

OSPEDALITÀ PRIVATA

PERIODICO DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA
ANNO XXXIV- LUGLIO 2006

GLI ATTI DEL CONVEGNO E UN INSERTO SPECIALE **Il paradosso della spesa sanitaria in Italia**



**41ª ASSEMBLEA GENERALE DELL'AIOP
ROMA 25 - 26 - 27 MAGGIO 2006**

Enzo Paolini è il nuovo presidente

Sommario

LUGLIO 2006

OSPEDALITÀ PRIVATA

PERIODICO BIMESTRALE
DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA
OSPEDALITÀ PRIVATA
ANNO XXXIV - LUGLIO 2006

Editore SEOP s.r.l.

Direttore responsabile
Gustavo Sciachi

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. 063215653 - 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. Odascalchi, 67/A - 00147 Roma
tel. 065107741 - fax 065107744

Chiuso in redazione il 25 luglio 2006

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**
**La realtà alla lunga
è più forte del paradosso...**
di Gustavo Sciachi2

■ **ATTI DEL CONVEGNO**
**Il paradosso
della spesa ospedaliera in Italia**4

Coordina Luciano Onder
Augusto Battaglia6
Alessandro Ridolfi7
Guido Riva8
Lucio D'Ubaldo10
Conclusioni
Emmanuel Miraglia12

■ **41^a ASSEMBLEA NAZIONALE**
Ordine del giorno15
La relazione del Presidente16

Bilancio
Lorenzo Orta25
Bilancio consuntivo 2005
Bilancio Preventivo 2006
Angelo Anselma26

Gli interventi
Enrico Schwarz26
Patrizia Bernardelli27
Enzo Paolini28
Gabriele Pelissero31
Ettore Sansavini34
Vincenzo Schiavone35
Franco Frontera35
Giampaolo Angelucci35
Anna Casella35

■ **AIOP GIOVANI**
**"L'Health Technology Assessment
nella prospettiva
dell'ospedalità privata"**38

**"Ospedali & Lavoro",
tutti i contratti dell'Ospedalità privata
in un CD.**39

INSERTO SPECIALE IL PARADOSSO DELLA SPESA OSPEDALIERA IN ITALIA





DI GUSTAVO SCIACHÌ

A ROMA GLI ANNUALI APPUNTAMENTI ASSOCIATIVI DELL'AIOP

“La realtà alla lunga è più

Un convegno sul paradosso della spesa ospedaliera in Italia, la XLI Assemblea annuale con **il rinnovo delle cariche e due importanti incontri** (Assemblea e convegno) di Aiop Giovani si sono svolti a Roma – dal 25 al 27 maggio – con una straordinaria partecipazione di **“addetti ai lavori” ed associati**.

Dopo un anno di letargo – da un’assemblea all’altra – torna in tipografia OSPEDALITÀ PRIVATA, nel suo originario e tradizionale ruolo di “voce” non cloroformizzata né timida dell’AIOP, per portare all’attenzione di chi ama le buone e sostanziose letture gli atti del Convegno “Il paradosso della spesa ospedaliera in Italia” ed il verbale della XLI Assemblea, celebrati a Roma (chi parla infiocchettato dice così) il 26 e il 27 maggio. Ci sono anche una breve nota sul convegno dei nostri Giovani, nonché, in appendice, qualche informazione sull’attività e sul rinnovato vertice (Presidenza, Consiglio nazionale e Comitato esecutivo) dell’Associazione. Rinnovato? Adiante, Pedro. Ma insomma, qualche novità c’è: una è fondamentale. Più avanti ne parlerò: intanto comincio dal Convegno.

IL PARADOSSO DELLA SPESA OSPEDALIERA IN ITALIA

Quello che il Presidente Miraglia ha voluto chiamare un paradosso, è stato analizzato, descritto, “vivisezionato” da al-

cuni autorevoli esperti, forti, appunto, di un’esperienza acquisita nei diversi campi della ricerca, dello studio, della politica, dell’amministrazione. Pubblichiamo, in particolare, come inserto, la relazione del prof. Enrico Spandonaro (Università di Roma Tor Vergata); l’intervento del Presidente della Commissione Sanità di Confindustria; e diamo conto di quelli dell’Assessore alla Sanità, del Direttore dell’Agenzia per i Servizi Sanitari e del Presidente dell’Agenzia per la Sanità Pubblica, tutti autorevoli esponenti della Regione Lazio. Forse troppo Lazio? Il Presidente Miraglia ha avuto modo di spiegare che imprevedibili coincidenze avverse, di natura istituzionale e politica, hanno ostacolato o impedito la presenza di personaggi “nazionali”, che in passato avevano assicurato la propria partecipazione, mentre ai “residenti” è stato possibile mantenere la promessa. Che c’è di male, poi...! Secondo il paradosso di Paracelo (pure lui!) non esistono sostanze nocive in sé, è la dose che fa il veleno! Così, al solo scopo di evitare il pericolo venefico di questa massiccia dose laziale, ci siamo permessi di al-

leggerire quagli interventi, eliminando, con rispettosa cautela, solo riferimenti di natura strettamente regionale.

Sulla base di questa informazione ciascuno può formarsi una propria opinione e – se crede – manifestarla. Io, per esempio, un’idea me la sono formata e non esito a scriverla. Avvertendo – se ce ne fosse assolutamente personale, non certo la posizione “ufficiale”

dell’AIOP.

L’idea è semplice – mi auguro non semplicistica – e la sintetizzo così. Il paradosso è che in sanità, e altrove, gli estremi si toccano e delineano un circolo vizioso che compone uno spazio entro il quale il cittadino, l’utente – inesorabilmente noi, insomma! – gode di una libertà vigilata, cioè di una non libertà.

Nelle regole – quelle solennemente scritte nelle leggi o sapientemente declamate e divulgate nei convegni – è garantita un’indiscussa libertà di scegliere medico e luogo di cura... come no?!? Però entro i limiti (i paletti) stabiliti da un altro, sollecito al bene comune; l’interesse pubblico che inventa, suggerisce, impone budget, volumi di spesa, regressioni tariffarie e simili diavolerie, di cui siamo debitori alla fonte, non esito a riconoscerlo, della intelligente, competente, trasparente on. Rosy Bindi, all’epoca Ministro della Salute, pericolosissima, proprio in virtù di queste sue innegabili doti, per tutto ciò che non è pubblico – funzione, amministrazione, gestione – perché, come è noto: “la salute non è una merce”... e amen!

Se non ricordo male, in termini generali

forte del paradosso...

questo principio, meglio pregiudizio, era stato seccamente formulato, all'inizio dello scorso secolo, dal noto liberista di Predappio, che aveva anche il dono della sintesi, più o meno con queste poche parole: Tutto nello Stato, tutto dallo Stato, niente al di fuori dello Stato! C'è qualcuno – privato profit, no profit, cooperativo, solidaristico, volontario – che producendo beni o servizi a costi minori, è in grado di somministrarli, ferma la buona qualità, a tariffe inferiori... c'è? Chisseneffrega!

Solo lo Stato è – può essere – etico: un'idea bizzarra eppure contagiosa, a diffusione direttamente proporzionale alla sua infondatezza, radicato nello spazio, nel tempo e nelle teste perché gli estremisti attecchiscono ovunque e prosperano a destra, a sinistra, al centro. Gli estremi, come dicevo, si toccano, in ogni tempo e in ogni contrada. Adesso probabilmente più di prima. Allora, niente da fare?

Un momento prima che sul ponte sventoli bandiera bianca, qualche elemento merita di essere ricordato per non cadere dal pessimismo nella depressione oziosa.

Primo: abbiamo la pelle dura, e già da qualche parte abbiamo affrontato situazioni difficili. Ricordo: ero un avvocato magari anche bravino ma ancora alle prime armi in sanità e già un Assessore del PCI, poi ottimo senatore della Repubblica, quando ci incrociava nei corridoi regionali non mancava mai di intonare la litania dei frati trappisti, quelli che possono parlare soltanto per dire: "Ricordati, fratello, che devi morire."

Noi battiamo ancora quei corridoi regionali, il suo partito non so! Certo se, nonostante tutto, con l'8% di risorse riusciamo ancora ad erogare, come nel Convegno è stato segnalato, il 10% delle prestazioni ospedaliere, forse qualche robusto merito e qualche affezionato cliente lo abbiamo conquistato.

Poi c'è l'Europa comunitaria: dove, pur tra mille esitazioni, e il protezionismo geloso degli Stati nazionali per i privilegi a favore del proprio sistema pubblico interno, faticosamente ma ininterrottamente avanzano, giorno dopo giorno, idee, proposte, iniziative sempre più coraggiose sul tema dei servizi di interesse generale, la tutela e la mobilità dei consumatori, la sanità.

Del resto neppure è scontato che all'interno del nostro Paese le cose andranno necessariamente come molti sperano e altrettanti temono. Storicamente non di rado è accaduto che la politica più liberale sia stata svolta dai governi più retrivi e viceversa.

Speriamo: la realtà alla lunga è più forte del paradosso, ... se no che paradosso sarebbe?

L'AIOP E LA XII ASSEMBLEA

E poi..., poi c'è l'Aiop. Nel luglio dello scorso anno si stava aspettando Godot. Senza essere profeta né figlio di profeta mi fu facile individuare come prossimi candidati due "cavalli di razza": quelli che poi, in questo anno di grazia 2006, hanno conquistato per la presidenza rispettivamente 22.979 (Paolini) e 20995 voti (Pelissero).

In democrazia, nelle Associazioni e negli Enti democratici è necessario anche votare. Non si "spacca" niente: al più ci

si divide. Come è precisamente avvenuto e come è giusto. Perciò non cambio una sillaba di quello che ho scritto allora: "Nello spirito unitario ci si può anche tranquillamente e serenamente contare."

Ora L'AIOP è addirittura più ricca perché ha in pista due grandi campioni, con biografia e attitudini diverse, certo, ma uniti dagli stessi obiettivi e dagli stessi valori. Basta considerare (o leggere qui) quello che hanno detto.

Questa maggiore ricchezza è scaturita, guarda caso!, da una competizione. Da sempre l'Aiop sostiene che la competizione è il meccanismo virtuoso che genera il prodotto migliore al costo più conveniente. Nell'Assemblea di maggio è andata così: voti uno, prendi due.

Peraltro la "storia" che l'AIOP è afflitta da un unanimismo bulgaro è soltanto una leggenda.

Il primo presidente "storico" Fabio Milone, fu disarcionato a Viareggio, nel 1977, da una banda di congiurati, tra i quali ricordo alcuni vivi e vegeti testimoni eccellenti, ora pacifisti accaniti; il mio secondo mandato a Capri nel 1988 fu l'epilogo di una gagliarda lotta in cui non mancarono nobili enunciazioni, vigorose polemiche e reciproche "capocciate" al torace.

Tutto tranquillo allora? Tutto normale?

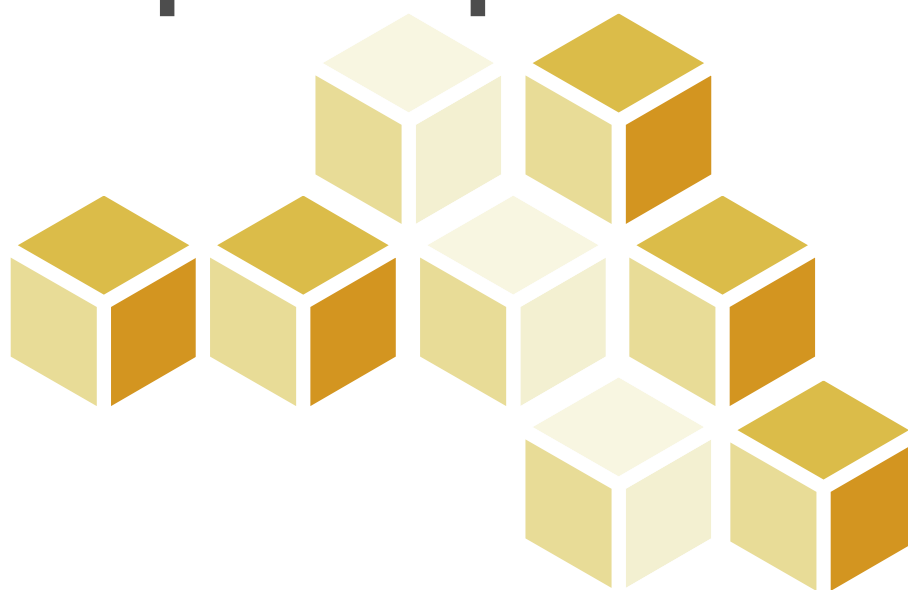
Non sono così ingenuo da sottovalutare le difficoltà di questo primo momento; ma per esperienza ho piena fiducia che tutto andrà a posto presto e bene.

Comunque, se malauguratamente così non fosse, occorrendo potremo contare sulla nostra AIOP giovani, questi freschi e orgogliosi imprenditori che si impegnano, studiano, lavorano, crescono. "Largo ai giovani, dunque... E se lo dice

L'Aiop a Roma

CONVEGNO - 26 maggio 2006

Il paradosso della spesa ospedaliera in Italia



Il "Riordino" del nostro S.S.N. che ha innovato, sin dal 1995, il modello di assistenza ospedaliera anche attraverso l'introduzione del sistema di pagamento prospettico aveva, tra l'altro, il fine di:

- a) incrementare l'efficienza tecnico-organizzativa della gestione degli ospedali;
- b) migliorare l'appropriatezza nell'uso dell'ospedale;
- c) sviluppare gli strumenti per la programmazione della rete ospedaliera regionale;
- d) migliorare il patrimonio informativo;
- e) contenere i costi ospedalieri;
- f) distribuire con equità le risorse fra erogatori.

Con i dati attualmente disponibili possiamo verificare che i primi quattro fini sono tendenzialmente raggiunti.

Per quanto concerne gli ultimi due punti, dai dati disponibili, la spesa ospedaliera in Italia dall'anno 1997 all'anno 2004, afferente gli ospedali a gestione diretta delle Asl si è incrementata del 44%, mentre quella afferente le Strutture private accreditate del 20%.

Ma negli stessi anni, mentre il F.S.N. è stato incrementato del 63%, la spesa ospedaliera relativa alle Strutture private accreditate ha inciso sul Fondo dello 0,6% nel 1997 e dello 0,4% nel 2004.

Lo studio della Facoltà di Economia dell'Università di Tor Vergata che verrà esposto dal Prof. Federico Spandonaro dimostra che è solo il settore privato a risentire degli effetti del nuovo modello di erogazione delle prestazioni ospedaliere.

Gli atti del Convegno



EMMANUEL MIRAGLIA

Presidente Nazionale Aiop

Apriamo i lavori del convegno di oggi, che per tradizione teniamo il giorno prima dell'incontro annuale per l'Assemblea della nostra Associazione.

Quest'anno ci è parso interessante affrontare un argomento che è forse il cuore dei nostri problemi, anche se in effetti non è il principale, cioè quello sull'evoluzione della spesa sanitaria,

con riguardo a quella ospedaliera e a quella della sanità privata. Si possono fare dei bei discorsi sulla libertà del cittadino, sulla possibilità di scelta, di competizione, ma se poi alla fine ci si accorge che veniamo bloccati da un macigno che non ci fa crescere perché mancano le risorse, non ci dà la possibilità di affrontare da imprenditori le nuove tecnologie, di poter risolvere i problemi contrattuali dei nostri medici e dei nostri impiegati, dei nostri infermieri; se ci accorgiamo che tutto questo problema pesa sulle scelte strategiche delle nostre aziende, cerchiamo di dare una risposta ad alcuni perché.

Con il convegno di oggi, cercheremo di capire se il problema del finanziamento, dell'evoluzione della spesa sanitaria ospedaliera, è un qualcosa di concreto o è soltanto un paradosso nel quale dobbiamo cercare di entrare per capire se ci sono delle risposte su cui fondare le nostre scelte imprenditoriali. Questo potrebbe essere anche il motivo per poter sperare in una evoluzione del nostro paese che tenga conto che le risorse sono poche, ma se sono mal gestite e mal distribuite, non si fa altro che peggiorare la situazione.

Cedo la parola al dottor Luciano Onder.

LUCIANO ONDER



Giornalista Rai

E' un tema importante questo, il paradosso nella nostra economia, l'economia e la sanità, un problema; la nostra sanità sta dando l'impressione in questi ultimi anni di essere un cantiere a cielo aperto, tutto è in continua trasformazione, per noi giornalisti non si fa in tempo ad inquadrare un problema che se ne presenta un altro e si sovrappone. Trasformazioni e cambiamenti sono continui, aggiornarci è un problema.

Si parla di una infinità di problemi, fino ad arrivare poi alla più grande delle trasformazioni, la devolution, o la regionalizzazione che pone a qualunque cittadino, a ciascuno di noi una serie di problemi.

Un cantiere a cielo aperto che, quindi, ci impone riflessioni, alla base di tutto l'economia, le spese in sanità, come contenere le spese, come razionalizzare, come trovare anche modi per investire in sanità, modi per alimentare gli investimenti in sanità.

Cedo quindi la parola al professor Spandonaro per la sua relazione.

(Il prof. Spandonaro presenta ed illustra lo studio sull'evoluzione e le prospettive della spesa ospedaliera in Italia che trovate nelle pagine centrali della rivista come inserto speciale staccabile.)

LUCIANO ONDER

Augusto Battaglia, assessore in una delle Regioni più impegnate, più complesse da gestire: l'aziendalizzazione è avvenuta nel Lazio nel 1994, l'ospedale azienda ha razionalizzato le spese, le ha contenute? Come sta andando? E l'integrazione fra pubblico e privato nella nostra regione come va?

AUGUSTO BATTAGLIA

Tavola rotonda

Assessore alla Sanità Regione Lazio



Se dobbiamo partire dalla scelta dell'aziendalizzazione, parto allora da un'affermazione chiara, netta, credo sia stata una scelta giusta, purché si acquisisca tutti il concetto che l'azienda sanitaria non ha solo il fine di far quadrare i conti ma anche quello di produrre salute perché è comunque un'azienda sanitaria territoriale ospedaliera.

Credo sia stata una scelta giusta perché oggi la sanità si misura con problemi nuovi e inediti, il sistema sanitario è più complesso che

nel passato, vive dinamiche molto più rapide, repentine rispetto al passato, ha bisogno di una flessibilità dovuta al fatto che anche la sanità è parte di questo mondo che rapidamente evolve e cambia, quindi cambiano i bisogni di salute, cambiano le tecnologie, cambiano i farmaci, di conseguenza cambiano i modelli organizzativi e noi ci dobbiamo misurare come sistemi sanitari moderni con la sfida di una domanda di salute che cresce. Prima c'era la lastra, poi è uscita la TAC, poi la risonanza magnetica, poi la PET, adesso uscirà qualche altra cosa e poi un'altra ancora. E' giusto che noi diamo la possibilità ai nostri medici, ai nostri tecnici, ai nostri professionisti della sanità di operare con il meglio che le tecnologie o della scienza medica, o della scienza farmacologica, offre. Così com'è giusto che il cittadino, se sa che c'è qualcosa che è migliore di quello che aveva prima, ambisca ad avere questo tipo di risposta. Quindi c'è un aumento di domanda della salute, l'invecchiamento della popolazione cresce, che si deve misurare con il limite delle risorse.

La spesa cresce, è cresciuta negli ultimi anni in tutti i paesi dell'OCSE in maniera continua. La nostra crescita mi pare sia in linea con la crescita media, non siamo quel paese spendaccione in sanità che a volte viene presentato. Tuttavia qualcosa ci manca, forse bisognerebbe arrotondare in più nel fondo sanitario nazionale. Se non altro per le responsabilità che noi abbiamo di attuare dei contratti e che anche voi avete perché i contratti non scattano soltanto nel settore pubblico, scattano anche nel settore privato.

“ Credo sia stata una scelta giusta perché oggi la sanità si misura con **problemi nuovi e inediti**, il sistema sanitario è più complesso che nel passato, vive **dinamiche molto più rapide**. ”



Aumento della domanda, limite di risorse. Credo che la scelta dell'aziendalizzazione risponda a questa esigenza di una sanità più dinamica e flessibile, più capace di mettere in campo modelli organizzativi nuovi che rispondano ai nuovi bisogni sanitari, che si adattino alle esigenze specifiche di quel territorio, di quella particolare struttura ospedaliera. Naturalmente questo non significa che va tutto bene, anzi, certamente non possiamo dirci del tutto soddisfatti. Io non sono di quelli che dicono: siamo il secondo sistema sanitario del mondo. Siamo complessivamente una sanità che si colloca nelle fasce alte della tutela del diritto alla salute, della qualità delle prestazioni sanitarie nel mondo. Questo è un valore che dobbiamo fare nostro e tenere sempre presente.

Però dobbiamo cercare di capire che cosa non va bene, cosa ha limitato l'aziendalizzazione sanitaria. Credo che alcune cose l'abbiano oggettivamente limitata, per esempio un'azienda ha bisogno di certezze di programmazione, ha bisogno di certezze finanziarie, quando la programmazione è debole l'azienda non ha una prospettiva chiara, quando non ha certezze finanziarie l'azienda si arrabatta come può ed ha difficoltà.

E' chiaro che un problema di fondo delle nostre aziende sanitarie pubbliche e private è quello della ridefinizione del fondo sanitario nazionale.

Non abbiamo fatto bene all'aziendalizzazione quando abbiamo tollerato che i budget annui fossero un punto di riferimento incerto, da non prendere sempre sul serio, una sorta di finzione perché poi arriva il "ripiano".

Credo che non abbiamo fatto bene all'aziendalizzazione quando abbiamo condizionato le scelte dell'azienda, quando abbiamo lottizzato, quando abbiamo condizionato le nomine, quando abbiamo fatto pressioni sulle gare, quando abbiamo limitato l'autonomia.

In positivo cosa possiamo fare? Oltre che superare i limiti che pure si sono manifestati - dove più, dove meno - dobbiamo fare il massimo sforzo per superare l'incertezza finanziaria: le Regioni hanno avviato in questi giorni un confronto con il nuovo governo, naturalmente non ci aspettiamo miracoli, ma una considerazione delle reali difficoltà

**ALESSANDRO RIDOLFI**

Direttore Agenzia
Servizi Sanitari Regionali

Grazie anzitutto al presidente Miraglia per aver invitato l'Agenzia di Sanità Nazionale. Grazie anche al caro amico neopresidente regionale Mauro Casanatta.

Diciamo subito che io mi trovo molto d'accordo con la relazione del professor Spandonaro.

Non so se sia un bene o un male, ovviamente mi trovo d'accordo nelle conclusioni, anche se i dati che noi abbiamo sono un po' diversi, abbiamo fonti diverse che comunque testimoniano stesse percentuali.

La cosa che più ci interessa in questo caso, proprio per venire incontro alla domanda di Onder, è quella che, a fronte di un incremento della spesa sanitaria di circa l'81%, c'è stato un incremento del fondo sanitario nazionale che più o meno va di pari passo, intorno al 74-75%. Parlo ovviamente del periodo 1995-2003, perché sono gli ultimi dati validati dalle Regioni. Abbiamo anche la proiezione dei dati del 2004 che più o meno testimoniano la stessa percentuale, quindi mi fermerei ai dati 2003.

La cosa importante è vedere che all'interno di questa percentuale di incremento di circa l'81% le variabili che compongono questa voce sono assolutamente eterogenee tra loro. Tra vari fattori quello del personale è al di sotto della soglia in maniera molto rilevante, circa il

finanziarie.

Nelle Regioni ci vuole poi più programmazione, più capacità programmatoria, una programmazione vera, il piano sanitario regionale non può essere l'indicazione di obiettivi generali che tutti condividiamo, ma deve sforzarsi di essere uno strumento operativo.

Poi dobbiamo portare avanti il risanamento finanziario.

Quando affrontiamo il rapporto pubblico-privato, dobbiamo essere capaci di capire cosa dobbiamo fare perché il privato possa a pieno titolo, nella filosofia dell'accreditamento, partecipare alla realizzazione del progetto di sanità pubblica, ma anche capire come, attraverso una maggiore contaminazione tra pubblico e privato anche il pubblico possa superare alcuni aspetti di burocratizzazione, di difficoltà sul piano della produttività: che certamente è un problema che noi stiamo cercando di risolvere.

Nei prossimi anni dovremo lavorare, se vogliamo rivitalizzare questo rapporto pubblico-privato, su un processo parallelo, quello definito dalla legge nazionale e dalla legge regionale numero 4, i nuovi requisiti per l'autorizzazione che sono la base per la rivisitazione del sistema sanitario pubblico e privato e anche per i nuovi accreditamenti che avranno bisogno poi di atti programmatori e di regole nuove per l'accreditamento. Questo è un pezzo della strada che dovremo fare insieme nei prossimi anni, parallelamente al processo di risanamento finanziario della Regione Lazio.

In questa sfida dovremo lavorare per dotarci di strumenti nuovi, li dovremo trovare insieme, questo è il nostro auspicio ed è il senso del lavoro che abbiamo fatto con tutte le organizzazioni, anche della rappresentanza della sanità privata, sia della sanità ospedaliera privata che della sanità territoriale privata. Dobbiamo lavorare per trovare strumenti nuovi di programmazione, dobbiamo lavorare per trovare anche strumenti nuovi nella gestione quotidiana dei nostri servizi sanitari.

“ Noi come Agenzia, di cultura sia liberale che liberista, siamo assolutamente d'accordo che si proceda ad una revisione del 502. Questo perché **la competizione tra pubblico e privato** non può andare che a vantaggio del pubblico. ”

43,74%. Questo ovviamente ha un motivo tecnico dovuto sia al fatto dei famosi contributi sanitari del '98, poi tradotti in IRAP, sia al non incremento di personale a motivo delle varie Finanziarie che si sono succedute negli ultimi cinque anni

Questo ha fatto sì che l'ingresso di personale dipendente all'interno delle strutture sia diminuito e questo ovviamente a tutto svantaggio dell'altra variabile che è quella dell'incremento di beni e servizi, dove la voce si attesta con un incremento piuttosto rilevante rispetto all'81 di media che è circa del 122%. Questo per il fatto di aver contabilizzato all'interno di questa voce sia l'IRAP dal '98 in poi, sia quello della tendenza di tutte le strutture (questo ovviamente riguarda più il pubblico che il privato) di esternalizzare molti servizi, come le pulizie e tanti altri che, di fatto, con il divieto di assunzione diretta, è stato esternalizzato. Ovviamente un incremento altrettanto importante è quello della spesa farmaceutica che si attesta intorno al 135%, Quindi rispetto alla media dell'81% lo scostamento è rilevante.

Altro fattore importante è quello della specialistica convenzionata, l'incremento maggiore è di circa il 149,87%, che la dice lunga sul fatto che c'è una nuova cultura da parte del cittadino, il quale a fronte di nuova offerta di prestazioni specialistiche ha sempre più la tendenza a prevenire, e quindi questo dovrebbe andare a tutto vantaggio del tasso di ospedalizzazione successiva che, di fatto, scende. Poi ci sono altre prestazioni che riguardano la migliore assistenza per gli anziani, quindi per tutto ciò che riguarda i non autosufficienti, dis-

abili, ecc.

Ma vorrei venire all'ospedaliera convenzionata. E' da notare anche la medicina di base che riguarda i costi per i medici di medicina generale, pediatri libera scelta, è al di sotto della media, l'incremento è di circa il 75%. Quello che ci riguarda più da vicino è quello dell'ospedaliera convenzionata, cioè il 66,88%. Come vedete è ben al di sotto dal valore medio di quell'81% che è stato l'incremento del decennio 1995-2004. All'interno di questo dato, a seguito dell'introduzione della contabilità economica, quindi, si è passati da quella finanziaria a quella economica. Per noi non è stato facilmente rinvenibile il dato dell'ospedalità privata, quella che vi riguarda, perché per l'ospedalità privata il dato è accorpato ai policlinici universitari e agli ospedali classificati. Quindi abbiamo un dato generale: questo 66% riguarda tutte queste categorie di ospedalità.

Con le proiezioni fatte, in base ai dati che ci hanno inviato le Regioni e anche i dati AIOP, abbiamo preso a parametro anche quelli, e abbiamo visto che, a confronto dell'81% nel decennio, l'aumento per le case di cura privata riguarda solamente il 59%. Fatto importante è che a seguito di questo dato, perché è sempre validato quello del 2003, quindi circa 12.300 ricoveri, abbiamo visto che il costo medio per ricovero è di circa 3.200 euro e viene sforato nella sanità pubblica, siamo intorno ai 3.500 euro, mentre riguarda solo 1.891 euro per la sanità privata. Questi sono dati ovviamente del ministero, l'Agenzia nazionale, che da una parte fanno onore all'ospedalità privata, ovviamente dall'altra preoccupano. La contrazione dei costi non sempre si accompagna a maggiore qualità. E' quello che a noi serve constatare.

Un altro dato importante. Vi assicuro che non vi stancherò più con i dati, ma ovviamente un'Agenzia che si occupa di questo ha il dovere di citarli. Sempre parlando del 2003, gli ultimi dati convalidati: il costo delle case di cura private sul totale della spesa dell'ospedalità di circa 39 miliardi di euro, rappresenta l'8,6%. Mentre si ricoverano nelle case di cura private il 14,5% dei cittadini.

Ovviamente ci preoccupa la differenza delle tariffe, quindi i DRG che si praticano nelle regioni. Solo sei regioni in Italia utilizzano gli stessi DRG, altre dieci regioni applicano una riduzione tariffaria dal 2% al 21% e quattro regioni, Piemonte, Campania, Puglia e Sicilia, praticano addirittura riduzioni che vanno dall'8 al 43%.

Noi come Agenzia, di cultura sia liberale che liberista, siamo assolutamente d'accordo che si proceda ad una revisione del 502. Questo perché la competizione tra pubblico e privato non può andare che a vantaggio del pubblico. Ho avuto modo di apprezzare le dichiarazioni della neo ministro Turco, su questo, e sono assolutamente convinto che la sanità debba essere una e pubblica, ma la differenza è quella tra il committente, cioè tra chi detiene il potere della sanità, la responsabilità della sanità che è appunto il pubblico e la differenza con l'offerente. Se noi vediamo astrattamente questi dati, "converrebbe" spesso affidarci alla sanità privata. Cioè, una sana competizione tra pubblico e privato non può che far bene al settore pubblico.

Ovviamente, dopo aver detto cose lusinghiere per la sanità privata, c'è da dire che questa contrazione eccessiva di costi e di remunerazione per il privato fa sì che ci siano delle degenerazioni, che non certo fanno bene al sistema, che sono quelle di qualità media di ricoveri diversa dalle strutture pubbliche e soprattutto da alcuni fenomeni che spesso noi notiamo quale la scelta dei pazienti, procedere a più ricoveri per sfruttare le tariffe che sono più basse, quindi delle deformazioni che fanno sì parte del concetto del privato, quindi del profitto, a tutto svantaggio della spesa del sistema sanitario nazionale.

Nella scorsa legislatura si è pensato più volte alla revisione di leggi importanti, mi viene in mente quella dell'aborto, la 180 sulla salute mentale. Credo che fra le cose prioritarie da fare ci sia una revisione del 502 perché la competizione tra pubblico e privato possa portare

sempre più ad un'offerta di salute, in questo caso parliamo di un bene primario, che sia sempre più all'altezza.

L'abbiamo accennato prima, la risposta è molto semplice, è quella della qualità delle prestazioni erogate. Ad oggi noi sappiamo che ci sono strutture pubbliche e private che funzionano bene e meno bene. Sappiamo altrettanto che ci sono delle strutture private di eccellenza, ma ne vengono in mente diverse, che erogano servizi con uno standard qualitativo di assoluta eccellenza e probabilmente imparagonabile a quello pubblico. Quando dico imparagonabile è proprio per una precisa scelta: mi viene in mente l'Emilia Romagna che per estrazione non è certo una regione dove almeno in un primo approccio il privato possa essere preferito. Ma ad esempio, tutto ciò che riguarda la cardiocirurgia in Emilia Romagna è dato in appalto alla sanità privata per lo standard qualitativo riconosciuto al privato, quindi è stata una scelta politica ben precisa, è quella di "deviare" dal pubblico. Mi auguro che sempre più nel prosieguo sia garantita comunque questa operatività continua tra pubblico e privato. Le scelte di programmazione possono essere fatte anche in base a determinati settori, quindi non più una sanità privata tout court, che va su tutte le varie branche specialistiche, ma una scelta ben precisa, come è per l'appunto la Regione Emilia Romagna, un caso ben preciso e mi sia consentito quasi in una regione limite.

GUIDO RIVA



Presidente della Commissione Sanità di Confindustria

Molti si chiedono perché noi ci intessiamo di sanità: è semplice, perché il sistema delle imprese paga più della metà del valore della sanità italiana.

I relatori che mi hanno preceduto hanno chiaramente identificato che la sanità in Italia non costa tanto di più che negli altri paesi, anzi, costa sicuramente di meno. L'Italia spende meno in sanità di quanto non spenda la media europea. Però abbiamo un problema rispetto agli

altri paesi dato dal nostro debito pubblico che ci impedisce di effettuare i necessari ripiani anno per anno. Cosa che avviene in tutti gli altri paesi perché i paesi che noi prendiamo sempre come riferimen-

“ La governance istituzionale deve essere pubblica, ma l'erogazione delle prestazioni la deve dare **chi offre la migliore qualità** al prezzo più conveniente, che sia il "pubblico" o il "privato"; che sia un privato profit o un privato no-profit. **Questa è la strada** che Confindustria può vedere per il futuro. ”

to, non hanno servizi sanitari in equilibrio economico e finanziario. Non è affatto vero, sono tutti in rosso, dalle casse mutue tedesche al sistema inglese, che è disastroso, al sistema francese che ha dei disavanzi annuali importanti. Però vengono ripianati tutti anno per anno, cosa che in Italia non è possibile per il debito pubblico che abbiamo. Quindi la qualità della sanità che riusciamo a dare in questo paese, se consideriamo che spendiamo meno degli altri, è certamen-



te da vedere con un occhio positivo.

Un altro aspetto che dovremo prendere in considerazione è che la nostra sanità, nonostante sia di buon livello, non si può forse dire ottimo. Non costa come le altre, forse costa meno, ma al suo interno ha delle risorse finanziarie, dei territori di recupero... spaventosi, perché abbiamo un servizio carico di inefficienze e di sprechi, molto più alti di quello che possiamo immaginare, o che possiamo soltanto accettare di credere.

Nonostante tutto, però, lo Stato a questo non mette una grande mano. Noi abbiamo presentato una ricerca economica sul valore della sanità, sul PIL, come possibile motore trainante dell'economia del paese; a breve ne presenteremo un'altra su alcuni punti di spreco. Una sola patologia, se confrontata con il tipo di trattamento moderno come sta avvenendo negli Stati Uniti, in Germania e in alcuni altri paesi avanzati (dove il technology assessment è un sistema dello Stato per il controllo del rapporto costi-benefici) quel modello applicato sul nostro paese porta ad un recupero di quattro miliardi di euro. Lo dissi l'anno scorso ad Annual Sanità e Laura Pellegrini mi saltò al collo dicendo che non era vero. Abbiamo riconfrontato tutti i dati: è la verità. Quattro miliardi di euro di spreco soltanto nel non uso dell'appropriatezza per una sola patologia. Pensate che cosa si può recuperare all'interno del bilancio generale, non parlo di regioni ma di servizio sanitario nazionale.

Di fronte a tutto questo l'OCSE ci dice una cosa: avete una sola possibilità, la partnership pubblico-privato. Non è una battuta, proprio ieri sera l'Agenzia Fitch ci ha declassato dicendo che l'Italia non può avere un recupero a livello dei valori di Maastricht prima di dieci anni. Il nostro paese non ha la possibilità di mettere altre risorse finanziarie sul piatto, quindi dobbiamo fare con quelle che ci sono: dobbiamo stringere la cinghia, rimboccarci le maniche e recuperare dagli sprechi, recuperare dalle inefficienze gestionali, recuperare soprattutto mettendo in pari dignità di diritti e doveri il "pubblico" e il "privato", perché questo è già un sistema misto da tanti anni. È inutile che par-

“ Noi crediamo fortemente che l'apporto del "privato", della partnership pubblico-privato, abbia veramente un futuro e sia **un pilastro pesante**, importante, per la salvezza del nostro Servizio Sanitario Nazionale. ”

liamo di Servizio Sanitario pubblico, non è affatto vero, sia dal punto di vista finanziario che delle strutture.

Dobbiamo veramente arrivare ad una parità di diritti e di doveri. Si dice di modificare il 502: è mai possibile che lo stesso ente possa accreditare, abbassare le tariffe o crescerle? Certamente è soltanto a suo vantaggio per cercare di spostare dei ricavi a seconda del momento, a suo favore o a favore di altri. Oggi parità di diritti e doveri non c'è, è quella che dobbiamo andare a perseguire.

Una vera partnership darebbe oggi la possibilità di avere, all'interno del servizio sanitario, nuovi capitali, perché di capitali privati, pronti ad entrare in un regime molto più chiaro, in un regime di parità, ci sono; darebbe la possibilità di avere "il privato" in quella che si chiama reingegnerizzazione della sanità sul territorio, cioè dei servizi sanitari e socio-sanitari; porterebbe all'interno di un servizio pubblico nuove tecnologie di gestione, nuove tecnologie di cura, soprattutto porterebbe capitali. Questa è l'unica situazione positiva cui noi possiamo guardare. L'OCSE ce lo sta raccomandando da qualche anno, velatamente ma fortemente.

Noi crediamo che la governance istituzionale della sanità debba restare in mano allo Stato, una governance per dire chi fa che cosa, chi ha diritto a che cosa, una governance per avere un sistema di finanziamento corretto. In questo deve entrare per forza il federalismo fiscale anche se ad oggi nessuno ci vuole mettere mano, ma è necessario che questo avvenga. L'erogazione della prestazione non è scritto da nessuna parte che debba essere pubblica. Costantemente si dice che il servizio sanitario deve essere pubblico: certo, la governance istituzionale deve essere pubblica, ma l'erogazione delle prestazioni le deve dare chi offre la migliore qualità al prezzo più conveniente, che sia il "pubblico" o il "privato"; che sia un privato profit o un privato no-profit. Questa è la strada che Confindustria può vedere per il futuro e per cercare di dare oggi una mano al servizio sanitario che ci ha portati in una situazione piuttosto pesante.

In questi giorni si dice che il disavanzo accumulato, già al netto dei ripiani, supera i 15 miliardi di euro. Molte fonti, dal Ministero dell'e-



conomia dicono che la cifra è molto più alta: e di fronte a questo, però, fino ad oggi l'Amministrazione Pubblica, Stato e Regioni insieme l'unica cosa che hanno fatto è stata quella di guardare il prezzo dei farmaci, il prezzo dei dispositivi, mettere dei tetti all'operatività delle strutture convenzionate. Ma di trasparenza reale forse se ne comincia a parlare adesso in modo molto velato. Voi avete l'obbligo di presentare un bilancio alla fine dell'anno perché, se non quadra, poi lo portate in tribunale insieme a tutti i libri. Ma che cosa fa la Pubblica Amministrazione: dove sono i bilanci delle ASL, e veri bilanci? Che peraltro, quand'anche fossero veri, sappiamo che non sono nemmeno integrabili con il bilancio della Regione. Questa è la situazione di oggi. Noi crediamo fortemente che l'apporto del "privato", della partnership pubblico-privato, abbia veramente un futuro e sia un pilastro pesante, importante, per la salvezza del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Che certamente non vogliamo vedere finire neanche come quello statunitense che è sotto gli occhi di tutti, il sistema privatistico che con il doppio del costo della media europea lascia fuori dal servizio 40 milioni di cittadini.

La spesa sanitaria nel nostro paese se non è la prima è la seconda spesa pubblica: la dimensione è attorno ai 93 miliardi di euro, ma la spesa reale, per il cittadino italiano si aggira attorno ai 120 miliardi, perché c'è la quota privata che dobbiamo considerare. Il cittadino italiano paga la sanità pubblica, non è affatto vero che sia gratuita, la paghiamo con le imposte e in tutte le maniere possibili.

E' chiaro che di fronte a delle cifre del genere va presa in considerazione la spinta economica, cioè la valutazione economica, non si può non prendere in considerazione. Anche il primo ministro nel suo discorso di insediamento mi pare abbia citato la spesa sanitaria in termini finalmente moderni, è la prima volta che in Italia si sente parlare di spesa sanitaria non più come di una spesa, ma come costo di un investimento.

Noi lo stiamo dicendo da tantissimi anni che quello che gli italiani spendono per la sanità potrebbe essere trasformato in una opportunità di sviluppo per il paese, per la prima volta l'ho sentito dire da un presidente del consiglio nel discorso di insediamento. Una grande opportunità di sviluppo del paese.

La sanità nel suo insieme, con l'indotto arriva all'11,5% del PIL; dà lavoro direttamente ad 1,3 milioni dipendenti e con l'indotto arriva a 2,4 milioni di dipendenti.

Una spinta economica dietro questo, c'è per forza.

Si parla tanto in Italia che non spendiamo in ricerca: bene, la sanità è il più grande motore di ricerca nel mondo, per ogni mille euro di costi di produzione 30 euro, vuol dire il 3% contro una media nazionale dell'industria manifattura che non arriva a 6 euro. Stiamo parlando del 10% delle forze occupate, dell'11% del PIL. E' vero che la spesa pubblica vale il 48% del PIL, l'abbiamo sentito dire in varie occasioni negli ultimi tempi, ma la sanità restituisce al PIL l'11%, è il terzo settore economico di questo paese, primo il manifatturiero, secondi sono i servizi bancari e assicurazioni, terza la sanità che gli sta proprio dietro.

Noi non siamo affatto pessimisti, anzi, noi vediamo la sanità come una opportunità di sviluppo. Ma quando ci troviamo di fronte a numeri che vengono fuori di questa dimensione, 15 miliardi di euro (già ieri ho letto 17 da qualche parte, il ministero dell'economia dice che sono ancora di più) da dove viene questo disavanzo? Come mai si è creato senza che nessuno se ne accorgesse, senza che nessuno dicesse nulla?

La non trasparenza dei conti pubblici e della sanità è sotto gli occhi di tutti: cosa succede quando

una ASL non presenta il bilancio? Nulla; sappiamo anche che quando alla fine dell'anno, si dovrebbe fare un match sommando il bilancio delle ASL con il bilancio della Regione è impossibile farlo perché uno è su base economica e l'altro è su base finanziaria. Questa situazione diventa difficile se non si cambiano le regole.

LUCIO D'UBALDO

Agenzia di Sanità pubblica Lazio



Noi ci troviamo, prima l'assessore Battaglia, adesso io, a partecipare a questo dibattito essendo di Roma e siamo quelli che più facilmente possono essere coinvolti anche in una discussione che invece ha una cornice nazionale. Però è anche vero che quando si parla del Lazio, della spesa sanitaria, si ha il vantaggio di discutere di qualcosa che è paradigmatico, cioè discutiamo di un qualcosa che riassume in sé, negativamente purtroppo, tutti i problemi che sul piano generale vengono illustrati e inquadrati.

Non c'è dubbio che siamo portati tutti come cittadini ad immaginare una soluzione ad un problema spostando l'angolo visuale laddove ci è più facile, non dico più conveniente, quindi è chiaro che in questo dibattito ciascuno di noi pensa che la soluzione del problema sia quella di dire: il carico della responsabilità, l'onere del risanamento va collocato un po' più a destra e un po' più a sinistra. Questo è fisiologico. Però vediamo quali possono essere gli aspetti positivi di questo tragitto, di questa faticosa traversata nel deserto.

Nelle parole usate dal rappresentante della Confindustria c'è una nota di pessimismo che peraltro è doppiamente giustificata avendo già alcuni esponenti del nuovo governo dato vita ad una sarabanda di dichiarazioni pessimistiche, ma non vedo perché ci si debba accodare: è facile dire che siamo arrivati al disastro. Ma quanto è accaduto ieri non è il declassamento del debito. L'Agenzia Fitch, che peraltro non è la principale, dice: noi mettiamo sotto osservazione l'Italia perché l'andamento della spesa ci pare fuori controllo. Questo è un fatto preoccupante ma non ci hanno declassato, questo significa che le autorità di governo hanno la responsabilità di avviare un'azione ri-

gorosa, però non siamo a quel punto di crisi che pure sentiamo psicologicamente tutti gravarci sulle spalle.

Avendo la coscienza divisa, si fa presto a contestare, come accade in questi giorni leggendo le cronache nazionali, una compagine di governo che si divide fin dal primo momento, mettendo in mostra le più diverse valutazioni sui vari campi dell'attività governativa stessa. Però si fa fatica ad accettare, cosa che è avvenuta nel Lazio - devo parlare di questa nostra regione - che nella sanità per quasi un anno siamo andati avanti, forse con qualche ritardo, ma non dando vita a nessuna polemica significativa. Si può dire che questo è troppo poco, forse è vero, ma la cosa paradossale è che in questi ultimi tempi sui giornali si inventano polemiche ad arte. Si dice: ma quel partito vuole una cosa, quel partito ne vuole un'altra, quasi cercando la rissa. Questo è un paradosso perché da una parte, come cittadini, siamo portati a dire che appena insediato il governo ha queste difficoltà. Ma quando dobbiamo constatare che una compagine di governo regionale dimostra una certa coerenza, una certa linearità di condotta, non ci sono polemiche significative, invece di essere assunto come punto importante, non risolutivo perché si può andare d'accordo anche facendo cose sbagliate, tuttavia non soddisfa.

Certo, la coerenza, la capacità di avere il giusto momento di tenuta rispetto alle cose che si sono dichiarate in campagna elettorale, credo sia stato un merito di questo governo regionale, anche negli aspetti paradossali. Personalmente ritengo debba essere necessario riprendere un ragionamento perché il centro sinistra nel momento in cui ha vinto le elezioni regionali ha detto: noi aboliremo il ticket. Lo abbiamo scritto nel programma, personalmente ho anche partecipato alla redazione di questa posizione, quindi lo dico con molta sofferenza, ma anche con un po' di responsabilità. Abbiamo fatto bene ad introdurre un concetto che sicuramente ha colto un certo favore nella pubblica opinione, genericamente considerata, o abbiamo fatto male? Penso che abbiamo fatto male, perché se in sanità non si reintroduce, o non si introduce, un elemento di verifica puntuale del costo di un servizio non ce la faremo mai a recuperare un qualche equilibrio tra risorse e spesa.

Dobbiamo avere la responsabilità politica, ovviamente parlo per chi ce l'ha, di dire che sia pure andando incontro ad una difficoltà nel rapporto con l'elettorato e con la pubblica opinione, queste scelte che sono anche dolorose e difficili, vanno messe in cantiere. Dobbiamo ripensare all'opportunità o meno di avere un ticket in sanità, altrimenti non sfuggiamo alla tagliola che esiste a livello di legge. La scadenza del 31 maggio si approssima. Sicuramente una via d'uscita fittizia la si potrà anche trovare, ma il dato di fondo rimane. Perché delle due l'una: o c'è un meccanismo forzoso che impone l'innalzamento delle aliquote fiscali per coprire il buco in sanità, oppure se non c'è un sistema forzoso non vuol dire che il problema sia risolto. Non è spezzando il termometro che la temperatura scende. Se c'è un innalzamento della febbre puoi far finta di non vederlo perché il termometro è rotto.

Cosa fare? E' evidente che la Regione Lazio, come altre regioni - ma la nostra assorbe molta parte del debito sul piano nazionale - è costretta, obbligata, deve per forza di cose dare un segnale che vada nella direzione di un forte e rigoroso contenimento della spesa. Ha detto l'assessore Battaglia che molte cose sono state fatte, ed è vero, ma è anche vero che la gestione stessa del debito deve essere messa sotto controllo. Bisogna fare un appello a noi stessi, non so a chi altri,

Non dobbiamo compiere l'errore di dire che siamo d'accordo nel costruire un processo, **una gestione diversa** e poi però costruire giuridicamente e istituzionalmente qualcosa che non abbia la dignità, la forza e l'autorevolezza per intervenire in modo serio e rigoroso.

affinché quando si parla di gestione del debito vi sia anche un elemento di trasparenza. Non possiamo pensare che quando si parla di grandi processi che attengono alla spesa pubblica nel suo complesso, quando parliamo di provvedimenti dello Stato, c'è un'attenzione massima dei giornali, c'è una illuminazione di tutte le scelte e quando invece si scende a livello regionale questo controllo si fa più debole.

Dico con molta chiarezza che la gestione del debito pregresso deve essere affidata ad un pool di banche. Non ci può essere un monopolio e ci deve essere anche dentro quel procedimento qualcosa che garantisca un di più di autorevolezza e di trasparenza. Penso che un ruolo della Cassa Depositi e Prestiti dentro un contesto ben preciso si potrebbe anche individuare.

Quando prima si è sollevato il problema della individuazione degli standards di qualità, l'assessore ha fatto quell'accento importante dicendo: bisogna che ci rendiamo conto, non è che la puoi cantare e suonare da solo. Non è che il pubblico dica a se stesso in parte, e soprattutto per altri, come si deve operare. Stabilisce in questa forma equivoca il criterio di selezione e di lettura della qualità degli standards. Ma il problema va studiato con molta attenzione. Negli anni passati l'AIOP ha organizzato un seminario su questi problemi, cioè

sulla terzietà dei controlli. Ci sono materiali che possono essere utilizzati con molto profitto, ci sono aspetti giuridicamente complessi, non possiamo fare un organismo finto. Un ruolo dell'Agenzia di sanità pubblica dentro questo processo credo ci debba essere; la terzietà del controllo non può essere qualcosa che viene costruito sulla base di un artificio, cioè sulla base di una certa operazione. Ho presente l'esperienza unica in tutto il panorama nazionale degli enti locali. Dell'Agenzia romana sul controllo dei servizi pubblici locali sono circa diciotto

mesi che si persa la traccia della sua esistenza. Io conosco bene chi la dirige, sono persone di grande qualità, però l'istituzione non funziona più, perché in effetti non è un'agenzia terza, non è un'authority vera, è uno strumento operativo del Comune di Roma. Quando l'ente che ha in mano questa struttura decide che non deve più operare, basta leggermente agire in un modo o nell'altro sulla manopola che regola le attività e queste si fermano.

Non dobbiamo compiere l'errore di dire che siamo d'accordo nel costruire un processo, una gestione diversa e poi però costruire giuridicamente e istituzionalmente qualcosa che non abbia la dignità, la forza e l'autorevolezza per intervenire in modo serio e rigoroso.

Penso però che questo vada fatto per non lasciare le cose in sospeso. Si parla tanto di verifiche. Dopo le elezioni è sempre così, parlo delle elezioni che si svolgeranno sul piano locale. La prima regola vera, basta vedere cosa succede nei paesi dove questa esperienza è più consolidata, quando le cose vanno male non è che si cambiano i vertici politici, si cambiano i vertici gestionali, è una dura realtà, qui noi siamo in arretrato. Il centrosinistra ha avuto questa responsabilità, c'è un nuovo governo regionale, dobbiamo fare verifiche. Però dobbiamo anche avere la capacità di capire, se la macchina non funziona, quale pezzo va cambiato, quale bullone va stretto quale procedura va introdotta.

Quando si dice che il deficit si accumula e non ci sono meccanismi idonei per controllarne la genesi, oppure quando si accerta l'esistenza di un deficit e poi non si cerca di risalire alle responsabilità, questo purtroppo è un dato di verità. Ma mi permetto di dire però che ciò non viene contrastato con la sufficiente energia da quella che si ama definire la società civile. Molti di voi hanno avuto costantemente la possibilità di leggere le cronache di Roma. I giornali sono molto af-

fascinati da alcune parole magiche e si dice da qualche mese che nel Lazio dovremmo creare il "cruscotto" per vedere come funziona l'andamento della spesa.

Mi sono permesso dire una cosa che il dottor Riva con eleganza ha buttato sul tavolo: è molto difficile creare un "cruscotto", non so se ci sia un imprenditore in grado di farlo, cioè un qualche cosa che permetta di fare il monitoraggio di una spesa che secondo alcuni canoni, quelli della Regione, risponda a logiche di contabilità finanziaria e invece per quanto riguarda le aziende sanitarie risponde ad altre logiche di natura contabile.

Come far sì che una cosa del genere funzioni? Questo non mi pare possa funzionare. Personalmente posso anche dire una corbelleria, ho cercato di intervistare qualche mio amico direttore generale di qualche ASL e mi ha detto che in effetti non funziona. Sappiamo che non funziona, però noi da cinque mesi se leggiamo Repubblica - che non mi pare sia in mano a qualche cooperativa di lavoratori, è un giornale che ha una proprietà, dovrebbe essere anche vicino e sensibile, come in molti casi è, ai temi di una economia moderna - vediamo che c'è una esaltazione di cose che appartengono purtroppo ad una qualche forma di coreografia.

E' giusto che sia così, è giusto che in una tavola rotonda o in un convegno, in un dibattito, si individui la responsabilità di altri dicendo: questo non funziona è colpa tua. Ma in una società che ha i suoi equilibri e i suoi punti di dialettica, tutti siamo responsabili. Quando si propongono soluzioni che non reggono, bisogna avere la capacità di dire subito che non reggono. Invece mi pare ci sia una tendenza a far sì che quando la proposta viene mal congegnata e rappresentata magari con grande enfasi, anche coloro i quali hanno la responsabilità o hanno il potere per dire che non va bene, si astengono dal farlo.

Anche questa è una riflessione che dobbiamo fare, cioè bisogna capire perché quando si parla di interventi, di spesa chiamiamola anche di investimento sul versante della sanità - poiché parliamo di numeri consistenti, poiché parliamo oggettivamente di interessi consistenti - non vi è quella capacità o quella opportunità di conoscere, di vivere, di utilizzare questo gioco dell'equilibrio tra gli interessi contrapposti che è tipico di una società evoluta. Invece c'è una sorta di condiscendenza.

Va bene che si getti sul tavolo questo tipo di considerazione, ma è giusto che la critica venga organizzata secondo parametri più rigorosi e approfonditi, più estesi perché parliamo di un qualcosa che ha come punto di rifrazione e di congiunzione un sistema molto complesso, dove anche il privato ha da parte sua strumenti e mezzi per far valere subito le sue obiezioni e i suoi problemi.



Conclusioni

EMMANUEL MIRAGLIA

Per le conclusioni voglio partire da una valutazione che tutti noi facciamo di fronte ad un fenomeno: c'è chi ha delle sensazioni e chi sta alle notizie. Tra l'altro tutti i giornali di questo ultimo periodo a proposito del "calcio" hanno tirato delle conclusioni: ma in che modo? C'era mezza Italia o forse anche più, che da venti anni aveva delle sensazioni, poi si sono accorti che ci sono anche i fatti. Per noi questo convegno serviva anche per fare una verifica su delle sensazioni che tutti noi da anni abbiamo, e continuiamo ad avere, per capire se poi, nei fatti, queste sensazioni siano vere oppure no.

Quali sono le sensazioni che tutti noi e voi abbiamo? Da anni diciamo: basta con il discorso secondo cui il privato si arricchisce sulla sanità, invece assorbe la massima parte delle risorse, mentre noi stiamo vedendo, perlomeno negli ultimi dieci anni, che c'è un impoverimento vero della gestione e del finanziamento del "privato" all'interno del Servizio Sanitario Nazionale. Noi abbiamo cercato di documentarlo, il nostro Libro Bianco nell'ultima edizione, (ne sono uscite tre) in pratica ci dice che le risorse assegnate alla sanità privata nell'arco di sette-otto anni, sono diminuite di un punto percentuale, cioè su tutta la spesa ospedaliera noi siamo passati dall'8.9% al 7.9%. Alla fine del 2004 ci dicevamo: speriamo che si fermi. E invece noi a dicembre dell'anno scorso, ci siamo accorti che c'è stato un ulteriore impoverimento perché da 7.9% siamo scesi a 7.8%.

Queste erano delle sensazioni e anche delle notizie per noi. Volevamo verificarle con uno studio, un'elaborazione, una comunicazione di dati ufficiali, per capire: come va questa spesa sanitaria, questa spesa ospedaliera? Ho messo un titolo: "Il paradosso": quando si hanno delle sensazioni, si hanno delle certezze, si hanno delle delusioni, alla fine il tutto diventa un paradosso. Mi sembra che i relatori autorevoli che si sono succeduti prima di me nel cercare di capire questo paradosso confermano la mia analisi. Qual è il paradosso? Abbiamo meno risorse e comunque esplichiamo un servizio di alta qualità. In passato ci veniva detto (e ci verrà detto anche in futuro, perché la disinformazione, non dico la malafede, in Italia proseguirà sempre): vi dobbiamo dare meno soldi, costate di meno perché fate una qualità inferiore, non fate i grossi interventi che si fanno negli ospedali. Allora, volete avere le stesse risorse dell'ospedale?

Noi abbiamo documentato il contrario, in altri nostri convegni... È stato confermato oggi nell'esposizione del professor Spandonaro, che da dieci anni ci sono dei sistemi di valutazione di carattere oggettivo. Non c'è più il pagamento a giornata di degenza nella quale un paziente nello stesso giorno può aver fatto un intervento di altissima cardiocirurgia oppure soltanto curato un'influenza. Oggi il sistema del DRG, del peso medio, del case mix sono tutti va-

lori che dicono, a parità di prestazione, come deve essere remunerata quella prestazione.

Questo sistema dovrebbe chiudere la bocca a chi dice: vi paghiamo qualcosa in meno perché fate qualcosa in meno. Cosa è uscito fuori da questo incontro? In effetti il peso medio, il ricovero tipo che avviene nell'ospedale pubblico oscilla, è stato detto dai 3.500 ai 4.000 euro. Ciò significa che quello che viene remunerato, alla fine, (poi cercheremo di capire cosa significa "alla fine") è di circa 4.000 euro per un ricovero in ospedale pubblico. La stessa media, invece e ciò è stato documentata, oscilla da 1.700 a 2.000 euro in una struttura privata. E' un dato straordinario: noi avevamo la sensazione, oggi ab-

“ Quali sono le sensazioni che tutti noi e voi abbiamo? **Da anni diciamo:** basta con il discorso secondo cui il privato si arricchisce sulla sanità, invece assorbe la massima parte delle risorse, mentre noi stiamo vedendo, perlomeno negli ultimi dieci anni, che c'è **un impoverimento** vero della gestione e del finanziamento del "privato" all'interno del Servizio Sanitario Nazionale.



biamo la certezza che esiste una vergogna nel nostro paese: mancano le risorse e si accettano gli sprechi, i disavanzi, le ruberie.

Domani nella mia relazione, all'Assemblea Generale dell'Aiop, dirò le stesse cose. Questo, oggi, il cittadino non lo vuole più, non può più accettare questo discorso. Perché c'è questa differenza tra 2.000 e 4.000 euro? Qualcuno di voi dirà: ma se è accettabile una differenza finale nel rimborso di un DRG dell'ordine del 10-20% tra il "pubblico" e il "privato" in una regione o in un'altra, come mai invece si arriva al 100% di differenza? Ciò avviene perché ormai la valutazione del DRG per noi è il metro di pagamento, nell'ospedale pubblico è soltanto una valutazione che non ha alcun valore. Tutti gli ospedali producono milioni di euro, che vengono remunerati e compensati per il doppio. Le case di cura vengono remunerate per quello che producono e molto spesso non vengono neanche pagate per il dovuto perché ci sono i meccanismi dei tetti di spesa, dei volumi di attività, delle regressioni tariffarie.

Allora, anche senza valutare questa seconda parte, non è concepibile che se un ospedale produca cento interventi e una casa di cura faccia gli stessi cento interventi, il primo costi al Ssn il doppio. Queste valutazioni noi le abbiamo viste negli ultimi anni sotto tanti parametri. Per esempio per il costo del personale. Quando nel '97 il ministro Bindi affrontò l'argomento degli organici del personale dell'ospedalità privata, poi capì che l'accreditamento avrebbe dovuto essere uguale per il "pubblico" e il "privato". Il costo del personale è l'elemento essenziale, discriminante nella valutazione di un DRG, e le Regioni più evolute hanno attuato il Decreto Bindi secondo l'attività svolta e secondo una valutazione oggettiva del risultato conseguito. Per cui non c'è più il parametro di tanti infermieri e medici per posto letto: il posto letto non conta più, non ha più un valore assoluto: un ospedale può avere cento letti, tenerne occupati venti e fare il doppio della produzione di un altro che li tiene invece tutti occupati. Quello



“ Vogliamo avere **le risorse giuste** per poter fare quello che stiamo facendo oggi con risorse insufficienti che ci stanno portando ad **una situazione di collasso**.



che importa è la qualità della prestazione, il modello organizzativo che quell'ospedale si è dato e i risultati che ottiene.

E' concepibile che oggi con una diminuzione in dieci anni di 200 mila posti letto ci siano alla fine 50 mila dipendenti in più nel "pubblico". Sono dei dati che fanno capire qual è il paradosso di questa spesa sanitaria che cresce in maniera difforme tra il "pubblico" e il "privato". Ci hanno detto che la spesa ospedaliera cresce un po' meno della spesa sanitaria. È anche corretto - perché se si vuole - (è un problema di programmazione) ridurre la ospedalizzazione a beneficio della sanità del territorio, della prevenzione, è corretto che nel finanziamento costi un po' di meno. Ma se poi ci accorgiamo che in questa

spesa ospedaliera noi continuiamo a costare ancora di meno, è un doppio danno che ci viene regalato! Allora arriviamo alla situazione in cui non siamo in grado di firmare contratti di lavoro per il personale, mentre nell'ospedale pubblico si firmano i contratti senza averne la copertura e la Corte dei Conti non ratifica questi contratti. Si va avanti così senza avere un minimo di accortezza, senza fare delle valutazioni di programmazione.

Il problema della spesa sanitaria ha un'evoluzione ormai da parecchi anni: non c'è più un rapporto tra quello che produci e quello che costi. Noi gridiamo fortemente basta!

Non è più concepibile che uno stato come il nostro destini risorse scarse alla sanità.

È stato ricordato oggi che il finanziamento degli altri paesi dell'Unione Europea, dei paesi dell'OCSE (escludiamo i paesi americani dove il sistema sanitario non esiste e c'è un costo doppio di quello che abbiamo in Europa) cioè nei paesi che hanno problemi simili ai nostri, il finanziamento della sanità è più alto e dove è quasi uguale è tutto a carico del Servizio Sanitario.

Abbiamo sentito dire dal professor Spandonaro - è la realtà, noi avevamo una sensazione, oggi abbiamo una certezza - che in effetti la spesa sanitaria costa complessivamente uguale, ma per un terzo è un costo aggiuntivo a carico del cittadino. In alcune Regioni si paga il ticket: la

Regione Lazio l'ha tolto per scelta politica, così come affermato dall'onorevole D'Ubaldo.

La spesa farmaceutica è aumentata o diminuita molte volte in relazione al ticket che avrebbe dovuto avere un valore di dissuasione, un calmieramento nella utilizzazione, nell'acquisto di certi farmaci. Ma c'è un problema di strutture private che, avendo superato il tetto e non potendo perciò continuare i ricoveri, costringono il cittadino a ricorrere alla sanità privata non accreditata con ulteriori costi; c'è un sistema in cui per la diagnostica nel Lazio siamo arrivati (così dicono)

ad un numero esorbitante di risonanze magnetiche, ma perché? Perché quando si fanno delle norme e non si stabiliscono i controlli (in questo purtroppo amministrazioni di destra o di sinistra si rincorrono a chi fa peggio) soprattutto quello di appropriatezza, il numero delle prestazioni eccessive dilaga.

Noi da sempre, perlomeno dagli ultimi dieci anni, da quando c'è stato il passaggio al DRG, abbiamo invocato due cose: date la libera scelta al cittadino e inserite la terzietà dei controlli. Perché se il controllo è fatto – per tutti – da un ente terzo (che può essere pure l'agenzia sanitaria di una Regione, perché lo svolga da ente terzo non si ottiene un recupero di costi pari all'1% o al 2% (questi sono i dati medi nazionali). Il risparmio sarebbe estremamente più alto. Ma noi auspichiamo il controllo non tanto per il risparmio, ma perché il cittadino ha bisogno di una maggiore qualità nell'ottenimento della prestazione.

Siamo sicuri che la qualità della prestazione in tutte le strutture, sia pubbliche che private esiste? Probabilmente no. Il dottor Onder accennava al desiderio del cittadino di andare nelle strutture dove può ottenere la qualità: questo lo può fare se attraverso un accreditamento di eccellenza in cui dopo aver stabilito dei principi, dei requisiti, successivamente c'è qualcuno che li controlla. Noi oggi continuiamo a dire che il pubblico non è in grado di ottemperare all'accREDITAMENTO, perché non ha tempo per adeguarsi. Questo discorso fu fatto dal ministro dell'epoca nel 1994 che disse: dateci tre anni di tempo per poterlo fare. Siamo nel 2006 e in molte regioni, soprattutto le principali, stiamo nella stessa situazione.

Allora l'evoluzione della spesa sanitaria deve portare alla fine ad una conclusione, cioè che le risorse devono essere aumentate perché non è concepibile viaggiare con un 6, 6,5% forse il 7% del PIL, se il PIL non cresce da alcuni anni, quando si afferma che il finanziamento della spesa sanitaria è ancorato ad un parametro, questo deve perlo-

meno seguire l'evoluzione delle spese che avvengono nel paese. Se il PIL cresce dello 0,1% e i salari con i contratti aumentano del 4-5%, si va per forza verso un disavanzo. Non è concepibile che ci sia un finanziamento che non cresce e dall'altra parte ci siano l'aumento retributivo ai dipendenti, l'incremento del costo dei farmaci e così via. Noi diciamo che il finanziamento deve essere sicuramente rivisto: che all'interno di questo finanziamento si può "giocare senza barare", con controlli in grado di permettere che se una prestazione viene erogata dal "privato" deve essere retribuita così come viene remunerata ne "pubblico"; se il pubblico costa 10 miliardi di euro di troppo, questi non devono essere sottratti al Ssn ma devono essere suddivisi per finanziare le strutture che hanno la migliore qualità. In questo modo sicuramente avremo anche una sanità pubblica più efficiente, di qualità migliore e noi vogliamo giocare questa sfida. Vogliamo avere le risorse giuste per poter fare quello che stiamo facendo oggi con risorse insufficienti che ci stanno portando ad una situazione di collasso.

Però noi siamo ottimisti, crediamo che se ci fosse - e speriamo che ci sia - una valutazione da parte della Pubblica Amministrazione regionale e nazionale che possa tenere conto di questo, non solo a parole, ma anche nei fatti, probabilmente ci sarà un avvenire migliore per tutti.

Un fatto positivo è che per i prossimi quattro anni, in quasi tutte le regioni, ci sarà una omogeneità di valutazione politica tra governo centrale e governo regionale. In passato si è giocato su questo e si è addebitato alle difformità di orientamento politico, il malgoverno o la cattiva gestione delle risorse. Almeno questo alibi nei prossimi anni non dovrebbe più esserci. Ci auguriamo che questo avvenga e crediamo che il "paradosso" possa trasformarsi in una certezza che migliori la qualità dando la giusta remunerazione alle nostre prestazioni.



41^a Assemblea nazionale



EMMANUEL MIRAGLIA

Diamo inizio alla nostra 41^a Assemblea, svolgendo la parte preliminare che comporta, come primo adempimento, la nomina della Commissione verifica poteri. Se siete d'accordo propongo che tale Commissione venga formata dai Componenti il Collegio dei Revisori dei Conti: Angelo Anselma, Marcello Ilardi e Alberto Prandin.

Per alzata di mano: nessuno contrario e nessuno astenuto.

Pertanto, Anselma, Ilardi e Prandin vengono nominati membri della Commissione verifica poteri. A presiedere la nostra Assemblea, per tradizione è il Presidente della Sede regionale dove ci riuniamo, pertanto propongo il dr. Mauro Casanatta, Presidente dell'Aiop Lazio.

Per alzata di mano: nessuno contrario e nessuno astenuto.

Pertanto, lo invito al tavolo della presidenza. Per la nomina del Segretario propongo il nostro Direttore Generale dr. Franco Bonanno e per gli scrutatori i due funzionari delle sedi Aiop della Lombardia e della Calabria: Ermanno Ripamonti e Bernardino Scarpino.

Per alzata di mano: nessuno contrario e nessuno astenuto.

Pertanto, Bonanno Segretario e scrutatori Ripamonti e Scarpino vengono nominati ad unanimità.

MAURO CASANATTA

Presidente assemblea

RingraziandoVi per la fiducia accordatami, iniziamo i lavori di questa 41^a Assemblea nazionale dell'AIOP. E, prima di dare la parola al Presidente Nazionale, Dr. Emmanuel Miraglia, per la sua Relazione Generale Annuale 2005, vi informo che la Commissione Verifica poteri ci fa sapere che su 55.424 posti letto associati, gli aventi diritto a partecipare, in quanto in regola con il pagamento delle quote associative, sono 48.963 posti letto pari all'88,3%. In seconda convocazione basterebbe, per la validità dell'Assemblea, la presenza di 16.321 posti letto. In questo momento sono presenti 43.074 posti letto, siamo vicini al 90%, e pertanto,

DICHIARO VALIDA QUESTA 41^a ASSEMBLEA

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 2005 – Discussione e deliberazioni conseguenti
2. Bilancio consuntivo 2005 – Relazione dei Revisori dei conti sul bilancio consuntivo anno 2005 – Discussione e deliberazioni conseguenti
3. Bilancio preventivo anno 2006 – Discussione e deliberazioni conseguenti
4. Elezione del Presidente Nazionale per il triennio 2006-2008
5. Elezione di n. 2 Consiglieri Nazionali per il triennio 2006-2008
6. Elezione del Collegio dei Revisori dei Conti (3 membri effettivi e 2 membri supplenti) per il triennio 2006-2008
7. Varie ed eventuali



Cari Amici, sembra ieri. Sono passati sei anni. Per me sono volati! Nell'Assemblea del 2000, qui a Roma, presentai il mio programma. Lo apprezzaste. Sono oggi qui a relazionare sull'ultimo anno, cercando anche di fare insieme a Voi qualche riflessione.

Festeggiamo quest'anno il quarantesimo anniversario della nostra Associazione.

Nel 1966 si unificarono le varie organizzazioni che tutelavano gli interessi delle Case di cura e si iniziava ad intravedere in sanità un mondo avviato ad un percorso di cambiamento.

Vennero i primi aggiustamenti legislativi di fine anni '60 e cominciava il dibattito sulla grande riforma (in bilico fino all'ultimo) della cancellazione del Sistema Mutualistico sostituito dal Servizio Sanitario Nazionale. Noi allora già nel nome - ed era una aspirazione veramente di pochi - spostammo la nostra attenzione dal concetto di Casa di cura a quello di Ospedale Privato, denominandoci Associazione dell'Ospedalità Privata.

Fu un'idea saggia e dobbiamo ringraziare i "fondatori" dell'epoca. Ma quanti anni ci sono voluti per capire che dovevamo trasformare il nostro modello organizzativo. Essere un vero "ospedale", ma con tutte le garanzie, le prerogative, le flessibilità, l'umanizzazione propri del privato.

Ho voluto ricordare questo anniversario perché è sempre importante ritornare alle proprie radici ed esserne orgogliosi.

Anche quest'anno sono venuto spesso nelle Sedi regionali, partecipando alle vostre Assemblee, e ai vostri Convegni, arricchendo così la mia conoscenza dei veri problemi che si vivono e si affrontano in periferia.

Ho cercato di dare il mio contributo di esperienza, ricevendo da Voi, oltre alla vostra benevola amicizia, anche tanta disponibilità al dialogo, al confronto, alla volontà di fare sistema, nell'orgoglio di un'appartenenza che diventa ancora più forte quando i momenti non sono facili.

Ed oggi non lo sono assolutamente. Vediamone i perché.

La relazione del Presidente

NUOVO QUADRO POLITICO NAZIONALE

Nella Relazione dell'anno scorso mi sono soffermato sul grande cambiamento intervenuto, a seguito delle elezioni 2005, nella guida di molte Regioni.

Il cambio di maggioranza aveva creato speranze, delusioni, aspettative, nuovi progetti...

La mia analisi fu asettica.

Analizzai le cause e cercai di dare una risposta.

Ricordai che la "sanità" era stata finalmente al centro del dibattito. Gli elettori avevano confermato o cambiato maggioranze di governo a seconda di come avevano percepito i programmi (quelli futuri e quelli realizzati o non realizzati).

Commentai positivamente il fatto che, finalmente, si era discusso di problemi concreti. E tra questi, la sanità lo è per eccellenza.

Sottolineai anche che la realtà "percepita" è, dal punto di vista elettorale, anche più importante di quella "vera".

La percezione del rafforzamento o dell'abbandono delle tutele solidaristiche e universalistiche era stata certamente un elemento discriminante.

Dopo un anno di "nuova" gestione, come è stata percepita l'attività dei nuovi governi regionali?

Certamente la campagna elettorale "strillata" di quest'anno, tra destra e sinistra, nella quale si è finito di parlare di tutto ma non certo di sanità, ha affievolito il giudizio sulla gestione sanitaria dei nuovi governi regionali.

D'altronde non è stato un anno positivo: in quasi tutte le regioni si è discusso molto ma si è realizzato poco.

In più di una Regione ha prevalso l'anima statalista e massimalista e si è perso tempo nell'ipotizzare "ritorni" al passato contrari ad ogni logica riformatrice e veramente attenta alle esigenze e alle aspettative dei cittadini.

E questo, certamente non un segnale positivo, ha fatto sì che in molte regioni si sia invertita la tendenza dell'anno scorso. E' stata una campagna elettorale bizzarra in cui si sono fatte affermazioni in materia di tasse, di economia, di politica estera e di funzionamento dell'apparato statale, davvero incomprensibili.

Era difficile capire se certe affermazioni erano più logiche e affini se messe in bocca ad esponenti della parte avversa a chi le pronunciava.

Ma queste sono valutazioni che non ci competono.

Il fatto positivo è che dopo un biennio arroventato di campa-

gna elettorale si sia finalmente pervenuti ad un traguardo. Un nuovo governo, con una maggioranza certamente riscata, è pronto per un cammino che dovrebbe durare cinque anni. La stabilità è importante. Per noi è ancora più importante l'omogeneità tra governo nazionale e coordinamento tra gli assessori alla sanità. Infatti abbiamo sempre vissuto male le contrapposizioni politiche nella gestione delle risorse (sempre limitate) assegnate al Fondo Sanitario Nazionale. Tutto ciò dovrebbe consegnarci un periodo di minori tensioni e maggiore coesione nel dibattito Stato-Regioni. Se c'è armonia si possono raggiungere anche risultati migliori. In ogni caso ci auguriamo che tutte le Regioni, dopo un anno di gestione deludente, possano oggi sentirsi spronate e stimolate a dare ai cittadini una sanità solidaristica ed universalistica in cui conti la tempestiva soddisfazione dei bisogni, la qualità delle prestazioni e la loro economicità. Questo lo si ottiene garantendo la libera scelta al cittadino, collocato finalmente al centro del sistema, e prescindendo dal fatto che il servizio sanitario pubblico abbia una gestione pubblica o privata. Questo è quello che la gente vuole ed è sempre più necessario in una situazione di crisi del Paese, di risorse sempre più scarse assegnate alla sanità, e di rifiuto viscerale da parte di tutti di tollerare sprechi, disavanzi, ruberie e malasani.

PATTO DI STABILITA' 23/3/2005: REALTA' O SPERANZA?

Vi ricordate con quanta enfasi ho illustrato l'anno scorso il nuovo Patto di stabilità?

Non ero il solo: tutti consideravano quel patto un' "ultima spiaggia" oltre la quale non era più possibile arretrare. Che cosa è successo in quest'anno? Certo il "Patto" è stato reclamato, imposto, contrastato, rifiutato in tutte le occasioni. E' servito a creare preoccupazioni e speranze. E' stato una freccia di direzione per indicare un percorso. Chi sosteneva che le cose sarebbero comunque cambiate è stato sbeffeggiato da tanti. Così come chi non voleva tenerne conto è stato in molti casi richiamato all'ordine. Un risultato comunque l'ha raggiunto: ha permesso alla Stato di darsi una giustificazione nel trasmettere in ritardo il Fondo Sanitario alle Regioni. E' una cosa positiva? Direi senz'altro di no. In questo modo si sono aggiunti problemi a problemi. Si parlava - ricordate? - di regioni "virtuose" e di altre che avrebbero perso la loro autonomia essendo obbligate ad essere affiancate dal Ministero della Salute. Ve lo immaginate il Presidente Marrazzo della Regione Lazio (non virtuosa) affiancato e messo sotto la tutela del Ministro Storace, suo predecessore? Certo alcune cose si realizzano per gradi ed il tempo darà le risposte giuste. Verificheremo allora se il SIS (Sistema Informativo Sanitario) è riuscito a fare il giusto monitoraggio del sistema, diventando quella "cabina di regia" ipotizzata, in grado di esercitare le funzioni di indirizzo, di controllo e coordinamento sempre disattese negli anni passati. Vogliamo essere ottimisti: ci auguriamo che il Patto di stabilità funzioni e dia i suoi frutti benefici. Non possiamo però non menzionare il richiamo esternato proprio di questi giorni dal Commissario Almunia della Commissione Europea sullo sfioramento di 2,5 miliardi dei conti sanitari (Lazio e Campania) e gli accordi presi da

Tremonti con l'Europa in attuazione della Finanziaria 2006 e del Patto di stabilità per una copertura dei disavanzi da parte delle regioni con provvedimenti di tassazione entro il 31 maggio.

In ogni caso l'odierna omogeneità di colore politico tra quasi tutte le Regioni ed il governo centrale dovrebbe agevolare la risoluzione di molti problemi.

A condizione che lo si voglia. E che si sia in buona fede.

OSPEDALI & SALUTE – IL 3° RAPPORTO ANNUALE

Il nostro Libro bianco sullo stato di salute della sanità in Italia, con riguardo all'attività ospedaliera, è giunto ormai alla terza edizione. E' diventato un appuntamento atteso e sta riscuotendo l'attenzione di tutti gli operatori seri del settore.

Nel dicembre del 2005, nella Sala Sacrestia della Camera dei Deputati, alla presenza di esponenti del Governo, del Parlamento, delle Regioni, abbiamo presentato i nostri numeri, che hanno due caratteristiche: sono "recenti" perché contrariamente alla maggior parte dei Rapporti non sono "datati"; si riferiscono alla "qualità" delle prestazioni oltre che alla quantità delle stesse.

Anche quest'anno ci è parso doveroso sottolineare che il sistema "regge": cresce ancora, infatti, anche se lentamente, la qualità delle prestazioni sia nel pubblico che nel privato. Il peso medio cresce di ulteriori 4 punti nel pubblico (da 1,18 a 1,22) e di 5 punti nel privato (da 1,14 a 1,19). Questi dati quasi sovrapponibili lo diventano ancora di più nel case-mix dove il pubblico sta a 1,01 e il privato a 0,98).

Continua invece lo stato di "sofferenza" del nostro settore sul versante dei costi.

Valutando la spesa corrente noi rappresentiamo oramai solo il 7,8% della spesa ospedaliera pubblica totale.

Nel 2003 eravamo il 7,9% a fronte dell' 8,9% del 1999. Nel 2004 siamo perciò ulteriormente scesi dal 7,9% al 7,8%.

C'è purtroppo chi, per ignoranza o mala fede, continua ad affermare il contrario.

E' utile ricordare che nei primi due Rapporti siamo riusciti a documentare che:

non è vero che l'ospedalità privata non sia in grado di affrontare grossi interventi (come dimostra il "peso medio" e il "case-mix");

non è vero che l'ospedalità privata rifiuta l'emergenza e "scarica" i casi gravi agli ospedali pubblici;

sono molte le strutture private dotate di DEA/Pronto Soccorso e sarebbero ancora di più se non ci fosse l'opposizione di molte Regioni; è molto importante il contributo offerto dalle strutture private nel campo degli interventi protesici e le liste di attesa in questo settore potrebbero fortemente ridursi se non ci fossero (almeno per questi interventi) budget fissi, volumi di attività predeterminati e tetti di spesa invalicabili.

Nel 3° Rapporto 2005, oltre all'aggiornamento di tutti gli indici elaborati nei due precedenti, abbiamo cercato di documentare che gli obiettivi programmatori sul tasso di ospedalizzazione hanno un senso solo se si varia la percentuale del 20% programmata per il day hospital. Perché è proprio lì che si verificano le discrepanze. E certamente appare molto superficiale mettere sullo stesso piano, ai fini del tasso di ospedalizzazione, un ricovero ordinario e un ricovero in day-hospital. Non fosse altro che per la grande differenza di costo per il Fondo Sanitario Nazionale.

Inoltre, ci siamo soffermati ad analizzare quali fossero le aspettative del legislatore quando volle ridurre il numero dei

posti letto per abitante: ridurre l'offerta a disposizione dei cittadini o ridurre i costi per effetto della riduzione degli addetti conseguente alla disattivazione di reparti o addirittura alla chiusura di interi ospedali nel periodo 1996-2003.

Certamente il programmatore pensava alla seconda opzione. Ebbene, abbiamo dimostrato e documentato che una riduzione degli addetti – nel periodo 1996-2003 – nella stessa percentuale (posti letto/addetti) avrebbe comportato un risparmio potenziale annuo di 4.6 miliardi di euro.

In ogni caso, comunque, anche se la riduzione del personale dovesse escludere i medici e gli infermieri, il contenimento della spesa sarebbe di 1,2 miliardi di euro.

E detta riduzione, considerando l'arco temporale di riferimento, sarebbe comunque ascrivibile solo al naturale turn-over.

Sono tutti ragionamenti "normali": ma il nostro è un Paese normale?

Il 3° Rapporto è stato successivamente presentato in molte sedi regionali estrapolando i dati riferibili alla singola regione.

Dovunque è stato accolto con molto interesse, soprattutto dalla stampa locale. A tal proposito ringrazio i presidenti regionali per l'organizzazione dei Convegni. Ho partecipato quasi a tutti e dovunque ho potuto verificare che c'è in giro tanta ignoranza su questi problemi da parte di chi dovrebbe invece conoscerli bene.

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

L'EUROPA: IL NOSTRO IMPEGNO I RISULTATI RAGGIUNTI

La sanità sta assumendo, sia pur nei limiti del principio di "sussidiarietà", una dimensione europea, che non è determinata solo da specifiche iniziative comunitarie, ma dalla realtà di uno Spazio interno, non più limitato al Mercato, bensì proiettato verso la costruzione della cittadinanza europea, come dimostra il rilancio del dibattito su una nuova Costituzione, dopo la battuta d'arresto segnata dalla sua clamorosa, ma temporanea bocciatura.

Non è possibile illustrare qui analiticamente l'attività svolta in sede europea, per la quale rimando alla relazione a cura di Alberta Sciachì.

Accennerò, quindi, solo agli avvenimenti di maggior spessore, tra i quali assume valore emblematico l'iter assai contrastato della Direttiva sui servizi, nota come Direttiva Bolkenstein. La procedura non ancora conclusa è stata, infatti, caratterizzata da orientamenti diversi, e talvolta contrapposti, tra le istituzioni europee ed i rappresentanti dei Paesi membri. Le polemiche si sono focalizzate, in particolare, sull'inclusione dei servizi sanitari nell'ambito di applicazione della Direttiva, perché tale orientamento è stato inteso come una privatizzazione e non come un'apertura alla libera circolazione dei servizi stessi.

In questo contesto turbolento, l'UEHP – per iniziativa dell'AIOP, che ne è (lo diciamo senza campanilismo) il membro più attivo - ha svolto una vasta attività di lobbying, mirata soprattutto ad affermare il principio sostanziale, secondo cui qualsiasi decisione in merito all'applicazione della Direttiva alla sanità avrebbe dovuto riguardare in maniera indifferenziata tutte le istituzioni, senza alcuna distinzione basata sul carattere pubblico o privato delle stesse. Era emersa, infatti, l'ipotesi di escludere il settore sanitario pubblico dalla nuova normativa, includendo solo quello privato. Questa esclusione

parziale è apparsa subito suscettibile di compromettere la nostra collocazione europea, reintroducendo una discriminazione tra le strutture ospedaliere pubbliche o private, esplicitamente superata dalla Commissione di Bruxelles. Se i relativi emendamenti fossero stati inclusi nel testo, il nostro settore avrebbe dovuto raccogliere la sfida della competizione a livello europeo, vedendo nel contempo riaffermato nell'UE, sia pure implicitamente, il cosiddetto "privilegio del pubblico" di stampo nazionale. Grazie all'azione di lobbying di AIOP, supportata dalla Sede europea di Confindustria, il pericolo è stato sventato!

Nella mia relazione dello scorso anno avevo già segnalato l'avvicendamento avvenuto ai vertici dell'UEHP, soprattutto relativamente alla Presidenza attribuita al francese Max Ponceillé, mentre la dr.ssa Sciachì continua a rappresentarci efficacemente nel suo ruolo di Vice Presidente. La Delegazione generale, come sapete, è stata assunta con impegno dal dr. Giordano, già funzionario della Sede AIOP di Bruxelles. Per affrontare gli appuntamenti europei, sempre più rilevanti, l'UEHP ha altresì approvato, lo scorso febbraio, in occasione dell'Assemblea Generale di Roma, una significativa revisione statutaria. Sul piano della rappresentatività interna, un segnale positivo è costituito dall'ingresso dell'Associazione dell'ospitalità privata tedesca, in fase iniziale come membro osservatore, dopo anni di contatti e trattative. L'attività associativa si è indirizzata verso una maggiore conoscenza sia delle situazioni nazionali, sia dell'evoluzione del settore sanitario a livello europeo.

Sotto il primo profilo, si è deciso di richiedere sistematicamente all'Associazione ospitante d'illustrare il proprio sistema sanitario, sotto il secondo sono stati invitati in qualità di relatori rappresentanti della Commissione europea, nonché responsabili ed esperti di altri settori rilevanti della sanità. Tra i programmi realizzati, segnalo la costruzione di un nuovo sito internet dell'UEHP, che sarà direttamente collegato con il nostro, consentendo ai membri interessati di seguire puntualmente la nostra attività in sede europea.

Per quanto riguarda, infine, la nostra presenza al BIAC in rappresentanza di Confindustria, la dr.ssa Sciachì, Vice Presidente della *task force* per la politica e l'economia sanitaria, è stata incaricata di redigere una relazione sulla competizione nell'erogazione dei servizi ospedalieri, poi adottata come posizione ufficiale dal BIAC e presentata in occasione di una tavola rotonda ad alto livello sul tema, organizzata dall'OCSE. Il testo contiene, tra l'altro, la versione inglese della sezione del nostro Rapporto "*Ospedali & Salute*", dedicata ai Paesi europei.

Questo dettaglio assume particolare significato, poiché si è ormai instaurata in sede europea una "triplice alleanza" tra UE, OCSE e OMS Europa, divenuta già operativa per la costruzione di banche dati. Se tali ricerche saranno condotte, dunque, in stretta cooperazione, altrettanto stretta dovrà essere la nostra attività di monitoraggio, collaborazione e, se necessario, contestazione, considerando che in base ai risultati di simili indagini saranno impostate le future disposizioni comunitarie.

Segnalo infine la partecipazione dell'AIOP, quale unica rappresentante per l'Italia, alla Commissione tecnica di Lussemburgo dell'Unione Europea per "La salute e la sicurezza nel settore ospedaliero", i cui lavori porteranno all'organizzazione nel 2009 all'Anno Europeo sulla sicurezza negli ospedali.

CONFINDUSTRIA

Chiarito definitivamente il nostro ruolo all'interno di Confindustria, tutto il rapporto si è rinsaldato e rivitalizzato. La Commissione Sanità, anche in virtù della nostra presenza sempre più attiva, e sotto la Presidenza dell'amico Guido Riva ha realizzato un buon lavoro, riuscendo finalmente a "spostare" l'asse di Confindustria in sanità sulle posizioni di quelle Associazioni che, come la nostra, vivono i problemi della Sanità in prima linea essendone coinvolte a 360 gradi. Abbiamo attivamente partecipato anche ai lavori della Commissione sul *federalismo* e di quella sul *ritardo nei pagamenti* della Pubblica Amministrazione, argomento che tante angosce ci arreca, specie in alcune regioni. Resta ancora non risolto il rapporto tra le nostre AIOP regionali e le Confindustrie territoriali, su come e chi deve affrontare i problemi della sanità quando ci si deve confrontare con le istituzioni regionali (Assessorato alla Sanità e ASL). Speriamo di chiarire presto queste problematiche.

CONTRATTO COLLETTIVO NAZIONALE DI LAVORO

Nella Relazione dell'anno scorso auspicavo, dopo aver concluso da poco e con molto ritardo il rinnovo del CCNL dipendenti 2002-2005, per la parte normativa, e 2002-2003 per la parte economica, che i futuri rinnovi contrattuali non dovessero più avvenire con tanto ritardo creando disagi per i lavoratori e problemi di "competenza" nei bilanci delle Case di cura. Purtroppo nulla di tutto questo si è avverato. Le trattative per il 2° biennio economico (2004-2005) sono iniziate alla fine del 2005 ed hanno subito un'accelerazione solo nei primi mesi di quest'anno a contratto praticamente già scaduto. Perché? Per il solito motivo delle "coperture". In una situazione in cui quasi tutte le Case di cura hanno un solo "cliente" (il SSN) non è possibile incrementare il costo delle retribuzioni, che rappresentano oltre il 60% dei costi, senza riversare sul "cliente" tale maggiore onere.

Il quadro normativo in effetti è molto chiaro, prevedendo la revisione triennale delle tariffe. Queste invece, sono "ferme" dal 1997. Vi è stato in qualche Regione qualche "ritocco", molto spesso più all'"in giù" che all'"in su". E anche l'applicazione della TUC ha comportato complessivamente un arretramento tariffario.

In questa situazione di mancato adeguamento delle tariffe, abbiamo fatto presente alle OO.SS. che le trattative potevano proseguire, ma che nessuna conclusione sarebbe potuta avvenire senza una chiara presa d'atto delle Regioni.

Le OO.SS. hanno respinto questa nostra posizione. Ci siamo rivolti – come in passato – al coordinatore degli Assessori alla Sanità per rappresentare questa nostra esigenza e per chiarire che non ritenevamo corretto che i nostri lavoratori fossero considerati di serie B (senza copertura) a fronte di quelli dell'ospedale pubblica, considerati di serie A (con copertura). La risposta è stata assolutamente negativa rinviando le trattative presso le singole Regioni.

Abbiamo allora iniziato un percorso regionale, contrastato peraltro dagli stessi sindacati fortemente ostili alla possibilità di contratti regionali.

Purtroppo, prima le elezioni politiche, poi le ferie pasquali hanno ritardato ogni iniziativa.

Il Consiglio Nazionale, nella recente riunione del 20 aprile, ha ribadito all'unanimità la piena disponibilità a riprendere immediatamente le trattative, fermo restando che la firma conclusiva potrà avvenire solo a "copertura" raggiunta.

Tra l'altro, alcune Sedi regionali Aiop hanno fatto presente che molte promesse fatte dagli Assessori in carica nel dicembre 2004, e che ci hanno indotto il 19/1/2005 alla sottoscrizione del CCNL, non sono poi state mantenute né dagli stessi Assessori prima delle elezioni regionali, né dai nuovi subentrati dopo il rinnovo dei Consigli Regionali.

Tutto questo rende ancora più preoccupante la situazione. Mi auguro che possa esserci presto un'evoluzione positiva. Ove ciò non dovesse accadere vi chiedo di deliberare in proposito, ratificando o meno il deliberato del Consiglio Nazionale del 20/4/2006. Questo non toglie che sia auspicabile un rapporto di pari dignità con le OO.SS.

Rappresentano i nostri collaboratori e giustamente tutelano il potere di acquisto delle retribuzioni.

Ma noi abbiamo anche l'obbligo più ampio di tutelare le nostre aziende che vedono le tariffe ferme da quasi 10 anni, budget molto spesso ridotti o con regressioni tariffarie insopportabili e con necessità crescenti di doversi adeguare alle nuove tecnologie e di doversi fornire di materiali di nuova generazione sempre più costosi.

E' una battaglia per il futuro delle nostre aziende: non possiamo fare passi indietro specie ora che stanno riaffacciandosi vecchie ideologie teorizzanti la riduzione nel nostro Paese della presenza della ospedalità privata.

Ma non posso non chiudere questa parte della mia relazione senza esprimere in modo netto il mio pensiero sul modo in cui dovrebbero essere concepite le relazioni sindacali del futuro. Sono oltre trenta anni che mi occupo di queste problematiche, in qualità di presidente in questi ultimi sei anni, di capo delegazione sindacale o di componente della delegazione in precedenza.

Ritengo che la contrattazione, così come avviene ora in Italia, sia ormai superata.

Nuovi modelli sono in discussione fra i cultori giuslavoristi: la parte più avanzata fra di loro reclama da oltre dieci anni la necessità di superamento del modo di fare i contratti.

Va ripensato l'intero sistema delle protezioni. Vanno garantiti dei diritti base per tutti, lasciando disponibili degli incentivi consistenti per chi vuol impegnarsi di più e qualificarsi meglio. Noi abbiamo molte perplessità a dare spazio alla contrattazione aziendale, ma questo all'interno dell'attuale contrattazione. Potremmo rivedere la nostra posizione se si arrivasse ad una riprogettazione dell'intero sistema contrattuale.

Sappiamo bene che anche nelle nostre aziende ci sono dipendenti che preferiscono un reddito più sicuro a costo di avere minori possibilità di guadagno, ed altri invece disponibili ad una parte fissa della retribuzione più bassa in cambio della possibilità di guadagni molto maggiori al raggiungimento di obiettivi stabiliti dall'azienda.

C'è fermento tra gli addetti ai lavori più sofisticati per introdurre nei contratti il cosiddetto *modello toyotista* di organizzazione del lavoro. Sono le idee, tra gli altri, portate avanti da Pietro Ichino e che meritano nel prossimo futuro una nostra particolare attenzione.

CAIMOP

Un cenno voglio fare quest'anno alla CAIMOP, la Cassa di Previdenza dei nostri medici.

E' una iniziativa a cui tengo molto per esserne stato circa venti anni fa l'ispiratore insieme a pochi altri dell'AIOP e della CIMOP.

In questi anni sono transitati nella CAIMOP 146 milioni di eu-

ro e ad oggi il patrimonio della Cassa ammonta a 137 milioni di euro dopo aver liquidato circa 7.000 medici.

Attualmente i medici iscritti sono 6.500. Negli anni sono transitati 13.600 Medici.

Possiamo essere soddisfatti del successo di questa iniziativa che posiziona i medici dell'ospedalità privata – almeno in questo – in una situazione di maggior vantaggio nei confronti di quelli dell'ospedalità pubblica. L'evoluzione intervenuta negli anni in occasione dei rinnovi contrattuali rende la CAI-MOP anticipatrice delle nuove normative previdenziali.

FINANZIAMENTO DELL'AIOP

Nella Relazione dell'anno scorso comunicai che era necessario aprire un dibattito al nostro interno per adeguare il finanziamento a disposizione dell'AIOP in modo da rendere l'Associazione sempre più competitiva.

Il dibattito c'è stato sia in Sede nazionale che in molte Assemblee regionali e da tutti è stato prospettato come necessario un incremento dei fondi a disposizione dell'Associazione, per renderla più forte e ancora più adeguata ad affrontare un periodo assolutamente non tranquillo per l'ospedalità privata.

Già alcune sedi regionali hanno provveduto ad adeguare autonomamente, come previsto dal nuovo Statuto, la quota associativa regionale.

Per quanto riguarda la quota nazionale, il Comitato Esecutivo ha deciso di non prospettare al Consiglio Nazionale e all'Assemblea Generale di oggi un suo incremento in considerazione del fatto che siamo in presenza del rinnovo delle cariche sociali nazionali (Presidenza e Comitato Esecutivo).

Ci è sembrato corretto rinviare alla nuova dirigenza la valutazione di come e di quanto vada modificata la quota associativa e tutta l'impostazione del Bilancio Aiop.

Mi limito ad auspicare, anche per agevolare l'attività di chi verrà dopo di me, che il prossimo anno siano finalmente adeguate le risorse con cui la Sede nazionale potrà affrontare le battaglie del domani.

Gli impegni saranno sempre più gravosi e dovremo ancora meglio "attrezzare" l'Ufficio Studi, la Casa Editrice, le Attività Scientifiche, *MondoSalute*, i settori legislativo e legale, e tutto il settore delle consulenze che le Case di cura e le Sedi regionali richiedono con sempre maggiore frequenza alla Sede nazionale.

RAPPORTI CON I MEDIA

Quello del rapporto con i media è stato un problema importante e dibattuto per la nostra Associazione: farci conoscere per come siamo davvero, sfatando vecchi luoghi comuni.

Possiamo oggi considerare la situazione molto cambiata ed in meglio.

Gli interventi continui in televisione e *MondoSalute* sono stati un valido supporto.

Nonostante ciò molti ancora non sanno che possono accedere alle nostre strutture accreditate a titolo gratuito e senza liste di attesa.

Comunque le ultime indagini condotte da ERMENEIA e da ILESIS, dopo quella di CIRM, ci dicono che la conoscenza della possibilità di utilizzare le nostre strutture è passata in cinque anni dal 49% al 63%: incremento assai significativo e promettente.

Appare evidente che c'è ancora un potenziale di utenti da conquistare sul versante della qualità e dell'efficienza. Ma ancor prima, su quello dell'informazione.

Rinnovo pertanto anche in questa occasione un ringraziamento particolare a tutti i collaboratori di *MondoSalute* che, essendo in buona parte giornalisti delle maggiori testate nazionali, hanno permesso questo servizio a beneficio del cittadino. A tal proposito sottolineo il successo crescente del premio Aiop denominato *Stelle della Comunicazione e della Ricerca*. Anche quest'anno la manifestazione della consegna del premio ha avuto una grande risonanza per il notevole spessore dei premiati e perché ha visto riuniti, insieme ai vertici dell'Associazione, esponenti del Governo, del Parlamento, direttori di giornali, ricercatori e premi Nobel.

Le "Stelle" sono giunte alla terza edizione e proseguiranno in autunno con la "quarta". È un impegno serio dell'AIOP, che intende in questo modo sottolineare la sua attenzione anche per la "ricerca" e la "comunicazione": binomio inscindibile per la crescita della nostra Associazione ma anche per la migliore informazione del cittadino.

SEOP

La nostra Casa Editrice si conferma "Editrice di nicchia", specializzata nella ricerca e nell'approfondimento dei problemi del sistema sanitario.

La collaborazione con la *FrancoAngeli* di Milano ci ha permesso una significativa crescita.

L'attività principale della SEOP resta comunque *MondoSalute*: l'autentica ammiraglia della comunicazione Aiop.

Anche per il 2006 prevediamo la pubblicazione di due ricerche di particolare interesse.

MONDOSALUTE

È sotto gli occhi di tutti il grande successo di *MondoSalute*, la rivista di Seop e di Aiop che contribuisce a legare il nostro mondo con quello dell'alta politica. Il tutto caratterizzato da un vivace rapporto simbiotico tra le sue prestigiose firme e le più rilevanti personalità del Paese.

La maggior parte degli uomini di Governo e della opposizione (oggi nuova maggioranza) è passata sulle pagine di *MondoSalute* ed ha gradito dialogare con noi, sui nostri temi, per avere una passerella privilegiata con le nostre centinaia di migliaia di lettori-potenziali pazienti di tutte le estrazioni sociali.

La tiratura e la diffusione effettiva di *MondoSalute* ha superato ampiamente le 200.000 copie con oltre 30.000 diffuse nelle edicole. Si aggiunga l'Edizione Lombarda: altre 30 mila copie!

Sono pienamente convinto che sia stata un'ottima idea e ringrazio il Comitato Esecutivo ed il Consiglio Nazionale per il sostegno che mi hanno dato nel portare avanti questa iniziativa.

Non posso dimenticare la preziosissima progettazione grafica di Andrea Albanese.

Ma un ringraziamento speciale va ad Alfio Spadaro, il direttore, il vero animatore e trascinatore entusiasta di tutto il progetto: è stato al mio fianco con grande convinzione, e sono certo che lo sarà ugualmente anche con chi mi succederà. Al contempo non posso comunque non ringraziare tutti i giorna-

listi che collaborano a *MondoSalute*: da Baudo a Mazza, da Onder ai più giovani collaboratori.

Non li cito perché sono tanti e non potrei farlo parzialmente essendo tutti di risonanza nazionale e di sicuro avvenire.

L'apprezzamento di cui gode *MondoSalute* presso il grande pubblico, presso le Case di cura e presso tutto il mondo politico è sicuramente merito di tutta la bella squadra, coesa e altamente professionale dei giornalisti, che l'amico Alfio ha saputo amalgamare.

Il futuro non può che riservarci programmi di ulteriore espansione e di sempre maggiori successi.

RAPPORTI CON ARIS E FEDERANISAP

Anche quest'anno abbiamo continuato a mantenere buoni e stretti collegamenti con le altre principali Associazioni di strutture ricovero (ARIS) ed ambulatoriali (FederANISAP).

Sia in occasione della presentazione ed elaborazione del nuovo Piano Sanitario Nazionale che nella richiesta (purtroppo respinta) della revisione tariffaria, abbiamo avuto modo di sperimentare l'efficacia dell'intesa.

Il 2005 è stato certamente un anno di gravi difficoltà per tutto il settore privato rendendo perciò molto utile il confrontarci tutti insieme con il mondo politico ed istituzionale. Di comune accordo abbiamo rafforzato i nostri collegamenti creando un'intesa strategica e convergente su tutti i principali problemi della categoria. In alcune regioni è stato allargato il nostro collegamento in modo da trasferire in tutto il territorio nazionale l'unitaria valutazione politica dell'importanza del ruolo del privato.

SOCIETA' SCIENTIFICHE DELL'OSPEDALITA' PRIVATA

Nel 2005 si è ulteriormente incrementata 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 dell'attività svolta nelle Case di cura. Le principali sono quelle dei chirurghi, degli ortopedici, degli oculisti, dei cardiologi e dei Direttori sanitari. 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 dell'ospedalità privata e di tutela della professionalità dei medici.

Anche a nome di tutti Voi invio a loro anche quest'anno un plauso ed un ringraziamento per quanto continuano a fare nell'interesse dell'ospedalità privata.

SOCIETA' MISTE

Nella Relazione dell'anno scorso come ricorderete, ho dedicato ampio spazio alle Società miste pubblico-privato, una novità che sta affermandosi nel panorama ospedaliero italiano.

Ho accennato allora alle posizioni forti e trasversali, sia a favore che contro tale innovazione.

Il quadro non è cambiato. Alcune Regioni comunque sono andate avanti.

Credo che sia una sfida che dobbiamo accettare: è importante

che le regole siano chiare e che dove si è partiti con "sperimentazioni gestionali" alla loro scadenza si passi, senza rinvii, a soluzioni definitive. Rimando pertanto alla mia Relazione dell'anno scorso per riaffermare integralmente i concetti di allora. Occorre soprattutto che non ci siano zone d'ombra nello stato giuridico dei dipendenti, nelle procedure degli acquisti e nelle leggi da applicare in materia di appalti.

I PROBLEMI ALL'ORDINE DEL GIORNO DELLE SEDI REGIONALI

Come l'anno scorso vorrei dare una brevissima informazione su quali siano oggi i nostri problemi all'ordine del giorno nelle varie regioni. Conoscere anche la situazione delle regioni che ci stanno accanto può contribuire a valutare meglio i propri problemi.

Abruzzo

Discussione sul disegno di legge regionale sulla disciplina del funzionamento delle strutture sanitarie e l'utilizzo appropriato dei regimi assistenziali.

Calabria

Aggiornamento delle Tariffe ospedaliere, in particolare quelle delle strutture ad indirizzo neuropsichiatrico.

Contratti 2006.

Ritardi nei pagamenti delle prestazioni ospedaliere.

Campania

Aggiornamento delle Tariffe ospedaliere e budget 2006.

Ritardi nei pagamenti delle prestazioni ospedaliere (crediti 2004-2005) e contenzioso sui budget assegnati all'ospedalità privata (dal 2003).

Emilia Romagna

Rinnovo della parte economica 2006 dell'accordo regionale 2004-2006.

Liste di attesa ambulatoriali: ampliamenti budgets strutture ospedaliere private.

Accreditamento strutture neuropsichiatriche: trattativa su qualifica residenziale. Ricadute assistenziali, organizzative ed adempimenti amministrativi.

Conclusione prima fase di accreditamenti: strutture di alta specialità.

Friuli Venezia Giulia

È stato appena sottoscritto l'accordo tra l'AIOP e l'assessorato Regionale, con valenza triennale, riguardante anche le attività erogate da strutture ambulatoriali.

Per la prima volta, vengono formalmente riconosciuti i principi di piena integrazione delle strutture private accreditate nella rete ospedaliera, ambulatoriale, residenziale e territoriale in cui si articola il Servizio Sanitario, ed il loro coinvolgimento in ogni fase della programmazione sanitaria, dall'Area Vasta fino ai distretti, mediante la formalizzazione di una serie di livelli di concertazione.

Lazio

Concluso il contenzioso 2001-2005 è stata approvata la delibera sulle tariffe 2006. Si attende la relativa "Determina" applicativa. Si stanno concludendo accordi innovativi per la gestione finanziaria del fatturato 2006.

Aggiornamento delle diarie di degenza per le strutture le cui prestazioni sono remunerate con questa modalità.

Definizione delle nuove norme per l'autorizzazione e l'accreditamento.

Liguria

Riapertura di un dibattito per l'accreditamento delle strutture ospedaliere private.

Lombardia

Nuovo Piano Sanitario regionale.

Ipotesi di lavoro per la revisione dei costi di produzione per singolo DRG. Difficoltà di rapporti istituzionali.

Marche

Discussione sulla fissazione del budget invalicabile senza il riconoscimento degli abbattimenti in caso di esubero.

Liste di attesa - attività di degenza e ambulatoriali (anche per le attività ambulatoriali esiste un budget invalicabile); ne consegue che difficilmente il privato può collaborare per la riduzione delle liste di attesa in quanto è data facoltà ai Direttori di Zona di concedere eventuali esuberanti.

Aggiornamento tariffe DRG.

Piemonte

- Determinazione del budget triennio 2006-2008;

- Definizione budget attività ambulatoriale;

- Definizione livelli organizzativi e funzionali e relative tariffe per la riabilitazione pneumologica e per l'attività neuropsichiatrica accreditata.

Puglia

Discussione sul disegno di Legge regionale riguardante:

- aumenti tariffe

- accordi contrattuali (per i quali si stanno predisponendo le linee guida)

- snellimento procedure per l'accreditamento istituzionale.

Valorizzazione dei nuovi DRG previsti dalla nuova versione di classificazione.

Recepimento dell'intesa Regione-Aiop sul fabbisogno dei p.l. per acuti privati da accreditare.

Sicilia

Inappropriatezza delle prestazioni e relative penalizzazioni (decurtazioni tariffarie); rivisitazione standards di personale Case di cura; definizione contratto tipo Ausl-Case di cura; rete riabilitazione.

Toscana

Definizione degli accordi contrattuali 2006 con le Asl.

Contenzioso 2004-2006

Umbria

- Ricovero dei fuori Regione

- Attività libero professionale nelle Case di cura

Veneto

Problematiche relative al CUP Aziendale e Provinciale;

Proposta progetto di *benchmarking* regionale per la valutazione dell'attività ospedaliera;

Impugnativa provvedimenti regionali di incremento tariffe ospedaliere.

P.A. Trento

Non è stato possibile instaurare alcun rapporto con la Provincia autonoma di Trento.

L'ultimo tentativo risale all'estate scorsa quando è stata pubblicata, a pagamento, sui tre quotidiani locali un'intera pagina con una lettera aperta dell'Aiop all'Assessore della Sanità, che non ha mai risposto.

Rimane il problema dell'aggiornamento delle tariffe regionali e dell'imposizione di tetti ai ricoveri della Provincia e dei fuori regione.

Come vedete, la maggior parte di questi problemi sono comuni: Tariffe 2006 – Ritardi nei pagamenti – Leggi sui requisiti – Riconoscimento del nostro ruolo.

Altri sono più specifici. Sono comunque tutti problemi che devono farci riflettere.

CASE DI CURA NON ACCREDITATE: TRATTATIVE

CON LE COMPAGNIE ASSICURATIVE

L'Aiop non trascura la tutela e la valorizzazione delle Case di cura non accreditate che svolgono un ruolo non secondario nel panorama ospedaliero italiano.

In questi ultimi mesi la Sede nazionale Aiop ha dedicato un particolare impegno ad una politica di rilancio delle coperture sanitarie private fornite dalle compagnie di assicurazione, che sono ancora ben lontane dalle medie degli altri paesi europei. Occorre migliorare il rapporto con le nostre istituzioni ospedaliere non accreditate.

Per questo, recentemente abbiamo intensificato gli incontri con l'ANIA, l'Assicurazione Nazionale delle Imprese Assicuratrici, e con le maggiori compagnie assicurative per giungere ad un accordo nazionale che preveda:

a) la standardizzazione delle procedure di gestione dei ricoveri;

b) l'individuazione di un nomenclatore unico;

c) la semplificazione della gestione e la riduzione dei suoi costi in termini di tempo e di personale dedicato;

d) l'automazione e la velocizzazione delle procedure di interscambio delle informazioni con le compagnie;

e) la certezza nella tempestività dei pagamenti.

Due apposite Commissioni stanno lavorando alla soluzione dei relativi problemi tecnico-organizzativi e prevediamo di giungere ad un accordo definitivo entro l'anno.

FORMAZIONE CONTINUA – ECM – FONTER

In tema di formazione continua del personale operante nelle istituzioni Aiop, la Sede nazionale ha concentrato la sua attenzione e la sua attività sul piano del finanziamento degli eventi formativi delle associate, in particolare quelli legate alle attività ECM. L'accordo dell'Aiop con FONTER, il fondo interprofessionale promosso dalle organizzazioni sindacali e da Confesercenti, ha prodotto la costituzione di uno specifico settore socio-sanitario all'interno del Fondo, cui vengono riservate specifiche e rilevanti risorse economiche.

Dopo il primo "avviso" 2004-2005 che riguardava somme limitate – per il settore socio-sanitario 250 mila euro con cui sono stati finanziati 40 progetti formativi e quasi tutti di nostre strutture – l'intervento della Sede nazionale Aiop ha fatto sì che l'avviso successivo e tuttora in corso riservasse al nostro settore circa 2.700.000 euro, cui stanno abbondantemente attingendo le istituzioni ospedaliere nostre associate.

Rimangono ancora margini operativi sul piano della sensibilizzazione delle nostre strutture. Molte istituzioni e diverse regioni sono assenti nella richiesta di questi finanziamenti e proprio per questo sono state incentivate le iniziative di presentazione presso le Sedi regionali e di supporto dei nostri uffici nazionali. La nostra Sede Nazionale, inoltre, si è distinta per la promozione e l'elaborazione di uno studio su *"La formazione nella sanità privata: analisi dei fabbisogni"*, i cui risultati sono stati pubblicati e presentati dallo stesso Fonter.

Ci auguriamo che tutto il sistema associativo Aiop sia più sensibile verso queste opportunità, la cui scelta, anche se inizialmente incerta, si è rivelata vincente per i risultati conseguiti.

COMITATO ESECUTIVO – CONSIGLIO NAZIONALE SEDE NAZIONALE

Dopo sei anni di stretta collaborazione e di tanti impegni affrontati insieme, voglio ringraziare tutti i componenti del Comitato Esecutivo che mi hanno sempre dato una preziosa collaborazione ed un forte sostegno. Gabriele Pelissero, Lorenzo Orta, Peppino Puntin, Enzo Paolini, Vito Sabbino e Maurizio De Scalzi, mi hanno permesso di realizzare il programma che mi ero impegnato a portare avanti in occasione della mia elezione di sei anni fa. Oltre 130 riunioni di Comitato Esecutivo hanno significato un grosso impegno, ma era un dovere assunto nei vostri confronti per poter guidare nel migliore dei modi l'Associazione.

Ringrazio anche il Consiglio Nazionale perché ha realizzato davvero il compito assegnatogli dal nuovo Statuto: quello cioè di esprimere la politica associativa in attuazione dei deliberati dell'Assemblea tenendo conto della evoluzione della politica sanitaria nel nostro Paese. In questi anni ci sono stati molti momenti difficili: su tutti, per esempio, quello in cui abbiamo dovuto affrontare le gravi vicende legate ai rinnovi contrattuali. In questi sei anni abbiamo tenuto 72 riunioni del Consiglio Nazionale, anche fuori di Roma e non vi è mai stata la necessità di utilizzare la teleconferenza (introdotta con il nuovo Statuto) perché non è mai mancato il numero legale, anzi molto spesso vi è stata una presenza totale.

Le delibere adottate in via formale dal Consiglio Nazionale sono sempre state momenti di ampio confronto, ma con conclusioni per lo più adottate all'unanimità.

Segno che il dibattito si è svolto in maniera serena, senza pregiudizi, concludendosi – se necessario - con mediazioni convincenti e spirito unitario frutto di un forte senso di appartenenza.

Un grazie particolare a tutti i miei cari collaboratori della Sede nazionale: una squadra molto affiatata che mi ha dato la massima disponibilità in ogni occasione.

Il Direttore Generale, Franco Bonanno, ha coordinato il lavoro di tutti in modo eccezionale. Per me è stato ed è un amico sincero e so che tutti voi lo apprezzate per quello che fa da tanti anni al servizio dell'Aiop e delle Case di cura.

Per me è stato un collaboratore straordinario: mi auguro che possa continuare ad esserlo anche con chi mi succederà. Un grazie anche agli altri collaboratori. Ad Alberta Sciachì, punto di riferimento in Europa non solo per noi ma anche per le altre associazioni europee del nostro settore.

Ho avuto altre occasioni per manifestare il mio apprezzamento a Filippo Leonardi e ad Angelo Cassoni: in questi sei anni hanno potenziato in maniera straordinaria l'Ufficio Studi, la Ricerca, i Rapporti con le regioni e la presenza attiva nel FONTER, di cui vi parlo in altra parte della mia Relazione.

Un grazie particolare a Patrizia Salafia, al mio fianco nell'Associazione da oltre 30 anni e sempre precisa nei rapporti con tutte le Case di cura.

Da ultimo un grazie a Maria Rosaria Lanciano, Stefano Turchi ed Andrea Albanese che ricoprono un ruolo impegnativo a sostegno dell'apparato associativo e a Sonia Martini e Pasquale Cotrone che rappresentano davvero la prima linea tra noi e voi.

Un grazie anche ai consulenti che in questi sei anni mi sono stati a fianco e che, nei rispettivi settori, hanno cercato di diradare i vostri dubbi e darvi consigli e suggerimenti tempestivi. Grazie dunque a Vito Bellini, Gianfranco Chinellato, Umberto Icolari, Sonia Gallozzi e Arnaldo Buratti.

CONCLUSIONI

Mi avvio alle conclusioni e mi scuso se non saranno brevi come negli altri anni.

Cosa mi resta di questi sei anni di Presidenza e cosa mi auguro che resti in Voi come ricordo.

All'atto della nomina, esposi un programma certamente ambizioso ma giudicato da Voi meritevole di essere portato avanti. Mi sento sereno pensando di averlo integralmente attuato. Sta a Voi esprimere un giudizio. Ritenevo allora necessario un grande rilancio dell'Associazione e pensavo che lo si potesse ottenere rielaborando innanzi tutto le nostre regole interne. Un lavoro immane. Ci avevamo già provato in più di una occasione senza riuscirci.

Mi sono impegnato su questo tema nel primo triennio venendo più volte nelle vostre Assemblee regionali a discuterne insieme. Ero e sono convinto che lo Statuto di un'Associazione va scritto o modificato insieme, partendo dal basso. Non può essere calato dall'alto.

Accettai molti suggerimenti provenienti da più parti e poi, dopo ancora ulteriori riunioni del Comitato Esecutivo e del Consiglio Nazionale giungemmo all'Assemblea Straordinaria di Roma del 2003.

E anche in quella Sede aggiungemmo e chiarimmo ancora qualche cosa.

Ma poi finalmente fu varato il nuovo Statuto approvato praticamente all'unanimità.

Altro mio impegno, fu quello del decentramento effettivo della nostra Associazione.

La sanità in Italia era ormai da parecchi anni una sanità regionale. Occorreva pertanto che anche la nostra organizzazione fosse, non solo a parole, davvero federale.

Il mio obiettivo era triplice:

- una sede fisicamente sempre aperta in tutte le regioni, anche quelle piccole;

- funzionari, ben preparati, a tempo pieno in ogni regione;

- un finanziamento adeguato per tutte le Sedi regionali Aiop. Cominciammo subito organizzando, con la collaborazione di Antonio Frova e di Filippo Leonardi, un corso di formazione di circa due anni per i nostri funzionari regionali.

Dovevano essere preparati per i nuovi compiti e dovevano essere in grado di raggiungere il più presto possibile l'autonomia.

Fu un successo: si deve a loro se ormai le vostre Sedi funzionano e funzionano bene. Certo, spetta alla dirigenza politica ottenere i risultati: a loro il compito di assistere, di supportare e di documentare.

Per il giusto finanziamento, deliberammo in poco tempo il ribaltamento nella suddivisione della quota associativa, facendo passare dal 40% al 60% la parte a favore delle Sedi regionali (+50%). Con il nuovo Statuto, poi, la quota è ormai duplice e l'Assemblea Nazionale determina quella nazionale mentre sono le Assemblee Regionali ad approvare le quote regionali. Queste maggiori risorse hanno anche permesso a molti di Voi di trasferire le Sedi in locali più idonei e più prestigiosi contribuendo anche alla crescita d'immagine della Associazione. Abbiamo organizzato meglio le nostre riunioni del Comitato Esecutivo e del Consiglio Nazionale riunendoci molto più spesso e utilizzando bene il nostro tempo.

Solo raramente siamo ricorsi ai mezzi audiovisivi introdotti dal nuovo Statuto e questo non per la necessità di raggiungere il numero legale, ma solo per effettuare collegamenti multimediali utili al raggiungimento di obiettivi precisi.

Tra le novità che ho realizzato e che mi auguro siano proseguite anche in futuro vi è quella di organizzare riunioni dell'Esecutivo e del Consiglio Nazionale presso le Sedi regio-



nali.

E' stata un'iniziativa giudicata più che positivamente da tutti. Rientrava nel mio programma di rivitalizzare sempre più il rapporto tra Sede nazionale e Sedi regionali e tra i dirigenti nazionali e i consiglieri delle Sedi regionali.

Abbiamo creato l'*AiOP Giovani*, dotandola anche di proprie risorse, e il suo coordinatore Averardo Orta, a cui rinnovo i miei complimenti per gli ottimi risultati raggiunti, ha organizzato convegni, ricerche, dibattiti, tutti di altissimo spessore culturale.

Credo ancora molto nell'utilità della Sezione Giovani.

Molti di noi sono entrati nella dirigenza Aiop fin da giovani: ma allora era diverso. La generazione prima di noi, per la tipologia delle strutture allora esistente, gradiva poco occuparsi dell'*AiOP*. Oggi è diverso: molti di noi... "presidiano" incarichi da anni e si guardano bene dal lasciare spazio alle nuove generazioni.

E' un errore che gli esperti di moderna organizzazione aziendale/associativa considerano uno dei mali peggiori.

L'*AiOP Giovani* può essere, deve essere la risposta giusta per far crescere l'*AiOP* e di conseguenza anche le nostre Aziende. Solo in poche Regioni, purtroppo c'è una Sezione Giovani efficiente che si riunisce e lavora.

Auspico che la nuova dirigenza si attivi per stimolare in tutte le regioni la creazione effettiva e non solo sulla carta di una Sezione Giovani.

Mi sono poi dedicato a portare l'Associazione presso i media, dentro le TV cercando di renderla sempre presente nel panorama dei convegni e dei dibattiti. Questo ci ha permesso di costruire nuovi rapporti di cui ho già parlato in precedenza. Qui nelle conclusioni, mi preme sottolineare lo sforzo mio e di tutti quelli al mio fianco per trasformare il nostro *house organ*, che peraltro non ha cessato le sue pubblicazioni, in una rivista di prestigio con progetti estremamente ambiziosi.

Non posso altresì dimenticare la creazione della nostra Casa Editrice, la *Seop*, che colloca l'*AiOP* un po' più in alto rispetto ad altre Associazioni similari.

Abbiamo inoltre realizzato un assetto più stabile sia nella nostra adesione a Confindustria che nel nostro ruolo negli organismi europei.

Altra iniziativa portata avanti e che ormai ha superato davvero il rodaggio, essendo in cantiere il 4° Rapporto, è *Ospedali &*

Salute che ha esaltato il lavoro del nostro Ufficio Studi e Statistico in collaborazione con la Società esterna di Ricerca.

E sulla "ricerca" ci siamo particolarmente impegnati portando avanti molte iniziative che hanno fatto abbinare il nome di *AiOP* a quello di grandi scienziati e ricercatori e a quello di direttori di giornali a tiratura nazionale. E qui mi riferisco alla serie di eventi legati alle "Stelle" o ai Convegni che hanno avuto il pregio di mettere in contatto la realtà *Aiop* con l'opinione pubblica per una conoscenza utile, reciproca e proficua. Nel programma di allora sottolineai anche una particolare attenzione all'elaborazione di un nostro "codice etico", concetto facile ad esprimere ma più complesso a realizzare.

In proposito, innanzitutto abbiamo

provveduto ad inserire alcuni concetti nel nuovo Statuto e poi ci siamo mossi per la realizzazione di un codice comportamentale che segnasse uno spartiacque tra i nostri associati e gli "altri".

L'*AiOP* è stata tra le prime Associazioni di categoria a vedersi approvare dal Ministero di Giustizia il suo "modello organizzativo e gestionale" ai sensi del D.Lgs. 8/6/2001 n. 231. A tutela degli Amministratori delle Aziende e nel rispetto dei diritti degli ammalati.

Resta in me però un senso di sconfitta nel non essere riuscito ad armonizzare bene le esigenze del rinnovo tempestivo dei contratti di lavoro con un doveroso riconoscimento di copertura da parte pubblica.

Questo meccanismo ha funzionato bene per tutto il periodo in cui vigeva il pagamento a giornata di degenza e si è inceppato quasi ovunque e quasi sempre dopo l'introduzione del pagamento a DRG.

Continuerò comunque a dare tutto il mio supporto affinché si ripristini il meccanismo di copertura di allora, nell'interesse delle regioni, delle Case di cura e dei lavoratori.

Chiudo questa lunga pagina che ritengo doverosa quanto necessaria per dare a Voi gli elementi utili per esprimere un giudizio. Lo faccio con lo stesso spirito di fiducia degli anni passati, auspicando che troverete degli spunti degni della vostra approvazione.

In ogni caso sento alto l'orgoglio di essere stato il vostro Presidente per due mandati avendovi sempre a me accanto, approvando le mie Relazioni.

Ho esaurito il mio compito e lascio la Presidenza. Spengo simbolicamente la luce ma non per lasciare il buio attorno a me. E' solo per permettere a tutti Voi qualche attimo di saggia riflessione che vi aiuti nel fare la scelta giusta su chi dovrà essere il Presidente dell'*Aiop* per il triennio 2006-2008.

Sarà lui tra poco a riaccendere la luce per dirvi che tutto prosegue nel migliore dei modi e anzi con luce ancora più brillante.

Grazie amici e scusatemi se cerco di lasciarvi a modo mio. In punta di piedi.

Grazie e viva l'Aiop: di oggi e di domani!

MAURO CASANATTA

Mi pare che questi applausi siano la testimonianza più viva dell'apprezzamento, non solamente sulla relazione, ma del lavoro fatto dal presidente Miraglia in questi sei anni.

Vorrei proporre all'assemblea, se è d'accordo, di trattare gli altri due punti all'Ordine del Giorno, i bilanci consuntivo 2005 e preventivo 2006, per poi aprire la discussione unica, sia sulla relazione che sui bilanci. Se l'assemblea è d'accordo possiamo procedere in questo modo.

Per alzata di mano, nessuno contrario, nessuno astenuto.

Pertanto do la parola all'Amministratore Tesoriere rag. Lorenzo Orta per la sua relazione e l'illustrazione dei Bilanci. Invitando già da adesso il Presidente del Collegio dei Revisori, Rag. Anselma, a fare la Sua relazione subito dopo l'illustrazione dei Bilanci

SEGRETARIO BONANNO

La commissione verifica poteri, alle 12.20, comunica che sono presenti, direttamente rappresentate e per delega, 407 strutture associate per 44.142 posti letto su 48.963 aventi diritto.

**RAG. LORENZO ORTA**

Amministratore tesoriere

E' una bella cosa una presenza così elevata perché sappiamo che per essere in questa sala bisogna essere in regola con le quote associative. Questo vuol dire che abbiamo messo a posto tutti i conti sia con voi che con le sedi regionali. Vi ringrazio e auspico che sia più facile

da adesso in poi rimanere in regola, perché è importante non interrompere questa bella abitudine e continuare anche negli anni in cui non ci sarà lo stimolo elettorale.

BILANCIO CONSUNTIVO 2005

Durante l'esercizio 2005, 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 che il 43% dell'Attività è formato dai crediti vantati nei confronti degli associati.

Negli allegati 1, 2 e 3 allo stato patrimoniale sono stati elencati tali crediti per singola regione, evidenziando quelli per i quali alcune Sedi Regionali, al fine di sanare particolari situazioni, hanno concesso la possibilità di risoluzione delle quote pregresse mediante rateizzazione. Ovviamente, questi associati che non hanno ancora saldato tutte le rate del loro pregresso non potranno esprimere il loro voto a questa Assemblea. Negli allegati 1, 2a e 2b abbiamo evidenziato quanto riscosso alla data del 31 marzo 2006.

Ieri, 26 maggio, i crediti per quote pregresse erano quasi azzerati, infatti, l'Ufficio Amministrativo ci ha informati che sono in regola con i pagamenti, comprensivi anche dell'acconto 2006, l'86,5% dei posti letto associati.

Per quanto concerne le quote al contenzioso che vengono elencate

all'allegato 3, nel corso dell'anno è stato riscosso il 23,74% del credito al 31.12.2004 ma siamo stati costretti:

ad espellere alcuni associati per la loro reiterata morosità e, quindi, a trasferire al nostro Ufficio Legale per il recupero del loro debito, un importo pari € 86.600,59 e ad attuare, con Case di cura, peraltro già espulse, accordi transattivi a saldo del loro debito, mentre per altre siamo stati costretti a rinunciare completamente al loro debito, anche consigliati dal nostro Ufficio Legale, perché risultava essere inesigibile, in considerazione, che alcune di queste strutture trovandosi in difficoltà avevano ottenuto dal Tribunale il concordato preventivo, altre erano in liquidazione o dichiarate completamente fallite. Tra le transazioni e la inesigibilità di alcuni abbiamo dovuto riscontrare una perdita pari a 222.086 euro tra quote Nazionali e Regionali.

L'importo dei crediti che la sede vantava al 31.12.2005 dalle sedi regionali per quote da loro rimosse e non trasmesse alla Sede Nazionale (allegato 4), è stato interamente versato.

Analizzando la parte delle "passività" dello Stato Patrimoniale, la voce più saliente tra i debiti è quella che si riferisce al debito verso le sedi regionali e come evidenziato all'allegato 5/b, è pari alle percentuali loro spettanti sui crediti per morosità. Anche questa voce oggi si è quasi annullata per aver già riscosso buona parte, come già prima detto, di quote associative pregresse.

Negli allegati 6 e 7 si evidenziano i cespiti e il fondo ammortamenti, il fondo quiescenza del personale dipendente, che peraltro è già quasi tutto versato e accantonato nel deposito RAS e il fondo riserva da cui abbiamo dedotto il disavanzo 2004 come deliberato dall'Assemblea 2005 di Ischia.

Il Bilancio Consuntivo 2005 si chiude con un avanzo di gestione pari a € 7.220,48 che il Comitato Esecutivo e il Consiglio Nazionale Vi propongono di portare al fondo riserva.

CONTO ECONOMICO

Esaminando il Conto Economico, che anche quest'anno è messo a confronto con quanto preventivato, le spese dei vari capitoli del bilancio non si sono, in linea di massima, discostate da quelle preventivate. Una maggiore precisazione va fatta per il Cap. 12 - Iniziative Straordinarie - anche se complessivamente non ha subito incrementi di spesa rispetto a quanto preventivato.

Nel corso dell'anno 2005, in considerazione che il nuovo regolamento della Commissione Europea ha trasferito da Bruxelles agli Uffici antitrust di ogni singola Nazione, gli esami dei ricorsi sulla "Concorrenza" ci ha dato modo di interrompere il mandato che era stato conferito al pool del Prof. Leanza. Ovviamente, non abbiamo rinunciato a seguire l'iter del ricorso che sarà adesso esaminato dall'Ufficio del Garante per la Concorrenza presieduto dal Prof. Catricalà.

Abbiamo, così, potuto disporre di una buona parte di quanto avevamo preventivato per detta spesa e, con la stessa somma stanziata nel Capitolo di bilancio, abbiamo tamponato le minori entrate che si sono registrate nell'arco dell'anno 2005 per la raccolta di pubblicità sul nostro periodico MondoSalute.

L'importo delle "sopravvenienze passive" è quello relativo ai crediti inesigibili che avevamo riscontrato nell'allegato 3 e lo abbiamo evidenziato al netto delle percentuali spettanti alle Sedi Regionali.

La voce dei ricavi rispecchia le quote di competenza 2005 delle strutture associate che rispetto a quanto preventivato si riscontra un incremento in valore assoluto di circa 57 mila euro che ci ha permesso anche grazie ai minori costi nei vari capitoli di spesa, di appianare le perdite per i crediti inesigibili e chiudere il nostro bilancio con un avanzo di gestione.

Mentre le poste di bilancio stanno scorrendo attraverso la proiezione dei lucidi io rimango a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

Chiudo questa mia breve relazione al bilancio consuntivo 2005 chiedendo la vostra approvazione e la destinazione dell'avanzo di gestione.

BILANCIO PREVENTIVO 2006

Il Bilancio Preventivo 2006 è stato predisposto e approvato dal Consiglio Nazionale il 19 aprile u.s. non prevedendo nessun incremento della quota associativa Nazionale, viene presentato mettendo tutte le voci dei "Costi e dei Ricavi" a confronto con il Consuntivo appena illustrato e si chiude con un prudentiale avanzo di gestione pari a € 8.489,00.

Per quanto concerne i ricavi preventivati, questi sono quelli riferiti ai posti letto associati al 1 gennaio 2006 pari a 54.044 ai quali, a seconda dell'indirizzo nosologico e dell'eventuale accreditamento con il Servizio sanitario regionale sono pari a :

Per le strutture accreditate:

per acuti € 54,00 per posto letto
per lungodegenti € 39,00 per posto letto

Per le strutture non accreditate:

per acuti € 39,00 per posto letto
per lungodegenti € 33,00 per posto letto

Per le RSA € 39,00 per posto letto

Per i Centri di riabilitazione ex Art. 26: € 33 per posto letto

Precisando che:

a) se la Struttura risulta essere parzialmente accreditata, l'importo della quota associativa da corrispondere sarà pari a quello relativo alle strutture accreditate anche per i posti letto non accreditati;

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

Chiudo questa mia breve relazione al bilancio preventivo 2006, 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.

PRESIDENTE

La parola al Presidente del collegio dei Revisori dei conti per la relazione sul bilancio consuntivo 2005.



RAG. ANGELO ANSELMA

Presidente revisori dei conti

Signori associati, il bilancio al 31 dicembre 2005, è stato approvato dal Consiglio Nazionale il 20 aprile 2006 e a noi trasmesso in pari data.

Riassumo i movimenti contabili avvenuti durante l'anno. Abbiamo periodicamente verificato la documentazione, le scritture e constatato il regolare corso delle riscossioni e dei pagamenti. Il bilancio, com'era nelle previsioni, ha registrato il ritorno ad un sufficiente equilibrio del conto economico con conseguente riflesso positivo anche

nel conto patrimoniale. Il consueto confronto tra le poste aggregate del bilancio in esame e quello del precedente esercizio evidenzia all'attivo, la riduzione dei crediti verso associati per euro 716 mila rappresentata principalmente da somme incassate su crediti pregressi dal 2000 al 2004 e riduzione del contenzioso per effetto di recuperi e di storno dei crediti inesigibili.

Tuttavia, permane l'esigenza di ridurre ulteriormente il contenzioso e di prevedere un congruo stanziamento al fondo rischi su crediti.

La riduzione delle immobilizzazioni materiali per 457.635 euro è dovuta allo storno del valore al 31.12.2004 del mobilio, macchine per ufficio e arredamento vario, con relativo storno del fondo esistente al passivo.

Al passivo vediamo la riduzione del fondo di riserva per euro 482.204 per imputazione al fondo del disavanzo registrato al 31.12.2004; riduzione dei debiti verso sedi regionali, fornitori, professionisti e diversi per euro 644.141 rappresentati principalmente dalla diminuzione dei debiti verso le sedi regionali per effetto della contabilizzazione a bilancio della sola quota nazionale.

Riduzione del fondo ammortamento di euro 457 mila per lo storno operato con il cespite mobilio, macchine d'ufficio, ecc.

Nel conto economico si notano la riduzione del costo consulenze e Confindustria per euro 146.000 in seguito al ridimensionamento delle quote versate annualmente alla Confederazione a cui l'AIOP aderisce; aumento della spesa per "programma sviluppo" e "iniziative straordinarie" per euro 62.388; aumento dei ricavi in seguito all'adeguamento delle quote associative per euro 356.669.

Diamo il nostro parere favorevole alla sua approvazione non senza rivolgere un plauso al rag. Lorenzo Orta, al Direttore Generale Franco Bonanno e alla signora Patrizia Salafia per la perizia e la puntualità con cui esplicano il loro mandato.

PRESIDENTE

Apriamo adesso la discussione e poi l'approvazione sia della relazione del Presidente che dei bilanci. Chi si iscrive a parlare?



DOTT. ENRICO SCHWARZ

Gruppo Iniziativa IGEA di Milano

In verità non mi riferisco alla relazione del Presidente Miraglia e ai bilanci, sulle quali c'è la mia piena approvazione.

Vorrei far presente una l'attività del nostro gruppo inerente gli investimenti negli ultimi cinque anni, per ribadire come un piccolo gruppo possa crescere in una regione dove

questo sia possibile legalmente, come la Lombardia. Siamo un gruppo indipendente operante nella sanità dal '61, abbiamo la fortuna di operare in una regione che nel '97 ha approvato la legge quadro regionale 31/97, che ha teoricamente dato pari diritti alle strutture accreditate, siano esse di natura pubblica che di natura privata.

Inizialmente vi era la gestione di una casa di cura per acuti, nel '98 il gruppo è cresciuto con l'acquisizione di una seconda struttura attualmente riabilitativa. Entrambe hanno sede nella città di Milano in zone semicentrali.

In questa diapositiva potete vedere come sono articolate le due case di cura, una è dedicata alla riabilitazione specialistica per 150 letti, una per acuti per 106 letti.

Nella prossima diapositiva si può leggere l'andamento delle percentuali di investimento sul fatturato dal 2001 al 2005; nel 2001 si è investito oltre il 22% per passare al 33% nel 2002, al 21% nel 2003, al 31% nel 2004 e al 34% nel 2005.

Come potete notare, le percentuali di investimento sul fatturato sono



molto elevate anche considerate anno per anno. Questa scelta strategica è stata fatta per cercare di ottenere un migliore posizionamento della qualità tecnologica e quindi assistenziale delle case di cura. Gli investimenti hanno compreso gli aspetti organizzativi che hanno impattato grandemente sul numero delle risorse umane impiegate che sono incrementate di oltre 100 unità.

Qui c'è l'elenco delle realizzazioni struttura per struttura, nella parte di sinistra potete vedere gli investimenti legati all'attività sanitaria con un nuovo poliambulatorio, un nuovo reparto di day surgery con due sale operatorie dedicate o reparti di degenza, un nuovo laboratorio, le analisi, una medicina nucleare. Dall'altra parte ci sono altri investimenti.

La casa di cura privata del Policlinico ha visto la trasformazione da una casa di cura chirurgica non accreditata in casa di cura riabilitativa accreditata e a contratto, e un incremento di posti letto, raddoppiato dal 75 a 150. È stato realizzato l'abbattimento di tutte le barriere architettoniche per pazienti disabili con una completa ristrutturazione dell'intera casa di cura. Sono state create tre palestre riabilitative dedicate.

Dal momento della ideazione al momento della progettazione e alla fase della realizzazione sono trascorsi cinque anni. È stato necessario un impegno estremamente rilevante sia di mezzi propri che di terzi.

Questa iniziativa è stata realizzata non per avere un ritorno sul breve, ma per ottenere una crescita qualitativa e quantitativa in costante incremento in un'ottica di medio-lungo periodo. Crediamo che questa realizzazione sia la prova che con la volontà imprenditoriale, nonostante le infinite difficoltà di ogni genere riscontrate a tutti i livelli, si possa, volendolo, far crescere le nostre strutture, offrendo a tutti i cittadini italiani, nostri potenziali utenti, quanto di meglio oggi esista in campo medico, tecnologico e assistenziale.

Siamo un gruppo indipendente, il nostro auspicio sarebbe quello, prospetticamente, di vedere che la nostra associazione possa essere vicina ed aiutare quelle strutture sanitarie che in tutta Italia desiderino intraprendere un discorso di crescita e di qualificazione strutturale e tecnologica elevata, analogo o migliore del nostro. Siamo ben consapevoli che altri gruppi di maggiori dimensioni hanno realizzato interventi analoghi anche molto più rilevanti dei nostri.

L'auspicio che formuliamo è che in tutte le regioni del nostro paese, pur consapevoli delle differenze e le difficoltà, sia normative che organizzative locali, si scelga la via imprenditoriale di crescere per qualificare, migliorare, organizzare, investire ed ottenere che le case di cura italiane possano essere considerate come strutture sanitarie di eccellenza.

PRESIDENTE

Ringrazio il dottor Schwartz con il quale mi congratulo per le importanti iniziative del Suo gruppo tutte volte ad un miglioramento qualitativo gestionale della struttura, convinto che professionalità e qualità è e sarà l'unico binomio vincente dell'Ospedalità privata. Diamo la parola adesso alla dottoressa Bernardelli. Mi pare non ci siano altri interventi quindi posso chiudere l'elenco.



PATRIZIA BERNADELLE

Casa di cura "S. Carlo" – Paderno Dugnano

Sarò molto breve anche perché mi rendo conto che l'assemblea forse si è protratta un po' troppo, l'attenzione è molto calata, oltretutto esserci molte defezioni.

Un attimo di considerazione riguardo alla relazione del nostro Presidente. Credo sia dovere degli associati fare magari degli appunti, non

dire sempre come siamo bravi, ma fare anche qualche rilievo. Mi permetto di dire una cosa molto breve per quanto riguarda questa rivista "Mondo Salute". Ricordo a tutti che è nata con l'intento di fornire questo mezzo ai cittadini per informarli sulle attività delle nostre case di cura; è nata con l'intento che doveva autosostenersi, cioè vivere con la pubblicità.

Nella relazione del Presidente Miraglia si parla di grande successo di "Mondo Salute". Non so cosa si intenda precisamente, se grande successo o numero di copie, peraltro il numero di copie, evidentemente, sono acquistate da AIOP non dai cittadini. Sembra quasi che i problemi della nostra sanità privata siano per la maggior parte risolti dalla rivista. I contenuti li trovo piuttosto scarsi, la veste editoriale un po' misera e l'impostazione di tipo gossip o Novella 2000 che, a mio parere, francamente, non ci rappresenta. Io sinceramente ho delle difficoltà a distribuirla ai ricoverati.

Sempre sulla rivista "Mondo Salute" l'ultima osservazione: in un bilancio preventivo avevamo il costo di 290 mila euro, siamo arrivati nel consuntivo 2005 a 60 mila euro in più, e di questo non ho capito la ragione.

PRESIDENTE

Mi pare non ci siano altri interventi, quindi metterei in votazione prima la relazione del Presidente, poi il bilancio consuntivo.

LA RELAZIONE DEL PRESIDENTE VIENE APPROVATA ALL'UNANIMITÀ**IL BILANCIO CONSUNTIVO 2005 VIENE APPROVATO ALL'UNANIMITÀ**

Terminiamo ponendo in votazione il bilancio di previsione 2006.

IL BILANCIO DI PREVISIONE 2006 VIENE APPROVATO ALL'UNANIMITÀ

Stabilendo quindi i sottoindicati importi della quota associativa Nazionale per l'anno 2006:

Per le strutture accreditate:

per acuti € 54,00 per posto letto
per lungodegenti € 39,00 per posto letto

Per le strutture non accreditate:

per acuti € 39,00 per posto letto
per lungodegenti € 33,00 per posto letto

Per le RSA € 39,00 per posto letto

Per i Centri di riabilitazione ex Art. 26: € 33 per posto letto

Passiamo al quarto punto dell'Ordine del Giorno: elezione del Presidente nazionale per il triennio 2006-2008. Come diceva il Presidente Miraglia ci sono due candidature che sono state presentate all'assemblea, quindi a questa presidenza. Prima di iniziare vorrei sapere se ci sono altre candidature, quelle già presentate sono del Prof. Gabriele Pelissero e dell'Avv. Enzo Paolini. Se non ce ne sono altre darei la parola in stretto ordine alfabetico all'avvocato Paolini e poi al prof. Pelissero.

**AVV. ENZO PAOLINI**

E' una particolare congiuntura quella che ci accompagna in questa fase. Il rinnovo dei nostri vertici – ed il mandato politico che l'assemblea ad essi consegna – coincide con l'inizio di una legislatura. Personalmente considero la circostanza più una occasione da cogliere sotto il profilo dei rapporti (nel senso che ci consentirà, forse, di avviare un dialogo nuovo e apparentemente scevro da pregiudizi) che un

elemento sostanziale per la nostra azione.

Ormai è chiaro che nel nostro paese la politica sociale – quella che in politiche si chiamano il welfare – nel cui ambito la sanità è la trave di sostegno si ispira a canoni di statalismo e dirigismo tipici della cultura di cui è stata permeata la nostra classe dirigente (tutta, quella di maggioranza e quella di opposizione) negli anni di formazione del nostro apparato statale, gli ultimi cinquanta del secolo durante i quali, a dispetto di una apparente instabilità di governo abbiamo avuto una chiara stabilità politica.

La nostra, quella della nostra classe dirigente politica, è ancora una cultura essenzialmente monopolista che si è naturalmente incrinata nei primi anni 90 quando, con la caduta del muro è emerso un filone riformista e liberale che ha condotto al d.lvo 502/92 del governo Amato la cui applicazione ha risentito poi della evoluzione politica del nostro paese nel quale senza soluzione di continuità – e per ragioni che non mette conto qui di esaminare – hanno continuato a go-

vernare le forze più stataliste, quelle sconfitte dalla storia ma vincenti le elezioni qui in Italia, dall'altra.

Le forze che si richiamavano alle grandi scuole liberali del secolo, repubblicani, liberali, socialisti sono sparite finanche dalla scheda elettorale. Né il fenomeno del berlusconismo ha modificato – è storia recentissima – la linea di fondo del governo, dei governi statali e regionali degli ultimi 15 anni.

COMPETIZIONE

Nel corso dei quali il concetto di competizione è stato – da tutti – interpretato e applicato nel seguente singolare modo: le regole ci sono sulla carta. Poi, per chiarissime ragioni di stato (cioè apparati elefantiaci, assunzioni a pioggia, cattedrali nel deserto, sprechi a valanga, inesistenza di programmazione) le strutture pubbliche devono essere esentate dalla loro applicazione. Devono essere pagate per ciò che costano. La competizione può avvenire – e avviene con le più pirotecniche trovate – solo nel recinto dei privati i quali peraltro devono essere ridotti per drenare risorse da poter gestire (Lo Moro sul depotenziamento).

E, quindi, finte trattative, regressioni tariffarie riservate solo ad un settore, contratti imposti per adesione, sbarramenti per lo scambio di prestazioni, fino all'incredibile fissazione di tetti con valenza retroattiva o alla pensata dell'appalto.

Il tutto sostenuto da una giurisprudenza sempre più prona alle esigenze della politica più che al diritto (ricordiamo lo spostamento della giurisdizione sino alla sentenza di questi giorni sul ritardo fisiologico).

Questo è il quadro generale con il quale ci siamo confrontati in questi anni e che avremo davanti ancora, nonostante, (o anzi forse ancor di più per) il cambio alla guida del Governo.

Avendo forse oggi solo un piccolo vantaggio tattico dovuto alla circostanza che la esilissima differenza numerica tra maggioranza ed opposizione potrebbe far emergere il principio secondo il quale, in tali casi, minore è il margine di differenza tra la forza delle parti, più ampio è, ovviamente, il campo della trattativa. In questo contesto, insomma, potremmo inserire, con maggiore incisività, se sapremo fare lobby, le cose che noi riteniamo vantaggiose per le nostre imprese, per i cittadini e per il sistema in generale.

E' solo un vantaggio tattico, come ho detto, che sconta la rigidità culturale rispetto alla quale non percepiamo mutamenti significativi, ma è già qualcosa. Ed è qualcosa che solo occasionalmente può essere condotta dai singoli mentre impone una associazione forte, compatta e con le idee chiare ed in grado di presentarle e farle valere nelle sedi e nei momenti giusti.

Quali siano queste idee di cui mi faccio portatore, proponendomi per esserne interprete, l'ho detto per titoli in una sintetica presentazione della mia candidatura.

Oggi utilizzerò qualche minuto per parlarne meglio.

**L'AFFERMAZIONE DELLA LIBERTÀ DI SCELTA
PRIMO PUNTO**

E' la pietra angolare del nostro mondo, della nostra proposta imprenditoriale. Senza libertà di scelta ritorniamo non solo sul quadro concessorio, nella munificenza del nuovo re che è lo stato monopolista, ma facciamo tornare indietro il paese sul piano della qualità perdendo la propulsione dell'unica regola ferrea di tutti i mercati: la concorrenza (e, dunque la libertà del cittadino di scegliere tra prodotti diversi o, nel nostro caso, tra servizi diversi) aumenta la qualità ed abbassa i costi, con tutte le conseguenze in termini di volano economico e di competitività per tutto il sistema.

Perché nella mia breve presentazione l'ho definita "vera e concreta" libertà. Perché qualcuno, dai più stucchevoli burocrati agli autorevoli

opinion makers che sproloquiano sui giornali, dice, con una certa supponenza e con apparente fondamento, che la libertà di scelta c'è. Perché è scritta nella legge, è stampata sulle Gazzette Ufficiali.

Ecco perché "vera e concreta". Perché, a dispetto di quanto è scritto e detto, l'applicazione del principio è vanificata dalle procedure inventate per mantenere in piedi l'ipocrisia di una cultura monopolista che vuole apparire liberale.

IL SISTEMA DELLE TRE "A"

E' il sistema delle tre "A". Secondo punto, più specifico del mio programma (del programma dell'AIOP, cioè di tutti noi di questi anni, che il Presidente che verrà dovrà a mio avviso, pervicacemente intensificare).

Che senso ha, dopo l'autorizzazione e dopo la previsione di ulteriori requisiti per accedere all'accREDITAMENTO in funzione della programmazione regionale (e già qui cominciamo a vedere l'embrione del dirigismo dal momento che la scelta del cittadino di scegliere ed essere assistito dal SSN dipende dalle scelte discrezionali della politica di programmazione) introdurre la necessità dell'accordo senza il quale non si ha diritto alla remunerazione? Di regola se si è autorizzati ed accreditati perché si rientra nella programmazione regionale si dovrebbe poter competere liberalmente.

Invece con l'accordo – che è un eufemismo perché è in realtà la proposta di un semplice contratto per adesione, o si accetta o si è fuori – si salda il sottinteso dirigismo con l'esigenza economica.

C'è la libertà, c'è la competizione ma entro i limiti che io segno con l'accordo. Fuori non solo non c'è remunerazione ma non c'è neanche libera scelta perché ti impedisco di lavorare.

Questo sistema, questa terza A, va cancellata proponendo con ragionevolezza, con la piena consapevolezza delle difficoltà di un sistema che vuole affrancarsi dal monopolio ma non ne ha ancora né la forza né gli strumenti, con tutte le giuste mediazioni del caso, un piccolo ma significativo passo avanti, possibile, con tutte le garanzie e magari con una prospettiva sperimentale. L'eliminazione della necessità dell'accordo, magari ad esempio scambiandola con la valorizzazione dell'accREDITAMENTO in un contesto di programmazione nel quale inserire il nostro contributo è a mio avviso da mettere in agenda delle cose da fare subito.

Su questo ritornerò ma la chiave della relazione che Confindustria ha presentato al Governo Prodi è stata liberalizzazione e competizione, senza le quali l'Italia perderà il treno della competitività.

Sono spunti di riflessione e di discussione che il confronto con la politica ed i tecnici svilupperanno, ma la strada a mio avviso, per questo aspetto, non può che essere imboccata.

Dobbiamo chiedere di fare sistema di elaborare un quadro maturo, degno di uno dei paesi più industrializzati del mondo nel quale l'attenzione alla cura ed al benessere del cittadino è assicurata dal prelievo fiscale in modo da garantire equità e solidarietà. Una grande conquista democratica che per funzionare, cioè per indurre a fare sistema deve però avere delle regole che per essere tali devono valere per tutti, regole di accesso al sistema, regole di erogazione, regole di controlli e regole di pagamenti. E' il terzo punto, sul quale ho detto che laddove c'è iniquità e disparità di trattamento il Governo non può decorosamente chiedere rispetto delle regole che invece noi chiediamo a gran voce, sapendo di essere nel giusto.



Quindi i punti più pregnanti rispetto al nostro quotidiano, difficile ma gratificante come per qualsiasi buon imprenditore, presente in ogni momento ed in ogni fase della nostra attività.

LE TARIFFE ED IL CONTRATTO CON IL PERSONALE

La revisione delle tariffe è una priorità che noi da tempo perseguiamo scontando da una parte i fisiologici tempi del ministerialismo, dall'altra sciatte e negligenze, dall'altra ancora la consapevolezza che la copertura della revisione può ottenersi solo fino ad un certo punto con l'abbassamento di quelle relative a prestazioni ordinarie (che peraltro possono riguardare prestazioni di qualità eccelsa). Il resto, il grosso può e deve essere finanziato in due modi ambedue semplici e difficili allo stesso tempo: il primo l'eliminazione degli sprechi.

E' un concetto, una esigenza ed una pretesa ovvia, non solo nostra ma di tutti i cittadini e di tutte le parti politiche. Si deve fare e salteremo con soddisfazione l'avvio di una seria attività in questo senso. Tuttavia nella nostra assemblea, che non è fatta per proclami demagogici volti ad intercettare un distratto consenso, dobbiamo essere pratici e realisti.

Dobbiamo sapere – e sappiamo – che lo svuotamento delle enormi sacche di spreco che esistono nel nostro paese deve incrociarsi con le politiche sul lavoro, sulla previdenza, sulla sicurezza, sull'economia, sul fisco. Non è semplice, ma sarebbe sufficiente un segnale per far capire dove e come si vuole incidere. La annunciata revisione della Legge Biagi, non mi sembra – ma è una mia opinione personale contraddetta da chi la propone – vada in tale direzione.

Naturalmente staremo a vedere, faremo la nostra parte e diremo la nostra, da cittadini, da imprenditori e come associazione ed in questo contesto dobbiamo pensare anche al secondo strumento: l'aumento del fondo sanitario nazionale, che deve stare al passo coi tempi. Dico questo perché ad ogni relazione del procuratore generale della Corte dei conti sentiamo il grido d'allarme sui conti pubblici ed in particolare sul capitolo spesa sanitaria in aumento esponenziale con le immedie ed immancabili prese di posizione sulla necessità della riduzione di tale voce di spesa. Io mi permetto di metterla diversamente. Uno degli elementi che in una prima fase produce l'aumento dei costi di un prodotto o di una prestazione è l'innovazione che man mano, nel medio e lungo termine, conduce ovviamente al beneficio sotto altri profili (tempo qualità efficienza ed efficacia) ma nella prima fase l'innovazione costa, produce qualità ma costa. Non c'è un cam-

po nel quale l'innovazione non sia più presente come la sanità; le scoperte scientifiche le nuove tecnologie, la ricerca farmaceutica ne fanno un settore in continua evoluzione. E su questo cosa diciamo, riduciamo la spesa?

No, io dico aumentiamola, spendiamo bene ma spendiamo. Finanziamo chi produce efficienza e qualità e non uno sciatto assistenzialismo ma finanziamo, sollecitando così la competitività delle nostre imprese. Anche qui sappiamo bene che non è facile e che dobbiamo fare i conti con il PIL ma se non spingiamo in questa direzione corriamo il rischio di rimanere estranei anche al contesto europeo, rispetto al quale non possiamo consentirci ritardi o scontare rendite di posizione.

Infine il contratto di lavoro. Il costo del lavoro è un diapason nel nostro paese.

Scandisce l'accordo con tutte le altre componenti della produzione. Noi non possiamo presentare ai nostri azionisti la nota stonata nei bilanci e bene ha fatto l'AIOP in questi anni a mettere sul tavolo delle trattative il problema della copertura finanziaria.

Anni in cui la nostra delegazione si è comportata con equilibrio e cautela ma con determinato rigore in ordine a questa nostra indispensabile esigenza. Sempre su mandato del Consiglio nazionale e su unanime decisione dell'Esecutivo. Riconoscendo e tenendo presente le giuste rivendicazioni dei nostri dipendenti, rispettando anche le talvolta eccessive prese di posizione di un sindacalismo militante ed autoreferenziale, ma tenendo ferma la barca sulla rotta da noi tutti tracciata a tutela delle aziende e delle famiglie dei lavoratori che non possono essere e neanche sentirsi di serie A se lavorano nel pubblico, con coperture automatiche ed assicurate, e di serie B se lavorano da noi con il futuro del potere d'acquisto dei loro salari, rimesso di volta in volta alla discrezionalità ed al buon cuore degli assessori regionali.

Dobbiamo continuare a chiedere e dobbiamo ottenere che sia assicurata equità sostanziale mediante meccanismi di perequazione automatica valorizzando un rapporto costruttivo e leale con la parte sindacale.

Queste sono le questioni che pongo sullo sfondo della mia proposta per il prossimo triennio. L'ho definita come lo sviluppo di una linea di politica liberale chiara, e determinata, fondata sui valori del lavoro e dell'impresa, in grado di farci dialogare costruttivamente con il Governo e con i partiti in posizioni di parità e mai di subalternità. Ed a questi principi intendo attenermi.

Con quali strumenti possiamo perseguire tali obiettivi è altrettanto importante.

L'esigenza di affrontare una duratura fase di confronto con il potere politico e la naturale progressione e modernizzazione delle nostre strutture e dei nostri rapporti ci impone di mettere mano ad una valorizzazione del lavoro, talvolta oscuro ma sempre prezioso, che svolge la sede nazionale, facendo emergere le professionalità che ci sono, custodendo come patrimonio la capacità e l'esperienza accumulate e potenziando anche con nuove acquisizioni l'ufficio studi e legislativo, in maniera adeguata alle necessità che ci pongono i tempi.

D'altra parte questa azione di implementazione non può che riguardare anche le sedi regionali, in prima linea sul fronte delle trattative e dei negoziati, ma impegnate anche nelle difficilissime ricadute legislative conseguenti al federalismo.

In questo senso l'AIOP deve assicurare il sostegno, la sollecitazione, la consulenza, la presenza fisica, laddove necessaria alle strutture più isolate nonché alle sedi che subiscono in misura maggiore l'ostilità ed il pregiudizio che taluni settori alimentano nei nostri confronti.

Non possiamo e non dobbiamo lasciare solo chi tratta in condizioni difficili. In questo senso dobbiamo rinforzare e far crescere la nostra cultura associativa.

La nostra proposta intanto è forte in quanto coesa e compatta.

COMUNICAZIONE

Il nostro settore informazione e pubbliche relazioni comprende e forma la nostra immagine nei confronti dell'opinione pubblica.

Ad esso dobbiamo pensare certo come la nostra carta d'identità che contiene le nostre coordinate programmatiche ed anche come veicolo di diffusione e trasmissione delle nostre idee e dei nostri valori imprenditoriali. Dobbiamo nutrire intensamente la produzione di convegni di manifestazioni, di iniziative che traggono linfa concettuale dalle nostre assemblee, dal mandato politico che assegniamo all'associazione e che deve essere tradotto in strumenti di comunicazione. Sia quelli più tecnici e diretti, come il nostro rapporto, che quello più generalista come un giornale.

Convegni come quello di ieri senza grandi nomi, è di estremo interesse per capire il futuro.

Quello del giornale è un tema particolare ed interessante per un semplice motivo. Perché costa molto. Noi tutti abbiamo inteso dotarci, ad un certo punto del nostro percorso, di uno strumento comunicativo, più semplice e pervasivo, che arrivasse più in profondità, nelle famiglie, in grado di incidere sulla cosiddetta "massa critica". Ed abbiamo sostituito la gloriosa testata "Ospedalità Privata" con "Mondo Salute", più magazine che house organ. Scelta consapevole, per alcuni versi riuscita, per altri da rivisitare. Nel senso che accanto a buoni pezzi di brillanti firme del nostro giornalismo occorre posizionare meglio le nostre linee comunicative, le nostre idee, farne un canale comunicativo ed una tribuna di dibattito di politica sanitaria e scientifica, diversamente non sfrutteremmo adeguatamente il veicolo che abbiamo prodotto.

E poi c'è la questione del costo, che non possiamo sopportare in misura così elevata. Non discuto, beninteso, il valore intrinseco del giornale che forse a noi costa meno di quanto in effetti vale grazie al buon lavoro ed ai rapporti personali del Direttore, ma noi dobbiamo riportare la spesa nell'ambito della copertura assicurata dal gettito pubblicitario che in parte c'è ed in parte dobbiamo ricercare.

CONFINDUSTRIA

Infine la questione Confindustria. Questa partnership è importante, ne siamo consapevoli, ma lo è nella misura in cui contiamo per quello che valiamo, che non è poco, nel tessuto sociale nel nostro paese. Il nostro contributo economico è particolarmente elevato, maggiore di quello di altre categorie a causa anche del particolare metodo di contribuzione di Confindustria. Ed allora noi dobbiamo far valere il principio anglosassone secondo il quale no representation without taxation. La politica sanitaria di Confindustria dobbiamo essere noi. Non dico che dobbiamo assumerne i vertici (anche se la mia esperienza è questa) ma dobbiamo essere in grado di portare le nostre idee e dobbiamo chiedere di essere messi in condizioni di esprimerle. E' una questione di visibilità e di immagine che farà parte di una nostra intensa azione.

D'altra parte ciò che una volta perceivamo come un tema che marcava la differenza tra noi e Confindustria è venuto a cadere. Quello della spesa pubblica. Ieri il Presidente Montezemolo ha detto con chiarezza che senza un intelligente intervento pubblico nel campo delle infrastrutture della ricerca, della sicurezza, della scuola, dell'ambiente avremmo condizioni di disagio ma sul resto - ha detto - lasciateci lavorare; semplifichiamo - meno lacci e laccioli - dopo anni sembrava di sentire uno di noi, occorre semplificare la burocrazia, non è possibile che in Olanda o in Spagna bastano 7 mesi per creare una nuova struttura e metterla sul mercato e qui da noi occorrono 10 anni per modificare l'ingresso di una casa di cura o per autorizzare un nuovo reparto. E poi liberalizzazione e competizioni vere, non sulla carta e gestite da burocrazie inconcludenti preoccupate più di evitare responsabilità che di assicurare efficienza ed efficacia al sistema.

Ecco, liberalizzazioni, competizione, meritocrazia e poi libertà di scelta, riforma del sistema delle treA, revisione delle tariffe, copertura del contratto, aumento del FSN, contenimento degli sprechi, attenzione all'Europa, buoni rapporti sindacali, sostegno ad AIOP Giovani un ponte con l'università e la ricerca e poi, nel nostro interno, valorizzazione della sede nazionale, vicinanza e potenziamento delle Regioni, massima attenzione alla comunicazione ed all'immagine, potenziamento dell'ufficio studi, rapporto con Confindustria. E' il mio programma, non velleitario ma, com'è nelle tradizioni di AIOP, realistico e possibile come rinnovamento nella continuità.

Se è vero che tutto ciò che abbiamo è in prestito dai nostri figli, io spero di restituire intatto, a mio figlio, tutto ciò che metto in questo progetto AIOP: la mia passione, la voglia di lavorare e di contribuire, per la nostra parte, alla crescita del nostro paese.

SEGRETARIO

Prima di dare la parola al professor Pelissero volevo comunicare che l'accettazione delle deleghe è già chiusa da una buona mezz'ora. Sono presenti direttamente o per delega 44.142 posti letto, cioè il 90,2% degli aventi diritto.

PROF. GABRIELE PELISSERO



Come si dice per scherzo in questi casi, sarò breve, anche perché ho ritenuto di far avere in modo un po' più analitico il mio programma a tutte le amiche e gli amici dell'AIOP, pensando che una cosa di questa dimensione e rilevanza meritasse un momento un po' più meditato e preciso. Per cui sicuramente non vi tormenterò, vista anche l'ora tarda, con una elencazione analitica delle cose che io ritengo importanti fare, anche perché come diceva Musil, quando si va in un'assemblea si chiede: chi vuole il bene? E tutti alzano la mano. Il problema viene

il minuto dopo e la mia massima preoccupazione in questo momento è per il minuto dopo.

Noi sicuramente condividiamo, nessuno di noi può non condividere, le affermazioni e gli indirizzi che Emmanuel Miraglia ha messo nella sua relazione. Sono quelli che ci diciamo da molti anni. Il bell'intervento che ha fatto Enzo Paolini, sul terreno dei principi mi trova perfettamente d'accordo. E' del tutto evidente che lo spirito imprenditoriale non possa che esprimersi all'interno di una visione liberale ed aperta.

MODELLO DI SANITÀ APERTA

Noi siamo qui perché crediamo in un modello di sanità aperto, ma purtroppo l'esperienza di questi anni ha dimostrato la straordinaria difficoltà di realizzarlo. A fronte della razionalità della nostra posizione ci deve costringere a fare una riflessione più approfondita. Se è del tutto evidente che noi costiamo meno al Servizio Sanitario Nazionale, se è del tutto evidente che noi rendiamo un servizio più gradito ai cittadini e ai pazienti, se è del tutto ovvio che quando il cittadino ha la possibilità di scegliere, sceglie noi preferenzialmente, dobbiamo chiederci che cosa succede, che cosa c'è nel nostro paese per cui questo non si traduce in un nostro grande svi-

luppo. Noi non siamo ancora diventati nella consapevolezza della classe politica, dei decisori nazionali e regionali, nella cultura di una parte del mondo del lavoro, il sindacato, che è importante, un pilastro fondamentale del sistema di sicurezza sociale in Italia. Perché non è capitato?

Perché noi ci troviamo di fronte a questo paradosso, per cui quando diciamo ai sindacati: "vogliamo aumentare i vostri compensi, ma rendetevi conto che non lo possiamo fare da soli perché non siamo in grado di determinare da soli i nostri ricavi e i nostri margini di profitto, lavorando in un sistema di tariffe amministrative e oramai universalmente anche di tetti di volume di attività", perché i sindacati non vengono con noi dal nostro committente e insieme a noi fanno questa battaglia?

Noi dobbiamo farci queste domande, non per fare della retorica assembleare perché poi tutti ci riconosciamo in questo, ma dobbiamo dare delle risposte. Ci sono risposte a breve, ci sono risposte a lungo termine. A me oggi interessano moltissimo quelle a breve, perché nei prossimi anni noi assisteremo a dei cambiamenti importanti nel modo di pensare e nel modo di agire politico e sociale in questo paese. E' un po' doloroso pensare che nell'immaginazione comune noi veniamo da un decennio di sfrenato liberismo, ma questo è quello che pensano moltissimi oggi. Temo che questo sia quello che pensa la parte dominante - non esclusiva per fortuna! - della cultura politica della coalizione di governo che ha vinto, seppure di strettissima misura le ultime elezioni; questo è quello che pensano i sindacati, questo è quello che pensano i funzionari delle regioni, la tecnocrazia regionale che è cresciuta nella sua vita abbeverandosi del concetto che pubblico è bello perché da cinquant'anni in questo paese così si dice, pubblico è bello, pubblico è etico, pubblico è essenziale soprattutto in sanità. Noi non siamo ancora riusciti a far capire che siamo pubblico in questo senso, siamo la salvezza del pubblico, però questo ci pone un grande problema, un grande interrogativo.

Credo che il pendolo della storia con la sua grande inerzia purtroppo adesso ci porta nella direzione opposta. Da un presunto liberismo noi stiamo andando verso un autentico statalismo e dirigismo. Questo problema ci dà una responsabilità forse più grande di quella che avevamo pensato di portare. Per combinazione, per un accidente della storia, è la nostra categoria in prima fila su questo terreno perché siamo noi che abbiamo in mano il problema della riforma del caposaldo di tutte le politiche sociali dell'ultimo secolo, il welfare e la sanità. Siamo noi che dobbiamo dimostrare che è possibile fare tutto e



bene in un altro modo.

Ma sono ancora parole, io mi aspetto e temo che attecchisca una cultura che parta dal governo ma rapidamente si diffonda sulle regioni, che riprenda alcuni temi che noi dobbiamo prepararci a contestare. Il predominio del territorio sulla specialistica e sull'ospedale, questo ritornerà fortemente. Tanti di noi se lo ricordano come un motivo dominante per ridurre la spesa ospedaliera e aumentare la spesa territoriale, non di rado una dissipazione. Temo che questo argomento vada a dare forza all'aggressione contro di noi, che nelle regioni i funzionari, i dirigenti, le programmazioni regionali addurranno come ragione e scusa per ridurre la quota di finanziamento destinata alla nostra attività. Noi dobbiamo dire che è sbagliato perché la salute della popolazione crescerà nei prossimi venti anni in Europa e in Italia grazie all'investimento nell'attività specialistica e ospedaliera e non nella medicina di base.

Se noi oggi abbiamo una vita media più lunga, se abbiamo più salute, dobbiamo dire grazie allo sviluppo delle tecnologie e dobbiamo dire grazie in modo particolare all'AIOP che è stata all'avanguardia in questo. Noi abbiamo uno straordinario orgoglio in questo paese, abbiamo dimostrato che in tutto un settore di patologie nel quale il sistema pubblico era completamente carente, lasciava morire i malati oppure li costringeva a faticosissimi viaggi della speranza all'estero, grazie all'investimento, al coraggio imprenditoriale della nostra categoria, questo è diventato patrimonio professionale, investimento produttivo, crescita di salute che avviene nel nostro paese.

RIABILITAZIONE

Abbiamo altre frontiere di questo tipo davanti a noi, abbiamo altri grandi bisogni a cui il settore pubblico non è in grado di dare risposta. Cito l'area della riabilitazione che personalmente ritengo un terreno di straordinaria crescita nel futuro nel quale ancora una volta l'investimento pubblico sarà incapace di dare qualità ed efficienza e nel quale noi possiamo e dobbiamo proporci come il soggetto che aiuta la collettività ad affrontare questo problema.

Penso anche ad aree più difficili come la psichiatria per esempio, nel quale una riforma tanto difficile forse potrà decollare e avere senso se ci sarà una maggiore presa di posizione e coraggio imprenditoriale da parte nostra. Però tutte queste cose noi dobbiamo andarle a dire, dobbiamo andare a fare una battaglia e noi avremo un'altra battaglia estremamente importante sul problema della libertà del cittadino e della mobilità interregionale.

Mi sono battuto, da Milano e poi qui a Roma, insieme ad Emmanuel e tutto l'Esecutivo, di fronte ad un minaccia gravissima della scorsa Finanziaria che iniziava a porre un ostacolo alla mobilità interregionale. Ma voglio chiarire bene una cosa, la mobilità interregionale non è un'operazione che oggi avvantaggia alcune regioni a discapito di altre, alcuni di noi a discapito di altri. La mobilità interregionale è l'unico elemento che oggi ci consente in modo pratico e attivo di minacciare la Regione quando vuole ridurre il nostro budget, che con questo i cittadini scapperanno fuori in un'altra Regione a suo danno. In più io ritengo che questo sia un altro terreno fondamentale nel quale noi abbiamo una prospettiva di crescita imprenditoriale. Soprattutto in quelle regioni la cui parte pubblica non sarà mai capace di organizzare servizi sanitari ospedalieri di adeguata efficienza, solo il privato, se adeguatamente sorretto, sarà in grado di fare una proposta operativa, di curare in quella sede i malati. Noi abbiamo bellissimi esempi nel sud d'Italia, e su queste linee noi dobbiamo batterci per farli crescere ancora, mobilitando la capacità imprenditoriale e la capacità di attrarre capitali che solo noi abbiamo. Il pubblico dice delle storie da questo punto di vista.

Vorrei sgomberare il terreno da alcuni problemi che circolano all'interno della nostra associazione che vanno chiariti per evitare che siano un elemento di ostacolo alla coesione e alla compattezza della

nostra vita associativa. Il primo è il rapporto fra grandi e piccoli, fra gruppi e singole case di cura. Problema vero perché emerso attraverso una fase di inevitabile concentrazione industriale che tutti i settori produttivi che vanno maturando conoscono nella loro storia. Noi oggi siamo in una situazione intermedia, abbiamo visto la nascita di grandi e medi gruppi, case di cura che si sono aggregate, che hanno avuto una crescita. Abbiamo la tenace, forte, significativa permanenza di una imprenditorialità diretta e immediata che vuole continuare ad esistere e vuole dire la propria. Io sono assolutamente convinto che non esiste e non deve esistere contraddizione o conflitto di interessi fra questi mondi, medi, grandi e piccoli. Si cresce tutti insieme, nello stesso modo, di un quadro di regole coerente e corretto.

Io vivo in una regione come la Lombardia nella quale sono rappresentate perfettamente tutte queste tipologie. Abbiamo il collega che possiede e amministra la Casa di cura di cento posti letto, abbiamo un gruppo che ne ha più di tremila. Non abbiamo mai avuto in dieci anni un solo momento in cui ci fosse il dubbio che la nostra politica nei confronti della Regione non fosse vantaggiosa per tutti e tutti insieme abbiamo portato a casa la legge regionale 31 della Lombardia, che io continuo a ritenere essere il modello forte che, deideologizzato, dobbiamo riprendere a riportare perché questa è stata la strada maestra che ha consentito la nascita di una grande sanità privata e perfettamente inserita nel pubblico. Sono assolutamente convinto che questo modello dia forza a tutta l'AIOP soprattutto a quegli amici e colleghi che operano nelle realtà più difficili, più remote, più lontane, più oscurantiste, più chiuse, più stataliste, perché in questo modo si dimostra che ogni regione italiana, se vuole avere una giusta politica nei confronti della propria programmazione sanitaria ospedaliera e dare al privato lo spazio che questi può occupare, avrà un privato di eccellenza che saprà curare meglio, con più qualità e a costi più bassi. Un grande patrimonio di tutti che dobbiamo valorizzare. Dobbiamo lavorare al nostro interno perché AIOP ha fatto tante cose. Sono venuto ad imparare, sono venuto a scuola a Roma per questi tre anni perché ritengo sia indispensabile conoscere bene una realtà per potersene occupare. Ho visto nei tre anni precedenti e nei tre in cui sono stato vicepresidente nazionale, un grande lavoro. Credo che esso vada continuato con ancora più forza, con ancora più spirito innovativo perché questo è nel codice genetico dell'imprenditore. Non essere contento, volere di più. Abbiamo il grande tema dei contratti sul quale abbiamo fatto una grande battaglia comune, che va ripresa con forza. Non è possibile accettare la posizione sindacale di rifiuto di capire la realtà, dobbiamo piegare la controparte governativa e farle capire che di qui si esce solo in un modo: assicurando la copertura dei costi, come in qualunque sistema produttivo. Non è immaginabile un sistema di costi che cresca indipendentemente dalle tariffe. Noi possiamo avere dei marginali, possiamo essere bravissimi, ma chiuderemo tutte le nostre aziende se non vinciamo su questo, quindi dobbiamo vincere assolutamente.

CONFINDUSTRIA

Confindustria. Voi tutti sapete che per alcuni anni io mi sono interrogato criticamente su questo tema, perché rilevavo che la nostra presenza in Confindustria era marginale, costosa, inefficace, e a me queste cose non piacciono. Mi sono convinto, e lo dico con assoluta fermezza, che oggi il nostro partner non può e non deve essere altri che Confindustria. Perché mi sono convinto? Perché Confindustria ha vinto una lotta competitiva, fra le altre associazioni di categoria ampiamente rappresentative nel paese. L'ha vinta per merito suo o per colpa di altri? Ma in questo momento l'ha vinta e noi vogliamo vincere.

Mi sono convinto perché in Confindustria, questa è la cosa che mi dà più tranquillità, oggi si sta operando una trasformazione strutturale nella quale io credo noi possiamo e dobbiamo intervenire. Il sistema

produttivo di questo paese è modificato tantissimo e si modificherà ancora di più nei prossimi anni. Non c'è futuro per un manifatturiero con grandi quantità di addetti, fabbriche con migliaia di operai, la tradizione vecchia del mondo produttivo italiano. Questo significa che Confindustria avrà meno risorse economiche, più difficoltà a pagare la propria struttura che è grande e un po' pletrica, bisogna che capisca anche lei la dinamica del mercato della rappresentanza e noi su questo vogliamo portarci come buoni compratori nell'interesse che noi rappresentiamo.

Oggi si aprono degli spiragli per costruire all'interno di Confindustria una cultura e poi una politica confindustriale che veda nel settore dei servizi non semplicemente un costo per le aziende, ma un vantaggio per le aziende e un vantaggio per Confindustria, e non sempre le due cose sono appaiate.

C'è l'embrione di un discorso comune, c'è una posizione di Riva che io condivido. Mi piace, è un uomo aperto da questo punto di vista, capisce che Confindustria deve essere in grado di fare una politica dei servizi adeguata. Allora, se questa è l'occasione, noi dobbiamo buttarci dentro con il massimo

di forza e con il massimo di credibilità possibili, cosa che cercheremo di fare. Dobbiamo sviluppare ancora di più e perfezionare, migliorare, la nostra comunicazione, questo è il tema dolente su cui tutti sempre ritornano. Sono stato un convinto assertore della bontà delle linee sulla comunicazione che abbiamo sviluppato in questi tre anni portando in me l'unico elemento di parziale insoddisfazione nel fatto che non abbiamo investito abbastanza nella ricerca perché la nostra forza di argomentazione deve essere maggiore, sorretta dall'autorevolezza di più centri che lavorino in sintonia con noi. Dobbiamo penetrare nel mondo della ricerca, nel mondo dell'università in modo che questo mondo non sia esclusivamente al soldo del pubblico e non sia soltanto la stampella del pensiero pubblico degli assessorati alla sanità.

COMUNICAZIONE

Ma a questo punto, essendo cresciuti, dobbiamo ripensare profondamente a quella che è la nostra linea, aumentando la ricerca, i prodotti editoriali di ricerca e riflettendo, approfondendo molto sulla struttura del nostro principale strumento di comunicazione, "Mondo Salute", che va bene per la diffusione ma deve migliorare e forse per alcuni versi cambiare.

Però questa operazione non deve essere fatta da un ristretto vertice dell'associazione. Se avrò il compito di occuparmi dell'AIOP, se voi lo vorrete, una delle prime cose che farò sarà un vasto sondaggio propositivo presso tutti gli associati per capire che cosa pensano, che cosa vogliono del nostro strumento di comunicazione, quanto lo usano e vi assicuro che moduleremo rigorosamente la linea editoriale per venire incontro e cogliere l'istanza dei veri utilizzatori, quelli che lo pagano, i soci dell'AIOP.

Avrei tante cose da dirvi ancora ma concludo, per tornare al tema della presidenza. Sono un candidato alla presidenza, e non vi nascondo che questa condizione esistenziale del candidato mi fa un po' impressione, la sento non tanto mia perché io sono costruito imprenditorialmente e professionalmente non per fare il candidato, non per fare politica. Per cui da un lato è una cosa che mi affascina, dall'altro mi sento sempre con una punta di imbarazzo personale. Ho sempre detto di essere un candidato per caso, mi chiamo Gabriele Pelissero, ma poteva essere un altro di noi, quello che a mio giudizio e a giudizio degli amici con i quali abbiamo pensato di proporre questa candida-



tura, è l'idea che la nostra associazione debba continuare ad essere rappresentata da un imprenditore forte, così com'è stata rappresentata in questi sei anni, dotato di una storia e di una credibilità personale nel mondo dell'imprenditorialità sanitaria perché questa categoria deve essere forte e orgogliosa e andare in giro con la testa alta. Ma questo è ancora soltanto un fatto emotivo, perché quando noi andremo a parlare con il ministro Turco non saremo nella condizione di fare una lezione di economia liberale, per la semplice ragione che il ministro non la starà a sentire, non ci darà tutto questo tempo, avrà molta fretta e - Dio non voglia! - avrà magari qualche prevenzione, anche se io non sono del tutto privo di ottimismo da questo punto di vista. Noi abbiamo avuto questa esperienza, lo dico perché è motivo di speranza. E' un momento che io non vedo bello, certamente, in questo sono in sintonia con tutti quelli di noi che hanno già parlato, ma quando un mese fa a Milano il gruppo consiliare DS ci ha invitato a tenere una relazione importante in un suo convegno, per la prima volta, io sono andato a parlare con l'allora non ministro Turco e ho notato nelle affermazioni di quel capogruppo DS l'affermazione di un principio: qui c'è un privato che ha diritto di stare insieme al pubblico. Questo principio che noi abbiamo conquistato duramente, con fatica e con investimenti, non mi è sembrato negato ideologicamente dall'allora non ancora ministro Turco. Questa è una prospettiva che io ritengo importante, ma chi andrà a parlare con questo governo deve essere in grado sinteticamente e con forza di dire: io rappresento una sanità importante, che sta alla pari con il pubblico, che è una stampella del pubblico, deve avere dietro di sé una credibilità e una storia imprenditoriale che sorregga questa affermazione. Per fare una battuta, dico al politico che mi accuserà di rappresentare una sanità minore, una sanità marginale, una sanità speculativa, : vieni a casa mia e te la faccio vedere se è speculativa, marginale, minore. Questo è l'obiettivo di tutti, se noi dobbiamo avere una bandiera che sia tale, naturalmente la bandiera da sola fa una misera fine. Soltanto con il lavoro di tutti, con la concordia, con l'impegno comune sarà possibile portare avanti le idee e gli interessi di questa associazione in modo farla trionfare in un mondo che si prospetta non tanto facile.

Questo è il mio programma.

PRESIDENTE

Chi si iscrive a parlare, solo per dichiarazioni di voto, vista l'ora, al-

trimenti passiamo alla votazione.

ETTORE SANSAVINI

Presidente Gruppo "Villa Maria"



Cari Colleghi, il mio proposito di intervenire, in questa occasione di confronto assembleare, prende le mosse da tre sintetiche considerazioni che, mi auguro, possano essere da voi condivise.

Il primo spunto nasce da riflessioni frutto della mia ormai lunga esperienza di imprenditore, che ha dedicato la propria vita professionale alla sanità del nostro Paese e così dal fatto che essere imprenditori – e qui lo siamo in larga

parte – ci impone di cogliere gli elementi di novità che caratterizzano la trasformazione del complesso ed articolato sistema in cui operiamo.

Dando per conosciute le ragioni più tecniche del mutamento sociale della domanda di salute e, quindi, del conseguente doveroso e necessario fatto di dover adattare la nostra risposta in termini di servizi adeguati, il nostro ruolo di imprenditori ci induce infatti a fare ogni sforzo per poter intervenire nelle scelte di fondo che, a questo proposito, devono essere intraprese da tutte le Istituzioni nazionali e regionali. Con queste ultime dobbiamo rapportarci in veste di attori primari, superando qualsiasi subalternità e rivendicando, con orgoglio, la dignità del nostro lavoro ed il rilievo del nostro apporto, affinché i cittadini possano usufruire di prestazioni qualificate e tempestive. Infatti, se è vero che le varie articolazioni del governo della sanità sono chiamate a garantire una risposta sanitaria pienamente adeguata ai bisogni dei cittadini o, per usare un termine a tutti noi noto, pienamente "appropriata", esse devono essere poste nelle condizioni di trovare costantemente in noi la qualità e il modello di rigore gestionale che ci qualifica come imprenditori competenti e capaci, come imprenditori anche pienamente consapevoli del loro ruolo anche sociale. Negli anni, anche grazie all'azione dell'AIOP sono caduti alcuni pregiudizi nei nostri confronti, ma sono convinto che il percorso verso una nostra piena e diffusa credibilità non sia ancora concluso ed è per questo che oggi si impone, più che mai, l'esigenza di essere imprenditori della sanità responsabili e credibili.

Detto questo, la seconda considerazione riguarda l'istituzione associativa che è, in ragione del ruolo e delle funzioni che esercita, il privilegiato se non unico interlocutore legittimato a rappresentarci ed a promuoverci come impresa essenziale al Paese, in particolare per il servizio che rende a tutti i cittadini in termini di prestazioni, di occupazione all'impiego, di motore di sviluppo e crescita industriale.

Infine, l'esigenza di poter seriamente operare come imprenditori ci deve stimolare ad essere propositivi di modelli e contenuti, tanto coerenti quanto innovativi rispetto all'attuale sistema salute. Per questo è prioritario rimarcare l'esigenza di introdurre fattori di sistematica competitività, graduata tra momenti di integrazione e complementarietà con l'erogatore pubblico, per concorrere al perseguimento di obiettivi comuni di carattere strutturale (si pensi in proposito alla riduzione delle liste di attesa) e momenti nei quali sia il fattore della concorrenza a svolgere la funzione selettiva della domanda di prestazioni.

Per fare questo, dobbiamo però essere pronti e capaci di intervenire nel delineare gli strumenti di programmazione e contrattazione che si sviluppano ai diversi livelli istituzionali, giocando un ruolo attivo, essendo attori nei processi in atto.

Un ruolo, però, che deve essere complessivo e capace perciò di dare rilievo alla sanità privata nel suo complesso, a prescindere dalle dimensioni delle diverse strutture, dalle specialità coltivate, dal nume-

ro dei posti letto attivati in quanto, nella coscienza dei cittadini, è la sanità privata in quanto tale che è più o meno credibile e affidabile. Solo insieme si può vincere la sfida dei prossimi anni e solo insieme, come sanità privata globalmente attenta all'innovazione e cosciente dei propri doveri, si potrà far crescere la nostra credibilità complessiva, dalla quale tutti potranno trarre beneficio.

Se questo vuole rappresentare quello che, a mio avviso, è il sintetico quadro della complessità della situazione, sia per quanto riguarda lo stato delle cose che per le aspettative che tutti noi riponiamo in chi assumerà il nuovo mandato presidenziale dell'AIOP, ciò non di meno ci troviamo oggi nella condizione di valutare due candidature alla Presidenza, caratterizzate entrambi da distinti spunti programmatici e da autorevoli profili personali.

È questo, a mio giudizio, un dato positivo che riflette la ricchezza della nostra Associazione ed è questo, forse, il dato di maggiore novità che caratterizza questa tornata elettiva, ovvero il fatto averci indotti a dibattere, a confrontarci ed ora a dover scegliere. Lo dimostra anche la numerosa platea oggi presente.

Ed allora non esito a darvi, come la solito, il mio pensiero, confidando nel fatto che altri possano dividerlo.

Orbene, sono convinto che nella situazione che ho brevemente delineato, sia opportuno promuovere al vertice dell'AIOP figure imprenditoriali che vivono senza vincoli di orari, ma in prima persona l'impresa sanitaria e sono, quindi, in grado di dare buona lettura ed efficaci risposte ai problemi dell'imprenditoria.

Non voglio essere frainteso.

Sono il primo a riconoscere la competenza dell'avvocato Paolini il quale è stato attore di primo piano nello scorso esecutivo e ha dimostrato di essere, con la sua presentazione alla candidatura, un avvocato competente, ma ciò non toglie che mi sia convinto, in questi mesi, dell'opportunità di sostenere la candidatura del Prof. Gabriele Pelissero, essendo noto a tutti come egli sia cresciuto nel mondo della sanità privata, calandosi direttamente ed in concreto nella gestione delle proprie strutture, assumendo un vero e proprio ruolo di imprenditore, manager ed attento cultore della materia.

Mi sembra, infatti, che la figura di un manager-imprenditore di riferimento, in una realtà competitiva come la sua e, ripeto, competitiva, possa meglio rispondere alle esigenze che vi ho espresso e che si manifestano con chiarezza nel suo programma, offrendoci il senso di un disegno innovativo pur nel rispetto della tradizione dell'imprenditoria.

Per questo, penso che Gabriele Pelissero assommi qualità e vissuto personale tali da poterci tutti rappresentare nelle sfide che ci attendono, avendo presentato un programma che da una risposta complessiva alle esigenze della sanità privata a prescindere dal nord, dal centro o dal sud del nostro Paese, così come ha già espresso il Prof. Pelissero.

E mi sembra di essere legittimato a fare questa affermazione in quanto, come sapete, la maggior parte delle strutture del mio gruppo sono appunto nel centro e nel sud d'Italia.

Comunque, al di là delle diverse candidature, ritengo che la forza della nostra associazione debba essere sempre l'unità e la solidarietà tra tutti noi e, di conseguenza, chi sarà eletto Presidente – e mi auguro che possa essere Gabriele Pelissero – dovrà essere attento a cogliere le diverse idee e posizioni che sono maturate in seno all'Associazione.

Ciò presuppone un vero coinvolgimento di tutti ed un continuo e serrato confronto tra vertice ed associati.

Questo deve essere il mandato dell'Assemblea al nuovo Presidente. Per questo, comunque vada, è venuto il momento di rendere più incisiva la nostra politica associativa con il confronto delle idee di tutti. Grazie.

VINCENZO SCHIAVONE

Presidente Aiop Campania



Brevissimo, solo per dichiarazione di voto. La Campania è con Enzo Paolini. Siamo contenti comunque di avere due ottimi candidati. Noi auspichiamo che vinca il migliore e per noi questo migliore è Paolini. Ad entrambi diciamo comunque di promuovere l'AIOP nella sua compattezza augurandoci, quindi, che ambedue, qualunque sia il risultato, lavorino insieme a questo scopo,

FRANCO FRONTERA

Vice presidente Aiop Calabria



Anzitutto un ringraziamento a chi è assente. Faccio parte di questa associazione sin dalla sua unificazione e mi onoro di avere contribuito in maniera determinante alla costituzione delle sedi provinciali della Calabria prima, e di quella regionale poi. Che io ricordi, la nomina del Presidente nazionale è sempre avvenuta per acclamazione, avendo l'assemblea sempre accolto le indicazioni del Consiglio Nazionale. Per la storia voglio precisare che

una sola volta ci fu la "chiamata alle armi". Bisognava sostituire un presidente padrone e ricorremmo ai moti carbonari, perché in quella occasione ci riunimmo preventivamente, qui a Roma. Da allora l'associazione è cresciuta ed è andata avanti in armonia, anche se le difficoltà gestionali e organizzative sono andate crescendo. E' la prima volta, quindi, lo dico con rammarico, che l'assemblea si trova di fronte a due candidati presidenti, l'avvocato Paolini e il professor Pelissero, ambedue professionisti impegnati e stimati all'interno e fuori dell'associazione. Però, purtroppo per loro e per noi, uno dei due sarà perdente. Ebbene, lo scopo del mio intervento è quello di chiedere ad ambedue un impegno solenne, che il perdente riconosca ed accetti la vittoria dell'altro, rimanendo a disposizione dell'Esecutivo per dare il suo prezioso contributo associativo come ha fatto fino ad oggi, tenuto conto che le associazioni uniscono e non dividono.

Concludo con il dire che per l'estremo sud esistono due caselle associative vuote: non ha mai espresso un Presidente nazionale e non è mai stata sede di un'Assemblea nazionale. Personalmente, essendo vicepresidente regionale, essendo calabrese, avendo io sponsorizzato l'avvocato Paolini quale Presidente regionale, sarò onorato di votarlo e di contribuire alla sua nomina a Presidente nazionale.

MAURO CASANATTA

E' inutile che vi spieghi come si vota. Trovate le schede, un solo nominativo, basta il cognome. Il seggio è costituito con i due scrutatori: il rag. Ermanno Ripamonti e il dr. Bernardino Scarpino. Per maggiore regolarità e per capire se abbiamo votato tutti, chiamerò per ordine alfabetico i delegati che metteranno le loro schede nelle urne.

SI PROCEDE ALL'APPELLO NOMINALE

Mentre i due scrutatori e la segreteria fanno lo spoglio, propongo di trattare i punti 5) e 6) dell'odg:

punto 5) Elezione di n°2 Consiglieri Nazionali per il triennio 2006/2008

Come sapete lo statuto prevede che due consiglieri nazionali possono essere cooptati dall'assemblea con una maggioranza del 60% dei

voti presenti. C'è qualcuno che propone questi due nominativi?

GIAMPAOLO ANGELUCCI

Tosinvest



Per quanto concerne il Lazio vorremmo proporre il Dott. Mario Garofalo in quanto fondatore dell'AIOP che per tanti anni ha partecipato a tutti i vertici di questa associazione, nazionali e regionali e quale secondo nominativo proponiamo il Rag. Ettore Sansavini

PRESIDENTE

Ci sono altre proposte?

Enzo SCHIAVONE

Proponiamo Savarino Morelli e Camisa.

ANNA CASELLA

"Villa Sant'Anna" - Reggio Calabria



Premetto che gradirei che le candidature sia per il Collegio dei Revisori e sia per i due componenti del Consiglio Nazionale fossero avanzate un po' prima, in modo tale da avere la possibilità di valutare se ci sentiamo rappresentati o meno in tali organismi... Oggi personalmente propongo le quote rosa. Ne hanno parlato tutti, siamo strabiliati per questa rappresentanza maschile. Ritengo che noi donne lavoriamo dovunque, quindi anche in un'associazione,

che dovrebbe essere altamente democratica, le donne devono essere presentate. Personalmente propongo la signora Daniela Bottari e la Dr.ssa, Bernardelli.

PRESIDENTE

A quanto sembra c'è anche la proposta per la Dr.ssa Percesepe, mentre la Dr.ssa Bernardelli propone la conferma quale Consigliere Nazionale dell'Avv. Gustavo Sciachi.

PRESIDENTE

Se non ci sono altre proposte, Vi riassumo le candidature che sono state avanzate per i due componenti il Consiglio Nazionale che Vi ricordo debbono essere eletti con il 60% dei voti dei presenti, quindi, saranno necessari 26.485 voti.

Sono state avanzate le candidature di: Mario Garofalo, Ettore Sansavini, Gustavo Sciachi, Savarino Morelli, Gianfranco Camisa, Daniela Bottari, Patrizia Bernardelli, Ester Percesepe e Giuseppe Sciacca. Ovviamente l'Assemblea è libera di esprimere anche altre preferenze, ma vi ricordo che bisogna esprimere al massimo due nominativi.

PRESIDENTE

Pertanto, siete chiamati a votare per i due Consiglieri.

Ultimata tale votazione e in attesa che venga ultimato lo spoglio per l'elezione del Presidente Nazionale, propongo di trattare il punto 6) dell'odg: Elezione del Collegio dei Revisori dei Conti- tre effettivi e due supplenti -;

L'Assemblea approva la proposta.

I componenti uscenti del collegio dei Revisori sono Angelo Anselma,



Alberto Prandin e Marcello Ilardi come Revisori effettivi e come Revisori supplenti: Franco Lombardo e Medardo Magni. Se non ci sono altre candidature potremmo votare i cinque Componenti uscenti per alzata di mano. C'è qualcuno che si propone? A quanto sembra, sì.

Oltre, quindi, ai cinque nominativi uscenti vengono avanzate le candidature della Dott.ssa Bernardelli, del Dr. Verlicchi, del Dr. Silori, della Dr.ssa Percesepe e del Dr. Morichi.

Si vota con la scheda di colore giallo. In considerazione che dovrete votare un massimo di tre nominativi per i Componenti effettivi e un massimo di due per i Componenti supplenti, propongo, per maggiore semplicità, di esprimere un massimo di cinque nominativi e a seconda dei voti ottenuti da ciascuno possiamo indicare i primi tre quali effettivi e il quarto e quinto in graduatoria quali supplenti. Su questa proposta necessita l'approvazione dell'Assemblea per alzata di mano.

Nessun voto contrario e nessun astenuto.

La proposta viene votata all'unanimità e pertanto si può procedere alla votazione con la scheda gialla con un massimo di cinque nominativi senza distinzione tra Effettivi e supplenti.

SI PROCEDE ALLA VOTAZIONE

Mi comunicano che lo spoglio per l'elezione del Presidente Nazionale è quasi ultimato e, in considerazione dell'ora tarda, Vi propongo, ultimate le votazioni per il Collegio dei Revisori, di sigillare le due urne, quella per l'elezione dei due Consiglieri e quest'ultima, e di fare lo spoglio, fra qualche giorno, presso la Sede Nazionale alla presenza dei due scrutatori e tempestivamente sarete informati a mezzo fax dell'esito delle due votazioni. Se questa proposta non dovesse essere accettata, ci fermeremo sino a spoglio ultimato.

Per alzata di mano, chi è d'accordo ad eseguire lo spoglio in un secondo momento? A quanto sembra, tutti. Controprova. Chi non è d'accordo? Nessuno alza la mano. Chi si astiene? Nessuno alza la mano. **Pertanto all'unanimità, l'Assemblea approva che lo spoglio delle schede per l'elezione dei due Componenti al Consiglio Nazionale e del Collegio dei Revisori – tre effettivi e due supplenti- venga espletato, massimo entro mercoledì 31 maggio, presso la Sede Nazionale e che in quell'occasione le urne saranno aperte alla presenza dei due scr-**

tatori.

E' terminato lo spoglio per l'elezione del Presidente nazionale dell'AiOP che ha dato questo risultato: **Avv. Enzo Paolini 22.979 voti; Prof. Gabriele Pelissero 20.995 voti;** 122 voti schede bianche e un voto per Ettore Sansavini.

DICHIARO ELETTO PRESIDENTE NAZIONALE L'AVVOCATO ENZO PAOLINI E LO INVITO AL TAVOLO DELLA PRESIDENZA.

(applausi)

ENZO PAOLINI

Per prima cosa un saluto sportivo, rispettoso e di amicizia a Gabriele Pelissero, sulla professionalità e sulle competenze del quale, come abbiamo detto dall'inizio, tutti quanti noi vorremmo contare per il prossimo triennio.

Vorrei fare tre ringraziamenti, prendere un impegno e due auguri. I tre ringraziamenti sono a tutti coloro che mi hanno votato e a coloro che non mi hanno votato perché l'AiOP è una grande associazione di un'élite imprenditoriale che fa onore al nostro paese. Il secondo ringraziamento, me lo consentirete, agli amici della Sede calabrese, Salvatore Petrillo, Antonello Fabiano, Anton Livio Perfetti e Bernardino Scarpino, senza la competenza e il sostegno dei quali non



avrei potuto fare tutto quanto ho fatto per AIOP. Il terzo ringraziamento a mia moglie i cui consigli e il cui sostegno è sempre prezioso nelle cose che faccio.

L'impegno che prendo è quello di dedicare il massimo delle mie risorse, energie e tempo ad AIOP e di farlo con totale dedizione.

Gli auguri: il primo è quello di rispondere alle vostre aspettative. Ce la metterò tutta. Il secondo augurio a me stesso, di riuscire a fare il presidente con la stessa capacità, professionalità e saggezza, la stessa determinazione, competenza e calore umano, ma anche con l'inconfondibile stile leggero ma incredibilmente forte di Gustavo Sciacchi e di Emmanuel Miraglia.

Auguri e buon lavoro, a me e a tutti voi.

ALLE ORE 16,30 LA SEDUTA VIENE DICHIARATA CHUSA CON L'IMPEGNO DI SCRUTINARE LE ALTRE DUE VOTAZIONI ENTRO MERCOLEDÌ 31 MAGGIO



Oggi 31 maggio 2006 alle ore 11,00 presso la Sede Nazionale Aiop, si è ricostituito il Seggio elettorale già nominato all'Assemblea del 27 maggio 2006, per scrutinare le schede per le votazioni relative:

al punto 5) dell'ordine del giorno – Elezione di n°2 Consiglieri Nazionali – triennio 2006-2008;

al punto 6) dell'ordine del giorno – Elezione del Collegio dei Revisori dei Conti (3 membri effettivi e 2 membri supplenti) – triennio 2006-2008.

Alla presenza dei due scrutatori, Ermanno Ripamonti e Bernardino Scarpino, vengono tolti i sigilli dai pacchi contenenti le schede e si procede a scrutinare, con il metodo della lettura ottica, premesso che nella scheda possono essere espressi al massimo due nominativi, le schede relative alla Elezione di 2 Consiglieri Nazionali. in base al punto 6) dell'art.12 del vigente Statuto Associativo può essere cooptato al Consiglio chi raggiunge il

60% dei voti dei presenti e nella scheda potevano essere espressi solo due nominativi. Lo scrutinio ha riportato:

Dott. Mario Garofalo	. . . . .	24.240
Rag. Ettore Sansavini	. . . . .	20.151
Avv. Gustavo Sciacchi	. . . . .	10.177
Dr. Camisa	. . . . .	5.815
Dr. Sciacca	. . . . .	3.354
Sig.ra Bottari	. . . . .	2.642

Seguono altri 18 nominativi con voti compresi tra 1.896 e 02

Bianche	Voti 650
Nulle	Voti 226

In virtù del punto 6) dell'art.12 del vigente Statuto Associativo, l'Assemblea "elegge, con il 60% dei voti dei presenti, per la durata di tre anni, due Consiglieri Nazionali". Pertanto, in considerazione che i presenti all'Assemblea rappresentano, come certificato dalla Commissione verifica poteri, 44.142 voti, sono necessari 26.485 preferen-

ze per far parte del Consiglio Nazionale per il triennio 2006/2008.

Visti i risultati di cui sopra nessuno dei nominativi ha raggiunto la percentuale prevista nello Statuto e pertanto per il triennio 2006/2008 non ci saranno membri cooptati al Consiglio Nazionale.

PUNTO 6) dell'Odg

Il seggio elettorale procede allo scrutinio, con il metodo della lettura ottica, per l'elezione del Collegio dei Revisori dei Conti – 3 effettivi e 2 supplenti – per il triennio 2006/2008.

Premesso che l'Assemblea ha approvato all'unanimità la proposta avanzata dal Presidente nel senso che, per quanto concerne la votazione per l'elezione del Collegio dei Revisori, al fine di snellire e facilitare l'espressione di voto, nella scheda per tale elezione possono essere espressi al massimo 5 nominativi, anche senza distinzione tra membri effettivi e supplenti, e che di conseguenza verranno nominati quali Componenti il Collegio i cinque nominativi che in ordine hanno raggiunto il maggior numero di voti, i primi tre, quali membri effettivi, e gli ulteriori due quali componenti supplenti si inizia lo scrutinio.

Lo Scrutinio ha riportato:

Angelo Anselma	. . . . .	26.240
Alberto Prandin	. . . . .	20.175
Marcello Ilardi	. . . . .	18.887
Silvano Verlicchi	. . . . .	8.539
Medardo Magni	. . . . .	7.806

Vengono, pertanto, nominati Componenti Effettivi del Collegio dei Revisori dei Conti per il triennio 2006/2008 Angelo Anselma, Alberto Prandin e Marcello Ilardi e quali Componenti Supplenti Silvano Verlicchi e Medardo Magni.

L'Health Technology Assessment nella prospettiva dell'ospedalità

Il nostro sistema sanitario, come peraltro quelli di tutti i paesi sviluppati, si trova ad affrontare il problema della soddisfazione di crescenti bisogni assistenziali con una quantità di risorse disponibili limitata per definizione.

A cura di Fabio Miraglia

Tale situazione implica la necessità di valutare l'appropriatezza delle procedure diagnostico-terapeutiche, delle tecnologie da utilizzare nell'assistenza e dei modelli organizzativi, con l'obiettivo di individuare l'allocazione ottimale delle risorse disponibili.

Una possibile risposta all'annosa questione del disallineamento tra i bisogni di salute e le risorse per soddisfarli, arriva da quell'area di ricerca conosciuta come Health Technology Assessment (HTA) - Valutazione delle Tecnologie Sanitarie; tale area svolge una importante funzione di supporto alle decisioni ai diversi livelli del sistema (macro, meso e micro) nelle che riguardano l'introduzione di apparecchiature elettromedicali, terapie farmacologiche, procedure e servizi all'interno dei sistemi e delle strutture sanitarie, valutandone le implicazioni cliniche, economiche e organizzative.

L'Health Technology Assessment, nell'attuale complesso contesto in cui sono chiamate ad agire le aziende sanitarie, si profila pertanto come uno strumento utile per i decision makers.

La valutazione delle tecnologie sanitarie è la complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare (descrizione, esame e giudizio) delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione. Tradizionalmente, essa rappresenta il ponte tra il mondo tecnico-scientifico e quello dei decisori.

A livello internazionale, la valutazione delle tecnologie sanitarie è una pratica diffusa da decenni. La Rete internazionale delle agenzie di valutazione delle tecnologie sanitarie (International Network of

Agencies for Health Technology Assessment - INAHTA) raccoglie le decine di organizzazioni che nel mondo si occupano in modo specifico e sistematico di questo tema. La Società internazionale di valutazione delle tecnologie sanitarie (Health Technology Assessment International - HTAi) collega sul piano professionale tutti coloro che si occupano di questo tema nelle università, nei sistemi sanitari, nell'industria e nel volontariato. La Commissione Europea ha più volte riconosciuto l'importanza della valutazione delle tecnologie sanitarie ed è quindi nata la Rete Europea per la valutazione delle tecnologie sanitarie (European Network for Health Technology Assessment - EUnetHTA), che coordina gli sforzi di 35 organizzazioni europee.

Le esperienze italiane di valutazione delle tecnologie sanitarie si sono sviluppate solo negli ultimi anni e non esiste una specifica agenzia nazionale di valutazione delle tecnologie, anche se molte attività vengono comunque svolte da singole organizzazioni, nazionali, regionali o locali, che si trovano di fronte alla necessità di decidere se introdurre o meno nuove tecnologie sanitarie.

Le metodologie e gli strumenti di Health technology assessment adottate al livello di organizzazioni sanitarie promettono di supportare le decisioni manageriali di investimento nella tecnologia biomedica innalzando il livello di efficienza ed efficacia del processo di adozione della nuova tecnologia per le organizzazioni pubbliche e private.

Dopo decenni di assoluta mancanza di attenzione sia scientifica che istituzionale sul tema dell'Hta sembra che anche nel nostro sistema il problema della valutazione delle tecnologie sanitarie sia oramai sa-

lito ai primi posti dell'agenda di ricercatori e policy makers. Per la prima volta il Piano Sanitario Nazionale (2006-2008) considera la valutazione delle tecnologie quale strumento essenziale per la programmazione sanitaria e strumento per la promozione di una corretta allocazione delle risorse. Alcune iniziali esperienze nelle Regioni Italiane e l'esperienza del Network Italiano di HTA costituito nel 2003 per iniziativa dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e che oggi riunisce 25 istituzioni (tra cui Iss, Assr, Regione Molise, Regione Lombardia, Provincia Autonoma di Trento e molte aziende sanitarie e Irccs) dimostrano il crescente interesse sul tema e segnalano l'avvio di una nuova stagione per la politica sanitaria nel nostro paese.

OBIETTIVI

L'obiettivo principale che si intende perseguire attraverso lo studio proposto è quello di analizzare l'impatto che la diffusione delle pratiche di health technology assessment può avere nell'ambito dell'ospedalità privata.

Lo studio ha come intento di fondo quello di comprendere in che modo l'adozione di una prospettiva di Hta nella valutazione delle tecnologie anche nelle strutture private può rispondere all'esigenza sistemica di promozione dell'appropriatezza e della crescita dell'efficacia nell'ambito di tutte le strutture sanitarie (siano esse pubbliche che private).

Questo obiettivo generale si articola in una serie di sotto obiettivi:

- presentare i principi, i metodi, gli strumenti dell'health technology assessment;
- analizzare in modo comparativo e sintetico le principali esperienze a livello in-

privata

- ternazionale nel campo dell'Hta ai diversi livelli operativi: nazionale, regionale, organizzativo/operativo;
- effettuare una mappatura della diffusione dell'utilizzo dell'Hta in Italia ai diversi livelli istituzionali: quello nazionale, quello regionale e quello organizzativo/aziendale;
 - analizzare le principali esperienze di Hta nelle Regioni italiane e nelle aziende sanitarie nazionali con particolare attenzione alle strutture appartenenti al network italiano di Hta;
 - analizzare le ricadute che l'adozione dei principi e degli strumenti dell'Hta a livello istituzionale possono avere sulle stra-

- tegie e le scelte delle istituzioni private operanti nel Ssn;
- offrire un meta-modello di utilizzo delle metodologie e degli strumenti di Hta a supporto delle scelte di selezione degli investimenti in tecnologie da parte delle strutture private Aiop al fine della promozione di modalità innovative di management alla luce delle nuove esigenze di gestione che si presentano nello scenario attuale dei nostri Ssr.

MATERIALI E METODI

I metodi di realizzazione dello studio si ispirano ai principi scientifici e si fondano sull'analisi sistematica di evidenze e di dati prevalentemente secondari. Il lavoro si articola in diverse fasi.

Fase 1: Analisi

Durante questa fase si svilupperà una analisi che affronterà le problematiche dell'Hta sotto diverse prospettive e che sarà propedeutica alle successive fasi di valutazione critica e modellizzazione. Le principali attività riguardanti la fase di analisi sono:

- Revisione della letteratura recente per l'i-

dentificazione dei principi, dei metodi e degli strumenti dell'Hta nell'ambito dei servizi sanitari dei paesi avanzati collocandone il ruolo nell'ambito degli assetti istituzionali di tali sistemi.

- Sulla base di dati secondari provenienti dall'International Network of Agencies for Health Technology Assessment e alla luce delle evidenze prodotte nell'ambito del Network Italiano di Hta durante la fase si realizzerà una completa mappatura delle esperienze a livello internazionale.
- Sulla base di fonti secondarie di identifieranno le principali esperienze di networking e di collaborazione nell'ambito delle politiche per la salute dell'UE (European Network of Health Technology Assessment);
- Sulla base delle evidenze prodotte nell'ambito del Network Italiano di Hta si presenteranno in maniera sistematica le esperienze di Hta a livello nazionale (ruolo nell'Hta delle diverse istituzioni nazionali quali il Ministero della Salute, l'Assr, l'AIFA e l'Iss), nelle singole Regioni italiane.
- Analisi di alcuni casi eccellenti di applicazione dell'Hta a livello organizzativo al fine della valutazione delle tecnologie da adottare per la pratica clinica e per la

"Ospedali & Lavoro", tutti i contratti dell'Ospedalità privata in un CD

Su invito del presidente Miraglia il dr. Filippo Leonardi ha illustrato all'assemblea un'iniziativa della Sede Nazionale.

Quest'anno ricorre un anniversario importante: sono trascorsi cinquant'anni dal primo contratto di lavoro dei dipendenti dell'ospitalità privata, il famoso DPR erga-omnes del '56.

Per questa ricorrenza, abbiamo raccolto in un unico CD la storia contrattualistica dell'Ospedalità privata anche in considerazione che spesso agli uffici della Sede Nazionale, da molte Sedi Regionali Aiop, dagli uffici amministrativi delle strutture associate e dai Consulenti del Lavoro, vengono richieste notizie su CCNL pregressi al fine di ricostruire le posizioni economiche dei dipendenti. L'opera è completa con tutti i Contratti Nazionali, con i vari accordi sottoscritti con le Organizzazioni Sindacali e con i verbali delle commissioni paritetiche.

Il CD, promosso dalla Sede nazionale Aiop e realizzato da Seop, contiene oltre che la storia dei datori di lavoro, AIOP, ARIS e Fondazione Don Gnocchi, quella dei contratti e dei vari accordi, distinti secondo la tipologia - personale medico e personale non medico, e una ricca



documentazione di appendice.

L'opera si chiama "Ospedali & Lavoro", per richiamare anche l'altra nostra pubblicazione "Ospedali & Salute", e la presentazione è a cura del Presidente Emmanuel Miraglia. I contratti del personale medico sono distinti tra quelli a regime libero-professionale e quelli a regime di dipendenza e abbiamo inserito, per completezza, anche quello dei medici dipendenti degli ospedali classificati. Abbiamo infatti

pensato di allargare questo prodotto a tutta la categoria dell'ospitalità privata.

La ricerca è semplice: scelta la tipologia dei contratti da consultare, appaiono tutti gli accordi dal '56 ad oggi. Basta cliccare su uno di questi e possiamo vedere in formato .pdf l'intero contratto e, se vogliamo, stamparlo.

Nelle prossime settimane riceverete una comunicazione per l'eventuale acquisto del CD che sarà messo in vendita dalla Seop al costo di 40 euro.

costruzione di meccanismi di pianificazione degli investimenti nelle tecnologie biomediche comprendendo le relazioni di questi processi con le modalità più tradizionali (es. ingegneria clinica).

Fase 2 Valutazione

In questa fase, alla luce del panorama costruito grazie alle evidenze raccolte e sistematizzate durante la fase 1 dello studio si procederà ad una comparazione delle esperienze in corso nel Ssn con le migliori pratiche a livello internazionale con l'intento di offrire una lettura critica delle modalità di adozione dell'Hta in Italia.

L'analisi delle esigenze di regolazione a livello nazionale e regionale, le esigenze operative di decision making delle aziende sanitarie siano esse pubbliche o private saranno confrontate con i modelli emergenti in diverse realtà regionali e in alcune istituzioni centrali.

Lo studio si propone, quindi, di offrire alcuni "scenari" di sviluppo dell'Hta in Italia in grado di offrire all'Aiop una valutazione "terza" sulla base della quale poter formulare una possibile proposta sul futuro assetto che l'Ssn dovrà adottare per la valutazione delle tecnologie sanitarie in Italia.

Fase 3 – Modellizzazione e proposizione

La terza fase ha un intento più operativo rispetto alle precedenti. Le esperienze nazionali ed internazionali mostrano come i principi e gli strumenti di Hta oltre che essere idonei a sostenere le decisioni politiche nei servizi sanitari, possono contribuire al decision making all'interno delle aziende sanitarie. In particolare i metodi e gli strumenti di Hta hanno mostrato la loro efficacia se applicati nella predisposizione dei piani di investimento nelle tecnologie biomediche (siano esse elettromedicali, medical devices, farmaci e procedure). L'adozione dei principi di Hta innovano ed implementano i tradizionali processi di ingegneria clinica per la selezione delle tecnologie biomediche.

L'Hta più che contribuire alle fasi operative della gestione del parco tecnologico biomedico di un ospedale, supportano il management nelle difficili scelte di allocazione delle risorse tecnologiche contribuendo, quindi ad un livello strategico. La domanda a cui l'Hta contribuisce a dare risposta non è semplicemente: "data una tecnologia, quale modello (produttore) massimizza le nostre esigenze?" Fornisce risposta ad una questione ben più ampia e strategica: "dato un ammontare di risorse per investimenti in nuova tecnologia dove è più opportuno (appropriato) e più conve-

niente (rendimento) investire?" La risposta a queste domande impone competenze multidisciplinari che spaziano dall'epidemiologia, alla statistica alla valutazione economica, all'ingegneria.

Durante questa fase si intende costruire un meta-modello organizzativo e gestionale che sia adatto (o adattabile) al contesto operativo delle strutture accreditate nell'ambito dell'Ssn.

Il gruppo di lavoro sarà costituito come segue:

Coordinamento Scientifico

Prof. Finn Borlum Kristiansen, Presidente International Network of Agencies of HTA
Prof. Americo Cicchetti (Fac. Econ., UCSC), Responsabile scientifico e project leader

Prof. Cesare Catananti (Direttore Sanitario, Pol. Gemelli), Consulente scientifico

Dott. Marco Marchetti (UVT, UCSC), Ricercatore Senior

Dott. Aldo Mariotto (Regione Veneto), Ricercatore Senior

Ricercatori

Dott.ssa Mirella Corio (UVT, UCSC), Ricercatore Junior

Dott. Fabrizio Vicentini (Fac. Econ., UCSC), Ricercatore Junior

COMITATO ESECUTIVO

Presidente: avv. Enzo PAOLINI

Organizzazione Sede Nazionale - Rapporti con il Parlamento ed i partiti politici - Confindustria - Case di cura non accreditate

Ammministratore Tesoriere: rag. Lorenzo ORTA

Vice Presidente: prof. Gabriele PELISSERO

Uffici Studi e Ricerche in campo sanitario - Rapporti Internazionali - Problemi inerenti la costituzione ed il funzionamento delle Società Medico-Scientifiche dell'ospitalità privata ed esterne

Membr:

dr. Lino DALLI CANI

Rapporti interregionali centro-nord

dr. Emmanuel MIRAGLIA

Problemi tributari, sindacali, lavoro, assicurativi e previdenziali

avv. Vito SABBINO

Rapporti interregionali sud ed isole

dr. Vincenzo SCHIAVONE

Stampa - Pubbliche relazioni - Rivista

dell'Associazione - Organizzazione convegni e seminari di studio

Direttore Generale: dr. Franco BONANNO

CONSIGLIO NAZIONALE

PRESIDENTE:

avv. Enzo PAOLINI

PIEMONTE

dr. Giancarlo PERLA, dr. Fabio MARCHI

LOMBARDIA

prof. Gabriele PELISSERO, dr. Antonio FROVA, dr. Dario BERETTA, dr. Luigi BERSI, dr. Enrico SCHWARZ

Prov. TRENTO

dr. Romano VERANI

Prov. BOLZANO

dr. Giancarlo BONVICIN

VENETO

dr. Lino DALLI CANI, sig. Massimo CALVANI

FRIULI VENEZIA GIULIA

dott. Claudio RICCOBON

LIGURIA

prof. Livio Pietro TRONCONI

EMILIA ROMAGNA

rag. Lorenzo ORTA, dr. Marco VASINI, dr. Guido NIGRISOLI

TOSCANA

dr. Maurizio DE SCALZI, sig. Alessandro CALLAI

UMBRIA

dr. Francesco COSTABILE

MARCHE

rag. Fabrizio POLENTA

LAZIO

dr. Mauro CASANATTA, dr. Giampaolo ANGE-
LUCCI, dr. Paolo ROSATI, dr. Massimo MIRA-
GLIA, dr. Maurizio COSTA, dr. Alfredo MONTEC-
CHIESI, dr. Carlo TRIVELLI, dr. Carlo GUARNIERI

TRIENNIO 2006-2008

ABRUZZO

dr. Luigi PIERANGELI

MOLISE

avv. Roberto CICERONE

CAMPANIA

dr. Vincenzo SCHIAVONE, dr. Sergio CRISPINO, dr. Maurizio FALCO, dr. Fabrizio CRISPINO, dr. Antonio DEVIZIA

PUGLIA

avv. Max PAGANINI, dr.ssa Elena GALLUCCIO

BASILICATA

dr. Potito SALATTO

CALABRIA

prof. Franco FRONTERA, dr. Bernardino SCAR-
PINO

SICILIA

dr.ssa Barbara CITTADINI, dr. Luigi NESI, avv. Vito SABBINO

SARDEGNA

dr. Franco MELONI

Past Presidente

dr. Emmanuel MIRAGLIA

REVISORI DEI CONTI

rag. Angelo ANSELMA, rag. Alberto PRANDIN, prof. Marcello ILARDI

AIOP GIOVANI

Coordinatore nazionale:

dr. Averardo ORTA

V/Coordinatori Area Nord-Centro-Sud:

dr. Renato CERIOLO, dr. Fabio MIRAGLIA, dr. Luca PAGANINI