilevante nell'intero territorio nazionale, riducendo di mezzo mese l'attesa per l'anca, di 35 giorni per il ginocchio e di 47 giorni per la spalla.

Ho voluto dilungarmi su questa parte del Rapporto proprio a dimostrazione dell'utilità del lavoro svolto.

Il Rapporto è un documento che mettiamo a disposizione dei politici e dei programmatori che vogliono seriamente risolvere i problemi della sanità.

Siamo in un "Sistema Misto" in cui tutti contribuiscono al successo del risultato.

E' un'utopia sperare che si riesca a spostare la competizione sul versante della qualità, della tempestività delle risposte, e sul rapporto costi/benefici?

Assai interessanti, e molto seguite dalla stampa e dalle istituzioni regionali, sono state le presentazioni del Rapporto avvenute in molte Sedi Regionali.

Mi piace citare, avendovi anche partecipato, quelle avvenute in Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Calabria e Sicilia.

Un ringraziamento particolare a Nadio Delai, che ha curato il Rapporto, con la preziosa collaborazione dei nostri Angelo Cassoni e Filippo Leonardi.

## ■ RICORSO CORTE GIUSTIZIA EUROPEA

L'anno scorso a Berlino abbiamo organizzato un convegno di grande spessore, illustrando tutte le ragioni della nostra insofferenza nei confronti di una politica nazionale e regionale che molto spesso mortifica il nostro ruolo, calpestando diritti sacrosanti dei cittadini nella realizzazione della libera scelta e nella soddisfazione

ne tempestiva dei propri bisogni di cura.

Parlai allora di una competizione "truccata", in cui le regole venivano cambiate a gioco iniziato e in cui ad alcuni (i gestori pubblici) tutto era concesso, mentre ad altri (gli erogatori privati) venivano frapposti ostacoli sempre più alti e difficili, quasi per costringerli a ritirarsi dal gioco.

Un grande entusiasmo ci coinvolse tutti ed iniziammo un percorso che sapevamo lungo e non facile, ma nel quale credevamo fermamente.

Anche in questo caso, però, a gioco iniziato, sono cambiate alcune regole essenziali.

In particolare, è stato rinviato - per l'istruttoria - agli organismi antitrust nazionali l'esame dei ricorsi per "distorsioni del libero mercato".

L'Antitrust italiano già in passato ci aveva dato ragione.

Ci auguriamo che ciò possa ripetersi.

E' però un cammino un po' più tortuoso e lungo. Ma la nostra aspirazione a salvaguardare le nostre aziende, la loro valenza economica e il loro ruolo sociale, resta immutata.

In un'Europa che si allarga, che si dà una Costituzione forte, e che sottolinea l'importanza dei valori e dei diritti, deve pur esserci una garanzia di libertà e di salvaguardia dei diritti.

Noi ce lo auguriamo.

Anzi, ne siamo certi.

## ■ L'EUROPA

La dimensione europea della politica e dell'economia sanitaria si è progressivamente imposta come una realtà in costante sviluppo. In questo contesto la sanità privata deve essere tutelata anche presso le istituzioni centrali dell'Unione Europea. Se un tempo riponevamo grandi speranze nell'Unione Europea, adesso siamo diventati più consapevoli del fatto che l'Europa non è solo un'opportunità, ma una sfida. Non è semplicemente un foro che consente di superare i limiti del livello nazionale e regionale, ma anche la sede in cui si decidono gli orientamenti fondamentali per l'avvenire della sanità. Attualmente, infatti, si stanno gettando le basi per lo sviluppo di una politica europea destinata ad avere conseguenze rilevanti sui sistemi sanitari degli Stati membri e sulla vita delle nostre aziende.

In tale contesto, l'attività internazionale dell'AIOP ha registrato un'evoluzione significativa, attraverso gli strumenti di rappresentanza ai quali la nostra Associazione aderisce: l'UEHP (Unione europea dell'ospedalità privata) ed il BIAC, l'organismo consultivo del mondo imprenditoriale presso l'OCSE.

Nella mia precedente Relazione generale, avevo rilevato con soddisfazione il successo della delegazione AIOP nell'ottenere dalla nostra consorella francese un maggiore coinvolgimento a livello europeo, in una fase determinante di riorganizzazione interna dell'UEHP, anche attraverso la prevista designazione di un nuovo Delegato generale. Al riguardo Vi comunico con soddisfazione che il nuovo Delegato generale dell'UEHP è il dr. Paolo Giordano, già nostro valido funzionario dell'Ufficio AIOP di Bruxelles. Egli si è segnalato all'attenzione dell'UEHP, collaborando con la dr.ssa Sciachì allo sviluppo di un'efficace attività di lobbying presso il Parlamento europeo. Presidente dell'UEHP è stato eletto il dr. Max Ponceillé della Federazione francese, mentre la nostra dr.ssa Alberta Sciachì, dopo tre mandati di Presidenza, riveste ora il ruolo di Vice Presidente. Membri del Consiglio sono stati confermati il prof. Pelissero, il dr. Frova, il dr. Bonanno e il dr. Marchi: una delegazione già sperimentata, che ci garantisce un ruolo di rilievo sotto il duplice profilo della competenza e dell'influenza presso gli altri membri.

Per quanto riguarda le iniziative di maggiore rilievo attuate a Bru-

xelles, ho potuto seguire sia l'evoluzione dei provvedimenti elaborati o in corso di elaborazione, sia la costante interazione con le istituzioni comunitarie. L'UEHP ha un ruolo importante quale membro del Forum sanitario europeo, che dialoga con il nuovo Parlamento europeo ed è interlocutore ufficiale, consultato dalla Commissione. Al riguardo Vi rimando alla sintetica relazione sugli ultimi sviluppi, elaborata dalla dr.ssa Sciachì e già in vostro possesso, limitandomi a segnalare gli argomenti di nostro più diretto interesse:

- la mobilità dei pazienti, la libertà di scelta e di erogazione delle prestazioni sanitarie;

- i servizi d'interesse generale, tra i quali figura la sanità.

L'interazione con gli eurodeputati ci ha consentito d'introdurre emendamenti rilevanti nella relazione parlamentare sullo sviluppo di un'assistenza sanitaria di qualità, approvata pochi giorni fa, il 28 aprile 2005. Tale Risoluzione del Parlamento, offre orientamenti favorevoli al settore sanitario privato in riferimento ai temi succitati, raccomandando anche ufficialmente agli Stati membri di utilizzare e valorizzare pienamente l'intera offerta pubblica e privata, disponibile a livello nazionale.

L'attività internazionale, infine, si è sviluppata attraverso la task force di politica ed economia sanitaria del BIAC, di cui la nostra dr.ssa Sciachì è Vice Presidente.

I risultati del progetto di ricerca triennale sui servizi sanitari, presentati a Parigi nel 2004, al Congresso dei Ministri della sanità dei Paesi membri, hanno confermato, ancora una volta, che le conclusioni "scientifiche" non sono mai prive di conseguenze politiche. Le nostre posizioni su temi quali le liste di attesa, le riforme sanitarie, la gestione equa del mix pubblico-privato e la competizione in sanità sono state peraltro integralmente recepite ed ufficialmente presentate attraverso il BIAC.

## ■ CONFINDUSTRIA

Nella Relazione dello scorso anno ho segnalato l'esigenza di trovare un modo nuovo di partecipazione a Confindustria.

Il Comitato Esecutivo, il Consiglio Nazionale e l'Assemblea, approvarono l'iniziativa di una rinegoziazione della nostra adesione. Ritenevamo fondamentali tre punti:

- la congruità del nostro sostegno economico;
- un diverso ruolo nella partecipazione alla vita e alle attività nelle "unioni territoriali";
- una maggiore attenzione alle nostre problematiche all'interno della Commissione Sanità.

Abbiamo riscontrato immediatamente una completa convergenza di valutazione da parte del Presidente Montezemolo, ottenendo:

- una revisione della nostra quota associativa, che ha portato, anzi, ad una rivisitazione generalizzata dell'incidenza dei costi sostenuti dalle varie Associazioni per la loro partecipazione a Confindustria;
- una impostazione nuova nell'adesione alle varie rappresentanze territoriali;
- la costituzione di una nuova Commissione Sanità che vede un ruolo di guida dell'AIOP e di forte valutazione dei problemi e delle aspettative della nostra categoria.

In tale quadro abbiamo rinnovato l'adesione a Confindustria ritenuta da noi tutti uno strumento valido ed efficace per contribuire a realizzare i programmi della nostra Associazione.

## ■ CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO

Il 19 gennaio di quest'anno si è finalmente conclusa la lunga e per certi versi penosa vicenda del rinnovo dei contratti di lavoro.

Rinnovare un contratto per 80.000 lavoratori con oltre 36 mesi di ritardo segna comunque una sconfitta per tutti e deve portarci ad un ripensamento dell'attività svolta in questi anni: da parte nostra, dei Sindacati e delle Regioni.

A Berlino, l'anno scorso, in una cornice di forte riflessione sul nostro futuro, deliberammo, certamente non a cuor leggero, che non saremmo giunti alla "firma" se non dopo l'impegno formale in tutte le Regioni di copertura dei nuovi oneri.

Nella Relazione di allora sottolineai tutti i passaggi, sofferti, ma unitariamente condivisi delle trattative con le Organizzazioni sindacali e gli incontri, molteplici, con le Regioni e con la Conferenza Stato-Regioni.

La scelta di allora fu che il blocco del Tariffario, fermo al 1997 ed in molte Regioni con ulteriori e non modesti abbattimenti, non poteva più permettere incrementi di costo per il personale, anche se contenuti entro il tetto inflattivo.

Sette anni consecutivi di "blocco" stavano creando crisi generalizzate, al punto di poter parlare di "crisi del settore".

Non si trattava di una prova di forza. E contro chi? Contro i nostri dipendenti? Sarebbe stato illogico.

Era una scelta di sopravvivenza per dare "futuro" alle nostre aziende e ai nostri collaboratori.

Nel corso dell'estate siamo stati molto vicini alla conclusione, ottenendo anche riconoscimenti "nuovi" ed apprezzabili sia da parte delle Organizzazioni sindacali che dal coordinamento degli Assessori.

Ma chiedevamo qualcosa di più!

Chiedevamo di passare dalle parole ai fatti. Cosa non facile in Italia, dove si continua a parlare in "politichese" e in "sindacalese".

Ma questo non è il nostro linguaggio, che è invece chiaro e trasparente.

Noi abbiamo delle aziende che devono fare giornalmente i conti con la realtà.

Ed abbiamo aziende che devono "programmare" investimenti e rinnovamenti per essere competitive sul mercato.

Non abbiamo "santi in paradiso" che ci ripianano i debiti e i disavanzi.

Per questo, abbiamo dovuto più volte interrompere, sospendere e bloccare le trattative. Con decisioni prese sempre all'unanimità, a riprova che l'AIOP, in questa vicenda, ha vissuto un momento di grande coesione, anche tra Regioni politicamente meglio o peggio amministrate.

Alla fine abbiamo deliberato all'unanimità di firmare. Ma dobbiamo constatare che non in tutte le Regioni le promesse sono state mantenute. Siamo a maggio del 2005 ed in più di una Regione non sono state ancora deliberate quelle "coperture" che erano state promesse.

Questa è l'Italia. Perciò, quando gli elettori votano non dimenticano anche episodi come questi.

Comunque, oggi la categoria ha i suoi contratti (medici e non medici) e può vivere, finalmente, un periodo di maggiore serenità.

Resta un insegnamento: la revisione del Tariffario e la politica delle "coperture" vanno perseguite anno dopo anno, altrimenti, si entra davvero in crisi.

Non possiamo infine non riflettere sul fatto che un ritardo di anni della firma del contratto crea certamente e comunque problemi di "competenza" nella controparte regionale, che difficilmente riesce a contabilizzare in bilancio oneri relativi ad annualità pregresse.

E questo non è un problema di poco conto.

Abbiamo comunque cercato di non creare nuovi problemi alle nostre aziende, lasciando alla contrattazione decentrata aziendale solo le materie previste per legge o relative alla concreta organizzazione interna del lavoro.



Sarà compito nostro, a livello nazionale e regionale, tenere alta la guardia, cercando di utilizzare quest'anno per normalizzare la situazione.

Anche le Organizzazioni sindacali condividono questa forte preoccupazione e hanno dato la loro disponibilità per percorrere insieme strade nuove che tutelino meglio i livelli occupazionali ed il potere d'acquisto delle retribuzioni.

Mi auguro che nella Relazione del prossimo anno possa darVi notizia di qualche risultato strategicamente innovativo e molto positivo per la categoria.

## ■ SOCIETÀ MISTE

Particolare attenzione va data ad una "novità" che sta affacciandosi nel panorama ospedaliero italiano: le Società Miste pubblico-privato.

Va subito detto che ci sono forti opposizioni da ambienti "conservatori" di entrambe le parti che vedono in queste innovazioni aspetti solo negativi.

Sono opposizioni trasversali:

- da settori pubblici che considerano un'eresia l'inserimento del privato all'interno di un ospedale pubblico;
- da settori privati che temono che l'ottimizzazione gestionale degli ospedali genererebbe solo concorrenza sleale a danno dell'ospitalità privata.

Qual è il nostro pensiero?

Innanzitutto vanno ben distinte tre tipologie di "società miste":

- quelle in cui il privato si limita a fornire i capitali (fondazioni bancarie, società farmaceutiche, compagnie assicurative);
- quelle in cui il privato entra nella gestione di attività non sanitarie (cucina, lavanderia, pulizia, parcheggi,...)
- quelli in cui il privato entra nella gestione vera e propria di tutta l'attività sanitaria dell'ospedale.

E' ovvio che solo a quest'ultima tipologia destiniamo le nostre attenzioni.

Riteniamo che sia una grande "sfida" con cui, comunque, dovremo confrontarci nel futuro prossimo.

Il nostro atteggiamento può essere di "distacco" o di riflessione per una normalizzazione delle procedure e per una definizione equa delle normative.

Non sono poche, ormai, le società miste già in funzione sull'intero territorio nazionale.

Molto spesso si tratta di sperimentazioni gestionali in cui non è ben definita la durata, la percentuale finale di partecipazione societaria del privato e la definizione giuridica del personale "in comando".

Cosa occorre?

Innanzitutto che la partecipazione del privato acquisisca una diversa "dignità". Deve essere ben chiaro che l'esito della sperimentazione, se positivo, può solo essere accreditato alle capacità gestionali del privato.

Va inoltre ben precisato che la parte pubblica può "governare" la programmazione e le scelte strategiche della società-mista attraverso l'istituto della golden-share senza necessità di conservare una partecipazione maggioritaria.

Va infine ben definita la natura giuridica del personale (vincoli gerarchici e di subordinazione) e l'inserimento di queste strutture all'interno della programmazione regionale e dei piani ospedalieri aziendali.

Noi vogliamo vigilare su questi processi; anche attraverso un miglioramento e/o superamento del DLgs 229/99.

Non siamo infatti pregiudizialmente ostili; anzi saremmo addirittura favorevoli, nel quadro della nostra forte collaborazione per il miglioramento assistenziale della popolazione. Ma vorremmo che

ciò avvenisse alla luce del sole, con normative ben chiare e in cui la presenza del privato abbia tutte le caratteristiche della stabilità e che, a fronte di un rischio, vi siano anche delle certezze.

Deve in modo particolare trattarsi di strutture del tutto equiparabili a quelle private, pur essendo ben incardinate nella programmazione pubblica ma senza i vincoli limitativi di quest'ultima (gestione del personale e delle procedure degli acquisti).

In questo modo avremo tutti davvero contribuito a migliorare l'assistenza al cittadino.

## ■ I RAPPORTI AIOP-REGIONI

In altra parte della Relazione ho già affrontato il tema dei "cambiamenti" intervenuti a seguito delle recenti elezioni regionali.

Ribadisco: è cambiata la mappa della politica regionale e sono soprattutto cambiati i volti degli interlocutori, molti dei quali sono appena stati nominati. Si rende quindi necessario attivare nuovi rapporti nel consueto spirito di collaborazione.

E' questa, perciò, quasi dappertutto, la prima preoccupazione ed il primo impegno delle Sedi regionali.

Rimangono tuttavia alcune problematiche di specifico interesse:

### In Piemonte:

- completamento del percorso di accreditamento definitivo delle Case di cura private;
- trattativa per il budget 2005;
- revisione tariffe neuropsichiatria;
- incremento tariffario per maggiori oneri derivanti dall'applicazione dei nuovi contratti di categoria;
- definizione requisiti e tariffe per la riabilitazione pneumologica.

### In Lombardia:

- piena attuazione dei meccanismi di competizione e rapporti paritari pubblico-privato.

### In Veneto:

- problema dell'aggiornamento delle tariffe ospedaliere e del nomenclatore per le prestazioni ambulatoriali;
- accreditamento strutture;
- formazione e qualificazione del personale.

### Nella Provincia di Trento:

- distribuzione nuovi posti letto di riabilitazione per residenti da cui le strutture Aiop sono state escluse e conseguente mancata firma dell'Accordo 2005;
- cancellazione degli aumenti tariffari 2004 deliberati dalla Provincia lo scorso anno e che in buona parte devono coprire il costo dei rinnovi contrattuali;
- richiesta di linee guida sulla lungodegenza.

### Nella Provincia di Bolzano:

- piano complessivo sulla riabilitazione e lungodegenza postacuzie e revisione delle loro tariffe.

### In Emilia Romagna:

- tariffe ospedaliere intra-regionali anno 2005 (compresa l'alta specialità);
- accreditamento definitivo delle strutture di alta specialità e delle strutture psichiatriche;
- fissazione calendario accreditamento definitivo altre strutture (mono e plurispecialistiche di non alta specialità)
- avvio procedure di rilievo del fabbisogno di attività ambulatoriale e conseguente accreditamento definitivo
- chiusura consuntivo definitivo budget anno 2004 e problemi sul budget 2005 relativi alle nuove norme della Finanziaria 2005 e dell'atto di intesa Stato-Regioni del marzo 2005.

### In Toscana:

- copertura maggiori oneri contrattuali.

### Nelle Marche:

- definizione del budget 2005.

#### **Nel Lazio:**

- chiusura dell'arretrato finanziario 2001-2004;
- ridefinizione del sistema tariffario 2005;
- aggiornamento della remunerazione per le prestazioni a retta di degenza;
- metodo di pagamento tramite fattorizzazione.

#### **In Campania:**

- aggiornamento tariffario 2005;
- blocco parto e punto nascita;
- riconversione/riorganizzazione Case di cura "piccole";
- budget 2003-2004.

#### **In Puglia:**

- applicazione della legge regionale sull'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale.

#### **In Calabria:**

- piani attuativi locali;
- budget 2005.

#### **In Sicilia:**

- aumento delle tariffe regionali delle Case di cura a copertura dei maggiori costi derivanti dal rinnovo del Contratto collettivo nazionale di lavoro;
- budget 2005 e 2006;
- rete di riabilitazione e rilascio delle autorizzazioni alle Case di cura riabilitative;
- schema di contratto Case di cura/Ausl (redazione di una bozza di contratto regionale di massima da adattare poi in ogni provincia);
- operazioni finanziarie per rendere liquidi i crediti (cessione crediti maturati e certificati);
- ridefinizione dei componenti e delle competenze della commissione consultiva in tema di autorizzazione delle Case di cura, di cui fa parte l'AIOP.

Come vedete, in moltissimi casi si tratta di problemi comuni. In particolare:

determinazione del budget 2005 (per cui si teme di dover attendere ancora molto tempo);

chiusura di contenziosi pregressi;

copertura di oneri contrattuali.

Ci auguriamo che i nuovi Governatori e gli Assessori alla Sanità, avendo cinque anni davanti a sé, riescano a "programmare" e a dare certezze.

Da ultimo voglio ricordare la ricostituzione e il rilancio della Sede Aiop della Sardegna, dopo un periodo di crisi.

Il Comitato Esecutivo ha deciso recentemente di riunirsi a Cagliari partecipando anche ad un'Assemblea Straordinaria delle Case di Cura della Sardegna.

Un dibattito congiunto ha permesso a tutti di chiarire i problemi e le problematiche raggiungendo un'intesa che è diventata subito operativa.

La condivisione convinta delle scelte e dei progetti contribuisce a risolvere i problemi.

## ■ RAPPORTI CON I MEDIA

Uno dei problemi della nostra Associazione è stato sempre quello di farci conoscere meglio, anche per sfatare vecchi luoghi comuni. Le varie indagini condotte da Società specializzate ci hanno segnalato che "questo" era un problema.

Molti ancora non sanno chi siamo e che possono accedere alle nostre strutture accreditate a titolo gratuito e senza liste di attesa.

Molto abbiamo fatto dal 2001 ad oggi. E i risultati ci sono stati: le ultime indagini condotte da ERMENEIA e da ILESIS, dopo quella di CIRM, ci dicono che la conoscenza delle possibilità di utilizzare un ospedale privato (Casa di cura accreditata) è passata dal 49% al

63%.

Per questo la partecipazione a dibattiti televisivi e radiofonici, oltre che ai Forum, viene ritenuta importante ed anche strategica.

C'è un potenziale di utenti da conquistare sul versante della qualità e dell'efficienza.

Ma, ancor prima, su quello dell'informazione.

Un ringraziamento particolare a tutti i collaboratori di MondoSalute che, essendo in buona parte anche giornalisti delle maggiori testate televisive, hanno permesso questo "servizio" a vantaggio del cittadino.

Non posso infine non menzionare la grande risonanza avuta in occasione della consegna delle Stelle della Comunicazione e della Ricerca, a dicembre 2004. Un evento di grande spessore che ha visto riuniti, insieme ai vertici dell'Associazione, esponenti di politica di rilievo nazionale, direttori di giornali, ricercatori e premi Nobel.

L'applauso più grande è stato certamente quello per Rita Levi Montalcini, non solo per quello che ha fatto finora ma anche per l'attuale impegno a favore dell'Africa, puntualmente sottolineato dal Sindaco Walter Veltroni nel suo intervento alla premiazione.

Le "Stelle" sono giunte alla seconda edizione e proseguiranno in autunno con la "terza".

E' un impegno serio dell'AIOP, che intende in questo modo sottolineare la sua attenzione anche per la "ricerca" e la "comunicazione".

## ■ SEOP

La nostra Casa Editrice si conferma "Editrice di nicchia", specializzata nella ricerca e negli approfondimenti.

La recente collaborazione con la FrancoAngeli di Milano permetterà un'ulteriore crescita.

L'attività principale della SEOP resta comunque MondoSalute.

Per il 2005 prevediamo la pubblicazione di due ricerche di particolare interesse.

## ■ MONDOSALUTE

E' passato solo un anno e mezzo da quando ho annunciato la nascita del nuovo periodico che avrebbe sostituito, con ambizioni diverse, la vecchia testata di "Ospedalità Privata".

In questi 18 mesi abbiamo fatto molta strada.

MondoSalute ha superato il primo rodaggio, ha chiarito la sua linea editoriale ed è diventato uno dei principali strumenti operativi dell'AIOP per la sensibilizzazione delle Istituzioni e degli uomini di governo (nazionale e regionale). E' diventato un mezzo di dialogo con i nostri utenti ed un modo nuovo per diffondere il nostro messaggio.

Il traguardo delle 150.000 copie che c'eravamo dati l'anno scorso è stato superato e siamo ora a 180.000 copie.

I collaboratori di MondoSalute – tutti prestigiosi – sono aumentati e fanno sì che il bimestrale sia "bello" ma anche "letto" con interesse!

Un grazie particolare ad Alfio Spadaro che dirige la rivista con bravura e passione. E tiene unita una "squadra" di giornalisti composta da tanti "solisti".

Le interviste di MondoSalute sono tutte di altissimo profilo: uomini di governo, segretari di partito, sindaci di grandi città, Governatori ed Assessori delle nostre Regioni, Direttori di Asl, di giornali ed opinion leaders ...

Sta anche a dimostrare che c'è una particolare attenzione di questi personaggi nei confronti di MondoSalute e, di riflesso, dell'AIOP.

Le edizioni regionali e in particolare "MondoSalute Lombardia", hanno segnato un'ulteriore crescita di questo settore. Auspiche-



remmo altre iniziative simili in altre regioni. Quali programmi per il futuro? Sia il Comitato Esecutivo che il Consiglio Nazionale credono molto in MondoSalute ed hanno deliberato di proseguirne con entusiasmo l'attività. Sono state avviate trattative con un'agenzia pubblicitaria che dovrebbe razionalizzare la pubblicità rendendo presto la Rivista autosufficiente da SEOP e dall'AIOP.

## RAPPORTI CON ARIS E FEDERANISAP

Abbiamo sempre mantenuto buoni e stretti collegamenti con le altre principali Associazioni di strutture ricovero (ARIS) ed ambulatoriali (FederANISAP). Nel corso del 2004, anche in relazione alle gravi difficoltà di tutto il settore privato e alla necessità di confrontarci tutti insieme con il mondo politico ed istituzionale, abbiamo, di comune accordo, rafforzato i nostri collegamenti creando un'intesa strategica e convergente su tutti i principali problemi della categoria. Nelle scorse settimane abbiamo anche firmato un importante documento congiunto – che Voi già conoscete – in cui abbiamo sottolineato le comuni scelte e le aspettative di tutti, creando di fatto un organismo di consultazione permanente utilissimo per rafforzare tutte le nostre iniziative. Abbiamo anche deciso di allargare alla periferia il nostro collegamento in modo da trasferire in tutto il territorio nazionale l'unitaria valutazione politica dell'importanza del ruolo del privato. So bene che in alcune Regioni questo già avviene: è necessario che avvenga ovunque per rafforzare all'esterno le nostre rivendicazioni e la tutela della nostra attività.

## ■ CONVEGNO DI ISCHIA DEL 20 MAGGIO 2005

Il Convegno di quest'anno è stato di particolare attualità: ha avuto per oggetto un tema oramai "vecchio" ma che preoccupa molti per la sua "novità". Nella scelta del titolo, il Comitato Esecutivo si è posto il problema se mettere oppure no il punto interrogativo. Non è questione da poco. Ma il solo fatto che ne dibattessimo tra noi era la conferma di quanto "problematico" fosse l'oggetto del Convegno. "Sanità uguale per tutti nell'Italia della devolution" Senza interrogativo. Questo perché noi riteniamo che si possa dissentire sulla diversità dell'organizzazione dei Sistemi sanitari regionali, ma non certamente sui "principi" e sui "diritti". In Italia, comunque, la Sanità è, e deve essere, uguale per tutti. Ci rafforza in questa convinzione il fatto che il nuovo testo di Riforma costituzionale, all'esame del Parlamento ha soppresso, tra le materie che la precedente Riforma del Titolo V aveva messo tra quelle di "legislazione concorrente", le "norme generali sulla tutela della salute", e le ha inserite tra quelle previste di "legislazione esclusiva statale". Questo vorrà pure significare qualcosa! Certamente significa un'inversione di rotta, anche se da più parti, inopinatamente, ci si preoccupa del contrario. In ogni caso l'attuale omogeneità di "colore" politico di quasi tutte le Regioni dovrebbe essere un ulteriore motivo per fugare ogni preoccupazione. Il dibattito del Convegno, è stato di altissimo profilo e ringrazio nuovamente i sottosegretari Vietti (Economia) Casellati (Sanità); i Governatori Bassolino (Campania) Marrazzo (Lazio), Loiero (Calabria) e Condorelli (Presidente del Consiglio Superiore di Sanità).

Tutti hanno dato un'interpretazione coerente sulla garanzia dei diritti, sui rischi di una devolution che non tenga conto dell'"interesse nazionale" e dei principi di solidarismo ed universalismo ormai entrati nel DNA di tutti.

## ■ SOCIETÀ SCIENTIFICHE DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA

Anche nel 2004 è proseguita con grande fervore l'attività delle Società Scientifiche create ed organizzate dai nostri medici per effettuare ricerca, approfondimenti, dibattiti e per dimostrare di quanto è cresciuta la qualità delle nostre Strutture. Alcuni anni fa non era generalizzata in tutte le Case di Cura la presenza di professionisti "strutturati" di grande spessore qualitativo ed anche orgogliosi di lavorare nell'ospedalità privata. Oggi il quadro è decisamente cambiato e in buona parte lo si deve non poco alle nostre Società Scientifiche. Hanno permesso a tutti i nostri specialisti di confrontarsi su tematiche importanti e su casi clinici complessi. Ho partecipato a molti dei loro Convegni, ascoltando le Relazioni e dando risposte alle richieste di certezza nel futuro e di tutela della professionalità. A nome Vostro invio loro un plauso ed un ringraziamento per quanto continuano a fare nell'interesse dell'Ospedalità privata.

## ■ FORMAZIONE CONTINUA-ECM

Dopo la prima fase di istituzione dell'Educazione Continua in medicina, in cui la Sede nazionale ha avuto un ruolo di informazione e di primo supporto per le strutture associate - soprattutto con l'offerta di schemi di corsi che hanno favorito la formazione di un know how interno - stiamo attraversando la fase a regime che vede coinvolti migliaia di operatori sanitari dell'ospedalità privata. In questa seconda fase, la maggior parte delle nostre associate ha predisposto "incaricati" o "centri di formazione" dedicati alla formazione continua, anche con delle sperimentazioni di alto valore scientifico. Sono esperienze interessanti che stiamo cercando di acquisire attraverso uno specifico studio e che contiamo di presentare e di valorizzare in un prossimo seminario di studi. Ma nel settore della formazione continua, la Sede nazionale ha dedicato la sua attenzione soprattutto al problema del suo finanziamento. La Finanziaria del 2003, per tale problema, aveva offerto l'opportunità di costituire fondi interprofessionali paritetici cui era possibile aderire per destinare parte del gettito contributivo dell'Inps a tali fondi. Ogni azienda rimane libera di aderire a qualunque degli 8 Fondi costituiti e autorizzati dal Ministero del Lavoro, ma la scelta della Sede nazionale di presentarsi con l'intera forza delle sue associate si è dimostrata vincente. L'intesa promossa con Fonter (Fondo Confesercenti-Organizzazioni sindacali) ha fatto sì che venisse costituito al suo interno uno specifico settore socio-sanitario, con un suo specifico budget dedicato alla formazione degli operatori che operano nelle aziende di tale settore, e con una commissione di valutazione di cui fanno parte due funzionari della nostra Sede nazionale (Filippo Leonardi e Angelo Cassoni). Il primo avviso di gara dello scorso novembre 2004, per un totale di 250mila euro, ha finanziato finora più di 40 progetti formativi la cui quasi totalità sono progetti di strutture Aiop. E nei prossimi mesi, con il finanziamento 2005 da parte dell'Inps, si prevede un budget molto più consistente. E' opportuno, pertanto, che le nostre associate, comunque coinvolte in eventi formativi, non trascurino di dedicare a questo aspetto la dovuta attenzione, per la quale viene confermato il supporto

della nostra Sede nazionale.

## ■ REPERIMENTO PERSONALE INFERMIERISTICO

Le ultime Relazioni assembleari avevano già evidenziato il "rientro" dell'emergenza in questo settore, che tuttavia a volte si manifesta in modo improvviso, legato a problemi locali e contingenti. Per questo motivo, la Sede Nazionale mantiene il suo presidio sul tema, per il quale si confermano le ottime relazioni con gli organi istituzionali della Tunisia e la disponibilità del personale infermieristico proveniente da questo Paese.

Ho incontrato la settimana scorsa il nuovo Ambasciatore tunisino a Roma Habib Mansour ed abbiamo rinnovato gli impegni di collaborazione. Inoltre, assieme al nostro Ministero del Lavoro, sono stati allacciati nuovi rapporti con i Paesi neocomunitari, in particolare Polonia e Slovacchia, molto interessanti per l'evidente semplificazione delle procedure di riconoscimento dei titoli e di ingresso nel nostro Paese.

## ■ IL FINANZIAMENTO DELL'AIOP

Nella Relazione dello scorso anno, nel comunicarVi che non erano previsti aumenti della quota Associativa, Vi dissi anche che occorreva aprire da subito un dibattito per valutare quale politica di bilancio avremmo dovuto seguire per il 2005.

Negli ultimi anni abbiamo quasi sempre coperto le maggiori spese preventivate attingendo alle riserve.

Questo è stato contestato, giustamente, da molti che ritenevano e ritengono che la difesa degli interessi della categoria debba essere fatta con risorse adeguate.

Non va dimenticato che l'inversione nella suddivisione della quota dal 60% al 40% tra Sede Nazionale e Sedi Regionali, da me proposta e da Voi deliberata, ha dato maggiori risorse alle Sedi Regionali, chiamate sempre più ad impegni gravosi, ma ha sottofinanziato la Sede Nazionale. Proprio in un momento in cui invece l'attività dell'Ufficio Studi e della Casa Editrice, il sostegno alle attività scientifiche, la Pubblicazione di MondoSalute e le iniziative intraprese con i vari ricorsi, anche internazionali, rendevano necessario un incremento della quota.

Nell'ultima riunione del Consiglio Nazionale è stato deliberato di interrompere questa impostazione, stanziando "entrate" corrispondenti alla esatta copertura dei costi preventivati.

E di questo Vi relazionerò l'Amministratore-Tesoriere in sede di illustrazione del Bilancio Preventivo 2005.

Ovviamente, per quanto riguarda la quota associativa regionale, in base al nuovo Statuto, essa è di piena ed autonoma competenza delle Sedi Regionali.

Ci auguriamo che tutti Voi, con l'approvazione del nuovo Bilancio Preventivo condividiate questa scelta del Consiglio Nazionale.

## ■ COMITATO ESECUTIVO E CONSIGLIO NAZIONALE

Un ringraziamento sentito rivolgo agli amici del Comitato Esecutivo: al Vice Presidente Gabriele Pelissero, a Maurizio De Scalzi, Lorenzo Orta, Enzo Paolini, Giuseppe Puntin e Vito Sabbino.

Il lavoro svolto è stato un lavoro di squadra e la squadra è stata molto efficiente, sempre pronta al mio fianco e a portare avanti iniziative molto importanti.

Anche quest'anno è proseguita l'alternanza delle riunioni del

Consiglio Nazionale a Roma e in Sedi regionali.

L'esperimento iniziato nel 2003 è felicemente proseguito nel 2004 e permette di conoscere meglio, direttamente sul posto, le problematiche delle diverse Regioni, confrontando sul campo esperienze, prospettive e programmi.

L'alta affluenza a tutte le riunioni del Consiglio Nazionale ha dimostrato la grande convinzione di tutti i Consiglieri di essere parte attiva nella conduzione politica dell'Associazione.

Il sofferto e molto approfondito dibattito portato avanti in tutte le riunioni per il rinnovo del Contratto collettivo nazionale di lavoro è stato una prova di particolare attenzione ai problemi strategici dell'AIOP, senza mai trascurare un grande senso di solidarietà fra tutte le Regioni.

## ■ CONCLUSIONI

Vi ho esposto molti problemi, Vi ho relazionato sulle attività svolte ed ho cercato di contribuire a dare un'immagine efficiente della nostra Associazione a livello Centrale e a livello regionale.

Ma l'AIOP siamo tutti noi. Se in qualcosa le Vostre Sedi Regionali o la Sede Nazionale non sono state all'altezza delle Vostre aspettative, me ne dispiaccio.

Ma non dimentichiamoci mai che le "carenze", normalmente, vengono segnalate da chi è "assente" e non vive la vita dell'Associazione.

Sarebbe molto importante per tutti che l'adesione all'AIOP fosse più convinta; che ognuno pensasse, parafrasando una celebre frase kennediana, non solo a quello che l'AIOP ci può dare ma anche a quello che ciascuno di noi può dare all'AIOP.

Concludendo, voglio ringraziare i miei cari collaboratori della Sede Nazionale: tutti, nessuno escluso, che, sotto la guida ormai collaudata e sempre molto efficiente del Direttore Generale, il carissimo amico Franco Bonanno, svolgono un lavoro prezioso e per me molto importante. Hanno delle professionalità molto valide ed ognuno, nel suo ruolo, contribuisce a tenere sempre in movimento il motore dell'AIOP.

Un grazie anche a tutti i validissimi collaboratori delle Sedi Regionali ed ai consulenti dell'Associazione che svolgono un'attività preziosissima permettendo a me e a tutti Voi di risolvere (o cercare di risolvere) problematiche sempre più complesse e molto spesso innovative.

Nel sottoporre alla Vostra approvazione la mia Relazione annuale, non posso non sottolineare che l'anno che inizia sarà l'ultimo del secondo triennio della mia Presidenza.

All'atto della mia prima elezione a Presidente precisai che lo avrei fatto solo per due mandati. Ed in tal senso proposi la modifica dello Statuto.

Mi auguro di consegnare, l'anno prossimo, al mio successore un'AIOP forte, compatta e ben organizzata.

Quest'ultimo anno servirà a completare il "Programma" iniziale e soprattutto a preparare il "ricambio".

E' interesse di tutti che questo avvenga nella concordia e con l'animo di un sano spirito unitario.

Dovremo insieme, nelle Sedi Regionali e nel Consiglio Nazionale, aprire in autunno un dibattito per verificare quale AIOP serve alle Case di cura nel triennio 2006-2008, in modo da poter scegliere bene chi dovrà governarla.

Nel ringraziarVi per la fiducia che avete sempre riposto in me e che contribuirà a darmi ancora più forza anche nel prossimo anno, voglio trasmetterVi un'ultima riflessione che ho provato poco





### VINCENZO SCHIAVONE

Complimenti al Presidente Miraglia, per la completa, esaustiva relazione, soprattutto per averci fatto ricordare quante cose sono state fatte in un anno. E' stato un anno travagliato, durante il quale la problematica dei rinnovi contrattuali avrebbe potuto provocare alcune spaccature, ma ogni Presidente Regionale, facendosi carico delle proprie responsabilità, è riuscito a tenere unita l'Associazione facendosi dare, dalle singole Assemblee Regionali, il mandato per la firma definitiva dei rinnovi contrattuali, ormai scaduti da ben trentasei mesi.

Nella Tua Relazione, seguita da un lungo applauso, sei riuscito a toccare tutti i momenti importanti che hanno car-

## “ Complimenti presidente ”

atterizzato l'anno 2004, Ti faccio i miei complimenti, personali, sinceri, con tanta e tanta stima. Tu hai ricordato l'importanza e il valore di tutti i collaboratori, soprattutto quelli dell'intero Consiglio Nazionale, permettetemi di aggiungere quello cardine, quello della Tua figura di guida carismatica, ed invitare, l'Assemblea ancora una volta ad un caloroso applauso.

Il Presidente ci ha ricordato come l'anno che verrà non sia di poco conto, anzi, a come si prospetta è un anno di ulteriore lavoro, è un anno in cui il Presidente Miraglia dovrà dedicarsi, oltre all'ordinaria amministrazione, alla preparazione del suo successore.

Un inciso in merito alla validità dell'Assemblea: la commissione verifica poteri comunica che il numero dei aventi diritto a partecipare all'Assemblea, perché in regola con il pagamento delle quote associative, è pari a 43.637. In seconda convocazione, quindi, è necessaria la presenza di un terzo degli aventi diritto, quindi, 14.546. Siamo presenti in 24.756, pertanto

### L'ASSEMBLEA VIENE DICHIARATA VALIDA

### SCHIAVONE

In base all'ordine del giorno dovremmo aprire la discussione sulla Relazione del Presidente, ma è ormai consuetudine delle nostre Assemblee aprirne una unica dopo la lettura dei Bilanci con la relativa relazione dell'Amministratore Tesoriere e della relazione del Collegio dei Revisori. Se l'Assemblea è d'accordo, propongo, quindi, di unificare il tutto in maniera tale che possiamo poi fare un'unica discussione. Se siamo d'accordo procederemo su questa linea. Non ci sono voti contrari?

### L'ASSEMBLEA SI DICHIARA D'ACCORDO

La parola all'Amministratore Tesoriere, Rag. Lorenzo Orta.

### LORENZO ORTA

#### Amministratore tesoriere

Signori Associati, i bilanci, consuntivo 2004 e preventivo 2005, predisposti dal Comitato Esecutivo il 9 marzo 2005 e definitiva-

mente approvati dal Consiglio Nazionale il 14 aprile 2005 sono stati inviati alle Sedi regionali e al Collegio dei Revisori dei Conti nei tempi previsti all'art. 24 dello Statuto e depositati presso la Sede nazionale affinché ogni socio in regola con il pagamento delle quote associative avrebbe potuto prenderne visione.

## BILANCIO CONSUNTIVO 2004

Durante l'esercizio 2004, grazie alla corretta tenuta dei libri contabili da parte della signora Patrizia e alla scrupolosa osservanza, da parte del Direttore Generale, dei vari deliberati del Comitato Esecutivo, mi è stato possibile controllare tutti i movimenti in entrata e in uscita, confortato anche dall'assiduo controllo dei Revisori dei conti che hanno sistematicamente verificato ed analizzato l'esattezza delle spese impegnate ed effettuate. Permettetemi di ringraziarli pubblicamente per i loro consigli sempre suggeriti con la massima professionalità che li distingue. Analizzando le voci dello Stato Patrimoniale si evidenzia, anche quest'anno, che, il 51,11% dell'Attività è formato dai crediti vantati nei confronti degli associati, in riferimento a quote associative arretrate, così suddivisi:

17,20% per quote comprese tra gli anni 1998 e 2003;

12,49% per quote relative all'anno 2004;

21,42% per quote al contenzioso.

Negli allegati 1, 2 e 3 allo stato patrimoniale sono stati elencati tali crediti distinguendoli per singola regione.

Per quanto concerne le quote al contenzioso, nel corso dell'anno è stato riscosso il 9,48% del credito al 31.12.2003 ma siamo stati costretti, per reiterata morosità, a trasferire a tale voce nuovi crediti per un importo pari € 310.525,44.

Questo incremento di crediti che portiamo al c.d. "contenzioso" scaturisce da una precisa politica che ha voluto adottare il Comitato Esecutivo, con l'approvazione del Consiglio Nazionale, a garanzia di tutte quelle Istituzioni sanitarie che onorano i loro impegni verso l'associazione. Le Istituzioni Sanitarie associate che presentano una morosità pari a quattro semestralità, quindi due anni, vengono sollecitate a regolarizzare il versamento delle quote arretrate dando loro un congruo tempo. Superato il tempo loro dato vengono automaticamente espulsi dall'associazione trasmettendo al nostro ufficio legale l'incarico del recupero del credito.

Come si può notare dall'allegato 2, la percentuale della morosità relativa all'anno corrente (2004) era al 31/12/2004 inferiore di circa un punto e mezzo rispetto a quella che avevamo riscontrato l'anno scorso per le quote relative all'anno 2003.

Al 30 aprile del corrente anno la situazione della morosità è notevolmente cambiata rispetto al 31 dicembre 2004. Infatti, a tale data, è stato riscosso:

il 30,18% della morosità relativa agli anni 1998-2003;

il 50,60% di quella relativa all'anno 2004;

il 13,45% delle quote al contenzioso.

Pertanto la percentuale della morosità per quote associative relative al corrente anno, 2004, è scesa dal 25,58% al 12,64%.

L'importo dei crediti che la sede vanta al 31.12.2004 dalle sedi regionali per quote da loro riscosse e non trasmesse alla Sede Nazionale (allegato 4), è stato interamente versato.

Le voci più salienti delle Passività dello Stato Patrimoniale sono quelle che si riferiscono al debito verso le sedi regionali, come evidenziato all'allegato 5, pari alle percentuali loro spettanti sui crediti per morosità, il fondo ammortamenti il cui importo è pari ai cespiti che riscontriamo nelle attività (Immobile, mobilio, macchine, arredamento) e il fondo riserva.

Per quanto concerne il disavanzo 2004 pari a € 482.204,53, il 23% in meno di quanto avevamo preventivato, il Consiglio Nazionale, su proposta del Comitato Esecutivo, ha preferito lasciare a

questa Assemblea la destinazione della copertura, anche se non può che essere quella del "Fondo riserva".

Tale disavanzo, come vedremo analizzando il Conto Economico, è dovuto essenzialmente (84%) alle iniziative di carattere straordinario di cui al Cap. 12 dei "Costi" e precisamente per il "Ricorso alla Corte di Giustizia Europea" e per l'impegno economico della pubblicazione del nostro periodico "MondoSalute", una scelta politica che sicuramente porterà i suoi frutti.

Esaminando il Conto Economico, che anche quest'anno è messo a confronto con quanto preventivato, notiamo che le spese dei vari capitoli non si sono molto discostate da quelle preventivate.

Mentre le poste di bilancio stanno scorrendo attraverso la proiezione dei lucidi che vengono commentati dal nostro Direttore, io rimango a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

Chiudo questa mia breve relazione al bilancio consuntivo 2004 chiedendo oltre alla vostra approvazione la destinazione del disavanzo di esercizio.

## SCHIAVONE

Invito adesso il Rag. Orta a presentare il Bilancio Preventivo 2005.

## BILANCIO PREVENTIVO 2005

Il Comitato Esecutivo nel predisporre questo Bilancio preventivo per l'anno 2005, che ricordo essere solo ed esclusivamente Nazionale, ha cercato in tutti i modi di contenere i costi gestionali, preventivando per alcuni capitoli addirittura un decremento di costi rispetto al consuntivo 2004, appena illustrato.

Infatti, mentre scorrono i lucidi nei quali i costi per singolo capitolo sono stati messi a confronto con i costi relativi al 2004, potete notare che sono pochi i capitoli in cui si riscontrano degli incrementi, che non sono altro che quelli fisiologici con eccezione del Cap. 10 quello relativo al "Programma Sviluppo" che tratterò a parte.

Al Cap.2 riscontriamo un decremento di circa il 10%, il canone di locazione dei nostri uffici di Bruxelles dal 2005 sarà a carico dell'UEHP, al Cap. 3 riscontriamo un decremento del 18% per aver razionalizzato le nostre consulenze, notevoli decurtazioni le riscontriamo anche nei Capitoli 5°, 6°, 8°, 11°. Abbiamo ridotto le spese di abbonamenti a periodici, le spese internazionali, e di ben il 35% la quota associativa per Confindustria. Le spese preventive per Iniziative Straordinarie, quelle del Cap. 12 sono rimaste quasi inalterate rispetto all'anno 2004, soprattutto per quelle relative alle Collaborazioni, alla Stampa e alla distribuzione capillare a tutte le strutture del nostro periodico "MondoSalute".

Il Comitato Esecutivo aveva proposto un incremento di spesa per il Cap. 10, quello relativo al "Programma Sviluppo", pari al 15,76% e a copertura di tutti i "Costi", si era preventivato, escludendo, ovviamente, di chiudere anche il 2005 con un disavanzo di gestione che avrebbe portato ad assottigliare ancora le nostre riserve, di incrementare la quota associativa Nazionale da 44 a 52 euro per posto letto.

Il Consiglio Nazionale del 14 aprile ha votato all'unanimità un ulteriore incremento di spese sul Cap. 10, quello relativo al "Programma Sviluppo", portando a 110.000,00 la funzione di spesa per Convegni e Manifestazioni e, puntando sulla indispensabilità della crescita della Sezione Aiop Giovani, ha preventivato per questi una spesa pari a € 50.000,00 per le loro iniziative al fine di promuovere la diffusione della cultura della sanità privata sviluppando dibattiti e confronti anche a sostegno dell'affermazione dei principi della libertà di scelta del cittadino, lasciando, ovviamente, al Comitato Esecutivo, su parere del Coordinatore Nazionale, la valutazione di ogni loro iniziativa che comporti l'utilizzo di det-

to fondo.

Pertanto a copertura di tutti i costi gestionali della Sede Nazionale per l'anno 2005 e con un prudenziale avanzo di gestione pari a € 3.160,00, per i 52.747 posti letto associati al 1° gennaio 2005, si richiede una quota nazionale complessiva pari a € 2.658.360,00 così suddivisa per le Istituzioni Sanitarie:

|                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| <b>accreditate</b>               |                                      |
| <b>per acuti</b>                 | € 54,00 per posto letto autorizzato; |
| <b>accreditate</b>               |                                      |
| <b>per lungodegenti</b>          | € 39,00 per posto letto autorizzato; |
| <b>non accreditate</b>           |                                      |
| <b>per acuti</b>                 | € 39,00 per posto letto autorizzato; |
| <b>non accreditate</b>           |                                      |
| <b>per lungodegenti</b>          | € 33,00 per posto letto autorizzato; |
| <b>Centri di Riabilitazione,</b> |                                      |
| <b>RSA</b>                       | € 33,00 per posto letto autorizzato. |

Precisando che:

se l'Istituzione sanitaria risulta essere accreditata anche parzialmente deve corrispondere la relativa quota per il totale dei posti letto autorizzati anche, quindi, per i posti letto non accreditati;

Se una stessa Istituzione Sanitaria è autorizzata con posti letto per acuti (specialità mediche, chirurgiche, riabilitative, neuropsichiatriche) e per posti letto per lungodegenza, RSA e/o ex Art. 26, corrisponderà una quota associativa differenziata.

Ho il dovere di comunicarvi che il Consiglio Nazionale approvando all'unanimità questa proposta di bilancio, ognuno per le proprie competenze, si è impegnato ad adoperarsi per la riscossione delle quote associative arretrate e di quelle correnti a termine di statuto, considerato, anche, che nell'ultimo trimestre 2004 la Sede Nazionale è stata costretta a chiedere anticipazioni bancarie per far fronte agli impegni presi con consulenti, professionisti e fornitori vari. Chiudo questa mia breve relazione al bilancio preventivo 2005, rimanendo a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti e chiedendovi congiuntamente all'approvazione, l'impegno di Voi tutti alla regolarizzazione della quota associativa a termine di statuto.

## SCHIAVONE

La parola al Presente del Collegio dei Revisori, Rag. Angelo Anselma.

## ANGELO ANSELMA

Signori Associati, in corso d'anno, il Collegio del quale fanno parte Marcello Ilardi e Alberto Prandin, ha regolarmente effettuato i controlli previsti dallo statuto e constatato la corretta e tempestiva rilevazione delle entrate e uscite di cassa. In tali occasioni è stata preziosa la collaborazione della signora Patrizia a cui rivolgiamo un sincero ringraziamento.



Il bilancio al 31.12.2004, approvato dal Consiglio Nazionale nella riunione del 14.04.2005, è stato da noi esaminato e trovato rispondente ai risultati della contabilità.

Il consuntivo si chiude con uno sbilancio negativo di Euro 482.204,53; il risultato era nelle previsioni; tuttavia, rispetto al preventivo 2004, la perdita è stata più contenuta.

La consueta analisi degli aggregati del bilancio 2004, messi a con-



fronto con il consuntivo dell'anno precedente, allo Stato Patrimoniale rileva:

all'Attivo

la riduzione delle "Disponibilità liquide" pari al 97,37% rispetto all'esercizio 2003;

la riduzione dei "Crediti" del 26,12% rispetto al 2003, dovuta alla contabilizzazione, per l'anno 2004, della sola quota di spettanza della Sede Nazionale;

al Passivo:

l'azzeramento del "Fondo svalutazione crediti al contenzioso" utilizzato per la copertura parziale di crediti inesigibili;

la riduzione dei "Debiti" pari al 32,67% rispetto al 2003 per le stesse ragioni per cui si sono ridotti i crediti;

Nel conto Economico:

tra i costi

la voce "Iniziativa straordinarie" che comprende i costi per ricorso alla Corte di Giustizia Europea e per la rivista Mondo Salute.

la voce "Perdite su crediti" per storno a saldo crediti inesigibili.

L'attenta ed efficace azione promossa dall'Amministratore Tesoriere Lorenzo Orta e la costante attenzione prestata dal dottor Bonanno all'annoso problema della morosità hanno conseguito un brillante esito: nel corso del 2004 e principalmente nei primi mesi del corrente anno si è registrata una notevole riduzione del fenomeno; ciò ha permesso il riequilibrio delle disponibilità finanziarie in modo tale da consentire di affrontare regolarmente gli impegni con i propri mezzi.

Passando all'esame del bilancio preventivo 2005, notiamo la puntuale e opportuna proposta del Consiglio Nazionale, di aumentare la quota associativa Nazionale.

Le maggiori entrate, se supportate dall'azione costante di contenimento dei costi, consentono di guardare all'immediato futuro con sufficiente tranquillità.

La copertura di tutti i costi con le entrate correnti è un problema essenziale, che andava risolto. Ne ha fatto cenno anche il Rag. Orta. E' opportuno che bilanci preventivi vengano elaborati in modo tale da non prevedere delle perdite, questo mi pare un principio corretto che mi sono permesso di far rilevare anche in sede di Comitato Esecutivo dove sono stato sentito su questo tema.

Il Collegio, pertanto, esprime il proprio parere favorevole sia al Bilancio Consuntivo 2004 che al Bilancio Preventivo 2005.

**SCHIAVONE.**

Diamo, quindi, inizio alla discussione e alle dichiarazioni di voto,



sulla Relazione Annuale del Presidente e sui Bilanci Consuntivo 2004 e Preventivo 2005.

**GIUSEPPE PUNTIN**

La realtà socio-politica italiana di questi ultimi tempi evoca un verso d'Annunziano sulle vele stanche, stanche perché, non raccogliendo più vento, non si gonfiano, non producono spinta in avanti, in analogia anche in noi si sta via via radicando l'idea di un Paese fermo che non fa più sistema, che non si muove, che non reagisce agli stimoli, che galleggia ma non naviga.

Se osserviamo il nostro panorama politico: ha le vele stanche la coalizione di centro-destra che non ha saputo trovare sufficiente omogeneità al

suo interno, sia in termini di coerenza che di coesione, che, rispetto alle tante promesse e ai tanti proclami non ha saputo difendere con la dovuta fermezza le scelte in cui credeva ma, è stata invece troppo spesso, incline a spostarsi da una posizione all'altra, secondo le situazioni contingenti o le proiezioni demoscopiche del momento, tradendo in tal modo non solo i propri e i propri valori, ma soprattutto le aspettative di modernizzazione del Paese, che si sono miseramente infrante sugli scogli di una spesa pubblica che pur crescendo a ritmi più elevati del prodotto interno lordo, non ha saputo cambiare né il Paese, né la qualità di vita dei suoi cittadini.

Ma a ben guardare vele stanche le ha anche la coalizione di centro-sinistra: che, pur avendo già vinto le elezioni amministrative e assai probabilmente anche le politiche dell'anno prossimo, sembra non aver tratto le conseguenze di un secolo di storia, nell'abbandonare, senza rimpianti, un socialismo imbrigliato dai suoi miti egualitari e dalla sua una concezione di uno Stato etico che pensa, sceglie e dispone al posto del cittadino, miti propri di un'epoca ormai finita, anziché far posto invece ad una sinistra moderna, ad un nuovo raggruppamento politico, post socialista, posto nell'alveo del liberalismo sociale, difensore del mercato e delle libertà individuali, attento a sostenere le cause dei meno avvantaggiati senza cadere nell'assistenzialismo; un'operazione culturale prima ancora che politica (che è riuscita al leader di un grande Paese europeo che si presta a governare per la terza legislatura), ma che difficilmente può riuscire alla sinistra del nostro Paese, in cui, al di là delle divisioni interne, grazie al una forte potere sindacale, risorsa elettorale ma emblema della conservazione e la presenza determinante dell'ala massimalista al suo interno, che la tengono più rivolta al suo passato, che aper-

“ Copertura irrinunciabile ”

to alle tante promesse e ai tanti proclami non ha saputo difendere con la dovuta fermezza le scelte in cui credeva ma, è stata invece troppo spesso, incline a spostarsi da una posizione all'altra, secondo le situazioni contingenti o le proiezioni demoscopiche del momento, tradendo in tal modo non solo i propri e i propri valori, ma soprattutto le aspettative di modernizzazione del Paese, che si sono miseramente infrante sugli scogli di una spesa pubblica che pur crescendo a ritmi più elevati del prodotto interno lordo, non ha saputo cambiare né il Paese, né la qualità di vita dei suoi cittadini.

Ma a ben guardare vele stanche le ha anche la coalizione di centro-sinistra: che, pur avendo già vinto le elezioni amministrative e assai probabilmente anche le politiche dell'anno prossimo, sembra non aver tratto le conseguenze di un secolo di storia, nell'abbandonare, senza rimpianti, un socialismo imbrigliato dai suoi miti egualitari e dalla sua una concezione di uno Stato etico che pensa, sceglie e dispone al posto del cittadino, miti propri di un'epoca ormai finita, anziché far posto invece ad una sinistra moderna, ad un nuovo raggruppamento politico, post socialista, posto nell'alveo del liberalismo sociale, difensore del mercato e delle libertà individuali, attento a sostenere le cause dei meno avvantaggiati senza cadere nell'assistenzialismo; un'operazione culturale prima ancora che politica (che è riuscita al leader di un grande Paese europeo che si presta a governare per la terza legislatura), ma che difficilmente può riuscire alla sinistra del nostro Paese, in cui, al di là delle divisioni interne, grazie al una forte potere sindacale, risorsa elettorale ma emblema della conservazione e la presenza determinante dell'ala massimalista al suo interno, che la tengono più rivolta al suo passato, che aper-

to alle tante promesse e ai tanti proclami non ha saputo difendere con la dovuta fermezza le scelte in cui credeva ma, è stata invece troppo spesso, incline a spostarsi da una posizione all'altra, secondo le situazioni contingenti o le proiezioni demoscopiche del momento, tradendo in tal modo non solo i propri e i propri valori, ma soprattutto le aspettative di modernizzazione del Paese, che si sono miseramente infrante sugli scogli di una spesa pubblica che pur crescendo a ritmi più elevati del prodotto interno lordo, non ha saputo cambiare né il Paese, né la qualità di vita dei suoi cittadini.



ta al nuovo ed alle richieste di una società moderna ed evoluta. Complessivamente, abbiamo la sensazione di una classe politica più intenta a farsi carico della propria ragion d'essere che impegnarsi contro un comune declino.

Ma come spesso avviene, nelle difficoltà troviamo anche nuove risorse e insegnandoci la storia degli ultimi cinquant'anni come il nostro è un Paese più bravo nelle rincorse che gareggiare per il primo posto, oggi le premesse ci sono tutte, non ci resta che farci gli auguri!

Per restare al nostro settore, vele sempre più stanche sembra avere il nostro sistema sanitario nazionale.

Ove continua a prevalere la soggettività di chi produce le prestazioni anziché la qualità delle stesse ed il loro costo per la comunità.

Ove il previsto sistema regolamentato che avrebbe dovuto premiare gli erogatori più virtuosi si è via via nel tempo assestato in un sistema amministrato a tutela degli antichi privilegi del settore pubblico a diretta gestione.

Ove, in buona sostanza, è ancora il cittadino che deve adeguarsi ai servizi, anziché questi ultimi uniformarsi alle scelte e agli orientamenti del primo.

Ove, il realizzarsi di un federalismo confuso e contraddittorio che scollegato da quello fiscale, non riesce più a segnare una netta linea di demarcazione fra le responsabilità dello Stato Centrale e quelle delle Regioni.

Ed ove infine, credo vada registrato, (rispetto al recente rinnovo del contratto dei medici pubblici) anche rispetto al dibattito di ieri mattina, come nessuno ha posto o ha voluto porre il problema della sostenibilità economica del nostro sistema sanitario che con un ritmo di crescita costante del 7% annuo negli ultimi nove anni, ha già in sé il germe della propria insostenibilità. Rispetto al quale prima o poi, andrà ripensata e ridisegnata la mappa dei diritti e dei doveri sulla base di un diverso assetto pena, dell'università e della solidarietà farne un'astrazione con cui riempirsi la bocca, o peggio, farne una fede senza opere.

E rispetto a tutto questo con l'accumularsi dei problemi e delle tensioni vele stanche, d'ora in poi rischiamo di avere pure noi, le nostre aziende ed i nostri bilanci ove con il ridursi della possibilità di fare profitti, si ridurrà pure il propulsore indispensabile per continuare ad investire, competere, consolidarsi e crescere.

Se per il passato abbiamo potuto contare su un'eccezionale periodo di crescita generato prevalentemente da due fattori costituiti: dal cambio di sistema di finanziamento da retta di degenza a tariffa per prestazione erogata, che ci ha permesso di capitalizzare in maniera diretta la nostra maggiore efficienza, e dal progressivo costante aumento del numero di prestazioni prodotte ed erogate.

Oggi grazie ad uno stato di naturale saturazione, quanto al primo aspetto, e alle nuove politiche di deospedalizzazione per il secondo, dobbiamo renderci conto che quella fase si è esaurita, per cui sempre per il futuro un equo e puntuale aggiornamento delle tariffe, costituenti il controvalore delle prestazioni rese e la ricerca costante di un possibile irrinunciabile meccanismo di copertura, dei maggiori oneri dai rinnovi contrattuali dovranno essere elementi fondanti e cardini portanti della nostra politica associativa, pena e progressivo ridursi del delta tra costi e ricavi. Una politica che al di là della comprensibile tutela sindacale dei nostri legittimi interessi dovrà per il futuro vederci sempre più protagonisti nel dibattito in corso nel Paese e soprattutto nelle Regioni, quali referenti credibili, accreditati e autorevoli nel pretendere pari dignità, pari diritti e pari doveri.

Con questi ed altri problemi dovremmo confrontarci in futuro, un futuro in cui conclusosi un ciclo, sciolte le cime, dovremmo affrontare il mare aperto di una nuova stagione politica, ricca come sempre di pericoli e di opportunità, ma poiché intraprendere è il



## “ L'ossatura dell'AIOP ”

e l'onere di rappresentarla.

Il Presidente ha detto che siamo imprenditori, questo è uno dei punti che volevo sottolineare perché questa è un'associazione di imprenditori, i quali investono nel futuro. Cito Ford, un imprenditore che investiva nel futuro: “chi smette di investire pensando con questo di poter risparmiare è come una persona che ferma le lancette dell'orologio sperando di fermare il tempo”. Noi delle Sezioni Giovani siamo legali rappresentanti o figli di legali rappresentanti, siamo una realtà di persone che costituiamo e costituiamo, anche per il futuro, l'ossatura dell'associazione. Credo che, oltretutto, questo organo dell'AIOP possa dare un valore prospettico perché nel momento in cui affrontiamo temi che l'associazione senior non affronta, magari perché di nicchia, o scomodi, o di frontiera, o sui quali ancora non c'è una visione unitaria di tutta la base associativa, facendo questo, noi creiamo una profondità e tutta l'AIOP ne acquista spessore. E' per questi motivi che io accolgo con grandissima soddisfazione la proposta di destinare un budget alla realizzazione dei nostri progetti, che abbiamo già, progetti



## “ Copertura irrinunciabile ”

nostro mestiere, come sempre lo sapremo fare al meglio con le vele piene del nostro impegno, della nostra intelligenza e della nostra determinazione.

### AVERARDO ORTA

Spendo poche parole, anche per ricambiare il ringraziamento al Presidente Schiavone che ci ha accolto, ha consentito la realizzazione del secondo convegno organizzato dall'AIOP Giovani, si è prodigato per far sì che

questa 40° Assemblea si svolgesse in una cornice straordinaria quale quella che stiamo vivendo.

Ringrazio anche il presidente Miraglia che ha costituito l'AIOP Giovani, l'ha voluta, quindi è la persona che ha consentito a me oggi di avere l'onore

che riguardano sicuramente interventi di rilievo, che potranno portare prestigio a tutta l'associazione. Quindi ringrazio il Consiglio Nazionale che ha accolto questa richiesta, ringrazio voi che vorrete, spero, ratificarla con il voto di oggi.

### PATRIZIA BERNADELLE

Volevo condividere con voi alcune riflessioni sui bilanci che sono stati presentati. Sono riflessioni che possono anche sembrare forse spigolose, ma non vogliono essere assolutamente polemiche, in un certo senso devo premettere che le faccio con un certo dispiacere, perché l'AIOP da anni rappresenta per noi un po' la famiglia dove ritrovarsi, ma credo sia anche giusto pensare. Bilancio del 2004 che, se



ne dovessi rispondere come società, non mi farebbe dormire notti tranquille, un disavanzo di quasi un miliardo di vecchie lire in un anno non è poco. Aggiungiamo però un'osservazione. L'AIOP ha purtroppo accumulato in questi anni questa voce dei crediti che è sempre troppo elevata. Abbiamo crediti, se leggo bene, parlo in vecchie lire di oltre 3,5 miliardi, quindi direi che il problema di questi crediti è che in parte sono molto vecchi e difficilmente, credo, potranno essere incassati totalmente e, quindi, non ci permettono una chiara lettura del bilancio.

Tutti noi imprenditori riteniamo che la riga più importante del bilancio, in prima battuta, sia l'ultima. Analizziamo, allora, da dove nasce questo disavanzo. Per la maggior parte si potrebbe imputare al nostro periodico "Mondo Salute", che, se ben ricordo, secondo le previsioni, doveva autofinanziarsi attraverso la pubblicità. Questo chiaramente non è avvenuto.

Mi domando allora: oggi, a distanza di oltre un anno da questa pubblicazione, qual è l'effettivo vantaggio costi-benefici? Faccio un'osservazione, forse anche con costi minori potremmo essere presenti su quotidiani nazionali con articoli e con argomenti più mirati per la nostra categoria, con un impatto sull'opinione pubblica più ampio e più incidente.

Nel preventivo 2005 non vedo un contenimento dei costi proponendoci invece un aumento della quota associativa pari a circa il 25%, incremento, quasi tutto da imputare ai costi del nostro periodico, cioè ad una rivista che serve solo per riempire i comodini dei nostri ospiti.

Faccio una seconda osservazione, mi sarebbe piaciuto sentire qualcosa di più sul programma sviluppo che anch'esso nel bilancio preventivo del 2005 vede quasi un raddoppio, a parte la quota AIOP Giovani, dove questo aumento di finanziamento del capitolo per la verità non ho ben compreso quali argomenti nuovi si possano avviare nel 2005.



#### PAOLO ROSATI

Anche io mi associo ai ringraziamenti che tutti hanno rivolto a Schiavone e Crispino per la loro simpatia e soprattutto perché ci hanno permesso di essere qui. Personalmente non ero mai stato ad Ischia, avevo prediletto finora

altri arcipelaghi, Ischia è bellissima quindi ci siamo trovati molto bene e, purtroppo, è rimasto solo un giorno e mezzo per godere di tutto questo.

Soltanto alcune considerazioni sulla relazione del Presidente che credo sia assolutamente condivisi-

bile in tutti i punti.

Sul rinnovo contrattuale come Regione Lazio siamo stati piuttosto critici in Consiglio Nazionale sulla sua sottoscrizione pur ritenendola una cosa assolutamente doverosa. Il 19 gennaio abbiamo consentito la ratifica del contratto, quel giorno io ebbi la chiara impressione che non tutta l'AIOP avesse compreso bene le ragioni per cui la Regione Lazio si era, di fatto, dissociata dalla ratifica del contratto stesso. Infatti, non è cambiato nulla. Alcuni argomenti che abbiamo in corso di trattativa con la Regione che tu Emmanuel nella relazione hai enunciato, riguardano appunto alcune criticità più forti che permangono e che credo riguardino un po' tutta la categoria, quindi il fondo 2005, presenta ancora molti problemi

sia per il settore degli acuti ai quali è stata data una finta soluzione, sia per quelle Case di cura che vengono ancora remunerate a giornata di degenza. Noi ci siamo adeguati al dettato dell'Associazione nazionale, abbiamo adeguato il contratto e abbiamo serie difficoltà nella sua totale applicazione. Quindi nel prossimo Consiglio Nazionale questo argomento dovrà essere rivisto, quanto meno precisato nel percorso di attuazione del contratto stesso. La Regione Lazio è in forte difficoltà, peraltro ieri l'intervento del nostro nuovo Governatore è stato chiarificatore, ma ha creato, perlomeno a me e ai colleghi presenti della regione Lazio, e a te stesso Presidente che sei un importante operatore della Regione, qualche difficoltà interpretativa sul suo dire.

Un breve accenno all'argomento che tu hai trattato sui rapporti con i media. Va bene tutto, però pongo una sottolineatura per un caso di straordinaria attualità che debbo dire è stato forse non letto, tu sai che sono il Vice Presidente dell'AIOP Lazio, e ho la delega



per il problema del settore neuropsichiatrico.

Il Corriere della Sera tre o quattro giorni fa ha pubblicato un inserto sui percorsi di ricovero nelle strutture psichiatriche e non fa il minimo accenno al settore privato, pur avendo anche la Corte Costituzionale sancito il nostro diritto ad esistere pur svolgendo un servizio fondamentale, importante, e non assolutamente sussidiari. Infatti le tredici case di cura neuropsichiatriche esistenti nella nostra regione sono state volute e hanno avuto, a suo tempo, anche la benedizione di Basaglia. Ma l'AIOP non ha fatto sentire la propria voce. Probabilmente di questo avrei dovuto parlarti prima, però tre giorni fa eri già molto impegnato per l'organizzazione di questa assemblea.

Il Corriere della Sera nel formulare il percorso di ricovero nelle strutture neuro-psichiatriche accenna soltanto ai servizi pubblici. Evidentemente qualche carenza c'è, su questo pregherei di intervenire in generale, ma nel caso specifico credo che qualche cosa bisognerà fare. Ho conservato tutto il materiale per poterlo poi verificare con te.

Ci aspetta un anno pieno di impegni politici: nel 2006 dovremo affrontare le nuove elezioni politiche e, come Associazione, scadendo il tuo mandato, quelle per la tua sostituzione. Questa è una di-

## “ Attuazione contratto ”

chiarazione di intenti, noi del Lazio saremo molto attenti e molto critici costruttivamente in questa campagna elettorale che si aprirà al nostro interno. Sostituire e trovare in qualcun altro di noi il tuo carisma sarà abbastanza difficile, questo lo dico francamente, l'ho sempre pensato, forse bisognerà organizzare una "campagna elettorale" con la massima e assoluta trasparenza. Noi dell'AIOP Lazio saremo presenti.

Finisco il mio intervento con un plauso al periodico "Mondo Salute Lombardia". Sono rimasto particolarmente colpito dalla capillarizzazione della rivista di cui tanto si è parlato poc'anzi. Questo è un esempio da seguire, probabilmente, anche per dare alcune risposte a problemi sollevati nella organizzazione e nella gestione economico-finanziaria del nostro periodico.



### SERGIO CRISPINO

Dopo aver ascoltato tanti di voi che ci hanno ringraziato per l'organizzazione e per l'accoglienza, vorrei ricambiare tale gratitudine verso tutti voi per l'affetto e per l'apprezzamento che avete dimostrato.

Alla luce della relazione del Presidente, mi preme ora offrire qualche breve riflessione.

Il prossimo anno, come tutti abbiamo detto e per

## “Potenziare la comunicazione”

primo il presidente Miraglia, sarà un anno delicato.

Si apre il confronto sull'avvicendamento della presidenza dell'Associazione; un avvicendamento fisiologico, dettato dallo Statuto per la stessa volontà del Presidente quando fu eletto. Questo ricambio si colloca in un clima politico di grandi cambiamenti, e dobbiamo rilevare che in Italia, tra tornate elettorali politiche e amministrative, si va da destra a sinistra con estrema facilità, non consentendo una stabilità e una programmazione di lungo periodo.

Io sono d'accordo nel vivere costruttivamente questo avvicendamento associativo, con serenità e unità di intenti. Porrei quindi la massima cura affinché l'AIOP raggiungesse unitariamente una candidatura che mantenesse il vigore dell'intera Associazione.

Dico questo perché un'esperienza simile di avvicendamento è stata già vissuta da noi in Campania. Il Presidente Miraglia ricorderà un'Assemblea campana nella quale avevo espresso pareri in disaccordo con il presidente Schiavone, ma poi, costruttivamente, abbiamo iniziato a lavorare assieme e con ottimo beneficio per l'Associazione regionale.

Faccio questo esempio perché la costruzione di un'Associazione nella quale gli associati si riconoscono passa attraverso la presenza dei dirigenti a fianco degli associati. E' assolutamente fondamentale che l'associato veda e senta che l'Associazione è lì non solo per risolvere problemi contingenti – ad esempio, quello del recupero dei crediti sembrava ormai l'unica attività dell'AIOP, almeno per il sud d'Italia - ma anche, e soprattutto, per l'analisi e la risoluzione di tutte quelle problematiche, anche di carattere normativo e gestionale, che le Case di cura affrontano nel corso della loro vita, sia rispetto a provvedimenti nazionali che di quelli regionali.

Perciò condivido quanto dice il Presidente nazionale sulla necessità della "presenza" e per questo ho apprezzato il fatto che i Consigli Nazionali, e anche gli Esecutivi, si siano svolti non solo a Ro-

ma ma anche in altre città d'Italia. Anche questo testimonia la presenza dell'Associazione nelle sedi periferiche e non fa sentire lontana l'Associazione al singolo associato.

Attraverso rapporti costruttivi le nostre Sedi regionali cambiano e diventano qualcosa di più importante di quanto possiamo immaginare. Io stesso, circa un anno fa, ho chiesto in Consiglio Nazionale uno strumento per cercare di risolvere l'annoso problema dei crediti associativi che si sono accumulati nel corso degli anni. E trovo un po' ingiusto chiedere alla Presidenza nazionale che lo risolva. Credo sia più giusto che si cambino gli atteggiamenti e le politiche all'interno delle sedi periferiche fra i vertici istituzionali delle associazioni locali e gli associati. Deve cambiare il rapporto, ma deve soprattutto intendersi che tale rapporto debba basarsi sulla fiducia. Allora chiedi di trovare uno strumento alternativo per riscuotere le quote. Ebbene, posso affermare che in Campania questo strumento è stato trovato e ha risolto totalmente il problema, almeno a livello regionale, non solo incassando i crediti anche del 1992, ma ponendo la parola fine alla morosità. Il pagamento avviene ora con addebito diretto in banca per volontà degli stessi associati che lo hanno deliberato in Assemblea.

Credo che questa sia la chiave risolutiva che le varie Sedi regionali dovrebbero approvare e che non può essere imposta dall'Associazione nazionale.

Deve essere incrementata una politica di "vicinanza". L'associato deve sentirsi tutelato, ma come?

Abbiamo parlato di immagine, di comunicazione. Cose fondamentali e non mi scandalizzo sull'investimento che ciò comporta. Oggi comunicare con l'esterno costa ma va fatto assolutamente. Il 60% della nostra attività si disperde se l'opinione pubblica non sa chi siamo e che cosa facciamo. Occorre vendere bene il nostro prodotto.

In Campania abbiamo chiuso delle operazioni molto importanti dal punto di vista finanziario. Lo avete sentito ieri dal presidente Bassolino. Anche noi ci siamo irrigiditi durante l'approvazione dei Contratti collettivi nazionali di lavoro; siamo stati fra le regioni che hanno manifestato in maniera più energica il proprio disagio alla Sede nazionale. Noi non abbiamo risolto i nostri problemi dal punto di vista economico, vale a dire che non abbiamo avuto la copertura economica. Ma abbiamo chiuso delle operazioni finanziarie che ci hanno permesso di togliere una zavorra vecchia di dieci anni, un contenzioso lungo dal 1995 al 2003. Ciò ha consentito di fare la provvista finanziaria per ottemperare all'irrinunciabile contratto che stavamo approvando come Associazione.

Sono d'accordo con quanto dice il Presidente. Un contratto rinnovato dopo 36 mesi è una sconfitta di tutti, soprattutto dei nostri conti. Non si ripeta più. Le contrattazioni devono iniziare prima della scadenza dei contratti, una cosa pazzesca a dirsi ma che dovrebbe essere così per non far sentire il peso economico che ha avuto anche quest'ultimo aumento contrattuale.

Accennavo alla chiusura dell'operazione finanziaria con la Regione, ma vorrei aggiungere qualche altro suo aspetto che riveste carattere di importanza notevole, anche come guida nei confronti di quelle regioni che hanno le stesse problematiche della regione Campania, e che consistono fondamentalmente nel debito pregresso.

Ormai nel Sud Italia si va avanti per smobilizzo e dilazione dei crediti. La cosiddetta finanza creativa ha preso il posto del normale mandato di pagamento. Questa non può essere una modalità definitiva per essere pagati. Forse, al riguardo, al Ministro qualcosa dovremmo chiedere: non una legge di finalizzazione perché è troppo semplice da dire e troppo difficile da avere, ma forse in qualche passaggio di Finanziaria ciò potrebbe essere ottenuto.

Anche l'Associazione campana - con queste operazioni strutturate, assieme ad istituti di credito da noi contattati e messi in gara - è



stata da guida per operatori dell'intero comparto della sanità regionale e questa esperienza può essere messa a disposizione di tutte quelle regioni italiane, ne conosco almeno tre, che hanno lo stesso problema di smobilizzo dei crediti.

Anche sulla parte normativa dovremmo soffermarci.

Al di là del fatto che il DPR del 1997 è stato più volte prorogato nelle varie regioni, al di là che il 229/99 non ha avuto l'attuazione che doveva avere - non so quanto attesa e sperata - insomma, c'è una geografia normativa sul nostro territorio talmente variegata da sembrare caotica e non sarebbe inopportuno pensare ad un coordinamento.

Anche su questi temi occorre ripensare alla funzione delle Commissioni della Sede nazionale.

Le Commissioni devono essere produttive di lavori: sulla riabilitazione, la neuropsichiatria, la lungodegenza, ecc.

Le Commissioni nazionali possono svolgere un lavoro di coordinamento con le sedi periferiche per ottenere la mappa specifica del bisogno di salute sul territorio per far sì che sia proposta da noi, prima che lo scriva il legislatore, qualche regola e qualche criterio direttivo. Non è presupponenza, ma da noi si dice: "Chi prima arriva si siede". Se nessuno fa nulla, le cose ci cadono dall'alto. Se le Commissioni non le rendiamo produttive, non facciamo un buon servizio per tutti gli associati e, tra le altre cose, non facciamo lavorare le sedi periferiche.

Vorrei chiudere, infine, con un ulteriore ringraziamento per la fiducia che è stata accordata alla nostra Sede campana. Sapevamo che non toccava a noi organizzare questa Assemblea, però abbiamo confidato molto sul fatto dell'isola e sulla sua gradevolezza. Sono grato sia al Presidente Miraglia, sia al dottor Bonanno che hanno creduto in noi e ci hanno appoggiato. Hanno avuto una grande pazienza nei nostri rapporti e li volevo ringraziare ancora per questo.

Per quanto ci riguarda, vorremmo che quel dialogo che si dovrà aprire da ottobre in poi per l'avvicendamento della presidenza fosse effettivamente sereno e che portasse ad una unità di intenti espressa dall'unanimità, spero per acclamazione, sul nuovo presidente. Con la soddisfazione e la trasparenza che merita la nostra Associazione ed ogni singolo associato.

#### FABIO MARCHI

Unirsi al coro dei ringraziamenti al Presidente Schiavone e al Vice Presidente Crispino è troppo facile, la solare accoglienza mi ha fatto dire scherzosamente che sarei disposto anche ad approvare questa come sede permanente delle nostre assemblee di maggio.

Ringrazio altresì la presi-

denza per l'esauriente relazione sull'attività, i programmi che ci stiamo dando, molto di quanto volevo dire è già stato detto e condivido l'apprezzamento per la mole di lavoro svolto e la difficoltà delle sfide associative che ci aspettano per il prossimo anno.

Purtroppo ho da esprimere una posizione della nostra associazione regionale un po' più critica sulle voci del bilancio. Questo vuole essere uno stimolo che si ricollega a quella esigenza di condividere con la base associativa i temi che noi trattiamo nell'esecutivo e nel consiglio, com'è stato fatto peraltro, ho condiviso molti temi

della dottoressa Bernardelli. E' vero che la comunicazione sintetica di un bilancio non porta alla periferia tutte le idee che contiene, a volte una lettura troppo schematica induce dubbi e incomprensioni che hanno bisogno di essere chiariti. In questo mi piacerebbe lanciare l'idea di vedere un consiglio nazionale tenersi in Piemonte, è un po' che non abbiamo l'occasione di avere il Presidente Nazionale da noi, forse per nostra stessa pigrizia, per esempio non siamo stati capaci di presentare il nostro elaborato di panorama della sanità, cioè la valutazione del nostro ruolo nella sanità piemontese direttamente agli operatori. In parte questo è dipeso dalla difficoltà degli interlocutori, lo sarà ancora di più adesso trovandosi ad essere una delle regioni con l'assessore di rifondazione comunista che ovviamente in premessa sembra essere una difficoltà aggiuntiva.

Uno dei temi che ci ha più preoccupato nel guardare l'utilizzo delle risorse associative così preziose, è stato proprio la rivista, sulla quale in Piemonte non c'è una corale adesione, forse non siamo capaci per carattere ad utilizzarla al meglio, forse non abbiamo saputo valorizzarla, forse non abbiamo saputo suscitare curiosità nei nostri interlocutori politici e trovare, così, un'ennesima platea alla quale parlare. Suggestirei di predisporre un questionario di gradimento sia per le nostre strutture sia per il nostro lettore. Avere dal nostro cliente una valutazione complessiva per pilotare la linea editoriale al fine di far crescere il nostro periodico, non mi sembra una idea peregrina. Noi crediamo che sia uno strumento importante ma costoso e, quindi, da indirizzare puntualmente. Questo è



“ Difficoltà con l'assessore ”





un modo per trasformare un dubbio su questa voce di bilancio così importante in una occasione di ulteriore crescita.

Ovviamente per noi a livello regionale la sfida è molto dura, anche noi non abbiamo completato l'iter di riconoscimento dei maggiori costi del contratto, anche noi vorremmo poterli gestire in tempo reale, non rinviando la contrattazione troppo avanti rispetto alla scadenza.

#### ENZO PAOLINI

Facciamo bene ad organizzare ogni anno un convegno prima della nostra assemblea. Ci serve per registrare il grado di sintonia con le istituzioni del paese e sentire se c'è vento di cambiamento. Ieri abbiamo constatato tutti

una grande attenzione per le nostre problematiche, non foss'altro per la qualità degli interventi, tre presidenti di Regioni importanti, due sottosegretari, il Presidente del Consiglio Superiore della Sanità. Tuttavia il vento del cambiamento, quello per intenderci che si avvertiva nei primi anni 90, con le avvisaglie del d. lvo 502/92, io non l'ho sentito.

Dunque, è una pura coincidenza se la nostra Assemblea annuale viene a svolgersi a ridosso di una consultazione elettorale che ha fatto registrare imprevisi cambiamenti negli assetti di governo regionale e, a seguire, in presenza dei dati resi noti dall'ISTAT che ci consegnano un Paese in netta stagnazione economica. Questi due elementi costituiscono i confini obbligati entro i quali sviluppare le nostre riflessioni rifuggendo dagli ottimismo di maniera e dalle semplificazioni che danno per scontate soluzioni che scontate non sono.

A livello regionale c'è un passaggio di responsabilità, da uno schieramento politico all'altro, che implica ineludibilmente, per quanto attiene al nostro ruolo e alle nostre attività, un cambio di interlocutori che non contribuisce, almeno nei tempi operativi, a trovare soluzioni immediate ai problemi che avevamo affrontato e che si presentano a tutt'oggi irrisolti anche perché spesso occorre far conoscere bene la nostra storia.

#### LA NOSTRA STORIA

La nostra storia non è quella degli aiuti di stato, né quella delle sovvenzioni a pioggia, delle rotamazioni o degli incentivi. E' quella di una categoria che sostiene l'efficacia e la necessità di un moderno paese accidentale, di una economia di mercato, non di una società di mercato. Significa che il grande gioco del mercato può funzionare – in tutti i campi ed in particolare nella sanità che ha peculiarità tutte sue – solo se

è retto da regole etiche e basato su istituzioni politiche che non facciano parte del gioco. Il dirigismo non c'entra niente con regole e valori e principi che non si possono (o meglio non si dovrebbero) comprare e vendere e che devono delimitare e garantire l'area del mercato stesso.

Questa nostra storia si incrocia negli ultimi dieci anni con un sistema, quello dei DRG, fortemente voluto dal mondo politico liberal-socialista per aziendalizzare la sanità ovvero per renderla più efficiente, efficace e di qualità, spendendo meno e mantenendone il carattere universale e solidaristico, ieri evocato da tutti.

Applicando – o tentando di applicare – la ferrea ed insuperabile regoletta di tutti i mercati liberali: la competizione aumenta la qualità e diminuisce i costi.

Principio valido in generale ma ancora più cogente in un settore nel quale – per evitare, giustamente, i rischi di un iperliberismo – le remunerazioni dei servizi, cioè le tariffe, sono stabilite dal committente.

Qual è allora il nostro compito oggi. Il sistema dei DRG ha – avrebbe – 10 anni, non è un più teen-ager entra nell'età della coscienza, se non della maturità della consapevolezza, dell'uso della ragione finalizzata a crescere ed a migliorare.

I competenti – Franco Bonanno in testa – ci illustrano aspetti positivi e punti critici. Io che tecnico non sono dico che questo sistema è malformato e che forse se avessimo potuto fare – ed un politico attento avrebbe dovuto farlo – una "diagnosi, preimpianto" nel corpo del sistema italiano ne avremmo dedotto l'inopportunità dell'applicazione di un embrione fortemente liberista nel grembo di un paese ancora culturalmente e sostanzialmente – e lasciatemelo dire oggi demagogicamente – monopolista. Il risultato è il rischio di soffocamento di una categoria che sollecitata dai principi in campo e dalle promesse della loro difesa si è messa in gioco ed ha fatto il proprio lavoro di imprenditori, investimenti compresi.

#### GLI EFFETTI DEI DRG

Il volume della Fondazione Smith Kline, curato da Nicola Falcitelli ci dice che i DRG hanno operato da soli, senza mediazioni istituzionali, perché tutti gli altri aspetti che avrebbero dovuto accompagnarli non hanno avuto attuazione. Tuttavia alcuni dati positivi sono emersi: l'incremento del patrimonio informativo, la riduzione della degenza media, il miglioramento dell'appropriatezza dell'uso dell'ospedale, il contenimento del trend di crescita della spesa ospedaliera (tutto sulle spalle dei privati). Rimangono sempre secondo Falcitelli gli elementi negativi: di una mancata distinzione di ruoli tra programmatore, acquirente ed erogatore, lo scarso utilizzo dei finanziamenti delle funzioni assistenziali, il peso preponderante del controllo burocratico sugli aspetti medici e clinici, la obsolescenza delle componenti di costo. Ne aggiungo io uno, decisivo, che ieri ha aleggiato a lungo ma non è stato mai citato esplicitamente, forse per pudore. Lo faccio io: i disavanzi, che nel pubblico si sono continuati a produrre in maniera disastrosa.

Qual è il punto: con l'approvazione del decreto legislativo n. 229 del 1999 ha ripreso tono il dibattito fra i fautori di un modello tendenzialmente unitario e pubblicistico di gestione dei servizi sanitari e coloro che puntano alla separazione tra soggetti acquirenti e soggetti erogatori delle prestazioni, convinti che forme di mercato regolato e competizione apportino un miglioramento dei servizi e non vi è dubbio che in tale confronto hanno prevalso nettamente i primi.

La possibilità in concreto di erogare le prestazioni resta così subordinata alle scelte di programmazione ed in particolare agli accordi contrattuali conclusi con Regioni ed USL ed alla relativa delimitazione dei tetti e dei volumi delle prestazioni, che concretizzano una limitazione dell'offerta, che a sua volta inibisce la concorren-

## “ Riflessioni e cautele ”





za e si riverbera sull'ambito di azione possibile della domanda. La libertà di scelta viene inquadrata in modo sì coerente alle note pronunce della Corte Costituzionale e della magistratura amministrativa che ne hanno identificato i limiti nell'ambito di un ragionevole bilanciamento tra interessi degli utenti ed effettività delle risorse disponibili, ma indubbiamente ridimensionata, proprio per mezzo degli accordi contrattuali; il sistema aperto è stato dunque definitivamente affossato ed è sparita la piena concorrenza tra soggetti, erogatori pubblici e privati.

Nel disegno normativo statale, la competizione trova comunque il proprio limite negli accordi contrattuali – vero momento di contingentamento del “mercato” e di blocco dell’offerta e della domanda – che, determinando come si è visto i volumi massimi di prestazioni ed essendo stipulati solo con alcune strutture private, consentono l’ammissione all’erogazione ed in determinata misura delle sole strutture che li hanno conclusi, rimettendo in sostanza alle decisioni programmatiche della Regione e non alla libera scelta del cittadino la possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie e delimitando preventivamente, per le strutture che vi rientrano, la possibilità di fornire i servizi in concorrenza con altri presidi.

### L'IMPORTANZA DELLE STRUTTURE PICCOLE E MEDIE

Al di là delle previsioni nazionali o regionali, continueranno comunque a contare per lo più i numeri (attualmente il 30% ed oltre della domanda di assistenza del Paese trova risposta in strutture non pubbliche) e le realtà assistenziali svariatemente presenti sul territorio nazionale: la nostra rete, il nostro grande ospedale privato, fatto quasi interamente da strutture piccole e medie, magari talvolta composte in grandi gruppi, ma per la maggior parte fatta da



piccoli e medi ospedali, efficienti e di qualità, che noi dobbiamo salvaguardare e valorizzare. Ed infatti nonostante le limitazioni adottate dal decreto delegato nei confronti dei privati, non sarà possibile non tenere presente, almeno in alcune zone, l’apporto quantitativo e qualitativo che l’assistenza accreditata – in particolare ospedaliera – continuerà ad offrire al servizio pubblico, rimediando alle carenze strutturali e specialistiche del settore pubblico.

Dobbiamo, quindi, considerare che quanto più aumenta la percezione di questa parità tanto più cresce il ruolo sociale delle nostre strutture e tanto più confermiamo, in termini di “mercato”, la nostra imprescindibilità. Tale nostra imprescindibilità è ancor più evidente quando si rileva che, per le alte specialità, i centri di eccellenza maggiormente quotati appartengono all’ospedalità privata. Il Corriere della Sera del 9 febbraio ne forniva un elenco incompleto ma sufficientemente dimostrativo del ruolo che svolgono

queste strutture. Ora, se guardiamo in termini di scenario alla possibile evoluzione del nostro ruolo rispetto alla domanda che il mercato esprime e rispetto alle sollecitazioni che ci provengono dal mondo politico di effettuare investimenti in nuove tecnologie connesse ad alte professionalità, ci rendiamo conto di essere chiamati a farci carico della parte più complessa e anche più costosa di un sistema sanitario misto.

E’ chiaro dunque che siamo in gioco quindi e che dobbiamo fare la nostra parte per migliorare le cose nell’interesse nostro e dell’intero Paese. Per questo condivido più che mai la proposta politica contenuta nella relazione Miraglia in particolare in due grandi temi, l’Europa e la sfida politica sul piano della qualità.

E ciò nonostante anche talune disinibite esemplificazioni cui si prestano importanti organi d’informazione che sembrano più tendenti a compiacere certi diffusi luoghi comuni che ad approfondire con serietà. Mi riferisco alla RAI ed alle inchieste della Gabanelli o a Carlo Vulpio del Corsera fino al gruppo l’Espresso che, ragionando con la scimitarra riportano stucchevolmente che i privati si prenderebbero le prestazioni più remunerative lasciando al pubblico quelle più difficili e meno compensative. Senza approfondire neanche di un millimetro e considerare così la monumentale sciocchezza di dire una cosa del genere in presenza di tariffe, e quindi di remunerazioni controllate e fissate dalla P.A. nonché di statistiche oggettive che dicono esattamente il contrario.

### I COSTI IMPROPRI

Noi dobbiamo rilanciare (non raccogliere come ha detto ieri Marrazzo senza ricordare che siamo noi che le abbiamo poste molti anni fa) sul tavolo politico le grandi sfide della qualità e dei costi impropri tenendo presente che la qualità si fa anche con l’appendice, e che non è vero che certi costi ad esempio quello del sovrappioppamento di personale determinato dalla pratica comune di clientelismo non sia eliminabile.

Certo la politica sanitaria, va incrociata con quella sul lavoro, con quella economica, con quella sulla previdenza, ma questo è governo. Se le istituzioni non fanno questo, se abdicano in favore di un comodo ed ottuso “tirare a campare”, avranno applicato alla lettera l’insegnamento andreottiano secondo il quale è meglio tirare a campare che tirare le cuoia, ma se questo vale per una immarcescibile classe politica che pure avrebbe i suoi meriti, non può valere per noi. Noi non vogliamo né l’uno, né l’altro, dovremmo essere – e siamo - di un’altra pasta, di quelli che quando guardano ad una cosa difficile o quasi impossibile non si domandano “perché?” ma, “perché no?”.

Anche sulla ricerca dobbiamo e possiamo essere più e meglio propositivi occupando gli spazi che ci competono e che lo stato non riesce a coprire. Pensate a quale flusso di denaro potremmo destinare alla ricerca semplicemente facendo un patto con le Regioni su pagamenti tempestivi, sottraendo così decine di milioni di euro di interessi, commissioni, provvigioni e spese legali a banche ed avvocati.

Non ci vogliono più soldi, lo diciamo da tempo, occorre solo governare e spendere meglio quelli che ci sono e magari pensare bene senza dietrologia di interesse politico alle categorie su cui si dibatte in questi giorni senza tanto costruito. Bassolino, ieri ha evocato il decreto sulla competitività sostenendo che, in fondo, è estraneo al nostro tema. Io non sono d’accordo. Le due cose sono – a mio avviso – strettamente legate.

## PRODUTTIVITA' E OCCUPAZIONE

Poiché la produttività del lavoro non è altro che il rapporto tra prodotto e occupazione. A parità di prodotto, più alta è la produttività, minore è l'occupazione. Dunque affinché produttività e occupazione possano crescere vigorosamente entrambe il prodotto deve crescere ad un tasso che grossomodo è la somma degli altri due (produttività ed occupazione). Questo è il punto. I politici sembrano dimenticare questa regoletta che si impara al primo anno di università. Essi gioiscono, se l'occupazione cresce guardando solo a quella come ad un dato positivo, senza considerare che se non cresce anche il prodotto la produttività evidentemente diminuisce ed abbiamo il caso italiano la job-stagnation, la stagnazione nonostante, o anzi, forse a causa della crescita occupazionale.

La tesi di Bini Smaghi, il nostro banchiere che a giugno sarà nel Board della BCE è che i rimedi sono quelli di sempre: correzioni strutturali e ulteriori tagli di spesa oltre che una seria riforma del mercato del lavoro. Nel settore dei servizi indica la necessità di procedere alle liberalizzazioni dal momento che siamo molto indietro e presentiamo troppe barriere che finiscono per impedire al mercato di raggiungere una dimensione adeguata.

Ciò è più che mai valido e vero per noi, perché nel nostro comparto spesso si perde di vista il vero obiettivo che è la razionalizzazione, l'efficienza e la qualità né ci servono le solite storielle demagogiche della riduzione delle tasse per indagare percorsi nuovi e adatti più a società con storia e patrimoni culturali diversi dei nostri.

Si gira continuamente intorno a questa storia della necessaria diminuzione delle tasse. E' giusto, tutti l'auspicano ma, aggiungo io, con lucidità ed equilibrio. Mi aspettavo che qualcuno ieri, con attenzione istituzionale, tirasse fuori un argomento, uno spunto di riflessione che a me viene spontaneo e che, invece è stato totalmente omesso.

Nell'Italia del 2005 la diminuzione delle tasse è davvero la priorità sulla quale si decide il futuro dei governi? Nell'ottica di una modernizzazione e di una profonda e seria liberalizzazione nel campo dei servizi la lotta alla pressione fiscale ha veramente un carattere strategico e simbolico tale da costituire il perno di ogni politica di rilancio? Io credo di no. E lo dico da liberaldemocratico, da persona che vent'anni fa tifava per la rivoluzione reaganiana e plaudiva alle prime timide privatizzazioni (la Sme) in un'Italia in cui lo Stato era ancora proprietario di Maccarese e produceva panettoni.

## NON MENO STATO MA UNO STATO MIGLIORE

Mi guardo bene dal pensare che la rivoluzione liberale sia compiuta. Ma sono passati vent'anni, il pendolo della storia va in un'altra direzione e le esigenze strategiche sono altre. Ebbene a costo di essere provocatorio, dico che il problema oggi – anche per noi – non è avere meno Stato. E' avere uno Stato migliore. Non siamo soffocati da uno Stato oppressivo, siamo paralizzati da uno Stato inefficiente. E mentre venti o dieci anni fa tanto per ritornare al d. lvo 502 credevamo che una esplosione di liberismo risolvesse tutti i problemi economici e sociali oggi ci accorgiamo che senza servizi pubblici efficienti e moderne infrastrutture l'economia non decolla; che senza un serio intervento statale e internazionale si fa sempre più drammatico il problema della sicurezza; che i settori del futuro come la ricerca hanno bisogno di un intelligente intervento pubblico; che non c'è vero progresso, anche economico se non rinasce il senso della legalità. Ecco, la legalità nel nostro campo la legalità è un soggetto estraneo, un optional, sacrificato sem-

pre sull'altare del più comodo, ottuso e dannoso pareggio di bilancio, quello fatto a consuntivo, sulla pelle dei creditori non pagati. Ed è qui che non può condividersi l'idea che tanto ci sono i Tribunali a rimettere a posto le cose. No. I Tribunali nel migliore dei casi riescono ad applicare la legge. Noi dobbiamo cambiarle le leggi, questo si fa con la politica. Il vero, grande problema italiano è, quindi, la ricostruzione dello Stato a cominciare dal riordino legislativo. Certo un pezzo di questa strada è la semplificazione burocratica, il taglio di lacci e laccioli ed alla fine di questo cammino c'è anche la riduzione della spesa e delle tasse. Non il contrario, perché se non accompagnata da una seria ed attenta "governance" da una riforma profonda la minore spesa indebolisce fatalmente la pubblica amministrazione, e quindi affievolisce le regole, le garanzie per tutti.

Sinora si è lanciato il messaggio che dello Stato si può fare a meno, non che bisogna migliorarlo, e qui invece a me sembra opportuno sottolineare questa esigenza.

## LA NOSTRA MISSIONE

Da qui noi dobbiamo dire che la nostra missione non è antagonista ma protagonista di una proposta, difficile, suscettibile di molti contrasti, non populista o forse semplicemente non popolare ma indispensabile per il nostro futuro altrimenti potremmo dire con Gaber che... "mio padre ha un lavoro pensa di essere al sicuro ma non si è accorto che è arrivato il futuro."

Sarebbe quasi ipotizzabile una specie di assemblea costituente (e qui forse potremo utilizzare il nostro rapporto confindustriale) per definire regole del settore condivisibili e che sappiano trasformare le situazioni di crisi in opportunità avendo il coraggio di operare scelte, anche difficili, ma che sappiano offrire una possibilità di cambiamento e di sviluppo.

Dobbiamo ripartire da quell'operazione "dorotea" (tutti ricordano che la corrente democristiana, così denominata, è stata emblema di equilibrio, di indicazione, di saggezza, ma anche di un pizzico di ipocrisia) che è stato il d. lvo 229/99, presentato come la naturale evoluzione dei principi liberali contenuti nel d. lvo 502/92 ma che invece è stato un pesante intervento di restaurazione dirigista attraverso i cavalli di Troia dell'accreditamento "funzionale alla programmazione regionale" e degli accordi contrattuali "in mancanza dei quali non si può far luogo alla remunerazione".

Dobbiamo chiedere a gran voce questa revisione con determinazione e duttilità (e Miraglia è maestro in ambedue le cose) per sapere se il governo che c'è a Roma intende rimettersi sul binario liberale, pur consapevoli che alcuni paletti non si possono spicchetare nel breve periodo (quelli per intenderci del costo del personale o delle "funzioni" degli ospedali pubblici) mentre altri si (gli sprechi). Può anche essere il contrario, e cioè che si intenda, invece, puntare sul dirigismo statalista, ma allora pretendiamo chiarezza e non ipocrisia, ognuno di noi saprà e dovrà adeguare la propria azione, il proprio piano industriale il proprio bilancio, ad una situazione che combatteremo cercando di cambiare, ma chiara, non confusa ed ambigua come lo è da anni, devolution o non devolution.

Oggi la nostra situazione si riduce spesso ad una contrapposizione tra richieste, dettate solo dall'imperativo di tentare di offrire soluzioni tecnologicamente avanzate, e la limitazione delle risorse disponibili.

E' una continua frizione che dobbiamo superare. Non basta staccare la cedola dell'incomunicabilità e della reciproca delegittimazione e sentirsi a posto. Così tutto si semplifica in modo avvilente, le istituzioni si irrigidiscono in una contesa corporativa di un tedio insopportabile e la società, il nostro comparto, non è scossa, rivoluzionata da idee nuove, e dalla passione di governare, persuade-



re, spiazzare, sorprendere.

Siamo stati i primi a percepire una visione metanazionale dell'erogazione dei servizi sanitari e la scelta di tenere l'anno scorso a Berlino la nostra assemblea annuale rifletteva la percezione di una ineludibile dilatazione dei confini dei singoli sistemi sanitari nazionali, segnalata dalle dinamiche di mercato prima ancora che dalla necessità di procedere a livello di Unione, dopo l'adozione dell'Euro e l'integrazione dei sistemi bancari, all'integrazione dei mercati e, quindi, dei servizi in generale.

Questo, dunque, il nuovo scenario sul quale siamo chiamati a riflettere: si profila una crescita di ruolo sia sul piano sociale che sul piano politico e si conferma quanto mai lungimirante la visione di Miraglia di aprire l'ospedalità privata alle dinamiche di mercato, rifuggendo da riduttivi schemi corporativi, cercando il confronto col mondo politico e facendo valere le ragioni della nostra qualificata presenza nel sistema sanitario nazionale.

Nel solco di questa impostazione e di queste sensibilità politiche e imprenditoriali ritengo che possiamo guardare con ragionato ottimismo al nostro futuro che, sono sicuro, riserva ad ognuno di voi, ad ognuno di noi, nuovi traguardi di successo e di soddisfazione. Il lavoro è di lunga lena, dovremo quotidianamente metterci in discussione e confrontarci con tendenze che, come detto, non sempre vanno nella direzione da noi auspicata ma l'AIOP ha risorse ed energie per farlo e guardare lontano.

Tra le risorse ci sono certamente l'aumento della quota associativa la valorizzazione di AIOP giovani che è il nostro futuro ed è composto da un gruppo che ha dimostrato di saper volare alto, ed il potenziamento di Mondo Salute, strumento di informazione e divulgazione che certo può e deve essere migliorato con il contributo di tutti, ma non va sottovalutato. Un mio grande amico, Giacomo Mancini, che di queste cose se ne intendeva, diceva che puoi fare, dire e pensare le cose più utili ed interessanti del mondo ma se non le comunichi è come se non avessi fatto o detto o pensato niente. E soprattutto ora noi non possiamo consentirci di rimanere afoni fuori dalla porta del nostro congresso.



## Centri di formazione

Dunque un lavoro di lunga lena, dicevo, che dovremo svolgere senza cedimenti anche perché, - secondo un vecchio adagio - non esistono scorciatoie per nessun posto ove valga la pena di andare.

### ANNA CASELLA

Le mie sono solo proposte, dopo il gigante dell'oratoria che è il nostro avvocato Paolini, vorrei esprimere qualche considerazione sulla questione dei bilanci, che ci affliggono a tutti i livelli. La rivista è costosissima, ma chi la legge, la sfoglia e vede di che tipologia è fatta dovrebbe capire, se ha avuto un minimo di esperienza di editoria, che essa costa. Il problema non è il costo della rivista, ma sapere se ha un ritorno per l'associazione. Mi chiedo se non fosse più conveniente pensare ad un inserto in una rivista, un giornale che possa raggiungere non solo gli iscritti, ma anche altri lettori che potrebbero essere interessati.

L'AIOP nella sua trasversalità potrebbe anche diventare un corag-



## Presente e futuro di Mondosalute

gioso analista del bisogno sanitario, in un'Italia che è così lunga, governata in maniera totalmente diversa, con dei bisogni sanitari, sia in termini qualitativi che quantitativi, totalmente diversi. Ci sono delle regioni che non hanno università, altre che le hanno, la forza delle università sia come espressione di cultura e di conoscenza, ma soprattutto di impegno ed erogazione di prestazioni, condizionano molto i nostri vissuti. Per quanto concerne la gestione delle

nostre strutture, sappiamo che un grosso problema riguarda la qualificazione del personale. L'Aiop, e ne ha le potenzialità, dovrebbe creare quei centri di formazione che la sanità pubblica non è stata capace di creare. Mi riferisco soprattutto all'operatore socio-sanitario che, solo in Veneto, credo, sia stato formato con la terza "S" e che può sostituire alcune competenze che sono oggi dell'infermiere professionale. Questo aiuterebbe molto le nostre strutture. La norma lo prevede e, pertanto, invito la dirigenza Aiop a valutare la proposta.

L'Aiop, secondo il mio punto di vista, potrebbe produrre formazioni e portarla anche all'esterno.

**GABRIELE PELISSERO**

Sentivo il dovere di fare due riflessioni ad alta voce, premetto la mia piena condivisione della relazione del Presidente.

Ho sentito qualche osservazione critica negli interventi di alcuni Associati e vorrei dare una risposta brevissima in questa sede. Le principali critiche si sono concentrate sul problema della morosità, sul problema della comunicazione, ed è giusto che ci siano state queste osservazioni perché sicuramente toccano punti essenziali.

**Il problema della morosità** è stato molto coraggiosamente affrontato dall'esecutivo nazionale e da una serie di Regioni che storicamente portavano dietro di sé questo problema, ma che con grandissimo senso di responsabilità associativa l'hanno affrontato negli ultimi due anni.

Sarebbe ingiusto e ingeneroso non dare loro atto di quanto è avvenuto. Prima di tutto alla regione che ci ospita che ha fatto un grande sforzo in questo senso, ma non solo a quella. La morosità è un problema del passato che si trascina in una coda nel presente, ma io credo di poter serenamente affermare che non è un problema del futuro, questo è un merito di tutto l'esecutivo, del presidente Miraglia, ma soprattutto delle regioni che hanno lavorato con rinnovato spirito associativo. Questo lo dobbiamo dire perché se è vero che oggi dobbiamo analizzare criticamente questo problema, è anche vero che oggi per la prima volta lo stiamo davvero risolvendo.

Sul tema della **comunicazione** va dato atto che lo sforzo di AIOP, assolutamente originale, di darsi uno strumento ampio e innovativo, come la Rivista Mondo Salute, con tutte le difficoltà di un progetto nuovo, rappresenta uno straordinario valore per il presente e per il futuro. Capisco che ci possano essere delle difficoltà a comprendere bene l'idea di avere fatto una rivista che non è la rivista dell'associazione, non è la *house organ* che pure continua ad esistere, ma è uno strumento che ci consente di parlare ogni due mesi a 180.000 cittadini italiani (da moltiplicare almeno per 3).

Me ne rendo conto perché ho vissuto l'esperienza di varare l'edizione regionale lombarda di Mondo Salute.

Può sembrare che lo strumento regionale, essendo più vicino alla tematica della nostra vita quotidiana, sia lo strumento valido mentre il magazine nazionale non serva più.

Stiamo attenti perché questo non è niente altro che il campanello di allarme di un pensiero più generale che dobbiamo sconfiggere. Non ha senso un "Mondo Salute" regionale senza un "Mondo Salute" nazionale, così come non ha senso un'AIOP regionale senza un'AIOP nazionale, oggi più di prima.

Voglio fare una riflessione su questa Assemblea, che a me è sembrata veramente importante e forse di profonda transizione nella nostra vita associativa. E' vero che tutto cambia continuamente, ma ho avuto l'impressione di essere, in questi giorni, su uno spartiacque, forse perché si sono messi in opera degli eventi a livello nazionale che cambieranno il nostro futuro.

Anche AIOP sta cambiando perché non è più un gruppo di amici ristretto, ma è una grande Associazione con tanti aderenti e tante anime. Questo ci pone il problema di fare delle sintesi, e pone anche il problema di non dare per scontato un facile unanimità nelle nostre decisioni, anche in quelle più importanti. Interpreto in questo la sollecitazione che tanti amici hanno fatto di affrontare, con *trasparenza*, (ma io preferirei parlare di allargata partecipazione), le scelte associative che ci aspettano per l'anno prossimo.

Mi associo completamente a questa richiesta, credo che la continuità della vita della nostra Associazione, debba essere un processo che ci coinvolge tutti insieme a partire da quello che Emmanuel ha annunciato, una successione alla Presidenza nazionale che deve essere un momento forte continuità unito ad una crescita comune di tutta l'Associazione. Dobbiamo percorrere una strada insieme.

Credo che dobbiamo tutti noi sviluppare un senso di responsabilità sempre più forte capendo che dobbiamo lavorare per unire sensibilità diverse, ma non contrapposte. Perdonatemi se vi dico che noi corriamo dei pericoli, nella nostra Associazione come nel nostro Paese. Corriamo dei pericoli che nascono delle fughe in avanti ma anche delle fughe indietro. In qualche momento della nostra discussione è sembrato affiorare l'idea che ci sia una posizione in AIOP del Nord e una posizione in AIOP del Sud: una cosa di questo genere sarebbe molto grave. Ma c'è anche il problema di far combaciare la sensibilità di quelli che pensano e sentono un più forte bisogno dello Stato con la sensibilità di chi si riconosce in una forte posizione regionalistica.

Bisogna ricordare che le Regioni rimarranno forti, non possono essere calpestate, ma bisogna anche ricordare che il regionalismo estremo è un qualche cosa che è contro lo spirito del tempo e contro l'interesse di tutti.

Ci avviamo verso un'epoca nella quale impercettibilmente ma sensibilmente il grande pendolo della storia porta verso una posizione un po' meno regionalistica di quella degli scorsi anni. Contrariamente a quanto la demagogia della devolution ha cercato di mettere in circolazione come immagine, ma che tutti noi sappiamo non corrispondere neanche agli atti normativi che sono stati approvati recentemente dal Parlamento.

A fronte di questi dilemmi, che si complicheranno nei prossimi anni, dobbiamo ritornare tutti insieme al nucleo della nostra essenza, quello che ci fa proporre una strada diversa da tutte quelle che emergono.

Dobbiamo ricordare che rappresentiamo una cultura imprenditoriale e autenticamente liberale contro una cultura dirigistica e pubblicistica, che è il vero nemico di AIOP, al Nord e al Sud.

Non crescerà la categoria imprenditoriale di cui noi siamo rappresentanti se nasceranno o rinasceranno nuovi o vecchi assistenzialismi, perché il nostro nemico comune è la burocrazia ed un tipo di gestione delle aziende sanitarie pubbliche che porta su di sé risorse e rende inefficiente la spesa, a Palermo come a Milano, a

Napoli come a Roma.

La nostra proposta, che è quella di AIOP tutta, e che credo sia anche una grandissima chance per le nostre sezioni meridionali, è quella di dire che i valori e la cultura di cui siamo portatori, **la qualità, l'attenzione al paziente e l'efficienza**, cioè la capacità di produrre lo stesso servizio con meno denaro, sono la carta vincente per tutti i problemi della Sanità di questo paese.



## “ Spese oculari crediti certi ”

Questo paese che deve essere capace di competere in Europa e che deve trovare le risorse per fare una sanità moderna.

E allora siamo noi che dobbiamo fare sempre più una sanità migliore e alzare la bandiera della qualità e dell'efficienza contro le parole e le inefficienze del nostro competitore pubblico, non per odio nei confronti della parte pubblica, ma per amore, per interesse nei confronti del nostro paese e del nostro Servizio Sanitario Nazionale, che AIOP ha sposato e intende portare avanti dando una soluzione nuova e originale ai suoi

antichi problemi.

Credo questo debba essere lo spirito con cui in modo chiaro, trasparente e preciso, guardiamo al futuro e tutti insieme ci prepariamo ad affrontarlo.

### SCHIAVONE

Non essendoci più nessuno iscritto a parlare, do la parola all'Amministratore Tesoriere per una breve replica.

### LORENZO ORTA

Marchi ha sollevato l'aspetto per me importante: che gli associati arrivino qui chiamati per approvare un bilancio frettolosamente. Per la verità non è così, perché il bilancio che noi proponiamo di approvare sia esso il consuntivo che il preventivo, lo abbiamo già discusso e approvato in Consiglio Nazionale. Viene poi inoltrato, ufficialmente, ai Presidenti Regionali in tempo utile per la discussione a livello locale. I Consiglieri sono a conoscenza della relazione che accompagna i bilanci e sono proprio loro che debbono presentarlo agli associati nelle varie Assemblee Regionali.

Per la dottoressa Bernardelli, torno a parlare del bilancio preventivo 2004. Forse lei non era a Berlino quando venne approvato un bilancio con un perdita ben superiore a quella che portiamo oggi come risultato finale, perché si decise come politica dell'AIOP di attingere dalle riserve e di non aumentare le quote associative, per cui non era scandaloso, anche se a me non piaceva, e lo dissi con







chiarezza che non avremmo, per il futuro presentato un bilancio con una perdita d'esercizio. Al 31 12 2004 abbiamo contenuto questo passivo di quasi 200 mila Euro proprio perché, quando c'è una situazione del genere, gli amministratori devono fare tutto il possibile a questo fine.

E' finito il periodo di considerare normale attingere dalle riserve, anche perché esse sono molto ridotte essendo formate, per la maggior parte, dai crediti che l'associazione vanta per morosità di quote associative.

Se il bilancio preventivo 2005 fosse stato esaminato con attenzione, avreste notato che i costi preventivati sono stati ridotti, rispetto all'anno 2004, di

“ Volare alto per crescere ”

ben 220 mila euro e nella mia relazione, che ho appena letto, sono indicati tutti i capitoli dei costi che preventivamente abbiamo ridotto. L'incremento della quota è stato necessario, quindi, per non attingere, ancora una volta, dal fondo riserve.

Sui crediti, ti assicuro che quelli che portiamo a bilancio sono crediti ragionevolmente certi, quando sappiamo che un'azienda è fallita, chiude o è in pericolo noi li portiamo a perdita ma finché stanno lì vuol dire che c'è modo, anche attraverso il nostro ufficio legale, di recuperare, ma purtroppo, spesso, i tempi della giustizia sono molto lenti.

**EMMANUEL MIRAGLIA**

## CONCLUSIONI

Anzitutto voglio ringraziarvi per l'applauso prolungato nel quale ho visto non solo un apprezzamento ma anche una prova di affetto e questo, per chi dedica la vita all'associazione da tanti anni, è sicuramente un qualcosa che commuove.

Per quanto riguarda i chiarimenti più strettamente attinenti al Bilancio ha già provveduto il Tesoriere. Vorrei però sottolineare un aspetto che peraltro ho affrontato nella mia Relazione scritta. Ho fatto riferimento ad una celebre frase pronunciata da John Kennedy all'atto del suo insediamento il 20 gennaio 1961. Parafrasandola l'ho rapportata ai nostri problemi: dobbiamo stare attenti a non pensare solo a quello che l'AIOP può dare a noi, ma anche a quello che noi possiamo dare all'AIOP. Il che significa che molte lamentele che sentiamo nelle nostre riunioni potrebbero essere eliminate se si visse più attivamente la vita associativa dando tutti la massima collaborazione all'AIOP. Credo molto in un rilancio dell'Associazione sul versante della ricerca. L'organizzazione dei convegni, il finanziamento dell'AIOP Giovani, e tutte le iniziative culturali di approfondimento portano l'Associazione ad un livello più alto. Questa scelta di qualità da me fatta con il conforto dell'Esecutivo e del Consiglio Nazionale, se da Voi approvata, significa che dobbiamo destinare più risorse per la "crescita associativa" e non solo per la organizzazione interna. Una associazione che vive solo per la "organizzazione" e non "vola alto", sicuramente non è destinata ad una lunga vita. Da ciò discende che iniziative come: le "Stelle alla Salute", le manifestazioni, i convegni, le pubblicazioni, la casa editrice, Mondo Salute, sono tutta una serie di iniziative che ci proiettano verso il nostro futuro. L'associazione ha quarant'anni di vita: ci auguriamo che ne abbia altrettanti e molti di più. Comunque deve vivere in maniera diversa il suo

rapporto con le Istituzioni: con il Governo, con il Ministro, con i Governatori e così via...

Gli ultimi interventi, quello di Pelissero e quello di Paolini hanno arricchito la mia Relazione. Faccio mie le loro proposte aggiuntive, per cui, nel votare, la mia Relazione, consideratela arricchita da quanto è stato prospettato in sede di dibattito da loro due ma anche dagli altri.

## SCHIAVONE

Vi faccio grazia di alcune mie riflessioni, passiamo all'approvazione della relazione generale annuale del Presidente.

### LA RELAZIONE DEL PRESIDENTE VIENE APPROVATA ALL'UNANIMITÀ

Secondo punto all'ordine del giorno: bilancio consuntivo 2004. Lo pongo in approvazione.

### IL BILANCIO CONSUNTIVO 2004 VIENE APPROVATO ALL'UNANIMITÀ

#### Bilancio preventivo 2005.

Per maggiore chiarezza riepilogo la nuova quota associativa nazionale riportata tra i ricavi del Bilancio preventivo: Al 1° gennaio 2005, si richiede una quota nazionale complessiva pari a € 2.658.360,00 così suddivisa per le Istituzioni Sanitarie:

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <b>accreditate per acuti</b>                        | € 54,00 per posto letto autorizzato; |
| <b>accreditate per lungodegenti non accreditate</b> | € 39,00 per posto letto autorizzato; |
| <b>per acuti non accreditate</b>                    | € 39,00 per posto letto autorizzato; |
| <b>per lungodegenti</b>                             | € 33,00 per posto letto autorizzato; |
| <b>Centri di Riabilitazione, RSA</b>                | € 33,00 per posto letto autorizzato. |

Precisando che:

se l'Istituzione sanitaria risulta essere accreditata anche parzialmente deve corrispondere la relativa quota per il totale dei posti letto autorizzati anche, quindi, per i posti letto non accreditati;

Se una stessa Istituzione Sanitaria è autorizzata con posti letto per acuti (specialità mediche, chirurgiche, riabilitative, neuropsichiatriche) e per posti letto per lungodegenza, RSA e/o ex Art. 26, corrisponderà una quota associativa differenziata.

### IL BILANCIO PREVENTIVO 2005 VIENE APPROVATO ALL'UNANIMITÀ

C'è l'ultimo punto all'Ordine del Giorno, elezione di un consigliere nazionale ai sensi dell'art. 12 punto 6. dello Statuto. Esso è soltanto per un anno, cioè il tempo in cui durerà in carica questo Consiglio, dovendo poi rinnovarsi nell'anno successivo. Ci sono delle proposte?

## FRANCO FRONTERA

Tutti sapete che il punto 6. dell'art. 12 prevede che il Consiglio Nazionale sia costituito non solo dai Presidenti e dai



---

Vicepresidenti regionali e dai componenti delle Regioni con un certo numero di posti letto, ma, anche da due componenti eletti dall'Assemblea Nazionale. Un componente è stato eletto nell'Assemblea del 2003, assegnando all'Avv. Sciachì, questo ruolo mentre il secondo non è stato ancora nominato. Avendo trovato un riscontro positivo, contattando molti di voi, mi permetto proporre quale secondo Consigliere Nazionale eletto dall'Assemblea, il Dott. Maurizio De Scalzi di Firenze di cui ho sempre apprezzato, sia la sua alta professionalità che il grande equilibrio che ha sempre dimostrato negli anni in cui ha fatto parte del Consiglio Nazionale.

**(applausi)**

Avete battuto le mani, quindi chiedo alla presidenza di metterlo in votazione.

## **SCHIAVONE**

Ci sono altre proposte? Non ce ne sono, allora passiamo alla votazione.

### **LA PROPOSTA VIENE APPROVATA ALL'UNANIMITÀ**

Grazie, con l'auguro di rivederci il prossimo anno.

### **LA SEDUTA VIENE DICHIARATA CONCLUSA ALLE ORE 14.00 CIRCA.**



## QUANDO IL FUTURO È GIÀ OGGI: IDEE, PROGETTI, INNOVAZIONE

L'uomo più che mai al centro del sistema. Le strutture private all'avanguardia per tecnologia e professionalità. Ma il malato...



# “Ha bisogno di coccole”

**Illuminanti relazioni dei prof. Rodolfo Jannaccone ed Emilio Rebecchi. Apprezzamento per l'iniziativa promossa dal leader giovanile Averardo Orta.**

L'Uomo deve essere il fulcro attorno al quale ruota l'intera organizzazione sanitaria. Questo concetto si estende sia all'Uomo/paziente sia all'Uomo/operatore, entrambi soggetti portatori di interessi, bisogni, ed aspettative. Per massimizzare la qualità della vita del paziente è necessario governare gli aspetti clinico, ambientale, e relazionale. Gli Ospedali Privati oggi possono vantare tecnologie di ultima generazione e professionisti di prima qualità; devono essere in grado di garantire il più alto livello possibile di comfort ambientale, e governare la comunicazione a tutti i livelli per creare uno stabile clima di fiducia. Il sempre maggiore ricorso a guaritori, santoni, e ciarlatani ci conferma che il paziente ha bisogno di essere ascoltato, compreso, e accompagnato attraverso la malattia. Questo concetto era chiarissimo a Voltaire

che scriveva: "L'arte della medicina consiste nel tenere allegro il paziente mentre la natura opera la guarigione". Oggi la sempre più spinta specializzazione, e le sempre più ampie capacità diagnostiche, consentono alla medicina di ricoprire un ruolo ben più elevato, tuttavia una visione troppo meccanicistica può portare il medico e la struttura sanitaria a concentrarsi esclusivamente sulla malattia perdendo di vista il malato.

Sono queste le premesse che hanno spinto la Consulta Nazionale AIOP Giovani a promuovere una riflessione, sul tema della



Centralità dell'Uomo nell'assistenza sanitaria, in occasione del suo secondo convegno annuale. Le tesi emerse durante lo svolgimento dei

lavori sono andate nella direzione di stimolare le strutture ed i medici a ricostruire quel profondo legame che esisteva con il malato, quando la componente tecnologica era decisamente marginale. Il prof. Campanacci



per descrivere ai suoi allievi questa tendenza utilizzava l'esempio dell'auscultazione cardiaca. Suo padre per auscultare il cuore doveva appoggiare la testa sul petto del paziente, lui utilizzava una trombetta rigida, mentre suo figlio il fonendoscopio. Certamente ad una maggiore precisione diagnostica è corrisposto un progressivo allontanamento dal malato.

Questa riflessione non vuole essere una

critica, essendo evidente l'impegno che quotidianamente viene profuso all'interno delle strutture dalla maggior parte degli operatori, bensì riteniamo utile stimolare un approfondimento comune sulle aree di miglioramento che possono portare l'Ospedalità privata a vincere le prossime sfide. Le nostre strutture in quanto ad attenzione totale nei confronti del paziente possono vantare una notevole esperienza e si

candidano ad essere di stimolo per il miglioramento complessivo dell'intero Servizio Sanitario Nazionale. Nel prossimo futuro tutte le strutture sanitarie dovranno essere progettate allestite ed organizzate per consentire al paziente e agli operatori di vivere in un ambiente piacevole, rassicurante e tecnologicamente all'avanguardia dove ogni dettaglio è studiato per garantire qualcosa di più della sola salute, il benessere.