

MONDO SALUTE

STUDY TOUR NEW ZEALAND 2011
MODELLI SANITARI A CONFRONTO

BOLOGNA 20 MARZO 2012 - STATI GENERALI AIOP GIOVANI

Un contributo alla Sanità del domani

AIOP 1/UN TRIENNIO DI RAPPORTI SINDACALI
Il punto sui lavori in corso

AIOP 2/CCNL
Il contratto collettivo nazionale delle RSA

AIOP 3/IL NUOVO STATUTO SOCIALE
Verso un'associazione moderna e vitale

EUROPA 1/OCSE: GLOBAL FORUM DI PARIGI
La competizione, una via per superare la crisi

EUROPA 2/RAPPORTO DI ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK
Il rispetto dei diritti dei pazienti

FORMAZIONE
La Clinical governance

PROGRAMMA NAZIONALE VALUTAZIONE DEGLI ESITI OSPEDALIERI
Arriva una rivoluzione?

OSPEDALI&SALUTE 2011 - 9° RAPPORTO AIOP-ERMENEIA

La qualificazione del sistema ospedaliero italiano tra efficienza gestionale e risposta ai fabbisogni emergenti della famiglia



PERCHÉ RESTARE IN BILICO



Meglio affidarsi ad un partner
forte, efficiente, puntuale



FORNITURE GLOBALI PER LE CASE DI CURA

Copag Spa - Via Lucrezio Caro, 63 - 00193 Roma - Tel. +39.06.36737 - Fax +39.06.3240503 - www.copag.it - info@copag.it
Certificazione Reg. 3508 - ISO 9001:2000 - EN 46002:1996 - ISO 13488:1996



La spinta del cambiamento

Sono trascorsi vent'anni da quel 1992 che diede inizio alla più grande trasformazione della storia repubblicana. In tutto questo tempo, forze del cambiamento e della conservazione si sono lungamente scontrate senza che l'una avesse la meglio sull'altra. La sanità è stato uno dei terreni dove questo scontro è stato più evidente, oscillando tra una concezione che metteva in contrapposizione antagonistica pubblico e privato, e spinte volte a rendere il nostro un servizio sanitario pienamente europeo, con l'introduzione di nozioni quali efficienza, efficacia, qualità.

Il bilancio ha tante ombre, ma anche delle luci. Tra queste sicuramente la crescita dell'intero settore e della qualità delle prestazioni erogate. Un dato di non poco conto, sempre fotografato dal nostro rapporto "Ospedali&Salute", con un costante aumento nel corso degli anni del livello di soddisfazione dei pazienti.

Venti anni nei quali il settore ha assunto sempre più consapevolezza nei propri mezzi e sul proprio ruolo. Accettando le trasformazioni come terreno di sfida per affermare una funzione sociale della sanità privata, e cioè comparto in grado di coniugare l'interesse privato con il bene comune, sempre convinti che - in un'accezione alta del pensiero liberale - le due cose debbano viaggiare assieme e nutrirsi vicendevolmente.

Oggi che la spinta al cambiamento non può essere l'afflato culturale di pochi, ma rappresenta l'unica strada da imboccare per non restare stritolati dalla crisi, noi ci siamo.

Ci siamo per fare in modo che la salute sia sempre più un diritto dei cittadini e non una zona di costruzione di clientele, malaffare e di invadenza della cattiva politica.

Ci siamo con la convinzione che certe battaglie non sono solo le nostre ma vanno nella direzione dell'interesse collettivo.

A partire da quella per il rispetto delle regole.

Non è più ammissibile un sistema che rimborsa le prestazioni con mesi, se non addirittura anni di ritardo. Un sistema

che, in un passato non troppo lontano, si è fatto leggi ad hoc per rendere legali questi ritardi nei pagamenti ed evitare che qualcuno potesse andarli a reclamare.

Intanto la pressione fiscale è salita alle stelle e su ogni euro che si deve, guai a pagarlo con un solo giorno di ritardo.

Un tema questo, che oggi ci vede uniti a tanti liberi professionisti e piccole e medie aziende che lavorano con le pubbliche amministrazioni. Bisogna spezzare questo kafkiano circuito dove le forze che possono guidare una fuoriuscita dalla crisi, sono imprigionate da una macchina amministrativa che vive in un regime di immunità, per non dire di impunità,

rispetto agli effetti sociali che produce.

E, sempre in questo solco, bisogna portare avanti la battaglia sulla trasparenza, la confrontabilità e l'accessibilità dei dati di bilancio delle strutture ospedaliere pubbliche, in modo da poter costruire un sistema di misurazione adeguato ai livelli di efficienza, per il pubblico come per il privato.

Introducendo un sistema di effettiva terzietà dei controlli, sia delle prestazioni fornite ai pazienti, sia dei livelli di efficienza. Invece oggi c'è una confusione di ruoli afferenti al sistema sanitario nazionale che si trova a giocare il ruolo di regolatore, di operatore, di controllore delle proprie strutture e di quelle altrui.

E infine c'è la sfida più entusiasmante, un terreno ancora non del tutto esplorato, quello del coinvolgimento del privato nel sistema di gestione delle strutture pubbliche, soprattutto per quel che riguarda le giornate di degenza. **Spostando il 18% di esse sulle strutture accreditate, costerebbero meno della metà allo Stato. In questo modo il differenziale potrebbe essere destinato alla ricerca scientifica.** Così facendo avremmo cittadini soddisfatti, benessere maggiore, investimenti, imprese floride, lavoro in incremento, prodotto in crescita.

Tenendo sempre viva l'idea che la sanità è pubblica e che la salute è un diritto, ma integrando e non contrapponendo

quanto di buono c'è in giro. E contribuendo a far nascere

un nuovo patto sociale, il vero ingrediente segreto per una nuova crescita, per fare dell'Italia un paese più giusto, con un servizio sanitario degno di questo nome e che non ha paura del futuro. Su tutte queste cose noi, come sempre, siamo pronti a fare la nostra parte. ■



ISTOCKPHOTO

salute. ti basta un dito



Hai bisogno di conoscere l'ospedale Aiop a te più vicino, o di una prestazione specialistica, analisi diagnostiche e vuoi metterti in contatto con una struttura nella tua zona in grado di erogarle? Se possiedi un iPhone o un iPad tutto diventa facile con **iAiop**, l'applicazione che ti mette in contatto con la rete degli ospedali privati accreditati SSN e non accreditati presenti in tutte le regioni italiane



Disponibile su
App Store

iAiop è un'applicazione per **iPhone e iPad**, che consente la ricerca nell'archivio degli Ospedali Privati associati AIOP la **struttura più vicina** (utilizzando le **funzionalità GPS** dei dispositivi), filtrando per **specialità** oppure specificando un **luogo**. Le strutture vengono visualizzate in elenco, su mappa, con una scheda informativa e la possibilità di **telefonare direttamente o inviare una e-mail**. L'applicazione è in grado di fornire anche il **percorso dettagliato** da seguire per raggiungere la Casa di Cura a partire dal punto in cui ci si trova.

Alla funzione di ricerca delle strutture sanitarie si associano le sezioni **News e Informazioni** riguardanti le Associazioni AIOP e AIOP Giovani, aggiornate in tempo reale. L'applicazione può essere scaricata **gratuitamente** da Appstore.



guarda la presentazione
sul tuo smartphone



oppure su
<http://www.aiopgiovani.it/news/150>

iAiop, scaricala subito



www.aiopprivati.it



**MONDO
SALUTE**

**PERIODICO A CARATTERE
TECNICO-INFORMATIVO
PROFESSIONALE**

Anno VIII - n. 1 MAGGIO 2012

Editore SEOP s.r.l.
via di Novella, 18 - ROMA

Direttore responsabile
Enzo Paolini

Comitato di direzione
Barbara Cittadini, Fabio Marchi,
Emmanuel Miraglia, Gabriele Pelissero,
Ettore Sansavini, Enzo Schiavone.

Grafica e impaginazione
Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma
n°533 23/12/2003

Direzione
00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67
tel. 063215653 - fax. 063215703
Internet: www.mondosalute.it
e-mail: uffstampa@aiop.it

Stampa
Eurolit s.r.l.
Via Bitetto, 39 - 00133 Roma



EDITORIALE

La spinta del cambiamento

DI ENZO PAOLINI 1

OSPEDALI&SALUTE 2011

La qualificazione del sistema ospedaliero italiano tra efficienza gestionale e risposta ai fabbisogni emergenti della famiglia

DI ANGELO CASSONI 4

L'eco dei media

Hanno detto di noi...

A CURA DI MARIA ROSARIA LANCIANO 8

Il Sistema Sanitario della Lombardia

Criticità dell'informazione

DI GABRIELE PELISSERO 17



AIOP GIOVANI

Study Tour

New Zealand 2011: appunti di un viaggio

DI FILIPPO LEONARDI 20



Formazione

Clinical governance, la sfida futura per i giovani imprenditori della sanità privata

DI MICHELE NICCHIO 24



Stati Generali

Un contributo alla Sanità del domani

Le tesi Aiop Giovani

GLI INTERVENTI DI RENATO CERIOLI
E FABIO MIRAGLIA 29



VITA ASSOCIATIVA

La proposta di un nuovo Statuto Aiop

Verso un'associazione moderna e vitale

DI GIUSEPPE PUNTIN 36



EUROPA/OCSE - Global Forum di Parigi

La competizione nei servizi ospedalieri

Una via per superare la crisi

DI ALBERTA SCIACCHI 40

EUROPA/Rapporto di Active Citizenship Network

Focus sui diritti all'accesso e alla libertà di scelta

Il rispetto dei diritti dei pazienti

DI ROSAPAOLA METASTASIO 47



LAVORO

Un triennio di rapporti sindacali

Il punto sui lavori in corso

DI SONIA GALLOZZI 51

Le RSA hanno il loro contratto collettivo nazionale di lavoro

DI FABIO MIRAGLIA 53

ATTUALITÀ

Programma nazionale valutazione degli esiti ospedalieri

Arriva una rivoluzione?

DI FILIPPO LEONARDI 55

Ospedali&Salute 2011

La qualificazione del sistema ospedaliero italiano tra efficienza gestionale e risposta ai fabbisogni

Continua tra **il crescente interesse** di addetti ai lavori e media e qualche **"mal di pancia"** di cui sembrano soffrire soprattutto alcuni paladini del "pubblico è meglio" (nonostante tutto), **la positiva esperienza di Ospedali&Salute**, esperienza giunta ormai alla soglia del **decennale**

Il lavoro firmato da Nadio Delai, promosso dall'Aiop ed edito attraverso una apposita collana dalla Franco Angeli, è stato presentato lo scorso 1° dicembre nella consueta cornice istituzionale della Camera dei Deputati.

Si è trattato del nono appuntamento per quello che resta forse l'unico rapporto a cadenza annuale che copre l'intero panorama dell'ospedalità italiana, concentrando in un'unica pubblicazione dati di struttura, attività, performance e spesa provenienti da fonti nazionali (Ministero della salute, Ministero dell'economia, Regioni, Aiop,) ed internazionali (UEHP, OCSE). Prodotto dalla collaborazione tra l'istituto di ricerca Ermeneia ed Aiop, che mobilita come supporto tutte le sue risorse centrali e periferiche, è concepito per analizzare il settore anche dal punto di vista della domanda, attraverso l'analisi delle opinioni, delle valutazioni, ma anche delle aspirazioni dei cittadini, registrate con un'apposita indagine congiunturale estesa ad un campione composto da più di quattromila individui. Un osservatorio privilegiato pensato per cogliere l'evoluzione dei fenomeni sanitari legati all'attività di ricovero, con una attenzione particolare all'ambito dell'ospedalità privata accreditata e al suo impegno verso un consolidamento del suo peso oggettivo, della qualità delle prestazioni e del ruolo percepito dai cittadini. A partire dalla terza edizione del 2005 è accompagnato da una sua versione inglese, "Health & Hospitals in Italy", un abstract consistente trasmesso annual-



Gabriele Pelissero, Enzo Paolini, Nadio Delai

mente anche ad enti ed organismi internazionali.

Assecondare e promuovere lo sviluppo di un sistema misto continua ad essere l'obiettivo di riferimento dell'Aiop e le risorse via via più cospicue investite per la realizzazione del progetto 'Ospedali & Salute' rappresentano un ulteriore contributo in tal senso.

Il feedback registrato da diversi ambiti, soprattutto istituzionali e politici, sembra confortare e giustificare questo impegno; il lavoro è sempre più apprezzato e citato, continuando nel contempo a svolgere an-

che una sua più ordinaria funzione di utile strumento di consultazione di dati statistici. È giusto sottolineare che il progetto ha saputo mantenere nel tempo la sua configurazione iniziale di "operazione di servizio", proprio perché si basa su un'analisi indipendente, operata da un soggetto esterno con l'obiettivo di monitorare la qualità delle prestazioni fornite ai pazienti, ma anche la qualità dell'impiego delle risorse pubbliche investite sulle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate. Il Rapporto 2011 si occupa essenzialmente di tre tipologie di fenomeni.

La misurazione dei livelli di "inefficien-

emergenti della famiglia



za sommersa” di Aziende Ospedaliere e Ospedali a Gestione Diretta, estesa questa volta a tutte le Regioni italiane, comprese quelle a statuto speciale e le Province Autonome di Trento e Bolzano; i valori espressi in percentuale sono rilevabili, in ordine crescente, dalla Tav. 1 (a pag.6) e si traducono in valore assoluto in una inefficienza complessiva che è stimata in quasi tredici miliardi di euro. Una cifra impressionante, caratterizzata sicuramente da una approssimazione per difetto, e che supera di gran lunga gli 8,9 miliardi che il Servizio sanitario nazionale ‘spende’ per l’intera ospedaliera accreditata (istituti religiosi, istituti universitari ed I.R.C.C.S. privati compresi).

I BILANCI DELLE AZIENDE OSPEDALIERE

Per evidenziare questo primo aspetto sono stati messi a confronto i costi reali, risultanti dai Bilanci Consuntivi delle aziende ospedaliere e degli ospedali a gestione diretta, con i costi teorici, calcolati applicando le tariffe regionali a DRG ed inserendo tuttavia anche le necessarie correzioni al rialzo per tener conto delle funzioni non tariffate svolte dalle strutture pubbliche: attività specialistica ambulatoriale esterna,



servizi televisivi, rassegna stampa e approfondimenti sul sito www.aiop.it



il Rapporto Aiop in versione e-book demo sul sito francoangeli.it

presentazione

Ospedali & Salute

NONO RAPPORTO ANNUALE 2011



Roma 1° dicembre 2011
CAMERA DEI DEPUTATI
 Sala delle Conferenze
 di Palazzo Marini

Tav.1 - Aziende Ospedaliere e Ospedali a Gestione Diretta
Livelli di "inefficienza sommersa"



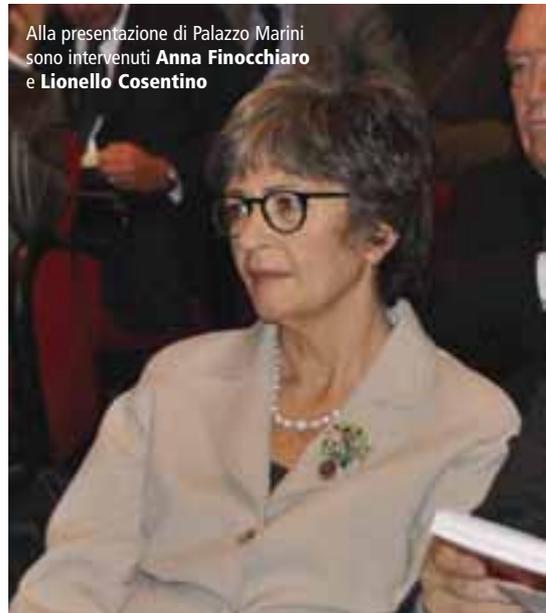
prestazioni a funzione come il pronto soccorso e tutte quelle attività definibili come presidio del territorio. Si è potuto in questo modo quantificare lo scostamento esistente tra i costi ricalcolati e i costi effettivamente dichiarati nei modelli CE, mettendo in luce quote di "inefficienza sommersa", che nella loro espressione percentuale variano da un minimo del 17,2% attribuito al Veneto, ad un massimo per la Calabria del 46,4%, seguita a breve distanza con valori superiori al 40% da Sardegna, Campania e Lazio. Il tema è di rilevante importanza in quanto una auspicata azione di recupero di efficienza, oltre a condurre ad una effettiva parità di trattamento tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati, va incontro alle pressanti esigenze aggiuntive di qualificazione della spesa pubblica che l'attuale situazione economica e finanziaria impone. Occorre peraltro sottolineare che sul risultato del calcolo possono influire fattori molto

diversi che vanno ad aggiungersi a quello dell'uso poco efficiente delle risorse; basta pensare alla presenza di particolari vincoli legati alla morfologia del territorio o alla scelta di fornire servizi più ampi e di miglior qualità per i pazienti, che il singolo Servizio sanitario regionale può adottare.

ESPERIENZE VIRTUOSE DI COLLABORAZIONE TRA PUBBLICO E PRIVATO

Il secondo aspetto riguarda il **presidio della qualità dell'offerta ospedaliera e le esperienze virtuose di collaborazione tra settore pubblico e settore privato**. La pubblicazione delle serie storiche di indicatori di complessità delle prestazioni come peso medio e case-mix consente di osservare l'evoluzione delle performance dei due settori messi ogni anno a confronto. Proprio l'indice di case-mix, tra i due quello più utilizzato per misurare la complessità della casistica, mostra che la qualità delle prestazioni degli istituti pubblici resta sostanzialmente stabile nel periodo 2006-2009, mentre registra a partire dal 2007 un incremento – sia pur lieve – per gli ospedali accreditati che fanno capo ad Aiop. Ma mostra anche come in molti casi l'indicatore relativo a questi ultimi, osservato nella sua articolazione regionale, risulti migliore di quello ottenuto dagli istituti pubblici.

Il confronto viene poi ulteriormente affinato prendendo in considerazione esclusivamente alcuni tra i DRG di alta complessità più diffusi, attinenti soprattutto all'attività di cardiocirurgia. L'incidenza di tali DRG prodotti nei due settori, messa in relazione con i rispettivi dati di dimissione, consente di rilevare una crescita pressoché



Alla presentazione di Palazzo Marini sono intervenuti **Anna Finocchiaro** e **Lionello Cosentino**

“ il progetto ha saputo mantenere nel tempo la sua configurazione iniziale di “operazione di servizio”, proprio perché si basa su un'analisi indipendente ”

generalizzata dell'indicatore negli ultimi quattro anni esaminati sia per le strutture pubbliche che per le strutture private accreditate, ma con una sostanziale superiorità dell'indicatore stesso espresso da queste ultime almeno fino al 2008.

Un altro importante punto considerato nel Rapporto è quello della evidenziazione di quanto risultino positivi, quando messi in atto attraverso accordi maturati a livello di singole Regioni, gli esempi di collaborazioni virtuose tra pubblico e privato, suggerendone la generalizzazione sul territorio nazionale. Soprattutto sul fronte della riduzione dei tempi di attesa per l'accesso a prestazioni di alta specialità, fenomeno che incide fortemente sugli indicatori di attrazione e fuga di molte regioni italiane, come evidenziato in uno specifico paragrafo della Parte Quarta.

IL 9° RAPPORTO AIOP È ANCHE IN INGLESE



vai alla pagina dedicata sul sito www.aiop.it

LA REATTIVITÀ DELLE STRUTTURE AIOP

Il lavoro del 2011 ha poi messo sotto osservazione la reattività delle strutture Aiop messe a dura prova dall'impatto della fase economica attuale, evidenziando, nonostante le difficoltà legate alla contrazione delle risorse pubbliche, una spinta impor-



Gabriele Pelissero, Enzo Paolini, Lionello Cosentino

tante verso la ricerca di strategie più dinamiche, con una sostanziale tenuta di occupazione ed investimenti.

Viene inoltre sottolineato, attraverso l'analisi dell'andamento della spesa ospedaliera nelle sue varie componenti, come ancora una volta l'aumento della qualità delle prestazioni e le esperienze di collaborazione virtuosa vengano offerte dalle case di cura private accreditate contestualmente ad un importante contributo in termini di efficienza e di risparmio per il bilancio dello Stato. Infatti l'incidenza della spesa attribuita a tali strutture, tende progressivamente a scendere nel tempo passando

dall'8,4% del 2000 al 7,4% del 2008 e del 2009.

Il terzo aspetto messo sotto osservazione e monitorato nella sua evoluzione negli anni, riguarda la costante **crescita di consapevolezza degli utenti e dei cittadini circa le opportunità di scelta tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati**, così come dell'opportunità offerta di ricoverarsi al di fuori della propria Regione di residenza. Nell'ottica di una ormai consolidata propensione a considerare il sistema ospedaliero come una realtà mista affidata ad operatori pubblici ed accreditati, una realtà cui poter accedere sulla base di valutazioni

“ un monitoraggio costante degli “Indici di Sistema” sull'andamento della crescita di un sistema misto pubblico-privato, sul livello di soddisfazione dei cittadini rispetto ai servizi ospedalieri e sull'andamento della domanda di libertà di scelta nei confronti delle diverse strutture di cura ”

orientate ai bisogni reali dei pazienti e alla qualità dell'assistenza.

Tant'è che, parallelamente, si evidenzia la necessità di poter disporre di una adeguata informazione per meglio utilizzare le opportunità di libera scelta; una informazione evidentemente ritenuta ancora carente e che mal si coniuga con una tale crescita di consapevolezza nei cittadini.

L'indagine su famiglie ed ospedalità del 2011 ha analizzato un altro aspetto specifico, attraverso un focus sui fabbisogni derivanti dalla necessaria continuità assistenziale da fornire ai pazienti anziani, fenomeno questo che è destinato ad ampliarsi sempre di più a seguito del processo di invecchiamento della popolazione. Il fenomeno è analizzato dalla prospettiva del nucleo familiare, quale entità che è costretta a farsi carico della cura dei propri membri, siano essi appartenenti alla famiglia ristretta oppure a quella allargata. E' utile ricordare che la presenza di persone conviventi da 60 anni in poi aventi necessità di assistenza, interessa il 7,1% delle famiglie, ma tale percentuale diventa il 20,8% qualora si guardi alla famiglia allargata che incorpora i 60enni e oltre non conviventi ma con necessità di aiuto e di assistenza.

IL RUOLO DEGLI OSPEDALI

Ne è risultato un interesse del tutto evidente a far svolgere agli ospedali un ruolo che esula da quello tradizionale della degenza residenziale per assumere funzioni di post-ricovero delle persone anziane, in modo da conglobare attività sanitarie in senso stretto con attività assistenziali estese al proprio territorio di riferimento. E del resto la propensione delle strutture Aiop appositamente indagate a questo proposito è quello di una chiara apertura a favore di una completa presa in carico di questa tipologia di pazienti.

Il Rapporto 2011, infine, conferma la sua vocazione di osservatorio e di prezioso contenitore di informazioni e dati al servizio degli operatori, degli analisti e di quanti siano interessati agli aspetti quantitativi del mondo ospedaliero. Grazie all'insieme degli indicatori statistici, aggiornati sino all'istante precedente all'invio per la pubblicazione nonché al monitoraggio costante degli “Indici di Sistema” sull'andamento della crescita di un sistema misto pubblico-privato, sul livello di soddisfazione dei cittadini rispetto ai servizi ospedalieri e sull'andamento della domanda di libertà di scelta nei confronti delle diverse strutture di cura.

Un lavoro che tesse in modo ancor più approfondito le relazioni tra l'ambito dell'efficienza gestionale e la risposta ai fabbisogni emergenti della famiglia, nell'ottica di una necessaria qualificazione del nostro sistema ospedaliero. ■

L'eco dei media

Hanno detto di noi...

Amplificata **sempre di più** nel corso di questi anni l'**attenzione degli organi d'informazione** verso il Rapporto, giunto ormai alla nona edizione. Il volume edito da **Franco Angeli/Collana Aiop** è curato da **Ermeneia** (Studi & Strategie di sistema) sotto la direzione di **Nadio Delai** in collaborazione con l'**Ufficio Studi** di Aiop nazionale

“È legittimo porsi una domanda, come del resto noi stessi abbiamo fatto, circa l'opportunità di predisporre un nuovo Rapporto sui temi della salute”, scriveva nel lontano 2003, Emmanuel Miraglia, presidente nazionale pro tempore di Aiop, nelle pagine di presentazione del primo volume, illustrando le motivazioni che avevano spinto la dirigenza di allora della più grande Associazione di imprenditori della sanità privata a dar vita ad una relazione che registrasse annualmente l'evoluzione dell'ospedalità pubblica e privata in Italia.

Una ricerca che rispondesse ad un unico intento: quello di verificare la crescita, nei fatti, di un Sistema Ospedaliero che sapesse utilizzare con intelligenza la forza del pubblico e la forza del privato come pure sapesse interpretare gli orientamenti e le scelte dei cittadini nell'ambito delle forme di una legittima competizione e di un'altrettanto necessaria collaborazione tra strutture pubbliche e private.

Confrontarsi per crescere – attraverso forme di collaborazione e di competizione – nell'interesse del Paese è stato uno dei primi obiettivi che il Rapporto si è dato. Contribuire cioè, un anno dopo l'altro, alla costruzione di un sistema sanitario basato su principi e norme di gestione mista, sempre nell'interesse del cittadino.

Partendo da queste premesse, il Rapporto “Ospedali & Salute” ha conquistato sempre più spazio nel panorama della ricerca e delle proposte per il settore sanitario ed ha segnato un appuntamento sempre più atteso non solo da tecnici ed “addetti ai lavori”, ma anche da media ed opinion leaders che hanno seguito e diffuso con sempre maggiore interesse notizie, argomenti e dati contenuti nel-

la ricerca. Il volume, frutto di un lavoro a cura della Società Ermeneia (Studi & Strategie di Sistema) sotto la direzione e la supervisione tecnica di Nadio Delai in stretta collaborazione con l'Ufficio studi di Aiop nazionale, fa parte di una collana dedicata Aiop, è pubblicato dalla Franco Angeli Editore e viene presentato ogni anno, nella prima settimana di dicembre - in una prestigiosa sede istituzionale - ad autorità, organi di informazione ed addetti ai lavori. Da quel momento

mento diverso a scelta su quelli in evidenza sullo scenario nazionale come liste di attesa, protesi, entità e qualificazione dei servizi, evoluzione del settore, costi, difficoltà di accesso e qualità percepita dai cittadini.

Mettendo i risultati a disposizione degli operatori, dei decisori e della pubblica opinione, l'Aiop ha promosso così da tempo un'operazione di servizio> in vista di un fondamentale obiettivo: quello di elevare costantemente l'asticella della qualità delle prestazioni fornite al paziente e dell'impiego delle risorse pubbliche, sia che si tratti di strutture pubbliche o di strutture private accreditate.

Anno dopo anno, la sanità allo specchio ed un confronto sulla qualità, come nel 2005, quando, per coglierne le tendenze e per riflettere sui temi che di volta in volta si impongono con maggior evidenza vengono intervistate 4000 persone e dalle loro risposte emerge una crescita della consapevolezza di poter usufruire dei servizi ospedalieri privati senza costi aggiuntivi, insieme ad una chiara preferenza nei confronti delle strutture private accreditate in termini di soddisfazione del servizio nelle sue varie accezioni di qualità delle cure e di

accoglienza; ferma restando la fidelizzazione consolidata verso l'ospedale pubblico o privato utilizzato in precedenti occasioni nell'ottica di un sistema misto capace di innalzare i livelli qualitativi dell'assistenza, razionalizzando contestualmente la spesa.

Anche i media seguono ed aspettano anno dopo anno l'uscita del Rapporto per informare opinione pubblica ed addetti ai lavori (con le pubblicazioni specializzate) del trend del momento, dei flussi di spesa, della do-

“La sanità privata conquista il pubblico.”

(QN - DICEMBRE 2005)

diventa un utilissimo strumento di studio e di lavoro per gli esperti ma non solo, perché diventa sicuramente una fotografia di un importante settore che coinvolge le famiglie italiane di ogni estrazione e di ogni latitudine ed in particolar modo le fasce deboli, i cittadini malati e gli anziani. L'opinione pub-

“Aiop, 90% italiani soddisfatto prestazioni ospedali.”

(ANSA - DICEMBRE 2007)

blica inizia a sapere come muoversi in fatto di scelta; pubblico e privato diventano così sovrapponibili in fatto di sicurezza e di efficienza, da cui deriva migliore qualità di servizi. Esaminando l'attività svolta dagli ospedali pubblici e privati in Italia, lo studio si sofferma dettagliatamente ogni anno su un argo-



manda e dell'offerta di prestazioni sanitarie. Libertà di scelta, liste di attesa, evoluzione della domanda di servizi e conseguente aumento della qualità percepito dai cittadini, visto che il livello medio di soddisfazione tende a crescere nel tempo, specie con riferimento alle strutture private accreditate. Così come cresce la tendenza delle stesse strutture accreditate ad elevare le proprie prestazioni in chiave di complessità, ma in un quadro di costi sostanzialmente decrescenti, mentre al contrario la spesa per l'ospedalità pubblica tende ad espandersi nel tempo. Dall'analisi dei dati che emergono dai vari "focus" degli ultimi rapporti, ecco allora una chiara fotografia che gli organi d'informazione sviluppano nel corso dei mesi sottolineando la necessità di poter disporre di un sistema di informazioni preventive da parte

quelli privati accreditati, allo scopo di poter operare le scelte più opportune; avere in parallelo adeguate informazioni preventive circa la qualità percepita dai pazienti (customer satisfaction) che hanno utilizzato ospedali pubblici e/o privati accreditati, allo scopo di operare nuovamente le scelte più opportune; finanziare con lo stesso criterio ospedali pubblici e ospedali privati accreditati e verificare successivamente chi fornisce le prestazioni mediche e i servizi migliori e a costi più contenuti; favorire la competizione tra ospedali pubblici e ospedali privati accreditati, ma con l'istituzione di un'apposita

cosiddette "inefficienza sommersa" e cioè il differenziale tra il valore della produzione (calcolata con riferimento a tutte le funzioni ed incrementata della quota riferita alle attività

"L'Aiop propone l'authority per la qualità delle prestazioni."

(LIBERO - DICEMBRE 2007)

"La sanità pubblica non è solo quella statale."

(IL RIFORMISTA - DICEMBRE 2008)

del Servizio Sanitario Nazionale sulla qualità oggettiva delle prestazioni mediche e dei servizi, forniti dagli ospedali pubblici e da

bilanci delle aziende ospedaliere e degli ospedali a gestione diretta dal quale emerge con chiarezza quella che il rapporto defini-

Si arriva così ad un focus documentato su una analisi dei bilanci delle aziende ospedaliere e degli ospedali a gestione diretta dal quale emerge con chiarezza quella che il rapporto defini-

cosiddette non tariffabili) ed il costo effettivo ripianato dallo Stato.

Per la prima volta, quindi, una operazione di analisi effettuata e sostenuta da fonti pubbli-

**LEGGI LA RASSEGNA
STAMPA COMPLETA IN PDF**

4,4MB dal sito
www.aiop.it



che ha permesso di mettere in evidenza con forza oggettiva la necessità fondamentale di pervenire ad una più fisiologica procedura di pubblicizzazione, di trasparenza e di confrontabilità dei bilanci degli ospedali pubblici. Se si vuole creare realmente una situazione di tendenziale simmetria di trattamento tra le strutture sanitarie pubbliche e quelle private, che, seppur diverse nella titolarità della gestione, fanno ambedue parte del servizio pubblico, è necessario che vengano osservati i medesimi doveri in termini di predisposizione di bilanci, di standard qualitativi e requisiti organizzativi a garanzia del servizio chiesto e reso ai cittadini.

I media insistono e danno importanza a quanto emerge dal contributo concreto degli ultimi Rapporti; quello dell'anno scorso, per esempio, ha approfondito il tema del-

Per arrivare all'eco sui media dell'ultimo Rapporto, eco che ancora non si spegne anzi continua e ritorna puntuale e con sempre più incisività ogni volta che balzano alla cronaca casi di emergenze e sprechi in Sanità, soprattutto in questo periodo di crisi economi-

stabilizzazione nel tempo della quota di risorse pubbliche impiegate dall'ospitalità accreditata, contro una continua espansione di quella facente capo all'ospitalità pubblica.

La terza ha riguardato la "messa al centro"

“Spreco ospedali; Calabria maglia nera, ok Lombardia.”

(ANSA - DICEMBRE 2009)

ca globale e di debito pubblico nazionale. Il Rapporto 2011 ha messo, infatti, l'accento su tre tipologie di fenomeni: la misurazione, aggiornata agli ultimi dati disponibili, del livello di "inefficienza sommersa" delle strutture pubbliche (Aziende Ospedaliere ed Ospedali a Gestione Diretta), presenti in

della persona nell'ambito dei servizi ospedalieri di diagnosi, cura e intervento.

Soprattutto i dati del rapporto sull'inefficienza del sistema sanitario sono stati riportati da quasi tutta la stampa nazionale, dal web, da radio e televisioni all'interno del dibattito sui tagli alla sanità del Governo. Quelli sulle "performance" delle Regioni provocano reazioni "piccate" da parte della Fiaso (Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere) a cui puntualmente replica Ermencia.

E poi la provocazione sulla validità del confronto tra spesa ospedaliera pubblica e privata da parte di Quotidiano della Sanità, con un editoriale del direttore, Cesare Fassari, al quale Nadio Delai risponde con argomentazioni che smorzano la polemica e, ripercorrendo con pazienza i calcoli complessi utilizzati per la ricerca, chiariscono ogni dubbio su bontà e qualità dei dati analizzati e confrontati.

Il Rapporto diventa così, per tutto l'anno, strumento di approfondimento per addetti

“Rapporto Aiop. Ospedali pubblici spendaccioni: quasi 10 miliardi di euro l'anno in fumo per sprechi e inefficienze.”

(QS QUOTIDIANO SANITÀ - DICEMBRE 2010)

l'inefficienza implicita (o sommersa), allargando l'analisi sino a coinvolgere 15 Regioni italiane: l'esame condotto sui bilanci delle aziende ospedaliere pubbliche e degli ospedali a gestione diretta ha registrato a questo proposito tassi di inefficienza variabili tra un minimo del 17% ed un massimo del 46%, con un'articolazione interna anche molto pronunciata e non solo lungo l'asse Nord/Sud; ha mostrato quanto sia ancora ampia l'inaffidabilità dei dati di bilancio prodotti dalle singole strutture pubbliche; e ha messo a confronto i Piani di Rientro delle Regioni commissariate proprio con la relativa quota di inefficienza implicita (o sommersa), evidenziando la necessità di agire su

tutte le Regioni italiane, ivi comprese quelle a statuto speciale, nonché nelle Province Autonome di Trento e di Bolzano.

La seconda ha illustrato lo sforzo messo in atto, particolarmente dalle strutture accredita-

“Gli ospedali perdono 9 miliardi all'anno.”

(IL SOLE 24 ORE - DICEMBRE 2010)

te, sul piano del miglioramento continuo dell'offerta di servizi, che si manifesta: sul piano della complessità delle prestazioni fornite e che supera in molte Regioni quelle degli stessi ospedali pubblici; sul piano dell'attiva collaborazione con i Sistemi Sanitari Regionali, in funzione, ad esempio, della riduzione delle liste di attesa; sul piano della reattivi-

ai lavori e giornalisti per riflettere su emergenze e sperperi del denaro pubblico: lo citano infatti tutti i media più importanti, di diverso orientamento politico, come hanno fatto alcuni giorni fa Il Fatto Quotidiano e La Repubblica commentando le notizie allarmanti su sprechi e truffe che arrivavano da alcuni importanti ospedali italiani.

Possiamo concludere perciò che **“anche il 9° Rapporto ha fornito occasione di confronto e di dibattito sia sulle analisi fornite sia sulle aperture verso il futuro, tenendo sempre presente la centralità della persona e i relativi bisogni, la necessità di dare risposte quantitativamente elevate e l'obbligo parallelo di far funzionare la <macchina> con costi più contenuti”**, come ha detto l'attuale presidente, Enzo Paolini, concludendo la presentazione.

Prossimo appuntamento a dicembre 2012. ■

“Sanità, un rapporto dei privati: gli ospedali sprecano 9 mld l'anno.”

(IL MESSAGGERO - DICEMBRE 2010)

quest'ultima con decisione se si vuol ragionare veramente sui tempi di rientro possibili (fatti salvi naturalmente gli interventi sul piano della fiscalità regionale oltre che su eventuali contributi straordinari da parte dello Stato).

tà delle strutture Aiop, illustrato da un'indagine appositamente condotta per il Rapporto 2011, la quale evidenzia una spinta al miglioramento continuo, malgrado le difficoltà legate alla contrazione della spesa pubblica; sul piano, infine, di una parallela

Il privato: sprechi fino al 50 per cento nei centri Ssn - La replica: rianimazione e ps costano

Ospedali pubblici, lite Fiaso-Aiop

ROMA – Più efficienti gli ospedali privati o quelli pubblici? E' scontro tra la Fiaso (Federazione delle aziende ospedaliere pubbliche) e l'Aiop (Associazione dell'ospitalità privata) dopo la presentazione, da parte di quest'ultima, del rapporto "Ospedali e salute" secondo cui le strutture del Ssn sprecherebbero fino a metà dei fondi loro erogati. Il presidente Aiop, Enzo Paolini, propone che sia un ente terzo (non statale né vicino ai privati) a controllare l'efficienza degli erogatori di prestazioni sanitarie (Ignazio Marino, presidente della commissione parlamentare sul Ssn, proponeva su *Corriere Medico* un ente di controllo pubblico) «per dare trasparenza ai bilanci e revisionare i sistemi di finanziamento in una logica di sistema misto».

A prima vista, Aiop ha confrontato il valore della spesa sanitaria sostenuta per le strutture pubbliche (minuendo) con il valore delle prestazioni prodotte per le stesse strutture (sottraendo): il risultato espresso in percentuale rappresenta lo spreco. Che è in media del 30 per cento con punte del 46 per cento in Calabria e del 41-42 in Lazio e Campania, due regioni che hanno smesso di crescere nello spreco grazie ai commissariamenti. Meglio Veneto e Lombardia, rispettivamente con 17 e 19 per cento di divario.

Pronta la replica di Giovanni Monchiero, presidente della Fiaso: «La stima – dice – è stata ricavata arbitrariamente applicando alle strutture pubbliche i Drg applicati nelle case di cura private e considerando solo in minima parte che gli ospedali pubblici devono garantire assistenza anche a chi soffre patologie gravi e costose. E' questo un dovere che comporta di tenere attivi H24 servizi altamente qualificati come

rianimazioni e pronto soccorso». «Abbiamo applicato i Drg alle schede di dimissione delle strutture pubbliche – controreplica Nadio Delai della società Ermeneia, che ha condotto la ricerca – e a questi valori sono stati applicati "correttivi" significativi verso l'alto per tener conto delle ampie funzioni svolte dagli ospedali pubblici (specialistica, Ps, servizi tossicodipendenti). Il valore complessivo è stato confrontato con i consuntivi degli ospedali pubblici, misurandone i relativi scostamenti».

In Italia il privato conta sul 21 per cento dei letti del Ssn e continua a offrire un case-mix (indice di complessità delle patologie trattate) più elevato del pubblico (1,4 contro 1,07): il 72 per cento delle strutture Aiop nel rapporto risulta in sofferenza perché le banche

non fanno più credito alle regioni debitorie. A ciò si aggiunge la crisi: l'82 per cento delle strutture soffre comunque di un calo generalizzato negli accessi dei pazienti. Sempre più gente aspetta di fare esami e visite nel pubblico e procrastina le cure. «Peccato, perché – dicono gli imprenditori privati – continuiamo a investire in qualità e il circuito è competitivo».

Ogni anno il 29 per cento dei pazienti italiani esce molto o abbastanza soddisfatto dalle strutture accreditate (95 per cento di un campione di 4 mila utenti intervistati nel Rapporto) contro l'87 per cento di soddisfatti delle strutture pubbliche a parità di prestazione. E non si sceglie il privato a cuor leggero: nel 2010 è cresciuta dal 30 al 40 per cento la quota di chi ha fatto indagini e confronti prima di affrontare una prestazione fuori dall'ospedale pubblico. (m.m.)

Sale gradimento di chi va in centri convenzionati

quotidianosanità.it

Venerdì 16 DICEMBRE 2011

Monchiero (Fiaso): "Metodologia sbagliata, stravagante che privato faccia ricerche sul pubblico"

"Trovo stravagante che l'associazione delle strutture private faccia questo genere di ricerche su come funzionino le strutture pubbliche". Così il presidente della Fiaso (la Federazione italiana delle Aziende sanitarie ed Ospedaliere), Giovanni Monchiero, risponde all'Aiop che, in un rapporto pubblicato oggi, parla di sprechi per quasi 13 miliardi di euro dovuti ad inefficienze all'interno dei nosocomi pubblici. Secondo quanto riferito dai ricercatori, pur tenendo conto di quei servizi in più che il pubblico è obbligato a garantire, la differenza è rimasta elevata. "In questo senso devo sottolineare che anche le strutture private che offrono lo stesso genere di servizi di quelle pubbliche, risultano avere tutte bilanci in passivo – ha puntualizzato -. Non c'è una struttura privata tra quelle riconosciute dallo Stato come enti erogatori di servizi all'interno della rete di servizi pubblici che, svolgendo le funzioni di ospedale generalista, riesce a mantenere bilanci in regola". "Ovviamente le strutture private che scelgono attività più remunerative riscontrano situazioni diverse. Non contesto questo atteggiamento, il privato deve comportarsi da tale e dunque cercare anche il guadagno, mentre il pubblico deve offrire tutti i servizi, compresi quelli meno remunerativi – ha concluso -. Quello che contesto è la metodologia di queste ricerche che considero sbagliata, non è corretto partire dai DRO per stabilire quali siano gli sprechi".

LEGGI LA RASSEGNA
STAMPA COMPLETA IN PDF

4,4MB dal sito www.aiop.it



quotidianosanita.it



Martedì 09 DICEMBRE 2011

Sul rapporto Aiop. E se invece fosse il privato a costare più del pubblico?

La notizia dei 13 miliardi di sprechi negli ospedali pubblici, che ha dato il titolo al Rapporto Aiop/Ermeneia 2011, merita qualche riflessione. A partire dalla validità del confronto operato tra spesa ospedaliera pubblica e privata. Che riserva molte sorprese

02 DIC - Non ho studiato statistica. Ma col mestiere che faccio mi sono trovato e mi trovo spesso a giocare con i numeri. Una volta, il compianto professor Paolo Loreti, ordinario di statistica alla Sapienza, carattere burbero ma verace come solo certi romani sanno essere e purtroppo scomparso prematuramente alcuni anni fa, mi disse: "A Ce', coi numeri ce poi fa quello che te pare. Se ce sai fa, i conti tornano sempre. Sta agli altri dimostra' che te sei sbajato".

Il colorito romanesco del professor Loreti mi è tornato in mente in questi giorni leggendo il Rapporto 2011 dell'Aiop, redatto da Ermeneia e pubblicato da Franco Angeli. Come noi stessi abbiamo titolato ieri, secondo questa ricerca, curata da Nadio Delai, la cui professionalità di analista dei fenomeni socio-sanitari è fuori discussione, gli ospedali pubblici italiani sprecherebbero una cifra vicina ai 13 miliardi di euro l'anno per colpa di quella che Delai definisce "inefficienza sommersa". Questa cifra rappresenta il 25% della spesa ospedaliera ascrivibile ai nosocomi delle Asl e alle aziende ospedaliere pubbliche, pari a 51,305 miliardi di euro nel 2009.

Vale a dire che, su ogni 100 euro spesi, 25 se ne vanno in presunti sprechi e inefficienza. A tale cifra si è arrivati mettendo a raffronto i bilanci degli ospedali pubblici con quelli delle case di cura accreditate private, scoprendo che, a parità di prestazioni erogate, il pubblico costa molto di più. Esattamente il 25%. E questo, pur riconoscendo al pubblico un surplus di spesa per funzioni e prestazioni obbligatorie che il privato non è tenuto a fare.

Impressionante. A questo punto ho cercato di capirne di più. A partire dalla natura di questi sprechi. Acquisti sbagliati, degenze improprie, gestioni inefficienti? Certamente queste cause concorrono alla stima ma la ciccia, il grosso della presunta inefficienza sta tutto in una voce di spesa: il personale. E non poteva che essere così, come ha convenuto lo stesso Delai, con il quale ho avuto una lunga e interessante conversazione. Il grosso della spesa ospedaliera pubblica è infatti il personale che rappresenta circa l'80% della spesa (il resto sono beni e servizi). Quindi è evidente che il gap di inefficienza rispetto alla sanità privata, denunciato dal Rapporto Aiop, va ricercato quasi completamente nella spesa per il personale.

Se dovessimo usare l'accetta, per mettere in pratica il suggerimento implicito dello studio, "il pubblico deve tagliare queste inefficienze", bisognerebbe quindi ridurre di una quota almeno pari al 25% la spesa per il personale, il che, tradotto, vuol dire mandare a casa un addetto su quattro. A quel punto la spesa complessiva si ridurrebbe in misura quasi pari a quel famoso gap di inefficienza portando la spesa ospedaliera pubblica ai livelli di performance del privato.

Facile no? A parte la considerazione ovvia sull'impossibilità giuridica e pratica di un taglio del genere, ci dobbiamo però chiedere se le cose stiano effettivamente così.

Per capirlo penso che basti un dato. Quello relativo al rapporto personale/posti letto attualmente registrato nel pubblico e nel privato accreditato. Il dato è sorprendente e dimostra paradossalmente che a, a parità di personale, il privato spenderebbe molto di più del pubblico. Vediamo perché. Nel pubblico ci sono 6 medici e 14,6 infermieri ogni 10 posti letto. Nelle case di cura private Aiop (per le quali il rapporto fornisce dati dettagliati) abbiamo invece 3,17 medici e 5,5 infermieri ogni 10 letti. In sostanza il pubblico ha il doppio dei medi-

ci e tre volte il numero di infermieri addetti per posto letto rispetto al privato. Una differenza molto superiore al famoso gap di inefficienza sommersa del rapporto Aiop. E considerando, come abbiamo visto, che il personale rappresenta il grosso della spesa, il privato a questo punto dovrebbe costare molto meno di quanto costa. Di converso, potremmo dire che, in considerazione della quantità di personale impiegato, gli ospedali pubblici sono più efficienti in termini di costo del privato.

Un assurdo? Forse. Ma certamente utile a dimostrare che il confronto contenuto nel rapporto ricorda un po' troppo quello tra mele e pere. Simili, ma molto diverse tra loro. Pensare di confrontare un'entità complessa come quella dell'ospedale pubblico - nata per essere operativa al 100% 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno e per rispondere a tutte le emergenze e a tutti i tipi di patologia ospedaliera esistenti e dove si fa anche ricerca e formazione - con quella di strutture come le case di cura private - nate per essere agili nei loro asset (non a caso solo il 38% dei medici è dipendente mentre il resto è a rapporto libero professionale) e orientate più all'offerta specialistica che alla soddisfazione della domanda universalistica di assistenza - è un non sense.

E' un non sense perché il pubblico deve comunque garantire un presidio funzionante e pronto all'occorrenza a prescindere dalla domanda del momento (e in quest'ottica gli attuali standard di personale sono appena sufficienti a garantire assistenza H24 in corsia), mentre le case di cura devono garantire in primo luogo, e giustamente, il profitto dei loro azionisti indipendentemente dal tipo di prestazione che volta per volta scelgono di offrire.

E non è un caso che il privato accreditato sia pagato dal pubblico a prestazione erogata attraverso i Drg e che il pubblico usi invece i Drg solo come riferimento di massima per misurarne il rispetto dei percorsi terapeutico assistenziali.

Senza contare l'ultimo dato curioso. Il Drg in media risponde a circa l'80% del costo della prestazione. Una stima condivisa da tempo dal pubblico e dal privato. Guarda caso manca all'appello proprio quel 20/25% di gap segnalato dall'Aiop come inefficienza sommersa che, molto probabilmente, potrebbe corrispondere proprio a quella quota naturale di surplus forfettario che viene riconosciuta al pubblico per fare tutto quello che deve fare. Caro professor Loreti. Avevi ragione: "I conti tornano comunque, sta agli altri dimostrare che te sei sbajato".

Cesare Fassari

quotidianosanita.it



Martedì 09 DICEMBRE 2011

Ancora sul Rapporto Aiop. La replica di Delai (Ermeneia) al nostro editoriale

Le polemiche servono a poco. Meglio ripercorre con pazienza i calcoli complessi che sono stati utilizzati e a cui non si può rispondere con scorciatoie statistiche o con luoghi comuni. Che forse dimostrano la difficoltà ad uscire dall'abitudine del pensiero consueto

09 DIC - Nell'articolo di venerdì scorso ("E se invece fosse il privato a costare più del pubblico?") Cesare Fassari avanza alcuni dubbi sul valore delle statistiche e in particolare sull'individuazione di una quota (rilevante) di inefficienza nella gestione degli ospedali pubblici italiani.

Se però si vuole entrare nel merito non si può banalizzare il tema, esigendo l'argomento di assumersi l'onere di seguire il percorso proposto dal Rapporto Ermeneia/AIOP, senza scorciatoie troppo facili e (inevitabilmente) superficiali. E questo perché bisogna uscire dal "pensiero consueto", in quanto siamo davanti ad una sfida comune che riguarda pubblico e privato: quella dell'applicazione del principio less is more: da interpretarsi, nel caso nostro, come l'esigenza di fare più qualità con meno risorse.

Si tratta perciò di guardare ai fenomeni veri, al di là di quanto si è sempre fat-

Nadio Delai



to e soprattutto al di là degli stereotipi falsamente rassicuranti. A cominciare dall'uso dei numeri e della statistica in generale.

Ecco allora alcune specifiche osservazioni che riguardano i ragionamenti avanzati da Cesare Fassari:

1. Il costo del personale si aggira attorno al 50% dei costi totali e non all'80%, come del resto mostrano i dati consuntivi dei Bilanci degli ospedali pubblici e come io stesso ho ricordato telefonicamente a Fassari. L'inefficienza si distribuisce quindi significativamente anche sulle altre

voci (acquisto di beni; servizi appaltati e altri costi);

2. Il confronto tra standard di personale non può essere giocato alla rovescia, ipotizzando di "ribaltare" sul privato le inadeguatezze derivanti dall'eccesso di operatori in pubblico: il calcolo dei ricavi delle strutture pubbliche è stato – nell'ambito del Rapporto – opportunamente "allargato" proprio per tener conto delle funzioni aggiuntive che svolgono tali strutture; ma questo non significa dover incorporare il relativo surplus di personale che comunque esiste e pesa sul livello di inefficienza del pubblico (si ricordi, tra l'altro, che gli standard di personale per le strutture accreditate derivano da rigide disposizioni regionali, contenute nei relativi accordi intercorsi con queste ultime e quindi non sono inappropriati perché diversi da quelli degli ospedali pubblici);

3. Non si tratta dunque di fare confronti "tra mele e pere", come tenta di dire Fassari, bensì di porre a confronto la stessa tipologia di frutta: quella che deve alimentare una efficace ed efficiente cura del paziente, obiettivo che interessa le strutture pubbliche quanto le private, tanto più che l'andamento del case-mix come pure quello dell'apprezzamento da parte dei pazienti tende a favorire proprio le strutture private accreditate rispetto a quelle pubbliche;

4. Ed infine si ricorda che il calcolo dell'inefficienza sommersa ha volutamente escluso (per il momento) la componente in conto capitale (spese per le strutture fisiche, le attrezzature, le tecnologie medico-chirurgiche, ecc.), mentre tale voce dovrebbe invece essere coperta dai ricavi derivanti dai DRG come avviene del resto per i privati ed è evidente che se si operasse in tal senso la quota di inefficienza salirebbe ulteriormente.

Ma è il caso anche di avanzare qualche altra osservazione, questa volta più di fondo.

Come tutti gli strumenti di cui disponiamo, anche i numeri (e le risorse statistiche più in generale) possono essere usati bene o male.

Se vogliamo usarli bene è necessario:

- dichiarare esplicitamente la logica che sta sotto l'elaborazione che se ne fa;
- spiegare con chiarezza il percorso che si è seguito;
- sollecitare altri soggetti a fare ancora meglio rispetto ai calcoli offerti alla discussione che certo non sono gli unici o i migliori possibili.

Ebbene, la logica seguita nel valutare l'inefficienza sommersa degli ospedali pubblici è stata illustrata in dettaglio all'interno del Rapporto Ermeneia/Aiop ed è riportabile ai punti seguenti:

1. Viene ribadita l'assoluta importanza del servizio pubblico così come ipotizzato dal Dlgs. n. 502 del 1992, da un sistema misto pubblico/privato, in cui dovrebbe vincere la qualità sia per le strutture pubbliche che per quelle private accreditate;

2. Si prende atto che lo strumento DRG che doveva "avvicinare" gradualmente l'efficienza delle prestazioni delle diverse tipologie di strutture viene invece applicato al privato accreditato, ma non al pubblico;

3. Si riconosce che le strutture pubbliche svolgono ulteriori funzioni rispetto a quelle riconoscibili attraverso i soli DRG: il che ha portato a calcolare un corrispettivo economico aggiuntivo, come è stato nel caso della specialistica e delle cosiddette attività "a funzione" (pronto soccorso; terapia intensiva; attività di presidio territoriale per tossicodipendenti, trapiantati, pazienti oncologici, terapie domiciliari, ecc.);

4. Si è proposto un perimetro di ragionamento "obbligato" per tutti che presenta ai suoi vertici, rispettivamente:

- una domanda di servizi ospedalieri in continua evoluzione, sempre più informata ed esigente;
- un'offerta di servizi ospedalieri che risulta impegnata a migliorare nel tempo le proprie prestazioni, come mostra l'andamento del case-mix, illustrato nel Rapporto sia nell'ambito pubblico che nell'ambito del privato accreditato (ma spesso con caratteristiche di crescita più evidente nel secondo caso)
- una disponibilità contratta di risorse pubbliche che dovranno passare attraverso il filtro severo di una maggiore efficienza e di una inevitabile riduzione quantitativa.

L'obiettivo, dunque, diventa quello di recuperare livelli sempre più pronunciati di efficienza, da un lato, ma preservando al massimo possibile la tutela dei bisogni fondamentali della persona, dall'altro.

Chi è interessato a lavorare in questo contesto, al di fuori di ideologismi di tipo vetero-statalista o, al contrario, di tipo mercatista, è benvenuto: tanto più che è l'intero Paese ad essere chiamato oggi ad un'uscita "in alto" e non "in basso" dalla crisi che stiamo vivendo.

Per quanto riguarda il metodo dettagliato ed impegnativo seguito nel Rapporto – poiché di questo si intende rispondere – si rimanda per gli approfondimenti agli Allegati del volume, ribadendo tuttavia che i passaggi-chiave sono stati i seguenti:

- si sono calcolati i Ricavi teorici delle strutture ospedaliere pubbliche attraverso l'applicazione dei DRG per gruppi di discipline, tenendo conto dei valori di ogni singolo Sistema Sanitario Regionale;
- si sono aggiunte quote di "legittimi" Ricavi, attribuibili agli ospedali pubblici, in quanto derivanti da attività specialistiche e da quelle "a funzione";
- si sono posti a confronto i Ricavi così ottenuti con l'ammontare dei costi reali, esposti nei bilanci consuntivi di tutti gli ospedali pubblici presenti in tutte le regioni italiane, pervenendo così alla quota assoluta e percentuale di inefficienza sommersa.

Questo è quanto è stato fatto e su cui si può discutere, come pure ipotizzare altre metodologie di indagine, in modo da verificare diverse modalità di misurazione dell'inefficienza (a patto che si scenda – come è stato fatto nel Rapporto – al livello specifico di ogni singola Regione). Tutto ciò che si riesce ad analizzare meglio può servire a qualificare la produzione di quel "bene pubblico" che è la salute, ma che non deve necessariamente essere prodotto in via esclusiva da un soggetto pubblico (come peraltro la stessa normativa prevedeva sin dal 1992, anche se a tutt'oggi ampiamente disattesa).

In conclusione dunque vale l'invito iniziale: quello di ripercorre con pazienza i calcoli complessi che sono stati utilizzati e a cui non si può rispondere con scorciatoie statistiche o con luoghi comuni.

Resta al fondo il comune interesse di liberarsi dal "pensiero consueto", in vista di alzare l'asticella, con riferimento al modo di gestire sia del pubblico che il privato, riuscendo a "spendere meno per dare di più". E magari facendosi misurare finalmente da un Ente Terzo che superi l'attuale ambiguità di ruolo (di giocatore e contemporaneamente di arbitro) da parte dei Sistemi Sanitari Regionali.

Nadio Delai

Curatore del Rapporto Ermeneia/Aiop su "Ospedali e Salute"

Caro Nadio,

grazie di questa attenta e argomentata replica al mio editoriale. Mi associo senz'altro al tuo invito di liberarsi del "pensiero consueto", anche se, a volte, le consuetudini non sono poi così male. Un caro saluto.

Cesare Fassari

Tre strutture accorpate per risparmiare
nessuno ha soppresso gli uffici doppione

AZIENDE che si fondono senza che gli uffici amministrativi facciano altrettanto. Da quando le Molinette si è unito al Cto e al Regina Margherita-Sant'Anna di Torino sono rimaste in piedi tre copie di molte funzioni fondamentali: ufficio del personale, affari generale, affari legali e formazione. Un'operazione nata per razionalizzare sta producendo sprechi, tenendo in piedi più strutture a fare lo stesso lavoro. «Il problema è che, anche in amministrazione, i diritti acquisiti non si toccano. Anche a un anno dalla nascita della nuova mega azienda», spiega Gabriele Gallone del sindacato dei medici ospedalieri Anao. A Torino un altro spreco è prodotto dai piccoli ospedali, come quello di Avigliana, con appena 30 letti, o di Venaria, con una nuova tac che di notte resta chiusa.



© RIPRODUZIONE PERMESSA

L'IMPLOSIONE DEL SISTEMA

SPRECHI E TRUFFE NASCOSTI
NELLE DOPPIE CONTABILITÀ

di Chiara Paolin

Denunciare sprechi e obbrobri nella gestione del sistema sanitario nazionale non è come sparare sulla Croce Rossa. È più facile. Tutti possono prendere in mano statistiche e tabelle, numeri e atti giudiziari, spiegando come e quanto sia stato malgestito il denaro pubblico per - non - tutelare la salute degli italiani.

FederAnziani, col supporto dell'Università di Roma Tor Vergata, ha rivelato: solo con i contratti maldestri per mense, lavanderie e spese telefoniche, le Asl buttano un miliardo di euro l'anno. L'Aiop, l'Associazione Italiana Ospedalità Privata, s'è fatta una risata: i miliardi che si potrebbero risparmiare ogni anno ottimizzando il sistema sono almeno 13. Certo i privati hanno interesse a dire che il pubblico non funziona, ma purtroppo il Cern, centro di analisi indipendente, ha rincarato il concetto: se le cose andranno avanti così, i 111 miliardi del fondo nazionale destinati alla sanità per il 2010 non basteranno più, e nel 2030 ne serviranno 186 per mantenere lo status quo. Li avremo o il meccanismo imploderà?

L'APPOSITA commissione parlamentare, battezzata "di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali" (mai plurale fu più evocativo), tenta di fare chiarezza. "Il caso Massa Carrara è stato uno choc - ammette il presidente, Leoluca Orlando -. In Calabria c'è voluto un anno solo per capire se il deficit era di 800 milioni, e poi risultò di oltre due miliardi. I numeri alla fine dicono poco: bisogna vedere cosa c'è dietro".

Ecco il problema: qual è la contabilità parallela della sanità italiana al netto dei già tragici conteggi ufficiali? Se anche quest'anno, andando giù d'accetta, il disavanzo del servizio na-

zionale ammonta a 2,3 miliardi di euro, quale può essere il conteggio reale dei buchi disseminati tra bilanci fasulli e truffe non contabilizzate? "Bisogna fare bene i conti in tutte le regioni - ha detto il governatore toscano Enrico Rossi cominciando il guaio di casa sua -. Non vorrei che, a un esame più attento, saltassero fuori dieci miliardi di ammanco".

Le cronache locali, disperatamente, confermano. A Foggia, con un deficit Asl dichiarato di 80 milioni di euro, si moltiplicano uscite generosissime mentre sei persone sono state arrestate per truffe legate all'acquisto di ventilatori polmonari. A Genova due dirigenti sono finiti sotto indagine per aver comprato e lasciato marcire materiale informatico nei magazzini. A Trapani, dopo gli arresti per infiltrazioni mafiose, è in picco svolgimento un bando per assumere 37 nuovi manager, tutti ottimamente stipendiati. A Penna Sant'Andrea, paesino del Teramano, un centro per bambini autistici è costato alla Regione 450 mila euro di ristrutturazione (il Comune aveva donato l'edificio) ma non è ancora in funzione a un anno dalla fine lavori, e nella stessa provincia esistono altre due strutture inutilizzate (la residenza sanitaria di Pietrafitta e il poliambulatorio di Raiano) per cui sono stati spesi due milioni. A Pavia 200 persone sono indagate per aver ricevuto l'assegno di invalidità cedendo una percentuale all'impiegata compiacente (1,3 milioni il danno).

RISULTANO queste voci nei bilanci nella sanità italiana? "Destreggiarsi con queste contabilità è oggettivamente un problema - ammette Lucio Barani, altro parlamentare in commissione -. Noi, per metodo, guardiamo le carte e poi verificiamo sul campo. Ma non è facile avere un quadro preciso".

FINANZA MERCATI

02-12-2011

AIOP IL RAPPORTO ANNUALE DEGLI OSPEDALI PRIVATI

La Sanità pubblica spreca il 29% (oltre 13 miliardi)

Le Asl contestano: noi dobbiamo garantire «h 24» pronto soccorso e prestazioni non remunerative

L'inefficienza degli ospedali pubblici ammonta a 13 miliardi di euro, oltre il 29% delle risorse: parola degli ospedali privati convenzionati, nel nono Rapporto Aiop, l'associazione italiana ospedalità privata. «Ospedali&Salute 2011». Detta così, sembra la guerra di Davide a Golia (e stavolta non è neppure scottato l'esito) perché l'ospedalità privata convenzionata (accreditata) incide sul totale della spesa sanitaria pubblica per il 4%. E quindi, oltretutto, non sarebbe in grado di rimediare agli sprechi attribuiti a chi rappresenta il 96% della spesa. Ma il ragionamento - immediatamente contestato dalla concorrenza, la Fiaso, la federazione delle Asl e delle aziende ospedaliere - apre un dossier gigantesco (non ignoto: perché i buchi della sanità sono noti all'attenzione del governo, benché la sanità sia di competenza regionale. Ma si capisce bene che se si parla di accrescere l'efficienza e di ridurre gli sprechi, non si prospettano tagli ai servizi, ma alla spesa (ed eventualmente al personale). Proprio ciò che i pubblici contestano, quando ricordano all'Aiop che gli ospedali devono garantire turni e servizi

anche non remunerativi - h24, a cominciare dal Pronto soccorso, dei quali invece l'ospedalità privata, ancorché accreditata, entro certi limiti può legittimamente non coprire, optando per le prestazioni più remunerative, e anche più specializzate.

Gli sprechi, più elevati al mezzogiorno col record di inefficienza (46,4%) in Calabria, sarebbero addirittura crescenti perfino al Nord, con il 21,8% rispetto al precedente 20,5%, e la Lombardia (dal 16,9 al 19,3%) che perde il primato di efficienza a vantaggio del Veneto, che migliora di quasi un punto (dal 18,1 al 17,2%).

Il presidente dell'Aiop, Enzo Paolini, chiede una «riforma strutturale», attuata attraverso il principio «della terzietà dei controlli per superare il conflitto dello Stato regolatore, operatore e controllore delle strutture, proprie e altrui: dare trasparenza ai bilanci pubblici e revisionare i sistemi di finanziamento e accreditamento in una logica di sistema misto pubblico-privato». Ne deriverebbero «un'offerta unitaria sul territorio e una più elevata qualità delle prestazioni a costi sostenibili».

la Repubblica

22-02-2012

Dopo anni di tagli ai posti letto e al personale, i pronto soccorso di mezza Italia sono allo stremo

Intanto però molte Asl hanno dilapidato denaro pubblico nei modi più disparati. Eccone alcuni esempi

IL DOSSIER. L'ipita faccenda dell'emergenza

Giù sprechi

Reparti inutilizzati, macchinari in cantina quei miliardi buttati mentre la sanità arranca

MICHELE BOCCI

Mentre il pronto soccorso di mezza Italia sono in crisi, con pochi letti dove ricoverare i pazienti e una pressione di malati seri sempre maggiore, i vertici di molte aziende sanitarie e ospedaliere sprecano denaro. Acquistando macchinari che non vengono utilizzati, moltiplicando il numero di primari e reparti della stessa specialità, addirittura avviano la costruzione di nuovi ospedali senza riuscire a portarla a termine. Roma, Napoli, Palermo, Torino, Genova: cinque città dove i dipartimenti di emergenza in queste settimane hanno sofferto, dove le brandine sono state infilate nei corridoi e nei magazzini per l'impossibilità di trovare posto in reparto per i malati,

soprattutto anziani. Alcuni hanno aspettato ore, altri addirittura giorni prima di essere ricoverati. Il taglio di 45 mila letti nel giro di 10 anni negli ospedali italiani ha fiaccato i pronto soccorso, soprattutto perché non è stato sostenuto da un aumento dei posti a disposizione dei lungodegenti. Si è intervenuti per razionalizzare e risparmiare. Forse troppo. Il risparmio però non ha riguardato altri settori dell'attività delle Asl. Non, ad esempio, le chirurgie universitarie che fanno 10 interventi all'anno, non i privilegi di professori con boiserie nello studio dell'ospedale, non gli uffici

amministrativi doppiati e nemmeno i piccoli ospedali, svuotati di tutte le loro attività ma tenuti in vita, a consumare denaro pubblico. Quanti soldi buttano via le aziende ogni anno? Non è facile calcolarlo. Ci ha provato l'Asiop, l'associazione degli ospedali privati, che ha evidentemente una visione di parte. Ha commissionato una ricerca che stima lo spreco in 13 miliardi di euro all'anno. Il dato forse è troppo alto ma le cifre buttate via sono comunque a nove zeri. Basterebbe una parte nemmeno troppo grande di quei soldi per risolvere i problemi di molti pronto soccorso e soprattutto dei tantissimi cittadini che si rivolgono a queste strutture in cerca di aiuto e sono costretti a subire di tutto, a partire dalle lunghe attese.

Fonte (Associazione italiana ospedali privati) e ministero della Salute

Finanziamenti e sprechi

Napoli
Il nuovo ospedale è solo uno scheletro intanto il Cardarelli è il regno della barella

UN PRONTO soccorso in condizioni disperate, dovresti immaginare che 200 barelle al giorno e la nuova struttura che doveva nascere per aiutarlo ridotta ad uno scheletro. Il Cardarelli scoppiò e la costruzione dell'ospedale del mare" di Napoli è ferma da tempo a causa di contenziosi. Se si riusciva a sfoltire la situazione con qualche costo per l'opera addirittura, qualche stima diceva 200 milioni. Sull'altro sprecati per una struttura che tra l'altro doveva sostituire alcuni pronto soccorso cittadini che nel frattempo sono già stati chiusi. Il Cardarelli è solo. Anche perché il vecchio e il nuovo policlinico non si occupano di emergenza, il primo ha ridotto l'attività ai minimi termini, ormai ha solo poche decine di letti di letti da molti primari universitari.

Roma
Policlinico, cliniche inaugurate e mai aperte in alcune chirurgie dieci interventi l'anno

L'OSPEDALE, dello scandalo del pronto soccorso anche quello dello scandalo degli sprechi. All'Umberto l'anno fa hanno inaugurato un reparto di clinica medica che doveva essere destinato all'osservazione dei casi in attivo proprio dalle stanze dell'urgenza. «Non è mai stato aperto», commenta Francesco Fabretti della Cgil. Una clinica isterica è nella stessa situazione da 4 anni. Nella struttura dove ci sono primari universitari che nei propri studi hanno fatto numerose boiserie e hanno diritto ad una segretaria e un reparto anche da appena 2 letti, ci sono chirurgie dove si fanno 10 interventi all'anno. Praticamente nessuno. Costoso per personale, apparecchiature e strumentazioni ma non svolge attività sanitaria per i cittadini. Fanno solo battuta riccio al sistema sanitario pubblico.

Palermo
La risonanza magnetica costata un milione per mesi non è stata neanche accesa

MAI USATA. Ma di investimenti negli ospedali. Apparecchiature costose infilate nei magazzini e nel sottosuolo, una risonanza magnetica da un milione di euro rimasta inutilizzata per almeno sette mesi. A Palermo gli sprechi legati al farduccio di attrezzature non si contano, e si guardano a ruota le aziende citadine. Al Civico, che ha un pronto soccorso da 200 pazienti al giorno che mesi fa ha vissuto una crisi gravissima, dopo l'estate è stata chiusa la cardiologia, appena ristrutturata. Oltre alla spesa inutile sostenuta per rinnovarla, un milione e trecentomila euro. L'ospedale si è ritrovato a dover smaltire anche gli strumenti dei medici (pompe, pace-maker, defibrillatori, monitor e apparecchi all'arrangiata da un milione. Sono rimasti fermi per almeno quattro mesi, in attesa di essere ceduti ad altre strutture.

Genova
Primari con meno di dieci posti letto così al San Martino i costi si moltiplicano

REPARTI deprezzati, primari con meno di 10 posti letto che dirigono appena 3 o 4 medici. Anche questi sono sprechi e il San Martino di Genova non sfugge alle critiche delle strutture che vogliono convivere meglio i ospedali ed universitari. «Sarebbe garantire l'assistenza ma molte volte ci si perde in problemi organizzativi», spiega Sandro Alvisio della Cgil. Il tema delle unità operative che hanno pochi letti sarà discusso a breve nella nuova convenzione tra Regione Liguria e Università. «Bisogna pensare a delle aggregazioni per creare reparti più grandi, lavorare meglio risparmiare», commenta Costantino Tronci della Anas di medici Anas. «Contra l'altro si ridurrebbe il numero degli stipendi, tra l'altro pagati in buona parte dal sistema sanitario nazionale anche agli universitari».

Sipar

360° DI RADIOLOGIA



TAC AquilionONE TOSHIBA



PACS SECTRA



Angiografo InfinixVCI - TOSHIBA



Polifunzionali Eidos MECALL



CR - Stampanti
KONICA MINOLTA



Ultrasound TOSHIBA



RM Vantage Atlas TOSHIBA



Mammografia PLANMED



Arco a C ZIEHM

Servizio Sanitario Nazionale

Criticità dell'informazione

È ormai consuetudine apporre nella **premessa** del Rapporto annuale sul **Sistema sanitario dell'Italia e della Lombardia** una nota per evidenziare le criticità dell'informazione. Criticità dovuta a **problemi metodologici**, carenza di gruppi di dati di grande importanza nel sistema informativo nazionale e a **disomogeneità** dei sistemi informativi regionali.

DI GABRIELE PELISSERO

Fattori che tutti insieme, rendono estremamente difficile, se non impossibile, fornire un quadro complessivo semplice ed affidabile del sistema sanitario italiano, ed effettuare adeguati confronti fra i sistemi sanitari regionali.

Parte di queste difficoltà sono, ovviamente, più avvertite dai ricercatori indipendenti, che a differenza degli organi istituzionali hanno accesso solamente ai dati che vengono resi pubblici, e che non possono disporre di tutte le imponenti risorse che sarebbero necessarie per elaborare masse di dati così imponenti.

Molte delle criticità che avevamo indicato già dal 2009 sono rimaste tali. Basti considerare che, al dicembre 2011, stiamo con fatica acquisendo i dati nazionali sulla mobilità interregionale del 2009, che non siamo e non siamo mai stati in grado di conoscere il vero costo dell'assistenza ospedaliera nella varie Regioni; che il bilancio della sanità in molte Regioni continua a registrare nuovi e significativi disavanzi che si scoprono a distanza di anni, che non disponiamo di nessun studio scientificamente attendibile sul costo delle prestazioni ospedaliere e specialistiche; che non conosciamo i valori di appropriatezza e di inappropriatazza rilevati nelle varie reti ospedaliere, supposto che vengano rilevati. Inoltre (fatto gravissimo) continuano ad essere inaccessibili i bilanci della maggior parte delle aziende sanitarie e ospedaliere di diritto pubblico, che se anche fossero resi pubblici sarebbero redatti secondo criteri non standardizzati e non corrispondenti ai comuni bilanci civilistici. E si potrebbe continuare così a lungo. Oltre a queste gravi cri-

tità, anche quest'anno vogliamo confermare la crescente difficoltà che sta emergendo nell'utilizzo di una delle componenti più utili e significative del sistema informativo sanitario, rappresentata dagli indicatori di complessità delle casistiche ospedaliere regionali (il peso medio e l'indice di case-mix).

DIFFERENZE QUALITATIVE

Le rappresentazioni grafiche che abbiamo pubblicato negli ultimi anni sono servite ad evidenziare le forti differenze qualitative fra sistemi sanitari regionali ma anche fra le loro componenti pubbliche e private, permettendo di "scoprire" in un gruppo di regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Piemonte, Toscana) l'esistenza di un privato ospedaliero che lavora nel servizio sanitario pubblico e che si colloca al vertice della qualità in tutto il Paese, non solo nel confronto fra privati ma anche nel confronto con il pubblico. Incrociando il dato del case-mix con la quota di attività ospedaliera che nei diversi sistemi sanitari regionali è affidata agli operatori

Il futuro del welfare sanitario - Un caso italiano e uno spagnolo



I sistemi sanitari occidentali devono fronteggiare sfide importanti. La loro sostenibilità economica è fortemente a rischio a causa di alcune tendenze in corso: l'allungamento della durata della vita e la riduzione della natalità hanno portato ad un invecchiamento della popolazione; l'innovazione tecnologica ha reso molte cure particolarmente costose.

Le politiche adottate per far fronte a tali trend si sono rivelate in gran parte inefficaci. Esistono tuttavia alcuni casi virtuosi, in cui l'organizzazione del sistema sanitario si sta dimostrando più sostenibile finanziariamente e improntato a una maggiore efficienza.

In questo agile volume, composto dai saggi di Gabriele Pelissero e Lucio Scudiero, vengono poste all'attenzione del lettore due esperienze che rappresentano dei potenziali modelli da seguire a livello europeo. Da una parte abbiamo il caso lombardo, improntato sulla presenza di soggetti pubblici e privati nell'erogazione dei servizi, su processi che rendono concreto il principio della libertà di scelta del luogo di cura e sull'implementazione del pagamento a prestazione. Dall'altra il caso di Valencia, che ha introdotto una sorta di quota capitaria che "segue" il paziente e finanzia la struttura dove egli sceglie di farsi curare.

PER INFORMAZIONI WWW.IBL-LIBRI.IT

di diritto privato abbiamo anche individuato diverse tipologie di sistemi sanitari misti, che abbiamo iniziato a pubblicare a partire dall'ottavo rapporto sul sistema sanitario della Lombardia.

FRAGILE PRESUPPOSTO

Qui occorre ancora una volta far notare che tutte queste analisi sono fondate su un presupposto piuttosto fragile, un presupposto che considera completamente comparabili le basi dati fornite dalle diverse regioni italiane. Ma è sufficiente che, nella propria autonomia, una Regione decida di etichettare come "ambulatoriale" un gruppo di prestazioni molto diffuse che un'altra Regione classifica come ospedaliere, per provocare a parità di casistica reale una differenza anche significativa nel valore del case-mix e del peso medio dichiarato, rendendo inattendibile qualunque giudizio formulato sulla base di tali dati. Riferendoci alla sola Regione Lombardia, abbiamo però la convinzione che i valori di complessità della casistica espressi dalle reti ospedaliere, pubblica e privata, sia sottostimata negli ultimi anni rispetto alle altre Regioni direttamente confrontabili (Piemonte, Toscana, Emilia Romagna). Bisogna infine ricordare che a partire dal 2009 è stata adottata a livello nazionale la nuova versione DRG CMS 24.0, che rende non direttamente comparabili i dati raccolti prima e dopo tale anno.

Con questa premessa, e con queste cautele, possiamo esaminare i principali dati relativi all'anno 2009, e dove già disponibili quelli relativi all'anno 2010.

Per la redazione del nostro rapporto utilizziamo i dati che Ermeneia raccoglie ed elabora annualmente, avvalendosi per quanto è possibile del sistema informativo nazionale. Nonostante le criticità evidenziate, i dati che abbiamo potuto raccogliere e le elaborazioni che abbiamo effettuato, evidenziano tendenze interessanti, e forniscono un quadro dei sistemi sanitari regionali caratterizzato da interessanti novità.

IL SISTEMA OSPEDALIERO DELLA LOMBARDIA

A tredici anni dall'approvazione della L.R. 31/97 il Sistema sanitario della Lombardia, nella sua componente specialistica ed ospedaliera, si conferma ancora una volta un sistema maturo, stabile, di alta qualità, capace di competere con successo a livello nazionale nell'offerta di servizi molto apprezzati dall'utenza e in costante equilibrio economico. La sua caratteristica di sistema aperto, costruito sul principio della libertà di scelta del cittadino e modellato sul principio di sussidiarietà, che si esprime nella presenza a pari condizioni di operatori di diritto pubblico e operatori di diritto privato, ne rappresenta

indubbiamente uno straordinario punto di forza e continua ad essere all'avanguardia nell'ambito dei sistemi sanitari regionali.

Sono infatti queste caratteristiche che consentono di continuare a coniugare la massima efficacia dell'attività con una fondamentale efficienza economica.

Il tutto unito allo stabile elevato livello di soddisfazione dei cittadini e degli utenti, che costruisce nella quotidianità una solida struttura di consenso intorno al sistema sanitario di questa regione ed esprime una grande attrattività nei confronti di pazienti provenienti da tutte le altre regioni italiane, conseguenza di un prestigio diffuso e consolidato in un lungo tempo.

Queste considerazioni positive, che ripetiamo ormai da anni, nascono dall'evidenza dei dati e dall'esperienza quotidiana degli operatori, non sono e non vogliono essere espressioni di soddisfatto autocompiacimento.

SFIDE PER IL FUTURO

Continuiamo infatti ad essere ben consapevoli che le sfide del futuro sono ardue e il rischio di peggiorare è sempre presente. Proprio per questo occorre l'impegno comune di tutti gli attori, dalla Regione alla rete degli erogatori pubblici e privati, per continuare ad assicurare ai cittadini lombardi e ai pazienti che qui giungono da tutto il paese ciò che si aspettano.

E noi sappiamo che si aspettano un livello di qualità allineato ai massimi livelli europei. Per continuare su questa strada il problema oggi più rilevante è quello della ricerca della sostenibilità economica, obiettivo certamente non facilitato dalle difficoltà della congiuntura economica internazionale e dalle condizioni della finanza pubblica del nostro paese.

La crisi economica mondiale, e in particolar modo quella dell'Unione Europea, ha infatti subito una vistosa accelerazione negli ultimi mesi. In Italia ha prodotto momenti di grande tensione, i cui esiti anche politici sono ben noti. Per ciò che qui ci interessa ha inasprito tutte le questioni aperte di finanza pubblica, con una inevitabile ripercussione sulla sanità.

Da anni noi andiamo ricordando in tutte le sedi nazionali e internazionali che la spesa sanitaria pubblica in Italia è fra le più basse nell'Europa dei 15, e costantemente si colloca da uno a due punti del PIL al di sotto di quella di Paesi a noi comparabili quali Francia e Germania.

E in questo contesto di cronico sottodimensionamento, la nostra regione non si colloca certo fra quelle più finanziate, pur riuscendo a mantenere un equilibrio dei conti sempre più prezioso.

In un paese come l'Italia che spende per la sanità pubblica il 7,2% del PIL (a fronte



dell'8,1% della Germania e dell'8,7% della Francia), la Lombardia mantiene il più vasto ed attrattivo sistema sanitario regionale con solo il 5,4% del proprio PIL, un record assoluto in Italia, con un forte distacco dalle altre regioni più virtuose quali Emilia Romagna e Veneto che spendono il 6,1%.

Ma la tenuta di tutti gli indicatori economici non è oggi sufficiente a darci garanzie complete per il futuro, poiché abbiamo iniziato a sentire il peso di una difficoltà economica più ampia, figlia del grande debito pubblico del paese.

In questo contesto, di preoccupata attenzione, l'anno che si sta concludendo si è conno-



tato in Lombardia per la manovra correttiva concretizzata con la Delibera G.R. 28 Luglio 2011 n. IX/2057, nei confronti della quale la nostra Associazione ha adottato un comportamento fortemente collaborativo, chiedendo di poter essere ancora più che nel passato di aiuto al governo regionale per la salvaguardia del servizio pubblico in sanità.

Molta attenzione, e qualche preoccupazione, ha suscitato la decisione di adottare per il pagamento delle prestazioni erogate ai pazienti provenienti da altre regioni il sistema di tariffe concordato a livello nazionale conosciuto come TUC.

Una decisione in se comprensibile e condivisibile, ma applicata ad un settore di grande sensibilità e rilevanza. Come abbiamo più volte messo in evidenza nei nostri rapporti annuali, la mobilità dei pazienti è infatti diventata ormai da più di un decennio un fenomeno rilevante nel servizio sanitario nazionale italiano, raggiungendo una dimensione quantitativa nazionale intorno all'8% di tutti i ricoveri, e con conseguenti flussi economici di grande dimensione.

Ancora recentemente l'Assessore alla sanità Luciano Bresciani e il direttore generale sanità Carlo Lucchina hanno pubblicamente ricordato

che la mobilità attiva verso la nostra regione, in ripresa di oltre il 3% nel 2010 dopo il calo del 2009 (calo che anche noi avevamo attribuito all'effetto della crisi economica generale), comporta un valore di prestazioni erogate di ben 770 milioni all'anno (Sole 24 ore Lombardia 9.11.2011).

Un grande flusso di risorse economiche che sostiene imponenti investimenti effettuati dalla rete ospedaliera di diritto pubblico e di quella di diritto privato, che ha generato migliaia di posti di lavoro in Lombardia, che incentiva e premia una ricerca costante della qualità, unita ad un diffuso senso di umanità e di solidarietà, ben compreso dalle centinaia

di migliaia di pazienti che continuano negli anni a rivolgersi con fiducia agli ospedali lombardi, ai loro medici e ai loro operatori. Per tutte queste ragioni, l'attenzione nei confronti delle tariffe TUC applicate a tutti gli ospedali pubblici e privati dal Luglio 2011 è stata subito elevata, e si è sviluppata negli ultimi mesi una ancor più intensa collaborazione fra il governo regionale e l'AIOP Lombardia, nel comune intento di affrontare al meglio i problemi connessi ai rimborsi che debbono essere corrisposti dalle altre regioni a fronte delle prestazioni erogate ai loro cittadini.

PRINCIPIO DI LIBERA SCELTA

Come ho avuto modo di scrivere recentemente (Corriere della Sera - Milano 6.11.11) nessuna regione e nessun ospedale, pubblico o privato, vuole "arricchirsi" con l'attività extraregionale, ma è giusto che una regione virtuosa riceva fondi e li investa in una rete ospedaliera di eccellenza che cura tutti gli italiani. E ciò in applicazione, fra l'altro, del principio di libera scelta del luogo di cura, diritto fondamentale di ogni cittadino, riconosciuto dalla nostra Costituzione. Nel corso dell'anno 2011 si sono ulteriormente sviluppate le pronunce della Magistratura sulle inchieste aperte nell'anno 2007 sulla rete delle aziende ospedaliere di diritto privato lombarde.

Dopo le assoluzioni, in primo grado, nei casi Humanitas, S.Raffaele e S.Carlo intervenute nel 2010, si è registrata la richiesta della Procura della Repubblica di archiviazione per le inchieste che avevano interessato il gruppo ospedaliero San Donato, e l'autorevole sentenza della Corte d'Appello di Milano, che conferma l'assoluzione per l'inchiesta S.Raffaele - Ville Turro.

In essa si fornisce fra l'altro una indicazione giurisprudenziale particolarmente importante per tutto il settore ospedaliero, indicando con chiarezza la distinzione fra l'ambito di rilevanza penale e quello di rilevanza amministrativa, fornendo in questo modo un indirizzo che rasserena migliaia di medici e che assicura il riconoscimento dell'onestà professionale, implicitamente riconfermando ai fini della giustizia penale il valore primario dell'atto medico coscientemente e correttamente eseguito rispetto ai pur necessari adempimenti di tipo meramente formale e amministrativo.

Le vicende giudiziarie, nel loro complesso, stanno dunque confermando l'immagine di una rete ospedaliera che si muove nella legalità e nella correttezza, dove episodi di condotte individuali deprecabili, purtroppo mai completamente eliminabili in ogni attività umana, sono appunto casi singoli da isolare e consegnare al loro destino giudiziario. AIOP Lombardia, insieme ad AIOP Nazionale, non si accontenta però del pur

doveroso e cogente principio di legalità, ma ha inteso nel 2011 ricollegarlo ad un più ampio e diffuso principio di eticità. E questo nella convinzione che tutti debbano rispettare le leggi, ma che coloro che esercitano una attività particolarmente delicata e ricca di responsabilità sociali, quale i sistemi sanitari e ospedalieri, abbiano il dovere di rendere pubblici, evidenti e trasparenti modelli di comportamento particolarmente rispettosi dei valori di professionalità e moralità.

Valori che sono costantemente presenti nell'azione degli aderenti ad AIOP Lombardia, e che ci siamo fatti promotori di una pubblica e dettagliata formalizzazione con l'adozione, nel corrente anno, di un Codice etico associativo, obbligatorio e vincolante per tutti i nostri associati, e di un Codice etico aziendale, che nella loro autonomia le aziende associate ad AIOP hanno già in larghissima misura adottato.

Queste iniziative completano il percorso avviato con la convinta adesione agli indirizzi formulati dalla Regione Lombardia con la DGR 9014/10, e costituiscono impegno costante di tutte la nostra Associazione.

La difficile fase storica che stiamo vivendo ha generato, nel paese, un'ampia e diffusa convinzione della necessità di profonde riforme strutturali che rendano l'Italia e le sue Regioni più moderne e dinamiche, in grado di riprendere la via dello sviluppo e di confrontarsi, il che vuol anche dire competere con gli altri paesi dell'Unione Europea.

Nel settore strategico della sanità, fondamentale per la tutela del diritto alla salute e al tempo stesso per lo sviluppo economico di ogni paese avanzato, l'esempio della Regione Lombardia assume oggi un valore ancora maggiore.

ORA RIFORME CORAGGIOSE

Esso dimostra, infatti, che le vere riforme debbono essere coraggiose e lungimiranti, richiedono tempi lunghi per dare i loro frutti, ma se tenacemente perseguite sono in grado di disegnare un futuro migliore per tutti. Abbiamo visto, durante i 14 anni di vita della riforma sanitaria della Lombardia quanti pregiudizi ideologici, quanta ostilità, quanta diffidenza suscitati una autentica e profonda azione riformatrice.

Vediamo oggi che essa continua a dare i suoi positivi risultati, ha reso forte il nostro sistema sanitario, ha assicurato la sua tenuta economica, produce qualità e soddisfazione.

Dobbiamo lavorare tutti insieme per difenderla negli anni difficili che ci aspettano, e in questo impegnativo percorso AIOP Lombardia continuerà a porsi in prima fila, convinta di rendere così un servizio non solo ai propri Associati, ma anche a tutta la nostra Regione, perseguendo il comune obiettivo di continuare ad essere un grande sistema sanitario europeo. ■

New Zealand 2011: appunti di un viaggio

Sembrava impossibile spingersi così lontano. Soprattutto per un'Associazione così nuova, oltretutto formata da giovani. E così una delegazione di circa trenta persone di Aiop Giovani è partita, a fine ottobre 2011, con destinazione Nuova Zelanda, agli antipodi dell'Italia. Ma perché, con quali obiettivi?

Servizio sullo Study Tour



VIDEO

Reportage completo



DI FILIPPO LEONARDI

Aiop Giovani è una realtà associativa molto recente. Nata nel 2003 da Aiop, Associazione Italiana Ospedalità Privata, cui fanno riferimento circa 600 strutture ospedaliere italiane, il suo scopo è quello di creare una "palestra" formativa per i giovani imprenditori o figli dei legali rappresentanti delle strutture associate Aiop.

Un'esigenza molto sentita poiché uno dei maggiori problemi dell'imprenditoria è proprio quello di favorire il passaggio generazionale della proprietà aziendale.

Il 2003, quindi, è l'anno di inizio per una generazione di giovani che ha cercato esempi di eccellenza sanitaria o di esperienze significative in tutto il mondo, allo scopo di imparare, confrontarsi e, perché no, riprodurre in Italia gli esempi più significativi. E da queste convinzioni sono nati gli Study Tour, brevi ma intensi stage di pochi giorni di formazione che, da Barcellona (2007), hanno portato a Boston (2007), Baltimora (2008), Tokyo (2009), L'Avana (2010), Londra (2011) e Nuova Zelanda. Lo Study Tour New Zealand è stato quindi il settimo viaggio - alla guida del Coordinatore nazionale Averardo Orta e di Fabio Miraglia, Amministratore Gioni Rsa che ne aveva verificato l'interesse in un precedente viaggio - alla scoperta del paese oceaniano ma soprattutto del suo sistema sanitario.



La delegazione Aiop Giovani in aula all'Università di Wellington

Diciamo subito che il paese non è paragonabile con l'Italia, se non per l'estensione abbastanza simile. Per il resto parliamo di un paese costituito da due grandi isole circondate dall'Oceano Pacifico, tanto lontane da essere tra le ultime scoperte dagli europei alla fine del '700. Qui vi trovarono la civiltà maori, tanto misteriosa quanto fiera, con cui i primi inglesi dovettero scendere a patti quando nel 1840 conclusero il trattato di Waitangi per una integrazione pacifica che dura tuttora e che è un esempio positivo nel mondo.

UNA REALTÀ "BRITANNICA"

Due isole grandi insieme quanto l'Italia, ma abitate da una popolazione simile a quella di Roma, poco più di 4,4 milioni di abitanti. Poche città, quindi, e un territorio enorme dove viaggiando per ore, si vedono solo pecore, per anni la principale fonte di ricchezza.

In questa realtà molto britannica per lingua, tradizioni e ordinamento giuridico, il sistema sanitario non poteva discostarsi molto da quello del Regno Unito, che per i neozelandesi è stata sempre la madrepatria, il principale paese di riferimento. Quindi un sistema universalistico di cure gratuite, retto finanziariamente soprattutto con il prelievo fiscale.

La popolazione non è omogenea, ma presenta una composizione etnica ben definita con il 68% di europei, il 14% di maori, il 10% di asiatici e il 7% di isolani del Pacifico. Percentuali destinate a cambiare: tra appena 5 anni si prevede una diminuzione dell'8% di europei e una crescita del 5% di asiatici.



Averardo Orta con Wendy Edgar, dirigente del Ministero della Salute della Nuova Zelanda

Se si guardano i principali dati della salute, siamo a livello degli altri paesi avanzati, con un'aspettativa di vita media di 80,8 anni, cresciuta negli ultimi 20 anni più che in USA o in UK. I fattori di rischio sono l'obesità - un adulto su 4 in NZ è obeso - il fumo, diffuso soprattutto tra i non europei, e l'abuso di alcol.

La responsabilità della gestione del sistema sanitario è del Ministero della Salute, ma la salute viene tutelata tramite 20 distretti sanitari, ognuno costituito da una commissione di 11 persone di cui 7 eletti dalla popolazione e 4 nominati dal Ministero. Il sistema quindi è fondato su 6 pilastri:

1. la tutela pubblica della salute;
2. l'accesso universalistico;
3. la comparabilità internazionale delle prestazioni e dei servizi;
4. l'orientamento alla domanda sanitaria (sono comprese le cure dentarie per i ragazzi in età scolare, i prodotti farmaceutici, con una compartecipazione di 3\$, e i servizi di laboratorio richiesti dagli ospedali e dai medici di base);
5. budget annuali prefissati;
6. la definizione delle priorità annuali.

Questo sistema è finanziato quindi per l'81% con il prelievo fiscale e per il 19% con il sistema assicurativo privato che copre le prestazioni degli ospedali privati e soprattutto parte dei servizi dei medici di base.



La delegazione Aiop Giovani

THE KEY TO SUCCESS IN HEALTH CARE



TECHNOLOGY, FUNCTIONALITY AND EFFICIENCY
PATIENT-FOCUSED



KARISMEDICA'S PRODUCTS IMPROVE PATIENT CARE
IN OVER 51 COUNTRIES



La delegazione Aiop giovani durante l'incontro con **Malcolm Pollock**, responsabile dell'Istituto Nazionale Neozelandese per l'Innovazione nella sanità

zionale per l'Innovazione nella sanità.

Al termine dello Study Tour, la delegazione è stata ricevuta dalla Presidenza del St. John Ambulance, un ente privato non profit che garantisce il servizio di pronto soccorso in tutto il territorio neozelandese, particolarmente impegnato a fine febbraio 2011 per prestare aiuto alla popolazione di Christchurch, tra le maggiori città del paese, colpita da un terremoto che ha ucciso 181 persone e che ha distrutto quasi la metà delle abitazioni.

All'Italia non sono sconosciute queste catastrofi naturali, e proprio per questo Aiop Giovani ha ritenuto significativo far arrivare la solidarietà italiana acquistando un'autoambulanza completamente attrezzata per la città di Christchurch, che in un primo programma doveva essere una delle mete della visita della delegazione.

La consegna dell'Attestato di riconoscenza ad Aiop Giovani da parte dei principali responsabili del St. John è rimasto quindi nel ricordo dei giovani delegati come un momento significativo, un segno di reciproco ringraziamento e soprattutto di amicizia. ■



La consegna dell'Attestato di riconoscenza ad **Aiop Giovani** da parte dei principali responsabili del **St. John**



IL ST. JOHN AMBULANCE

Che cos'è

È una organizzazione costituita in Nuova Zelanda nel 1885 e fondata su un'etica di volontariato. Essa opera in modo indipendente del governo e serve l'intera comunità della Nuova Zelanda, offrendo una vasta gamma di servizi e prestazioni sanitarie.

Questi servizi e prestazioni riguardano:

- **Servizi di emergenza** e servizi di ambulanza per circa il 90% della popolazione della Nuova Zelanda;
- **Cure di emergenza** e pronto soccorso in occasione di eventi pubblici;
- **Amicizia e supporto telefonico** alle persone sole e costretto a casa;
- **Trasporto** per le persone bisognose a visite specialistiche;
- **Formazione** di primo soccorso.

St John gestisce anche un programma dove i giovani neozelandesi dai 6 ai 18 anni possono imparare il primo soccorso, assistenza sanitaria, l'autodisciplina e l'igiene sanitaria generale.

I giovani sono stati coinvolti anche in qualità di "modelli" per praticare il primo soccorso. Passando i tre esami previsti viene conferito l'ambito Medaglione di St John che viene indossato orgogliosamente da molti giovani.

St John è organizzata in tre regioni e ogni regione è responsabile delle attività all'interno dei suoi confini. Le regioni lavorano con oltre 150 Comitati d'area,

che sostengono il lavoro del St John anche a livello di piccole comunità.

Il simbolo del St John è la croce bianca a otto punte di Amalfi, la principale città commerciale europea con la Palestina nel 11° secolo. I suoi mercanti avevano assicurato l'istituzione dell'abbazia benedettina di Santa Maria dei Latini di Gerusalemme per

offrire ospitalità e assistenza sanitaria ai pellegrini cristiani. I quattro bracci della croce bianca moderna che rappresenta l'Ordine di St John simboleggiano le virtù cardinali della prudenza, giustizia, temperanza e forza. Le otto punte che derivano dai quattro bracci rappresentano le qualità richieste a un buon primo soccorritore, e cioè l'umiltà, la simpatia, la gentilezza, la verità, la compassione, l'altruismo, la pace e la sopportazione.

Le future priorità del Governo sono orientate in 2 direzioni:

- **tenere in equilibrio** la qualità della sanità con il livello di spesa pubblica;
- **far fronte alla domanda sanitaria**, che in futuro sarà condizionata dall'invecchiamento della popolazione e da un aumento delle sue aspettative associate all'uso di nuove tecnologie.

Come si può notare, seppur con qualche differenza più o meno significativa, un impianto molto simile a quello italiano, e così anche l'analisi dei problemi futuri.

Ciò che però oggi caratterizza l'approccio dei neozelandesi è certamente l'enorme uso della tecnologia informatica per cui oggi l'intero sistema è in rete - tutti i soggetti che gestiscono la sanità conoscono tutto di tutti - con un grande risparmio di denaro pubblico e un significativo aumento dell'efficienza del sistema. Non a caso tra i maggiori produttori di software sanitario al mondo ci sono società neozelandesi, con un mercato che ha già conquistato fette significative negli USA e in Europa.

DA AUCKLAND A WELLINGTON

La delegazione Aiop Giovani ha quindi visto direttamente questa realtà e l'applicazione di tutto questo: ad Auckland, la più grande città neozelandese, e a Wellington, la capitale; all'ospedale Mercy Ascot e all'Ambridge Rose Manor, una struttura per anziani. Inoltre i giovani imprenditori hanno visitato l'Università di Auckland e quella di Otago dove si preparano i futuri operatori, sanitari o manager. Tra gli incontri più significativi va ricordato quello con Wendy Edgar, Direttore Generale del Ministero della Salute, e quello con Malcolm Pollock, responsabile dell'Istituto Na-

Documentazioni e approfondimenti sul sito
www.aiopgiovani.it

Clinical governance, la sfida futura per i giovani im

Nell'incantevole cornice delle colline moreniche, ospiti di Villa dei Cedri a Colà di Lazise, una trentina di ragazzi provenienti dalle **sezioni Aiop Giovani** di quasi tutte le regioni italiane ha partecipato il 26 e 27 gennaio scorsi al **corso di formazione** tenuto dal prof. Nino Cartabellotta sulla **Clinical Governance**.



DI MICHELE NICCHIO (*)

L'evento formativo, nato dalla partnership tra Aiop Giovani e Fondazione GIMBE di cui il Prof.

Cartabellotta è Presidente, ha permesso di approfondire l'approccio di sistema alla Clinical Governance – enfatizzata anche dal Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 – fornendo ai partecipanti nuovi strumenti metodologici da utilizzare in maniera integrata e focalizzando l'attenzione sulle attività di **Ricerca e Formazione Continua**.

Nei documenti normativi la tentazione di tradurre governance in “governo” è sempre stata molto forte ma questo ha determinato inevitabili distorsioni sulla percezione della **Clinical Governance** da parte di professionisti e manager. Infatti se il termine “governo” definisce il potere normativo delle istituzioni, la “**governance**” corrisponde alla gestione dei processi di consultazione e concertazione per il raggiungimento degli obiettivi seguendo una logica bottom-up. Inoltre l'aggettivo “**clinico**” è riduttivo rispetto a “**clinical**” che in inglese identifica tutte le professioni sanitarie e non solo quella medica. Pertanto in maniera più esaustiva si può dire che la Clinical Governance è una “strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale”. Tre sono gli obiettivi fondamentali della Clinical Governance: gestire l'estrema complessità delle organizzazioni sanitarie orientandola al miglioramento della qualità di servizi e prestazioni nel rispetto del vincolo delle risorse programmate; ridurre il gap tra manager e



professionisti nella percezione della qualità assistenziale; definire un sistema multidimensionale di indicatori da integrare nei processi di governance aziendale e da utilizzare per l'accountability delle organizzazioni sanitarie. In particolare esistono sei dimensioni della qualità che interessano tutti gli stakeholders dei servizi sanitari: **sicurezza, efficacia, appropriatezza, coinvolgimento degli utenti, equità d'accesso, efficienza**.

Dopo una prima sessione introduttiva teorica i nostri Giovani si sono poi cimentati con un complesso scenario organizzativo che ha permesso loro di focalizzare l'attenzione su come la politica di attuazione della Clinical Governance richieda un approccio di sistema che integri diversi strumenti tra loro interconnessi e complementari quali l'**Evidence-Base Practice**, la formazione continua, la gestione del rischio clinico, l'audit, le linee guida cliniche ed i percorsi assistenziali, la gestione dei reclami e dei contenziosi, la comunicazione e

gestione della documentazione, la ricerca e sviluppo, la valutazione degli esiti, la collaborazione multidisciplinare, il coinvolgimento dei pazienti, l'informazione corretta e trasparente e la gestione del personale. Poi, l'esposizione e il confronto sui diversi approcci dei vari gruppi allo scenario attuati secondo il modello Obiettivi – Progetti – Indicatori ha portato all'attuazione - come già promosso da oltre un decennio dal National Health Service inglese - del concetto di “Umbrella of Clinical Governance”. Infatti l'attuazione del Governo Clinico dipende da un forte commitment aziendale (manico), dalla struttura portante dell'organizzazione sanitaria (stecche) e dall'utilizzo integrato dei vari strumenti di governo clinico



Guarda sul tuo SmartPhone il servizio video del seminario Clinical governance



prenditori della sanità privata

(strisce di tessuto). Ma come senza una mano che lo regga l'ombrello non può assolvere alla sua funzione primaria, in assenza di una politica sanitaria regionale fortemente orientata alla **Clinical governance** è difficile immaginare un successo di tale strategia. Infine al membro più giovane del gruppo che meglio degli altri ha saputo approcciarsi allo scenario nell'ottica del governo clinico è andato il **GIMBE Award Young** che consiste nella possibilità di frequentare a titolo gratuito uno degli eventi formativi organizzati dalla Fondazione Gimbe. ■

(*) *presidente
Aiop Giovani Lombardia*

I "DIECI COMANDAMENTI" DELLA CLINICAL GOVERNANCE (*)

- 1) Un'adeguata struttura dipartimentale rappresenta un requisito organizzativo fondamentale per favorire la piena attuazione della Clinical Governance in un'azienda sanitaria;
- 2) La Clinical Governance non può essere imposta dall'alto o dall'esterno ma consegue dall'interazione di numerosi attori seguendo una logica bottom-up;
- 3) L'attuazione della Clinical Governance richiede la costituzione di reti multi professionali con funzioni di supporto metodologico, coordinamento e facilitazione dei progetti;
- 4) Le competenze dei referenti comprendono gli obiettivi di processo e i sistema previsti dal nuovo sistema di formazione continua in medicina;
- 5) Per ottimizzare il coordinamento di reti e progetti di governo clinico, gli uffici di staff direttamente coinvolti dovrebbero essere sottoposti ad un processo di qualificazione, riorganizzazione, razionalizzazione e integrazione;
- 6) Gli obiettivi aziendali di Clinical Governance dovrebbero essere definiti prima della concertazione del budget, al fine di definire progetti ed indicatori di qualità correlati;
- 7) In un'azienda sanitaria con adeguata organizzazione dipartimentale esistono due livelli decisionali per l'attuazione della Clinical Governance: livello macro (azienda) e livello meso (dipartimenti, distretti);
- 8) Nelle aziende dove il modello dipartimentale non esiste o non è adeguato, una piena attuazione della Clinical Governance a livello micro (UO) è problematica;
- 9) Collegio di direzione e comitati di dipartimento dovrebbero prevedere incontri dedicati alla pianificazione, valutazione e report dei progetti di Clinical Governance;
- 10) L'azienda dovrebbe monitorare lo status di avanzamento dei progetti di Governance ed evitarne la proliferazione incontrollata.

(*) Cartabellotta, Nino (2011) "Decalogo per la governance", Il Sole 24 Ore

Documentazioni e approfondimenti sul sito
www.aiopgiovani.it

STATI GENERALI - BOLOGNA 20 MARZO 2012

Un contributo alla Sanità del

Il 20 Marzo a **Bologna** si è celebrato un momento molto importante per l'Aiop Giovani: la festa dei **dieci anni dalla sua ideazione** (2002). Da questo momento celebrativo ha preso spunto **la realizzazione degli Stati Generali Aiop Giovani**, che è stata l'occasione per esporre e **proporre tesi e proposte**, frutto di questi anni di **attività**.

L'evento è stato inoltre caratterizzato dal passaggio di testimone del coordinamento della Sezione, che ha visto l'avvicendamento tra quanti hanno condotto l'Aiop Giovani in questi primi dieci anni e la nuova classe di trentenni chiamati a proseguire l'ottimo lavoro fin qui svolto dai loro predecessori.

L'Assemblea Nazionale Aiop Giovani ha quindi eletto all'unanimità, per i prossimi tre anni, il dr. Domenico Musumeci Coordinatore Nazionale, il dr. Michele Nicchio Vice Coordinatore per l'Area Nord, l'arch. Giulia De Leo Vice Coordinatore per l'Area Centro e il dr. Simone Impronta Vice Coordinatore per l'Area Sud.

Durante il suo discorso conclusivo dei lavori di Bologna, il dr. Musumeci ha ringraziato il Coordinatore uscente dr. Averardo Orta, e i due Vice Coordinatori prof. Fabio Miraglia e dr. Renato Cerioli, per aver consegnato un'associazione culturalmente vivace e per i dieci anni di straordinari successi per la crescita e il rafforzamento degli ideali associativi tra i giovani componenti dell'associazione, augurando loro di non far mancare la medesima passione ed entusiasmo agli altri settori dell'associazione negli anni a venire.

Abbiamo quindi rivolto alcune domande al nuovo Coordinatore Nazionale Aiop Giovani, dr. Domenico Musumeci.

A quale vision ispirerà la sua presidenza?

“Il mio programma prende spunto da due citazioni, la prima di Don Bosco: “Il bene seminato non vada disperso”, con la quale mi ricollego alla teoria del path-dependen-



da sinistra: Fabio Miraglia, Averardo Orta, Renato Cerioli, Federica De Vizia, Domenico Musumeci

ce, che coniuga il forte legame con le opere del passato al vigoroso impulso verso azioni nuove attraverso binari già tracciati, che siano in grado di far crescere ancor di più la nostra associazione; la seconda di Chandler: “La cooperazione tra imprese rappresenta uno dei più fruttuosi e possibili percorsi di sviluppo del capitalismo moderno”. Non voglio di certo paragonarmi al pensiero dei colossi, ma anch'io ritengo che l'unione in rete di imprese debba essere considerata determinante per il perseguimento delle strategie competitive di ciascuna di esse. La rete rimane la soluzione organizzativa più idonea per realizzare un comune piano strategico e sarà il modo mi-

gliore per rispondere all'evoluzione del contesto che stiamo vivendo nel nostro settore.

Quali sono gli obiettivi per questo triennio?

Il mio programma si basa su cinque bisogni che ho individuato in questi anni di associazione: formazione, comunicazione, confronto, Study Tour e collaborazione. In una fase storica in cui ogni attività lavorativa richiede un sempre più ricco contenuto intellettuale, dove l'itinerario esistenziale e professionale richiede conoscenze scientifiche e tecnologiche, capacità di apprendimento di nuovi linguaggi, di riconversione

domani



i video degli interventi,
interviste, documenti
scaricabili, foto
e altro sul sito

www.aiopgiovani.it

volta molto diverse e discordanti, noi giovani, attraverso l'intensa attività formativa, di scambio culturale e di partnership con altri sistemi ed istituzioni sanitarie nazionali ed estere, dobbiamo essere portatori di nuove idee e pronti ad affrontare con una certa flessibilità ed elasticità le sfide e i cambiamenti del nostro settore, convinti del fatto che il confronto, la cooperazione, il met-

tersi in rete possano essere le mosse vincenti per affrontare con successo le sfide del futuro. Confronto, cooperazione e rete che però non devono limitarsi solo al nostro interno, ma devono allargarsi alle altre istituzioni sia nazionali che estere.

Ci deve essere, infine, una forte collaborazione con i senior della nostra associazione

petenze manageriali di ciascuno di noi. L'obiettivo di fondo della comunicazione è quello di diffondere e far condividere i valori e la cultura dell'Aiop. Questa attività è molto importante sia per i nostri iscritti che per tutti quegli stakeholders che ruotano intorno alla nostra associazione. Attraverso un confronto continuo di esperienze tal-



sempre più complessa, l'imparare a fare non basta più, oggi è richiesto di imparare a conoscere, imparare ad essere e imparare a vivere insieme. Acquisire sempre nuove competenze oggi è fondamentale nella gestione d'impresa. La formazione è indispensabile per mettere in luce ed accrescere le capacità manageriali. Quindi non è più una scelta ma è un'attività imprescindibile se si vogliono affrontare le nuove sfide in modo vincente. Per tutto questo continueremo nella ricerca di nuove attività formative, che possano essere d'aiuto per il superamento delle sfide quotidiane e che possano accrescere le com-





Guarda sul tuo SmartPhone la videostoria dei primi dieci anni di Aiop Giovani



che dovrà essere sempre più stretta, perché attraverso questo stretto legame entrambi potremmo trarre occasioni di riflessioni fondamentali per andare avanti condividendo quei valori intrinseci nell'associazione. La meta che ci prefiggiamo è quella di creare, di queste due realtà, Senior e Giovani, due anelli di un unico insieme, che diano e attingano nello stesso tempo per un progetto comune: la crescita dell'eccellenza nella sanità privata italiana. E poi sempre più stretti legami con i Giovani di Confindustria, ma anche collaborazioni con l'UEHP, e ancora le collaborazioni con le Ambasciate a Roma di paesi stranieri con sistemi sanitari interessanti per l'Italia.

Ma ritorniamo alle tesi e alle proposte discusse durante gli Stati Generali di Bologna dello scorso 20 marzo. Renato Cerioli ha ripreso alcuni numeri e valori ricavati dalla ricerca "Strutture e performance della filiera della salute 2007-2010", di Confindustria. Quali considerazioni ne avete tratto?

Mi piace ricordare il termine spesso utilizzato da Renato, cioè quello di filiera della salute. Questa filiera rappresenta, all'interno del panorama economico italiano, circa l'11% del PIL del paese. I suoi comparti sono: l'industria farmaceutica, l'industria dei dispositivi medici e quei soggetti che erogano prestazioni di servizio ospedalieri ed ambulatoriali, che da soli danno lavoro ad 1.300.000 addetti e che rappresentano circa l'8,3% del PIL. Quindi l'82% degli addetti di questa filiera fanno capo proprio agli erogatori di servizi ospedalieri e ambulatoriali, e nell'economia a ventisette (paesi in cui l'Italia si trova in bassa classifica, con un tasso di sottoccupazione del 50% per quanto riguarda la componente femminile e del 30% per i giovani) questo è uno dei

comparti che dà maggiore occupazione a giovani laureati e per lo più donne. Un'altra caratteristica qualificante di questa filiera è che essa si distingue per grandi investimenti in ricerca e sviluppo, in tecnologie avanzate e nelle innovazioni di processo, innovazioni che, tra l'altro, a differenza di quello che avviene in altri settori, crea nuove e migliori condizioni di lavoro e non sostituisce lavoro con capitale fisso. E sempre parlando dell'importanza del lavoro umano ricordiamo che le nostre aziende sono labour intensive e quindi la proposta lanciata da Fabio Miraglia di far diventare la nostra associazione provider di formazione ECM diventa sicuramente di importanza fondamentale per non lasciare i nostri associati soli a svolgere questo compito. Un'altra sfida dell'Aiop è quella di promuovere un indice di trasparenza maggiore dei dati forniti ai nostri pazienti, per iniziare una politica di fidelizzazione di lungo periodo di tutte le strutture associate. Grazie al forte impulso di Fabio Miraglia l'Aiop Giovani in questi anni ha introdotto numerose novità in questo campo, tra cui l'iAiop, uno strumento informatico che avvicina tutte le nostre strutture ai fruitori. Insomma, come egli ama dire, "riuscire a fare investimenti in questo campo, fare networking,

cioè utilizzare la rete, fare alleanza, è fondamentale per le nostre imprese, vista la loro dimensione e la dislocazione a macchia di leopardo su tutto il territorio nazionale".

Fabio Miraglia ha lanciato una provocazione: l'Italia come HUB di servizi sanitari. Cosa ne pensa?

Come egli ha detto durante il convegno di Bologna, l'Italia è il secondo o terzo sistema sanitario mondiale, costituito da un ottimo servizio sanitario pubblico in cui l'erogatore privato ha un ruolo fondamen-



tale. In un mondo sempre più globalizzato non dobbiamo, quindi, più vederci come i coltivatori del nostro piccolo giardino, ma considerarci imprenditori europei. Il turismo sanitario oggi pesa circa 100 miliardi di dollari, il paese leader in Europa è la Germania, che ha un indice di attrazione solo dell'8%. Quindi non dobbiamo più concentrarci su una mobilità regionale, ma estendere i nostri obiettivi all'intera area euro-mediterranea. L'Italia è una hub naturale con doppia vocazione. La prima è quella che guarda al Nord per puntare ad attirare pazienti europei, la seconda al Sud che può essere attrattiva per il grande bacino mediterraneo.

Come vede il prossimo futuro?

L'Aiop Giovani avrà il compito di supportare con le idee dei propri associati l'attività dei senior aprendo la propria visione a quelli che sono i cambiamenti a cui il nostro settore va incontro, attraverso lo studio di sistemi sanitari più avanzati in giro per l'Europa e per il mondo, attraverso corsi di formazione che possano aumentare le nostre capacità manageriali, per essere pronti a governare le sfide che giornalmente siamo chiamati a cogliere e a portare avanti le idee innovative che sono state oggetto dei nostri Stati Generali. Sarà un triennio di duro lavoro, ma sono certo che con l'aiuto e il supporto di tutti i nostri associati riusciremo a partecipare attivamente alla crescita della nostra associazione e del paese. ■

Le tesi Aiop Giovani per un contributo alla Sanità del domani

GLI INTERVENTI DI RENATO CERIOLI E FABIO MIRAGLIA



RENATO CERIOLI

Il mio intervento parte da una tabella, che ritengo particolarmente importante, dove ho raccolto dei dati che è possibile ricavare dalla ricerca *“Struttura e performance della filiera della salute 2007-2010”*. Un documento prodotto da Confindustria e uscito pochi giorni fa, nel febbraio 2012. Ritengo utile inquadrare il ruolo delle aziende sanitarie di diritto privato nell'ambito di un servizio pubblico che fa parte anche della cosiddetta *“filiera della salute”*.

I numeri e i valori

Questa filiera è molto importante nell'ambito del panorama economico italiano. Considerando il diretto e l'indotto, produce più dell'**11% del PIL** del paese. Tra l'altro, i due comparti manifatturieri, quello dei farmaci e dei dispositivi medici, assorbono circa il 6% delle esportazioni. Quindi, credo sia una filiera fondamentale soprattutto in una prospettiva futura.

Quali sono i comparti che compongono questa filiera? Prima di tutto l'**industria farmaceutica** che occupa quasi 67 mila addetti e l'**industria dei dispositivi medici** che dà lavoro a circa 72 mila addetti; il totale della componente manifatturiera di questa filiera realizza circa l'**1,7%** del PIL. Un'altra componente è il **commercio** all'ingrosso e al dettaglio dei prodotti farmaceutici, dei dispositivi medici e degli articoli sanitari. In totale questi due sottocomparti danno lavoro a circa 137 mila addetti e incidono per l'**1,2%** del PIL.

Infine c'è la componente formata da quei soggetti che erogano **prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali** che danno lavoro a 1.300.000 addetti e che rappresentano circa l'**8,3%** del PIL. Quindi, l'**82%** degli addetti di questa filiera fanno capo proprio agli erogatori di servizi ospedalieri ed ambulatoriali.

Questa filiera è particolarmente qualificante soprattutto in un'ottica prospettica. Il termine *“politica industriale”* rievoca nel passato politiche in cui si distribuivano risorse da destinare a specifici settori col rischio di accompagnare in maniera assistenziale alcuni settori maturi.

Credo sia invece utile parlare di politica industriale quando si riesce ad orientare il sistema verso i settori con le migliori prospettive per un paese ed è proprio a tal fine che è utile evidenziare il ruolo del settore sanitario.

Ho sintetizzato alcune specifiche caratteristiche della filiera che trovo particolarmente qualificanti. Prima di tutto queste aziende hanno un **impiego di lavoro** superiore alla media nella componente donne e giovani laureati. La sottoccupazione della componente femminile in età lavorativa riguarda il 50% delle donne; i giovani senza impiego sono oltre il 30%. Purtroppo siamo uno dei paesi in Europa che ha il grado minore di scolarizzazione e paradossalmente i lavoratori che hanno un livello di studio più alto non trovano spesso reali prospettive di impiego.

La seconda caratteristica riguarda il **valore aggiunto**. In un paese che (purtroppo) storicamente è molto forte nei settori a basso valore aggiunto e meno forte nei settori ad alto valore aggiunto, quanto emerge dalla filiera della salute è positivo in quanto il valore aggiunto per addetto è superiore alla media del Paese. Poi c'è una componente, anch'essa peculiare. Questo settore si caratterizza per sua natura con **bassa evasione fiscale e maggiore impiego di lavoratori regolari**. Certo, ci sono dei problemi dal punto di vista della legislazione fiscale, ad esempio l'indetraibilità dell'IVA che è un costo secco per le aziende ospedaliere e costituisce un fattore profondamente distorsivo soprattutto in una logica di riorganizzazione dei processi produttivi e delle politiche di outsourcing. L'IVA indeducibile rappresenta un'ano-





Zaccanti s.p.A.
www.zaccantisp.it

Vendita e assistenza post-vendita di strumenti endoscopici, strumenti e ferri chirurgici, apparecchiature elettromedicali, attrezzature audiologiche, attrezzature ospedaliere in genere, presidi medico-chirurgici e sistemi informatici per la medicina umana.

MARCHI RAPPRESENTATI:

KARL STORZ ENDOSKOPE, MEDICON INSTRUMENTE, MTP, STORZ MEDICAL ED ERBE



ZACCANTI SPA

VIA BENEDETTO MARCELLO, 1 - 40141 BOLOGNA, ITALY - TEL. +39 051 480.948 - FAX +39 051 481.272 - INFO@ZACCANTISPA.IT - WWW.ZACCANTISPA.IT

malia su cui bisognerebbe proporre degli approfondimenti.

Altra imposta particolarmente penalizzante per il nostro settore è l'IRAP. Si è visto nel tempo che quest'imposta è iniqua e non aiuta sicuramente il lavoro. Dato che le nostre aziende sono *labour intensive* questa imposta penalizza soprattutto il nostro settore.

Un'altra considerazione riguarda la **dimensione media e grande delle imprese** che fanno parte della filiera, rispetto al contesto produttivo italiano. Guardando l'Europa a Ventisette, noi siamo il Paese che ha nella componente delle micro imprese la percentuale più alta di tutta l'Europa. Questo è indubbiamente un fattore di debolezza perché ormai l'economia è globale e lo è anche la concorrenza. Riuscire a confrontarsi con piccolissime entità sui mercati internazionali o fare ricerca e sviluppo diventa molto difficile.

Un'ulteriore caratteristica che trovo particolarmente qualificante di questa filiera è che si distingue per **rilevanti investimenti in ricerca e sviluppo, in IT, in tecnologie avanzate e nelle innovazioni di processo**. Tra l'altro, l'innovazione nell'ambito della sanità

è un po' diversa da quello che avviene in altri settori perché le innovazioni creano nuovo e buon lavoro e non sostituiscono lavoro con capitale fisso. Inoltre occorre ricordare il ruolo della formazione continua nell'ambito dei processi produttivi che viene costantemente assicurata agli operatori. Nell'ambito di questa filiera, le aziende che erogano attività ospedaliera e attività ambulatoriale, tra cui quelle di diritto privato, sono molto importanti e, purtroppo, troppo spesso sono viste come un costo e non come una risorsa. Forse perché **l'informazione** non ha quella curiosità per approfondire i temi in maniera puntuale. Ci si focalizza su pochi episodi di mala sanità e si perde di vista quella che invece è la componente (buona) largamente maggioritaria del sistema e che costituisce una grande risorsa del Paese.

Questo è evidente guardando i dati del 2009. La spesa sanitaria pubblica è stata di circa 111 miliardi di euro e nonostante la

pesante recessione 2008-2009, l'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL in Italia è stata del 7,3%, inferiore alla Germania (8,1%), alla Francia (8,9%) e al Regno Unito (8,5%). Già questo confronto internazionale mette in evidenza che quando parliamo male del nostro sistema sanitario nazionale dovremmo stare più cauti.

Se prendiamo il periodo 2001-2009 il nostro paese risulta tra quelli in cui la spesa sanitaria è cresciuta meno. Se guardiamo poi il 2010 la spesa sanitaria è stata di 115 miliardi e l'incidenza sul PIL è rimasta intorno al 7,4%. Tra l'altro, in questo periodo è continuato l'innalzamento dell'età media degli italiani, quindi stiamo sempre meglio. Un dato particolarmente significativo è il livello della spesa sanitaria pubblica per abitante; in Italia nel 2010 è stato di circa 1.900 euro per abitante. Questo valore è inferiore di 13 punti percentuali rispetto alla media dell'Europa a Ventisette. Se ci paragoniamo alle economie più forti, Germa-

nia e Francia, questo dato di 1.900 euro per abitante è di venti punti percentuali inferiore rispetto a questi nostri concorrenti. Infatti, per la Germania è stata di 2.500 euro e di 2.400 euro per la Francia.

Nell'ambito del Servizio Sanitario Pubblico il ruolo delle aziende di diritto privato è fondamentale, rappresentano ormai una risorsa imprescindibile del nostro sistema e su questo credo ormai ci sia consapevolezza oltre che tra gli addetti ai lavori anche nell'opinione pubblica. Se guardiamo la spesa ospedaliera convenzionata, cioè delle aziende di diritto privato ci sono dati particolarmente significativi. Nel 2009 è "costata" 8,9 miliardi di euro, cioè il 14,7% della spesa ospedaliera pubblica complessiva. Questo 14,7% però ha generato il 22% delle giornate di degenza ordinaria, il 27% di tutte le giornate di degenza, il 24,7% di tutti i dimessi. Già questi dati mettono in evidenza il ruolo della sanità privata, dove con il 14,7% del "costo" si

genera circa il 25% delle prestazioni. Il ruolo del privato accreditato, dunque, è determinante, in primis, per la tenuta dei conti del sistema.

La Germania del governo socialdemocratico Schroeder, quando si è trovata 10 anni fa a orientare il proprio sistema – costituito da aziende pubbliche, private not for-profit e aziende private for-profit, ha scelto di percorrere la strada di indirizzare il servizio pubblico attraverso un processo di privatizzazione verso gli erogatori privati for-profit. Anche guardando a quello che sta avvenendo nel Regno Unito, un sistema sicuramente più simile al nostro, si riscontra che il sistema sta andando anch'esso verso questa direzione. Il tema rappresenta la più importante sfida del futuro: se non riusciremo a governare la spesa pubblica con una riduzione delle inefficienze il trend sarà quello di continuare sulla strada di ciò che è avvenuto negli ultimi anni, cioè la progressiva riduzione dei LEA e l'aumento



STATI GENERALI AIOP GIOVANI 2012

Presentazione delle Tesi Aiop Giovani per un contributo alla Sanità del domani

A 10 anni dall'ideazione della Sezione AIOP Giovani, ed al suo primo passaggio generazionale, si è avverito il bisogno di un momento di confronto sul passato e di proposizione verso il futuro che coinvolga gli organi direttivi dell'Associazione Italiana Ospedali Privati (Aiop).

La scelta di Bologna non è casuale. L'Emilia-Romagna è stata, infatti, la prima regione a stipulare con AIOP un accordo di accreditamento innovativo che ha in parte contribuito a fare di questo Sistema Sanitario Regionale uno dei migliori sia dal punto di vista dei risultati di salute che da quello della sostenibilità.

Le riflessioni di Aiop Giovani si basano su:

- riconoscimento istituzionale della filiera della salute e del valore economico che genera;
- Italia come HUB europeo nell'organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- ruolo dell'ICT come motore di una sanità moderna e di un nuovo associazionismo;
- governo clinico e appropriazione come strumento per aumentare il budget sanitario.

Il Convegno sarà trasmesso in diretta streaming sul sito www.aiopgiovani.it

L'ingresso al Convegno è gratuito, ma è richiesta la registrazione compilando il form alla pagina: www.aiopgiovani.it/attivita/193

Bologna, 20 marzo 2012
UNINDUSTRIA BOLOGNA
 SALA PLENARIA
 Via S. Domenico, 4

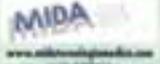
Aiop Giovani
 Sede Nazionale Via Luzzati Carr. 47 - Roma
www.aiopgiovani.it - aiopgiovani@aiop.it tel. (0039) 06-3215453 fax (0039) 06-3215703

TOURS SERVICE
 sig.ra Kalia Borsellino Morsellino/Boveri.it
 tel. dir. 06/45422718 - centrale 06-4990900

PROGRAMMA

ore 14:45 REGISTRAZIONI PARTECIPANTI

ore 14:45	Saluti della autorità
ore 15:00	Conf. Federico De Vito Direttore Rai
ore 15:15	Alessandro Orto "Aiop Giovani 2002-2012: la nostra generazione"
ore 15:35	Fabio Miraglia Tesi Aiop Giovani
ore 15:45	Ranato Cerulli Tesi Aiop Giovani
ore 16:15	Enzo Paulini Presidente Nazionale AIOP
ore 16:30	Emmanuel Miraglia membro del Comitato Esecutivo Aiop
ore 17:00	Gabriele Pelissaro Vice Presidente AIOP Vice Presidente e Direttore scientifico dell'IRCCS Policlinico San Donato
ore 17:15	Emre Sonmezini membro del Comitato Esecutivo Aiop
ore 17:30	Giuseppe Botelli Presidente del Gruppo Ospedaliario San Donato
ore 17:45	Carlo Lusenti Assessore regionale Emilia Romagna alle Politiche per la Salute
ore 18:30	Conclusioni del nome Coordinatore Nazionale Aiop Giovani



www.midamedia.com
02/7614111



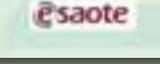
www.sipar.it
02/7614111



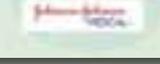
www.zaccanti.it
02/7614111



www.karismedica.it
02/7614111



www.saote.it
02/7614111



www.johnston.it
02/7614111

della compartecipazione della spesa da parte dei cittadini. Questo porterà nel tempo - soprattutto in un periodo di crisi strutturali che ci accompagnerà anche nei prossimi anni - ad una riduzione della domanda di prestazioni che sicuramente avrà degli effetti sulla salute dei cittadini.

La trasparenza

Il secondo passaggio è sulla **trasparenza**.

Chi cerca di approfondire il tema della sanità con degli studi, si accorge che i dati del privato sono pubblici e che i dati pubblici sono "privati" difficili da reperire in tempi accettabili e questo sicuramente è un problema. Tant'è che AIOP ha fortemente richiesto che anche le aziende ospedaliere di diritto pubblico provvedessero ad una **redazione dei bilanci** in linea con le logiche civilistiche.

Inoltre, il ruolo del privato è particolarmente importante nell'**appropriatezza dei ricoveri**, dove qualche dato inizia ad esserci. La Regione Lombardia, due anni fa, in maniera molto coraggiosa ha emanato una norma in cui si prevedeva che tutti gli esiti dei controlli dovessero essere pubblicati sia per le aziende di diritto privato che per quelle di diritto pubblico.

Dai dati che si riesce a consultare emerge che il livello dell'appropriatezza del privato è più alto di quello del pubblico. Ma questo non vuole essere un motivo di accusa del pubblico. Il privato per sua natura è più sensibile, perché una non appropriatezza è un costo che deve sopportare l'azienda e non se lo può certo permettere. Un maggior committimento verso le politiche sanitarie regionali, per le normative regionali è sicuramente una peculiarità più del privato, anche perché più agile e più flessibile rispetto alla componente pubblica. C'è una lentezza in parte giustificata da normative antistoriche che ha favorito un'organizzazione macchinosa del pubblico con piante organiche e strutture più lente ad adattarsi ai cambiamenti imposti delle politiche sanitarie e dai bisogni della collettività.

Infine, un richiamo al **principio di sussidiarietà**. Le regioni che hanno permesso al privato di esprimere le proprie potenzialità su più livelli di assistenza sono quelle che hanno raccolto i migliori risultati in termini di sostenibilità del proprio modello. Venivano ricordate prima la Lombardia e l'Emilia Romagna, che sono sicuramente due modelli diversi, soprattutto all'origine, ma di grande eccellenza con cui ci confrontiamo nel panorama italiano. Sono dei punti di riferimento, nel caso della Lombardia più concorrenziale, mentre l'Emilia Romagna costituisce un modello più amministrato. Credo che nel tempo le migliori *practice* di queste due regioni siano state mutate da entrambe. Sono due sistemi che ci rendono sicuramente orgogliosi perché il livello della sanità in queste due re-



gioni è sicuramente molto alto.

Il cambiamento

Le aziende ospedaliere di diritto privato stanno cambiando in molte regioni, con intensità diversa a seconda delle specifiche politiche sanitarie adottate. I soggetti erogatori sono chiamati ad interpretare un ruolo diverso dal passato, l'attenzione non è più solamente rivolta alla cura della patologia ma alla presa in carico della persona nell'ambito di una rete integrata di servizi socio-sanitari.

Il tema della **continuità delle cure** sta diventando una sfida per tutti. **Ai temi dell'efficienza e dell'economicità** si sta prospettando quello che è un paradigma per il futuro: **la verifica dell'efficacia delle cure** considerando tutti i livelli di assistenza. Si va dalla prevenzione alle cure primarie, al sistema dell'emergenza urgenza, alle cure specialistiche ambulatoriali, al day hospital, al day surgery, alle cure per acuti in regime ordinario, alla riabilitazione specialistica, al post acuto a media o bassa intensità, all'assistenza domiciliare, alla residenzialità psichiatrica e alla residenzialità sanitaria.

Tutti questi livelli di assistenza vengono poi interpretati da vari attori: le aziende sanitarie locali, i medici di medicina generale, le aziende ospedaliere, i pattanti delle ADI, le RSA, le farmacie, le associazioni di volontariato. Il tema della presa in carico della persona durante tutto il percorso di cura è una nuova sfida per tutti gli erogatori

perché non riguarda più l'erogatore singolo, ma l'erogatore quale attore nell'ambito di una rete sempre più integrata. Questo richiede indubbiamente una nuova organizzazione. Un'azienda ospedaliera di venti o trent'anni fa non è più paragonabile rispetto a quelle presenti oggi. Sono richieste nuove conoscenze e competenze, in ambito IT, nell'auditing, nel reporting, nella qualità, nella sicurezza, nel risk management, nel case management, nel ruolo dell'ingegneria edile e dell'ingegneria clinica. Ci sono nuove figure che ormai sono diventate determinanti nella governance dell'azienda ospedaliera. Queste nuove sfide sono state anche interpretate da AIOP Giovani che, oltre a guardare le esperienze degli altri paesi, si è concentrata in questi anni per cercare di approfondire queste tematiche.



FABIO MIRAGLIA

Oggi fare impresa nel settore sanitario vuol dire confrontarsi con una delle aziende più complesse che esista, managerialmente parlando. Il nostro è un outcome tra i più complicati. Parliamo di sanità difficilmente confrontabile, in cui ovviamente negli ultimi cinque-dieci anni uno dei passaggi chiave è la diminuzione del ruolo di agenzia



del medico. I nuovi strumenti e le nuove tecnologie stanno aumentando l'empowerment del paziente, quindi i nostri clienti-pazienti hanno un grado di consapevolezza maggiore su tutti i servizi offerti dalla sanità.

Questo deve spingere le nostre aziende anzitutto ad un **ruolo di trasparenza totale**, in cui i paesi leader nell'erogazione dei servizi hanno l'obbligo di dare notizia di tutto ciò che viene erogato dalle proprie imprese, tramite i loro siti internet aziendali. E non soltanto come avviene sui siti europei che sono di presentazione commerciale delle aziende ospedaliere pubbliche o private, in cui si decanta tutto il bello che viene fatto.

Negli Stati Uniti esiste un'agenzia terza che controlla e c'è l'obbligo di dire tutto quello che si fa: indice di mortalità, operazioni sbagliate, ecc. Questo fa sì che il paziente, guardando queste informazioni, in maniera trasparente, inizia ad avere un parametro di scelta maggiore. Una delle prime sfide dell'AIOP, in questo caso, è quella di promuovere, prima del settore pubblico, un indice di trasparenza maggiore dei dati forniti ai propri pazienti, per iniziare una politica di fidelizzazione di lungo periodo di tutte le strutture associate.

L'Information Technology sta trasformando le nostre imprese che, dal modello vecchio stile, alla Alberto Sordi, del medico del pubblico che ha aperto la casa di cura,

negli ultimi anni si sono trasformate tramite forti politiche di *changing management*, sia pubblico che privato. Stiamo acquisendo un ruolo totalmente differente in cui l'IT non è più un servizio da comprare all'esterno, che normalmente si può dare in outsourcing, ma un valore aggiunto trasversale che cambia radicalmente il rapporto tra sanità e amministrazione.

L'Information Technology viene rappresentato in maniera sintetica nella **cartella clinica**, e anche qui l'AIOP può tentare di fare delle politiche di innovazione e di promozione. Un piccolo seme è stato lanciato in questi anni da AIOP, tramite iAIOP, con strumenti informatici che possono avvicinare tutte le nostre strutture ai pazienti.

Ma potremmo fare di più. Oggi utilizzare gli strumenti vuol dire riuscire a fare investimenti che tecnicamente si chiamano *networking*, cioè utilizzare la rete, fare alleanza, perché le nostre imprese hanno anche una caratteristica fondamentale, sono a macchia di leopardo su tutto il territorio nazionale. Le aziende sanitarie, a differenza di altri settori economici, coprono totalmente il territorio.

Noi siamo molto presenti nelle grandi città, siamo molto presenti anche in piccoli paesi. In molti dei posti dove siamo dobbiamo ricordare che le ASL costituiscono la più grande azienda del territorio e spesso anche un ospedale privato, una RSA, è la più grande azienda di una piccola città. Quindi svolgiamo un ruolo anche sociale all'interno del nostro tessuto. Dobbiamo tentare di dare un'inversione di una visione in termini di investimento. Questo non lo dice soltanto AIOP Giovani, ma lo dice la Commissione Obama all'interno del suo studio e analisi della riforma sanitaria americana. Il Presidente americano ha voluto fortemente puntare sulla sanità perché si è accorto che negli ultimi dieci anni l'unico settore che ha aumentato l'occupazione di fronte ad una delle più grandi crisi economiche di settore è stato quello della sanità: più di un milione di nuovi lavoratori.

Il sanitario è uno dei settori a maggior impatto di moltiplicatore keynesiano. Si dà occupazione quasi sempre a tempo indeterminato, cosa che ovviamente è difficilissimo trovare in altri settori, perché in questo settore il personale è il vero valore aggiunto, non ci possiamo permettere di ruotarlo. Tant'è che una delle sfide che potremmo tentare di lanciare anche in maniera provocatoria è la **trasformazione dell'Italia come di HUB di servizi sanitari**. L'Italia è il secondo o il terzo sistema sanitario mondiale, costituisce quindi un ottimo servizio sanitario pubblico, in cui l'erogatore privato ha un ruolo fondamentale. Ma dovremmo forse iniziare a considerare che siamo imprenditori europei, non soltanto imprenditori italiani.

Quello che, in maniera distorta, viene considerato come turismo sanitario oggi nel mondo pesa più di 100 miliardi di dollari l'anno. Il paese leader europeo è la Germania e ha un indice di attrazione solo dell'8%. Qui c'è da giocare una partita fondamentale, non dobbiamo più conquistare risultati al ribasso, e cioè finalizzata alla mobilità regionale e andare a prendere i pazienti in giro per l'Italia. Dobbiamo creare le sponde per andare a prendere i pazienti nel mondo.

L'Italia è un hub naturale con doppia vocazione, la prima è quella che guarda al Nord, per puntare ad attirare pazienti europei. Sappiamo che la Commissione Europea non ha volutamente mai trattato temi di natura sanitaria. Ma negli ultimi cinque anni ha iniziato con un ritmo sempre più veloce e in modo approfondito a discutere di interazione dei sistemi sanitari, prima sui ricoveri urgenti, adesso e nel 2013 sul poliambulatoriale, sicuramente interverrà nel regime di ricovero di elezione. La seconda vocazione guarda al Sud, che ha due grandi ruoli da svolgere. Il primo ovviamente è quello di essere polo attrattivo per un grandissimo bacino, quello del **Mediterraneo**. È di pochi giorni fa l'esempio dei ricoveri dei libici dopo la guerra civile. In questo caso l'Italia è stata polo attrattivo che ha portato risorse al sistema, che possono trasformarsi in investimenti. Il secondo ruolo che il Sud può svolgere è quello già sperimentato nella storia di due zone geografiche: **la Florida e le Isole Baleari**. La Florida era uno degli stati americani più poveri e ha visto nel suo motore di sviluppo quello della scelta dei pensionati di andare a vivere lì gli ultimi anni di vita. Da quel motore di sviluppo, tramite un indice di moltiplicatore keynesiano di ricchezza che si è allargato, la Florida è diventato uno degli Stati paesi più ricchi degli USA.

Le Isole Baleari erano tra i posti più poveri d'Europa. La scelta dei tedeschi di andare a passare molti anni della propria pensione in quei luoghi ne ha fatto uno dei motivi di sviluppo creando oggi un fiorentissimo mercato turistico che ha prodotto ricchezza.

Il Sud d'Italia può svolgere questo ruolo per tutto il socio-assistenziale dell'Europa, sfruttando la sua meravigliosa paesaggistica, e il clima mite. Magari utilizzando uno strumento già conosciuto nell'Unione Europea, **le gabbie salariali**, utilizzate dalla Germania per dare sviluppo nella ex Germania Est piuttosto che nei land della ex Germania Ovest. Si tratterebbe di fare un'analisi del costo della vita e avere dei salari più bassi che creino un margine economico per aumentare gli investimenti in questo settore.

Ovviamente tutto ciò sarebbe in controtendenza rispetto a quello cui siamo abi-

tuati. Non più una politica industriale fatta di soldi a pioggia soltanto per fare un cappannone e dopo cinque anni andare via, ma di dare stabilità di occupazione, con un'imprescindibilità sana che svolga un ruolo fondamentale nello svilupparla.

Oggi in Italia ci dobbiamo interrogare su questa sfida di ampliamento del bacino che riguarda tutto il settore sanitario italiano, sia pubblico che privato.

RENATO CERIOLI

Il tema dell'associazionismo

Il nostro movimento dopo dieci anni attraversa un passaggio generazionale e la forza di un'associazione sta proprio nella capacità di gestire di questi ricambi.

L'AIOP Giovani è composto da persone che hanno meno di quarant'anni e all'interno di questo movimento ci sono, manager, imprenditori di prima generazione, ma anche figli di imprenditori, alcuni che studiano, altri che hanno incarichi con responsabilità più o meno grandi nelle aziende di famiglia. È un momento di crescita per tutti, per chi ha più esperienza e per chi ne ha meno, per chi appartiene a realtà produttive più grandi o più piccole, per realtà del Sud o del Nord, per persone che hanno più o meno preparazione o esperienza.

Si dibatte sempre sul ruolo dei giovani all'interno di un movimento di rappresentanza. Devo ringraziare l'AIOP Senior perché si è sempre creato un ottimo rapporto, non ci sono state mai pressioni su cosa dovevamo fare o dire, e questo sicuramente mette in evidenza la lungimiranza di tutta la classe dirigente di AIOP. Il ruolo dei giovani è quello di essere componenti imprescindibili di una dialettica associativa.

Alexis de Tocqueville ha rappresentato molto bene quali sono i punti di forza della democrazia e uno di questi è proprio l'associazionismo. Il mondo dell'associazionismo ha bisogno dei giovani, soprattutto nelle associazioni che rappresentano il mondo imprenditoriale in Italia, visto che sul ruolo e sull'importanza dell'imprenditore c'è sempre stato un atteggiamento isterico da parte dell'opinione pubblica. A volte lo si vede come generatore di ricchezza, altre come ammortizzatore sociale.

Dobbiamo imparare a vivere il nostro impegno con una visione sicuramente più ampia di associazionismo. Non a caso siamo nella sede di Confindustria che è la madre di tutte le associazioni di rappresentanza, indubbiamente una delle più autorevoli Istituzioni del paese, una realtà molto complessa. L'AIOP è un'associazione di categoria con delle sue peculiarità, perché ha dovuto sviluppare per necessità anche una rappresentanza molto importante a livello territoriale. D'altronde la sanità è uno

dei pochi settori dove si è realizzato veramente il federalismo e pertanto Aiop si è dovuta adeguare potenziando le sedi regionali e provinciali.

Come giovani dobbiamo imparare ad aprirci continuamente al confronto. Questo deve avvenire anche nell'ambito di una rappresentanza imprenditoriale più ampia dove è necessario essere presenti non perché dobbiamo rivendicare qualche cosa, ma per contribuire con la nostra storia e la nostra visione alla crescita di un paese più moderno.

Questo è possibile anche in Italia dove il manifatturiero è così importante, indubbiamente una forza per l'Italia, ce ne siamo accorti in questi anni di crisi. Però l'insegnamento della Germania è quello di essere il primo paese manifatturiero europeo, ma anche di essere il primo paese per mobilità attiva sanitaria. Un paese sicuramente lungimirante, la Germania, che ha visto bene che la sanità è un settore che può creare straordinarie opportunità di sviluppo per il paese. Un sistema sanitario nazionale che funziona bene contribuisce a generare competitività. Se si vive meglio, più a lungo e se ci sono meno malattie e meno assenteismo, più salute anche dal punto di vista psicologico, allora tutta l'economia ne beneficia.

Impegnarsi in Confindustria è importante, perché dobbiamo fare cultura e farci conoscere, non dobbiamo essere visti come nemici o come un settore protetto. Non lo siamo. Il nostro settore si è distinto per aziende che vanno bene ed aziende che vanno male. Come in ogni settore competitivo abbiamo assistito a processi di concentrazione tipici di settori dove c'è un'alta concorrenza. Una presenza crescente di investimenti stranieri in Italia, che si sono concentrati inizialmente nei servizi socio-sanitari e che sempre più si stanno spingendo verso l'attività dei poliambulatori specialistici e nell'attività ospedaliera; ma anche investimenti italiani all'estero. Credo sia un settore dinamico, molto competitivo che deve poter giocare un ruolo crescente nell'ambito della grande casa delle imprese.

Questo non vuol dire negare che i rapporti di fornitura esistenti nell'ambito della filiera possono anche portare conflitti di interesse, è normale, però la sfida è quella di rivalorizzare i rapporti di partnership e non dividerci nella rappresentanza, il tutto per un miglior governo del sistema. Offrire, di fronte ai problemi e alle opportunità, una visione più

globale e completa è nell'interesse di tutti. Sicuramente potremo portare il nostro contributo sul tema della razionalizzazione della spesa sanitaria, sul dibattito dell'assicurazione integrativa o sostitutiva, sul tema della deospedalizzazione, della telemedicina, sulle principali riforme del paese in termini di fisco, di burocrazia e di mercato del lavoro.

Credo che una nostra crescente partecipazione sia molto utile per tutto il sistema.

Accenno brevemente alla mia esperienza. Da oltre 13 anni sono impegnato in AIOP. Poi circa 10 anni fa ho avuto i primi contatti in Confindustria in quanto una delle aziende che avevamo rilevato come Gruppo aveva una procedura di mobilità aperta e la precedente proprietà si era iscritta in Confindustria. Mi sono trovato a frequentare un ambiente per me nuovo che non conoscevo.

Confindustria sta vivendo un momento di cambiamento importante. La gente lo percepisce poco, ma questo sta realmente avvenendo. In una territoriale che è la più antica d'Italia - nata nel 1902 - dove è particolarmente importante il manifatturiero da cui proviene l'80% degli associati, dopo sette anni di partecipazione attiva mi è stato proposto di candidarmi a presidente di Confindustria Monza e Brianza. Ero anche un po' stupito. Era un grande onore e motivo di orgoglio avere questa possibilità che



è costata anche parecchia fatica e durante la fase dell'elezione, combattuta, anche qualche boccone amaro da mandare giù.

Questa esperienza mette in evidenza che c'è una prateria su cui correre, non ci sono pregiudizi né "barriere all'entrata", ci vuole solo tanto impegno. La possibilità che ho avuto di diventare presidente, e rappresentare le aziende del territorio, mi ha anche permesso di confrontarmi e di offrire dei punti di vista diversi in tutti gli ambienti che ho avuto modo di frequentare: quello universitario, quello istituzionale, con gli enti locali e mi sono accorto che c'era un problema di deficit culturale molto forte in tema di sanità.

Nessuno ci regala niente, ci vuole impegno e sicuramente molta passione, molta fatica. In alcuni ambienti particolarmente ostili occorre che qualcuno si sacrifichi per fare da apripista e lasciare poi momenti "meno difficili" ad altri. Chiudersi nell'individualismo o nei semplici confini naturali rischia di portarci verso un percorso di isolamento e non a quella prateria di cui parlavo.

Concludo rivolgendomi soprattutto agli amici giovani. E' una riflessione che sento con il cuore: se riuscirete ad impegnarvi nell'ambito dei cosiddetti "corpi intermedi", guardando prioritariamente all'interesse dell'associazione, prima che ad un'eventuale legittimazione personale, avrete fatto qualcosa di veramente molto

utile. La somma delle capacità individuali è sempre inferiore al valore che può esprimere una comunità quando i suoi membri lavorano per l'interesse comune.

FABIO MIRAGLIA

Quando siamo partiti eravamo un po' più sognatori, siamo arrivati alla fine del nostro percorso e quindi crediamo sia giusto suggerire piccoli progetti concretizzabili. Possono essere degli spunti per lanciare una nostra idea, ovvero, superare l'idea di un'associazione che continui soltanto a fare attività lobbistica di difesa dei propri interessi legittimi.

Questo non vale solo per l'AIOP. Crediamo che un mondo associativo moderno debba guardare in avanti e non soltanto nella difesa delle retrovie. E lo vediamo anche dalle basi della storia di questi primi dieci anni dell'associazione di Aiop Giovani. Un mondo associativo che proponga novità e possa portare soprattutto una serie di servizi all'associato affinché esso sia contento di rimanere in una casa comune.

Una delle prime tematiche è quella dell'*evidence based medicine*, dell'appropriatezza. In questo ruolo giochiamo una parte importante, allora perché non creare delle direzioni sanitarie regionali che possano aiutare tutti gli associati nella formazione, nell'aumento di competenza su questi argomenti? Che l'appropriatezza non diventi da un problema difensivo delle nostre aziende, ad un tema di attacco, cioè, aumentare i nostri budget facendo emergere l'inappropriatezza pubblica e l'appropriatezza privata. Che l'associazione possa diventare un *provider di formazione ECM*, cosa fondamentale, obbligatoria, e troppo spesso i nostri associati sono lasciati da soli a svolgere questo compito. È anche un'operazione di unire i nostri associati.

E allora perché non farsi promotori di corsi per tutti gli associati? Questo ridurrebbe notevolmente il costo per tutti, Aiop potrebbe diventare un provider con sedi in tutte le città e costruire corsi formativi di notevole interesse.

Perché non creare, per la prima volta, un sistema di rete per poter consentire, sempre a livello provinciale o regionale, **campagne di prevenzione** con il marchio

AIOP, e non lasciare sempre questo argomento esclusivamente al pubblico? Uniti potremmo tentare di fare delle campagne di prevenzione nostre, che ci possano portare all'attenzione della gente come erogatori seri e attendibili di prestazioni qualificate.

L'AIOP può diventare un **certificato di qualità** da evidenziare all'interno di tutte le nostre strutture, da mettere nella carta intestata, nelle fatture, sulle nostre porte. Molte regioni non hanno certificazione di qualità sanitaria come *joint commission*, e l'AIOP potrebbe, regione per regione, con politiche differenti, utilizzare delle certificazioni non richieste dal pubblico, ma fatte di spontanea volontà per metterci su un gradino più alto anche del nostro competitore pubblico.

L'AIOP potrebbe promuovere **CUP unici** regionali o provinciali degli associati, per aiutare non in maniera sporadica, ma in maniera continua delle battaglie contro le liste d'attesa, dando trasparenza e visibilità immediata di tutti i servizi che siamo in grado di erogare giorno per giorno.

L'AIOP potrebbe utilizzare dei **punti unici di storage dei cartelli e dei fascicoli sanitari** per essere noi, per la prima volta, erogatori del *second best*, cioè saremmo noi al nostro interno a poter realizzare i dati sanitari per poter offrire il migliore sistema di cure e presa in carico del paziente in maniera integrata. E questo perché insieme eroghiamo tutti i servizi sanitari.

Il simbolo di tutto questo potrebbe essere la nascita di una **Carta sanitaria AIOP** e non attendere che sia la Regione a fare una Carta sanitaria. Proponiamola noi. Siamo in grado, regione per regione, di poter fare questi progetti. Non tutti sono di facilissima fattibilità, ma alcuni li reputiamo concretizzabili in tempi brevi.

Nello studio di tanti settori, come Aiop Giovani, in una maniera anche nuova, ci siamo imbattuti nel sistema tedesco, di confronto serio come sistema di imprenditorialità. Nel sistema tedesco gli erogatori erano prettamente pubblici, o privato non-profit, quindi associazioni, ONLUS, Croce Rossa. Con la riforma Schroeder e con la continuazione della riforma Merkel oggi l'imprenditoria privata in Germania cresce con cifre a doppia cifra anno per anno. I primi gruppi privati oggi sono quasi tutti tedeschi, in termini di fatturato, oltre ai francesi che già esistevano.

È inutile confrontare tutto il sistema, che ovviamente dovremmo cambiare, dalla giustizia, al lavoro. Ma lasciamo solo una provocazione. In Germania c'è **soltanto l'autorizzazione sanitaria**, c'è un inizio di mercato concorrenziale totale, tra pubblico e privato nella stessa misura: c'è l'autorizzazione, si entra nel settore, il più bravo è pieno, il meno bravo è vuoto. Quando saremo pronti a questa sfida? ■



Così come nell'esistenza di una persona **i cambiamenti della società** inducono a **mutare i propri comportamenti** di vita, anche in quella di un'associazione di categoria **l'evolversi del contesto in cui opera** induce ad un diverso approccio con la **realtà in divenire**.

LA PROPOSTA DI UN NUOVO STATUTO AIOP

Verso un'associazione

Sulla scorta di ciò la nostra associazione ha inteso chinarsi su stessa, interrogarsi, indagare e riflettere per arrivare, dopo un lungo confronto, ad adeguare il proprio statuto per renderla al suo interno più capace di cogliere fermenti e stimoli ed essere nel contempo al suo esterno più attenta protagonista nell'evoluzione del nostro settore.

Per dare completa attuazione a quanto sopra il Comitato Esecutivo Aiop ha costituito una Commissione di studio che ha offerto una serie di riflessioni e proposte, sulla scorta delle quali si è proceduto poi, dopo una lunga serie di incontri ed approfondimenti, alla elaborazione di un testo, aperto ai contributi del Consiglio nazionale e delle singole sedi regionali al fine di arrivare all'Assemblea straordinaria del 19 maggio prossimo con una proposta di cambiamento il più possibile partecipata e condivisa. Questo il metodo!
Quanto al merito gli argomenti considerati centrali in termini di cambiamento per sommi capi sono stati i seguenti:

ALLARGAMENTO DELLA BASE ASSOCIATIVA

Come noto il peso politico di un'associazione di categoria è direttamente correlato al numero degli iscritti ed al valore economico che questi esprimono.

Pur non snaturando la sua origine e la sua natura, è quindi interesse della nostra associazione aprirsi il più possibile al maggior numero di soggetti operanti nel settore dei servizi alla persona. Settore che in questi ultimi anni grazie al progressivo invecchiamento della popolazione, al prorompente progresso tecnico-scientifico che ha comportato degenze più brevi e quindi un minor numero di posti letto, ad una diversa appropriatezza erogativa delle prestazioni per cui molte di queste sono passate dal regime di ricovero a quello ambulatoriale con conseguente progressivo minor numero di ricoveri, sta subendo una notevole accelerazione in termini evolutivi grazie alla quale dovremmo confrontarci con il seguente scenario:

- meno posti letto ospedalieri;
- un maggior numero di soggetti erogatori per tutte quelle attività che escono dall'ospedale verso il territorio;
- più posti letto in post-acuzie con una nuova segmentazione composta da più soggetti erogatori diversificati in relazione allo spessore della componente sanitaria rispetto a quella sociale.

Per evitare un'eccessiva frammentazione rispetto alla fase di ricovero potremmo così sintetizzare:

- a monte, attività sanitaria in regime diurno (day-hospital, day-surgery, ambulatori protetti in centri diagnostici ad alta intensità tecnologica, centri di emodialisi etc.);
- a valle, attività socio-sanitarie con ricovero: RSA, RSO, hospice, stati vegetativi permanenti, centri per Alzheimer ecc.

Per semplicità concettuale e potremmo ipotizzare per questi soggetti due diversi contenitori o comitati di settore:

- l'uno a monte, per le prestazioni sanitarie erogate in regime diurno;
- l'altro a valle costituita da ricoveri di natura socio-sanitaria a prevalente contenuto sanitario.

Rispetto a tutto questo, se forte permane l'interesse ad ampliare la nostra base associativa in termini di conseguente peso di rappresentanza, altrettanto forte si palesa la difficoltà di confluenza e di convivenza tra soggetti assai diversi e disomogenei in termini di obiettivi, interessi, tradizioni, storia e cultura.

Il coinvolgimento di questi nuovi soggetti si potrebbe attuare in due diverse ipotesi alternative: l'una inglobandoli, l'altra coordinandoli.

Con la prima, fermo restando l'attuale nucleo associativo si andrebbe ad ampliarlo aggregando a monte ed a valle due diversi "Comitati di settore" che costituiti a livello regionale nelle assemblee dei soci, andrebbero ed eleggere un loro rappresentante regionale di settore e questi ultimi poi costituiti in un comitato nazionale di settore andrebbero a loro volta ad eleggere un rappresentante nazionale di settore membro di diritto del Consiglio nazionale.

Sia a livello regionale che nazionale, quando si delibera in merito a specifici argomenti di competenza i comitati esecutivi sarebbero tenuti alla consultazione dei rispettivi rappresentanti di settore.

Per opportuno rispetto alle peculiarità e alle specifiche condizioni operative, i due settori dovrebbero pure godere di specifiche facoltà ed ampia autonomia in specie nell'ambito dei contratti di lavoro.

Nell'ipotesi invece di "coordinarli" si sarebbe potuto prevedere la possibilità di una fe-



moderna e vitale

derazione fra settori affini che pur mantenendo la propria individualità e le proprie prerogative avrebbero potuto unirsi a noi su obiettivi e valori comuni quali:

- la competizione nella qualità
- l'equità di remunerazione delle prestazioni
- la parità dei diritti e dei doveri fra erogatori pubblici e privati
- la terzietà dei controlli
- la sussidiarietà del ruolo
- una comune azione di lobbying.

Nelle due ipotesi quella scelta è stata la prima che "ingloba", la quale ancorché più laboriosa e complessa da realizzarsi nel suo impianto darebbe poi una maggiore crescita del marchio AIOP in termini di presenza e di rappresentanza.

INNALZAMENTO DEL LIVELLO DI PARTECIPAZIONE ALLA VITA ASSOCIATIVA

Per meglio rappresentare la specificità dei settori costituenti la nostra tradizionale attività si sono attivate in passato specifiche commissioni che proprio per la loro precarietà e

mancata "istituzionalizzazione" hanno spesso portato in concreto scarsi contributi rispetto alle aspettative.

Considerando, oltre a quanto sopra, la crescente segmentizzazione e conseguente iper-specializzazione in essere anche nella branche costituenti la nostra tradizionale attività si è ritenuto opportuno procedere alla costituzione, a livello regionale prima e a quello nazionale poi, di Consulte di Settore per aree omogenee, per meglio aderire alle istanze e alle possibili soluzioni delle specifiche problematiche di area.

Una soluzione questa che ancorché complessa per qualche aspetto nella sua pratica attuazione è certo tesa ad allargare la base partecipativa ai processi decisionali.

Una soluzione certo tesa ad allargare la base partecipativa ai processi decisionali pur complessa, per qualche aspetto, nella sua pratica attuazione.

FINALITÀ DELL'ASSOCIAZIONE

Si tratta di stabilire se si vuole un'associazione di mera ed esclusiva rappresentanza politica o, limitatamente alla consulenza in determinati ambiti specifici e strettamente in-

renti alla tipicità della nostra attività, anche di servizio.

Oggi per talune attività (Legge 81 anti-infortunistica, Legge 231 Responsabilità penale delle aziende, ecc.) ogni sede regionale ricorre all'opera di consulenti esterni con un moltiplicarsi di parcelle e di pareri talvolta scarsamente omogenei.

Avere per tali settori, specificatamente individuati di volta in volta dal comitato esecutivo, un riferimento unico su base nazionale a cui ogni regione potrà attingere, non solo potrebbe essere un'occasione di semplificazione e di risparmio, ma pure di omogeneità di indirizzo dei comportamenti da parte degli associati.

FORMA ASSOCIATIVA

Come è noto, con l'art. 17 della Legge 3 del 18/10/2001 si cambia il titolo V della Costituzione attribuendo:

- allo Stato centrale la competenza esclusiva in materia dei principi generali ed ai livelli essenziali di assistenza;
- alle Regioni la facoltà di legiferare su ogni aspetto non espressamente riservato alla competenza dello Stato centrale.

La **Nuvola Italiana.**
Il cloud computing
di Telecom Italia.



Nuvola It Easy Law

La diffusione dei modelli basati sul “Cloud Computing” contribuirà a sollevare le Aziende e gli Enti Pubblici dall’onere di ricercare ed approvvigionare le singole componenti infrastrutturali ed applicative per erogare i servizi interni e verso l’esterno, attivando economie di scala e concentrandosi verso la propria missione.

In questo scenario i Cloud Service Provider saranno chiamati a fornire ai committenti o ai “clienti” degli stessi (vedi i cittadini), garanzie sulla continuità e la facilità di fruizione, unite alla dovuta cura nella qualità e nell’aggiornamento in caso di servizi basati sul valore del contenuto.

Il Cloud Computing di Telecom Italia, noto come la Nuvola Italiana, con le sue caratteristiche di sicurezza e continuità, è divenuto l’ambiente abilitante per il servizio Nuvola It Easy Law, che contiene il quotidiano di informazione giuridica NORMA, erogato in partnership con l’editore D.B.I. S.r.L.

NORMA risponde alle variegate esigenze di informazione semplice, immediata, completa e orientata al panorama giuridico comunitario, nazionale e regionale.

Disponibile su desktop, notebook, smartphone e tablet, NORMA si articola in un quotidiano di aggiornamento via web ed in una banca dati per la documentazione e l’approfondimento legislativo e giurisprudenziale, rendendo disponibili giornalmente notizie di giurisprudenza, di legislazione, di regolamenti e di atti vari di tipo amministrativo provenienti da fonte comunitaria, nazionale e regionale.

NORMA si arricchisce giornalmente di commenti qualificati, articoli e note, anche all’interno di specifici osservatori (ambiente, contratti pubblici, gestione del territorio,

processo amministrativo, sanità). Ciascuna notizia è sempre accompagnata dal documento originale da cui trae origine e viene contestualmente classificata per alimentare la banca-dati interna.

Sono infatti presenti nei suoi archivi - sempre consultabili - oltre 50.000 atti giuridici, collegati ad altrettante news giornalmente pubblicate.

In sintesi Nuvola It Easy Law – NORMA rende disponibili:

- una selezione commentata degli atti normativi e giurisprudenziali;
- news accompagnate sempre dal documento ufficiale da cui sono originate;
- la classificazione di tutte le news e dei documenti allegati;
- un data base articolato per materia (news) e fonte (leggi e sentenze);
- evidenza di riferimenti normativi in calce alle sentenze;
- collegamenti con precedenti news attinenti alla medesima materia;
- la consultazione di news e documenti con le modalità di ricerca avanzata della banca dati.

Il quotidiano NORMA è consultabile all’indirizzo:
<http://norma.telecomitalia.it>.



PDF dello Statuto Sociale Aiop in vigore dal sito www.aiop.it (288KB)



Se ci limitassimo esclusivamente alle competenze nazionali di riferimento, l'attività della sede nazionale potrebbe essere più contenuta e leggera limitandosi allo scambio di conoscenze e ad una forte opera di coordinamento delle attività e delle iniziative delle singole regioni nel promuovere le esperienze più positive e nel contrastare le negative. In realtà oltre a questo serve pure:

- una funzione di quadro di riferimento culturale in cui porre la filosofia, il ruolo, le politiche ed i contenuti della nostra presenza all'interno del sistema sanitario nazionale;
- assumere iniziative e proposte di soluzioni rispetto al regime di erogazione delle prestazioni anche con l'agenzia delle regioni con la quale dovremo pensare a più strette relazioni di collegamento, per esempio, non ultimo, relativamente ad una tariffa unica fra attività di ricovero e ambulatoriale per la stessa prestazione, etc.
- attività di lobbying;
- attività di immagine e comunicazione ai fini di replicazione per l'intera categoria;
- attivazione di un centro studi a cui per costi e dimensione è certamente più consono il livello nazionale.

In estrema sintesi sembra potersi dire che una confederazione nazionale è più indicata ad una funzione di semplice coordinamento delle singole realtà regionale, mentre un'associazione nazionale oltre al coordinamen-

to può assumere pure una funzione di contenitore, di guida e di orientamento per l'intero settore.

QUOTA ASSOCIATIVA

Quanto alla quota associativa si palesano tre diversi problemi. Il primo costituito dall'indirizzo espresso dal comitato esecutivo che la quota non più sia collegata al solo posto letto ma pure in percentuale al valore economico che lo stesso esprime; il secondo nel considerare che il nuovo sistema tenga conto e sia pure funzionale all'eventuale entrate di nuove tipologie di associati; il terzo costituito dal rapporto tra il valore monetario della quota corrisposta e il suo valore espresso in termini di rappresentanza associativa.

Pur risultando i tre problemi distinti sono tuttavia collegati e vanno armonizzati nell'elaborazione di un nuovo sistema di contribuzione e di equivalente peso di rappresentanza all'interno dell'associazione. Va considerata ancora la giusta esigenza che il nuovo sistema sia semplice nella sua applicazione, semplice nella sua verifica e semplice nella riscossione delle quote, il tutto per evitare, non ultimo, l'insorgere di contenziosi di comodo, atti a mascherare la concreta insolvenza dell'associato.

Rispetto ad elementi tanto disomogenei, da ricondurre ad unico denominatore comune, dopo una lunga serie di riflessioni, confronti e simulazioni si è giunti all'elaborazione di

un sistema capace di dare una soluzione complessiva ai problemi precedentemente posti.

In particolare per il calcolo della quota legata al posto letto ma, nel contempo, nella percentuale voluta anche al potenziale valore economico dallo stesso espresso, si è proceduto a ricondurre l'attività dei singoli reparti autorizzati alle aree omogenee di riferimento ed il valore prodotto dal ricovero alla singola giornata di degenza quale base comune sia per i ricoveri remunerati a tariffa (DRG) che a diaria a degenza, pro-die pro-capite.

Col nuovo criterio di determinazione della quota espressa a punti anziché a posti letto, troverebbe pure sua soluzione l'attuale iniquità per cui il voto di chi contribuisce per un valore 60 vale quanto chi contribuisce per un valore 100.

Pur rientrando la competenza di fissare il valore delle quote nei compiti dell'assemblea generale, si è scelto per il primo esercizio di applicazione del nuovo sistema contributivo di stabilirla su base politica, in modo tale che il nuovo sistema possa venire applicato con progressività e ragionevolezza senza alterare, quindi nella fase di avvio, gli equilibri oggi in essere.

TUTELA DELLE MINORANZE

Anche questo aspetto che in specie a livello periferico ha costituito talvolta uno degli elementi di tensione fra gli associati è stato affrontato nel tentativo di creare su base di ragionevolezza un sistema di flessibilità atto a superare la rigidità di situazioni inamovibili e cristallizzate destinate a creare nel tempo la disaffezione di una parte degli associati.

NORMA TRANSITORIA

Onde evitare il ripetersi di inutili assemblee e procedure speditamente senza interruzione nella nostra vita sociale si è ritenuto che le norme del nuovo Statuto si applicano dal primo giorno successivo a quello della sua approvazione, fatte salve le deliberazioni in essere assunte dalle Assemblee Regionali relativamente alle cariche elettive che rimangono in carica fino alla loro scadenza naturale. In tal modo il Consiglio Nazionale sarà così da subito validamente costituito e, integrato dai nuovi eletti (Responsabili Comitato di settore), ai sensi del nuovo Statuto, potrà assolvere tutti i compiti dallo stesso previsto.

Questi in sintesi gli elementi più rilevanti che insieme ad altri hanno fornito materia di analisi, di confronto e di proposta all'interno del comitato esecutivo e della commissione dallo stesso instaurata ed oggi sottoposta al giudizio ed al contributo degli associati nell'intento di giungere insieme all'adozione di un nuovo Statuto, che ancorché perfettibile, sia degno del nostro futuro. ■

LA COMPETIZIONE NEI SERVIZI OSPEDALIERI - LA PROSPETTIVA DELL'OCSE

La competizione: una via per

“La competizione è la chiave della ripresa economica”: lo ha affermato il Segretario generale dell'OCSE, **Angel Gurría**, nel suo discorso di apertura del **Global Forum sulla competitività**, tema molto dibattuto nell'attuale fase di **recessione economica**.

All'evento – programmato dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico e svoltosi a Parigi il 16-17 febbraio scorso – hanno partecipato i rappresentanti dei governi di novanta Paesi e, su invito, diciotto organismi internazionali, come la World Bank e la World Trade Organization, nonché le organizzazioni rappresentative della società civile. Tra queste ultime il BIAC in qualità di comitato consultivo permanente della parte datoriale presso la stessa OCSE.

Secondo Gurría “è incoraggiante constatare che i governi, inclusi quelli severamente colpiti dalla crisi, stanno attuando riforme pro-competitive come chiave di volta per uscire dalla fase recessiva promuovendo una crescita duratura, sostenibile ed inclusiva.” In effetti, tali riforme, oltre a risultare utili per i consumatori, svolgono una funzione essenziale nell'economia, poiché favoriscono gli investimenti e creano posti di lavoro, attraverso interventi mirati a: “rimuovere le barriere per l'ingresso nei settori protetti, garantire lo stesso “terreno di gioco” per gli operatori, riformare i governi”.

A tale proposito, il Segretario generale dell'OCSE ha voluto sottolineare un punto nodale per uno sviluppo economico equilibrato, riferendosi alle imprese di proprietà dello Stato: “Il problema in questo ambito – ha dichiarato – non è tanto la proprietà statale in se stessa, quanto una governance delle imprese statali tale da assicurare che le condizioni siano eque per gli investitori e che la presenza dello Stato nell'economia non ostacoli la competizione.”



Questi principi, illustrati da Gurría nel suo discorso di apertura al Forum, pur riferendosi a tutti gli ambiti dell'attività economica, sono perfettamente applicabili anche alla sanità ed in particolare al settore dell'ospedalità, che in questo ambito svolge una funzione ancora preponderante, dato che assorbe circa il 50% della spesa sanita-

ria. Il rilievo del comparto sanitario nell'economia è dimostrato dal fatto che una tavola rotonda del Forum sia stata specificamente dedicata agli effetti della competizione nei servizi ospedalieri. Certo l'applicazione dei principi della competitività al “mercato” sanitario – così definito nella documentazione predisposta dall'OCSE –

superare la crisi

non è semplice né indolore, ma le modalità con cui attuare tale “ritraduzione” sono state approfondite, discusse e in certa misura risolte dagli esperti intervenuti. Alle loro relazioni si è affiancato il parere ufficiale del BIAC, adottato dall’OCSE come introduzione al dibattito sui fattori chiave nel mercato ospedaliero, esaminati nella prospettiva sia europea sia statunitense.



FOTO OECD (LICENZA CC 2.0)

LA COMPETIZIONE IN SANITÀ: PROBLEMA O OPPORTUNITÀ?

Se la competizione è uno strumento, la cui applicazione al mondo della sanità costituisce sempre un punto sensibile politicamente e socialmente, è tuttavia illusorio preten-

dere di eliminarla completamente, secondo la tesi illustrata dalla stessa OCSE nel documento introduttivo alla tavola rotonda. Anche senza alcuna esplicita adozione di meccanismi pro-competitivi, infatti, l’erogazione dei servizi sanitari è comunque vincolata ai fondi disponibili. Ora, questo limite ineliminabile determina tensioni quanto al tipo, la qualità, il volume, l’accesso ai servizi e tali punti nodali sono pianificati e “risolti” proprio in base a processi competitivi, attuati attraverso l’introduzione di meccanismi economici o anche l’esercizio del potere politico. Il vero problema allora - come chiarito ancora nello studio

che la competizione in sé costituisce un processo idoneo a produrre effetti benefici per la società in molte aree, se viene attuata in modo corretto. La sanità ed il settore ospedaliero non fanno eccezione a questa regola generale ed il problema resta allora quello di definire un quadro di riferimento adeguato alle loro caratteristiche peculiari. Una volta che il processo d’implementazione sia orientato in maniera corretta, al fine di ottenere migliori risultati per i pazienti ed un uso produttivo dei finanziamenti, le autorità competenti dovrebbero però, secondo l’OCSE, ricompensare i provider in base alle loro effettive performance ed avere il coraggio di non frenare la competizione, quando la chiusura di alcuni ospedali si rende necessaria.

Un’attenta sperimentazione dei migliori meccanismi pro-competitivi introdotti o da introdurre in sanità resta comunque un aspetto ineliminabile, considerando che negli ultimi trent’anni la spesa sanitaria è cresciuta in misura esponenziale in Europa, Canada e Stati Uniti (OCSE 2011) e paral-



FOTO OECD (LICENZA CC 2.0)

dell’OCSE “*Competition and regulation*” – non è se introdurre o no la competizione in sanità, ma piuttosto che genere di competizione si debba utilizzare per risolvere correttamente i conflitti d’interesse.

Nella diverse analisi teoriche e sperimentali, la competizione appare come un concetto complesso, associato talvolta a previsioni di segno contrario: da un lato si teme la compromissione degli obiettivi di salute pubblica, dall’altro si ritiene che l’introduzione di un’innovazione dinamica sia utile ai consumatori sotto il profilo dei risultati, dei costi e della qualità. Pur essendo rinvenibili nella realtà esempi concreti di tali esiti divergenti, la tesi di fondo dell’OCSE è

lelamentemente sono aumentate le preoccupazioni riguardanti la valutazione del rapporto costi-benefici, la possibilità di finanziare i maggiori oneri (soprattutto nell’attuale periodo di crisi), nonché la qualità dei servizi offerti a costi comparabili. Questa particolare attenzione per i servizi sanitari è del resto giustificata dal fatto che essi incidono pesantemente sulla spesa pubblica e, al loro interno, quelli ospedalieri costituiscono una porzione rilevante, in quanto già nel 2009 sfiorava il 3% del PIL nella media dei Paesi OCSE.

Di conseguenza, misure destinate al contenimento dei costi sono state progressivamente introdotte per frenare la crescita



della spesa, mentre in origine la costituzione dei sistemi sanitari moderni nei Paesi industrializzati si è sviluppata orientandosi quasi esclusivamente al raggiungimento della copertura universale. I provvedimenti di carattere economico, resisi di volta in volta necessari, sono consistiti in sostanza nella riduzione della remunerazione dei provider e nei limiti di accesso alle nuove tecnologie. Una tale impostazione degli interventi riformistici, tuttavia, ha dimostrato, alla prova dei fatti, una validità solo temporanea e pertanto un continuo contenimento dei costi richiederebbe la costante introduzione normativa di limiti regolamentari. Ora, è chiaro che una simile prospettiva risulta difficilmente sostenibile dal punto di vista politico e sociale, perché rende evidente che questo tipo d'intervento sfocia inevitabilmente in un razionamento delle prestazioni. Le riforme di tipo pro-competitivo, fondate sui principi dei mercati sociali, invece, sono state adottate da un numero rilevante di Paesi, perché presentano, almeno in teoria, l'attrattiva di ridurre i costi senza tagliare i diritti.

Questa tendenza si sta sempre più affermando anche in Europa, tanto che la stessa Inghilterra, patria del National Healthcare Service, ha varato nel 2006 una riforma destinata a promuovere una competizione tra ospedali, basata sulla migliore qualità a costi predeterminati. In modo ancora più "li-

berale", l'Olanda sta gradualmente introducendo un sistema in cui i prezzi ospedalieri sono determinati dal mercato, essendo consentito alle assicurazioni ed agli ospedali di negoziare i prezzi stessi in un determinato segmento di servizi, pari al momento a circa un terzo di quelli esistenti.

LA COMPETIZIONE NEL "MERCATO" DEI SERVIZI OSPEDALIERI

Mentre a livello pratico, sotto la spinta delle urgenze, si tentano varie strade per ottenere i migliori risultati in base alle risorse disponibili, a livello teorico si continua a discutere sulla possibilità d'introdurre efficacemente la competizione in sanità. Di tale dibattito offre una lucida sintesi Martin Gaynor, docente del *National Bureau of Economic Research* dell'Università di Bristol, in un saggio proposto dalla stessa OCSE come introduzione alla tavola rotonda sui servizi ospedalieri.

In primo luogo, l'autore enumera le condizioni teoricamente previste per i mercati, in cui si possa realizzare una "competizione perfetta", riconoscendo che il mercato ospedaliero diverge da tali presupposti sotto vari profili. In particolare, tale mercato non offre un "prodotto" omogeneo, dato che gli ospedali differiscono nelle loro caratteristiche; è spesso costituito da un oli-

gopolio, con un numero ridotto di provider; è sottoposto al vincolo del "terzo pagante" (sia esso un ente assicurativo o un'agenzia statale), circostanza che rende problematiche le negoziazioni; presenta condizioni d'ingresso e uscita dal settore molto impegnative, essendo particolarmente onerosi sia i requisiti di accesso sia le eventuali riconversioni; è ancora caratterizzato da un'asimmetria informativa, che coinvolge pazienti, provider e finanziatori. La tesi molto interessante, sostenuta da Gaynor, è però che i mercati perfettamente competitivi sono assai rari nella realtà, dato che molti mercati aperti alla competizione condividono, almeno in parte, gli stessi limiti evidenziati per quello sanitario. Di conseguenza, le caratteristiche proprie della sanità non impediscono in maniera assoluta l'introduzione di meccanismi pro-competitivi, bensì eventualmente richiedono soltanto che alcuni aspetti siano migliorati e potenziati. Considerando, dunque, le regole della perfetta competizione come un "benchmark", ossia uno strumento di comparazione utile per valutare le performance del mercato sanitario, alcune condizioni sono ritenute necessarie dall'autore, per rendere efficiente l'uso dei fattori competitivi in questo contesto. Più precisamente, il numero degli ospedali deve essere sufficientemente ampio per consolidare la competitività; devono essere introdotti

incentivi atti a stimolare gli ospedali ad attrarre i pazienti, in modo da correlare positivamente i profitti all'incremento del volume delle prestazioni (al contrario di quanto avviene in Italia!); la domanda deve essere sensibile e reattiva alle differenze in costi e/o qualità determinate dall'introduzione delle variabili competitive; i criteri di misurazione della qualità devono essere sempre più perfezionati; le asimmetrie informative vanno colmate, preferibilmente diffondendo i dati utili per effettuare la scelta. A tale riguardo Gaynor osserva, tuttavia, che un numero relativamente contenuto di pazienti bene informati è già sufficiente a sviluppare la competitività, determinando un miglioramento della qualità ed un parallelo contenimento dei costi.

Attraverso un'accurata analisi delle teorie economiche ed un'attenta valutazione dei risultati sperimentali rilevati in vari Paesi, Gaynor giunge alla conclusione che la formula migliore non sia la competizione sui prezzi, bensì quella sulla qualità a prezzi "amministrati", rilevando però che in questo caso è di fondamentale importanza che tali prezzi siano ragionevolmente superiori ai costi marginali, per non incorrere nel rischio di un riduzione degli standard qualitativi. Qualora, invece, anche i prezzi fossero sottoposti alle regole del mercato, è evidente che la competizione riuscirà effettivamente a contenerli, ma saranno nel contempo meno chiare le conseguenze sulla qualità dei servizi. In ogni caso, affinché i meccanismi competitivi producano i risultati attesi, è necessario che le strutture ospedaliere siano incentivate a migliorare le proprie performance per attrarre pazien-

ti, anche attraverso sistemi di remunerazione incentivanti. A sostegno di tale conclusione, l'autore cita l'evidenza empirica - emersa dalle riforme attuate in Inghilterra, Olanda e nel programma statunitense Medicare - che dimostra come, nei mercati caratterizzati da prezzi predeterminati (ad esempio i DRG), la competizione tra ospedali produca un miglioramento della qualità.

Nella ricerca in questione, l'Università di Bristol illustra anche il ruolo che le autorità sono chiamate ad esercitare per sviluppare un'efficace competizione nei servizi ospedalieri, impostando una politica sanitaria adeguata, attraverso la costituzione di autorità competenti per il controllo sia degli standard qualitativi dei servizi, sia del rispetto delle regole di una corretta concorrenza. A questo riguardo, non si rilevano ancora molte attività antitrust, ad eccezione degli Stati Uniti, ma di recente Paesi come l'Inghilterra, la Germania e l'Olanda, che hanno introdotto riforme pro-competitive nei loro sistemi sanitari, hanno promosso iniziative di questo genere. Nel 2009, ad esempio, l'Inghilterra ha costituito un'agenzia (*Cooperation and Competition Panel - CCP*) dotata di poteri sufficienti per controllare l'applicazione ed il corretto funzionamento dei meccanismi competitivi introdotti nel 2006, intervenendo con provvedimenti concreti.

Tra i poteri governativi teoricamente necessari per la regolamentazione del settore sanitario, alcuni sono giudicati di fondamentale importanza: la determinazione delle remunerazioni dei vari servizi ad un livello adeguato per preservarne la qualità;

la trasparenza delle informazioni rivolte ai consumatori; la pluralità dei provider, tra i quali sia possibile esercitare la libertà scelta. Nello studio dell'OCSE *Competition and Regulation*, citato all'inizio, una sezione è dedicata a quest'ultimo aspetto, con particolare riguardo al mix pubblico-privato, presente in molti Paesi OCSE e contraddistinto mediamente da una prevalenza di posti-letto degli ospedali pubblici. In realtà, la compresenza di strutture pubbliche e private si organizza però secondo modelli di erogazione dei servizi tali da costituire un continuum, che si estende da sistemi di gestione diretta e di finanziamento totale da parte dell'autorità pubblica a mercati meno rigidamente regolamentati ed altamente privatizzati. L'articolazione interna del sistema può essere vista, dunque, non solo sotto il profilo della ripartizione dei posti-letto, ma anche nella prospettiva delle strategie attuate dai governi per lo sviluppo di una collaborazione con il comparto privato. In questo momento di gravi limitazioni finanziarie, le partnership pubblico-privato (PPP) sono, ad esempio, considerate uno strumento valido per ottimizzare le performance economiche, promuovere l'investimento di capitali in sanità, limitare l'impatto sulle finanze pubbliche, ripartire i rischi. Nelle diverse forme in cui tale collaborazione può concretizzarsi, il rapporto tra i partner pubblico e privato deve però raggiungere un equilibrio vantaggioso per entrambi. La parte pubblica deve vedere realizzati gli obiettivi di efficiente erogazione dei servizi, l'investitore privato, che li gestisce, deve ricevere dall'autorità competente una remunerazione

Approfondimenti
delle tematiche
trattate sul sito
www.oecd.org

(TOPIC: HEALTH)



idonea a consentire il conseguimento di margini di profitto ragionevoli. Il trend generale, nell'attuale fase di crisi, è in conclusione la maggiore incidenza acquisita da forme diverse di erogazione mista pubblico-privato, dovuta al fatto che i governi sono sempre più confrontati con forti limitazioni di bilancio e al tempo stesso con la crescita della domanda, delle aspettative dei consumatori, della ricerca di sicurezza e quindi inevitabilmente dei costi.

PUBBLICO E PRIVATO NELLA COMUNICAZIONE DEL BIAC

La sostenibilità dei sistemi sanitari, in riferimento all'articolazione interna delle componenti pubblica e privata, è al centro anche della comunicazione ufficiale inviata dal BIAC all'OCSE in occasione del Forum.

La posizione della parte datoriale, almeno nella prospettiva più tipicamente europea, coincide in linea di massima con i principi espressi dalla stessa OCSE, nella ricerca di un equilibrio tra i vantaggi dell'efficienza di mercato e la salvaguardia delle garanzie di welfare, attraverso l'introduzione dei meccanismi pro-competitivi dei mercati sociali.

Condividendo l'orientamento di fondo adottato nel Forum, il BIAC rileva, infatti,

che una competizione basata solo sui prezzi comporterebbe rischi reali per la qualità dei servizi; è necessario pertanto analizzare le variabili competitive introdotte nei sistemi sanitari sotto molteplici aspetti, valutandone l'impatto su produttività, standard qualitativi e capacità di rispondere in maniera rapida e adeguata alla domanda di salute dei cittadini. Le concrete modalità attuative di forme di competizione sono poi analizzate nel testo a partire dagli interventi da effettuare sul duplice versante della domanda e dell'offerta.

Sotto il primo aspetto, dopo aver sottolineato che in Europa il diritto dei cittadini di scegliere liberamente il medico ed il luogo di cura è un'opzione fondamentale della società civile, si evidenzia che tale diritto costituisce, al tempo stesso, un driver della qualità, poiché spinge i provider a migliorare le loro performance per attrarre i pazienti. Il solo criterio valido per l'accesso ai servizi dovrebbe dunque essere la necessità medica del trattamento, la sua qualità ed i tempi previsti per ottenerlo. Per quanto riguarda poi il versante dell'offerta, la sostenibilità economica dei sistemi sanitari, in periodi di contrazione della crescita come quello attuale, deve e può effettivamente essere garantita da un uso più efficiente delle risorse finanziarie, pro-



FOTO OECD (LICENZA CC 2.0)

fessionali, strutturali e tecnologiche disponibili. L'incremento della produttività, stimolata da una competizione corretta, consente, infatti, di ottenere gli stessi risultati (o addirittura risultati migliori!) a prezzi più contenuti e costituisce quindi una risposta adeguata alla pressione determinata dalla crescita della spesa.

Se una razionale allocazione delle risorse è, quindi, uno strumento utile per raggiungere l'obiettivo comunemente definito "better value for money", gli interventi proposti da alcuni governi sotto la spinta dell'urgenza sono stati invece fondati su una "sommatoria" razionalizzazione della spesa, sfociata in realtà nel razionamento delle prestazioni. In particolare i tetti di budget e di volumi di attività hanno avuto effetti negativi sull'equità di accesso, rischiando anche di ridurre la qualità delle prestazioni, a causa di un abbassamento degli standard in seguito a tagli ingiustificati e indiscriminati delle tariffe ospedaliere.

In questo quadro, è essenziale, secondo il BIAC, una separazione istituzionale (che non esiste per le nostre ASL) tra le due funzioni di acquirente e fornitore di servizi sanitari, al fine di evitare una distorsione della concorrenza, che continui ad alimentare sprechi e cattiva gestione. Per evitare le conseguenze dell'inefficienza, divenute



insostenibili nell'attuale congiuntura, è necessario, ad avviso della parte datoriale, garantire parità di diritti e doveri tra operatori pubblici e privati, in merito ai requisiti di accreditamento, ai metodi di remunerazione ed al controllo di qualità.

In sintesi, la competizione tra gli erogatori sul versante dell'offerta - attuata a partire da una rigorosa analisi di costi, standard e criteri di remunerazione - e la libera scelta dei pazienti su quello della domanda possono contribuire a mantenere un livello qualitativo soddisfacente, a costi compatibili.

QUALI RIFORME SECONDO IL BIAC?

Il BIAC esprime una riserva sull'impostazione di fondo delle riforme attuate da alcuni governi, perché sono state orientate da una concezione della spesa sanitaria come costo da tagliare e non come investimento produttivo. Se è questa, però, l'unica preoccupazione, la sanità nel suo insieme non è valorizzata - come invece avviene anche in documenti ufficiali delle istituzioni europee - nella sua realtà di settore produttivo, importante fonte di occupazione, leader nel campo dell'innovazione, della ricerca e dello sviluppo, oltre che garante della tutela del patrimonio più importante

delle società evolute, quello umano. In quest'ottica, peraltro, anche il settore ospedaliero, che incide per una percentuale ancora molto notevole sulla spesa complessiva, va considerato, secondo il BIAC, come un importante *competitor*, a condizione che i servizi ospedalieri siano ben gestiti, produttivi e di buon livello qualitativo.

In contrasto con questa visione, alcuni interventi governativi perseguono invece come unico obiettivo quello di riequilibrare i bilanci pubblici attraverso forme di distorsione della concorrenza, comunemente a vantaggio del settore pubblico, destinate a perpetuare sprechi e inefficienze. In questo contesto, non solo la razionalizzazione della spesa è sfociata nel razionamento delle prestazioni, come già rilevato, ma i meccanismi competitivi sono stati introdotti nell'intento di tagliare i costi, esercitando una forte pressione sui provider, soprattutto privati, senza una preventiva valutazione delle performance di ogni struttura.

In definitiva, un trend di politica sanitaria tale da perpetuare lunghi periodi di restrizioni budgetarie è molto pericoloso - come ha osservato la stessa OCSE in una ricerca precedente - perché rende difficoltoso, e talvolta impossibile, mantenere nel tempo le condizioni necessarie per investire e realizzare progressi. Per quanto sia importan-

te migliorare l'efficienza dei costi, non si può dunque considerare il sistema sanitario solo come un fardello o una spesa da tagliare, senza un'accurata analisi degli effettivi sprechi da eliminare.

Una possibile recessione nell'ambito della sanità preoccupa pertanto non solo i governi e la società civile, ma lo stesso mondo imprenditoriale, il quale, a partire dalla propria esperienza operativa all'interno di Paesi e sistemi diversi, sottolinea gli obiettivi da perseguire per evitare un preoccupante trend negativo:

- Aumento della produttività
- Competizione nel e tra i segmenti pubblico e privato del settore sanitario
- Promozione dell'innovazione anche organizzativa
- Copertura efficiente della spesa, attraverso un riequilibrio tra assicurazioni pubblica e privata
- Maggiore coinvolgimento e responsabilità dei pazienti
- Riforme normative

Riguardo a questo punto fondamentale per l'attuazione di una competizione corretta, il BIAC constata che già molti Stati membri dell'UE (tra cui Germania, Olanda e Inghilterra) hanno introdotto criteri gestionali di stampo manageriale nei loro sistemi sanitari, compreso lo stesso comparto pubblico, al fine di acquisire i vantaggi dell'efficienza di mercato, senza trascurare i principi di universalità, equità, solidarietà e sicurezza, garantiti dall'esercizio dei poteri pubblici di direzione politica e di controllo. In questa prospettiva il ruolo dello Stato non è limitato dall'introduzione di meccanismi di mercato, bensì riquilibrato al fine di garantire:

- l'equità nelle condizioni di accesso per i cittadini e di accreditamento per i provider
- la qualità dei servizi, a seguito di controlli rigorosi ed imparziali di tutti gli operatori
- un finanziamento efficiente delle prestazioni in base a criteri di remunerazione omogenei per gli ospedali pubblici e privati
- un'informazione trasparente ai cittadini sull'offerta di servizi e gli standard qualitativi
- un'informazione corretta agli enti di finanziamento sui costi e le performance dei diversi provider.

Per raggiungere questi obiettivi, in molti Paesi dell'OCSE la politica sanitaria ha avviato iniziative riformistiche, che seguono orientamenti largamente diffusi: nuovi modelli di management sono stati adottati; incentivi in favore della competizione sono stati introdotti anche nelle strutture pubbliche, per migliorare le loro performance; gli ospedali privati sono stati incorporati nel sistema sanitario generale, sotto con-



FOTO OECD (LICENZA CC 2.0)

trollo delle autorità pubbliche; la gestione di ospedali pubblici è stata affidata ad operatori privati; le partnership pubblico-privato sono diventate operative con risultati soddisfacenti.

LE PROSPETTIVE DELL'OCSE E DEL BIAC

Le prospettive aperte dal Forum dell'OCSE e le posizioni della parte datoriale risultano convergenti o si discostano in modo significativo?

Nel documento dell'OCSE, *Competition and Regulation*, si sostiene conclusivamente che la ricerca teorica ed empirica deve concentrarsi sulle specifiche condizioni, con cui la competizione si realizza, in quanto proprio le circostanze e modalità di attuazione costituiscono l'elemento chiave per valutarne l'efficacia positiva sotto il profilo sociale in un determinato sistema sanitario e ospedaliero.

In tale ottica è utile, sempre secondo l'OCSE, distinguere tra l'attuazione e gli esiti della competizione. Il funzionamento dei meccanismi competitivi è, infatti, garanzia dell'efficienza dei processi, ma non necessariamente della bontà dei risultati. Si devono, dunque, operare scelte mirate per sviluppare la competizione in coerenza con i principi emersi dalla ricerca e dal dibattito, confrontandosi certo con le migliori prassi internazionali, ma anche basandosi su un'analisi puntuale della particolare situazione nazionale e dei diversi settori di attività, in cui i meccanismi pro-competitivi possono essere utilmente estesi o limitati.

In questa prospettiva, gli studi introduttivi

presentati dall'OCSE sembrano rivelare una certa preferenza per la formula che vede la competizione esercitarsi prevalentemente sulla qualità a prezzi amministrati, il che non significa arbitrariamente contenuti, bensì accuratamente analizzati e determinati in maniera tale da garantire un livello di qualità adeguato, nonché la promozione degli ospedali più efficaci ed efficienti, a prescindere dal loro carattere pubblico o privato.

Questo orientamento di fondo - che pure non esclude la possibilità di una competizione sui prezzi, limitandosi a constatare che i suoi effetti non possono ancora essere accuratamente analizzati - appare coerente con i principi comuni, che stanno emergendo nei Paesi industrializzati, in particolare nell'Unione europea, nel tentativo di trovare un equilibrio tra accesso, qualità e sostenibilità finanziaria, in un settore come la sanità di rilevante interesse sociale ed economico.

UN NUOVO MODELLO DI SERVIZIO SANITARIO

In questa prospettiva, il BIAC constata che, pur attraverso le differenze nazionali, si sta progressivamente costituendo un nuovo modello di servizio sanitario ed ospedaliero, strutturato in modo da rispondere alle obbligazioni di servizio d'interesse generale nell'interesse della collettività, restando al contempo finanziariamente sostenibile. Per operare efficacemente, tale modello deve essere in grado di garantire:

- la libertà di scelta dei cittadini
- la pluralità ed uguaglianza di provider,

pubblici e privati, per offrire alternative concrete

- l'abolizione dei regimi monopolistici e degli oligopoli quasi monopolistici
- una competizione corretta basata sulla qualità, perché in periodi di forti limitazioni di budget come l'attuale, le istituzioni che offrano il meglio a costi compatibili devono essere incentivate
- un uso efficace delle risorse disponibili
- una risposta adeguata e rapida alla domanda
- il miglioramento costante della qualità
- la costituzione di organismi di controllo indipendenti per verificare gli standard qualitativi ed il corretto funzionamento dei meccanismi pro-competitivi.

Questi criteri, ad avviso del BIAC, possono essere introdotti con risultati soddisfacenti in un sistema misto, composto da una pluralità d'istituzioni, pubbliche e private, profit e non profit, in competizione tra loro per attrarre i cittadini con le migliori performance, mentre sono di difficile attuazione in un sistema monopolistico, come dimostrato dalla crisi di tale impostazione, all'origine di tutte le riforme destinate a superarne rigidità ed inefficienze.

In estrema sintesi, si può affermare dunque che le indicazioni del mondo imprenditoriale, nel loro insieme, non si discostano sostanzialmente dagli orientamenti di fondo emersi dal Forum, che, pur con le dovute cautele e nel confronto tra le diverse posizioni, non si è certo espresso in favore dei monopoli, ma di una corretta competizione come garanzia di sviluppo della sanità, per rispondere alla domanda di salute dei cittadini. ■

FOCUS SUI DIRITTI ALL'ACCESSO E ALLA LIBERTÀ DI SCELTA

Il rispetto dei diritti dei pazienti

La rete **Active Citizenship Network** (ACN) nasce nel 2001 grazie alla decisione da parte di **Cittadinanzattiva** di creare **un network europeo** aperto a tutte le organizzazioni civiche che intendano collaborare per difendere **i diritti dei cittadini** e/o i beni pubblici in Europa, con la missione di **contribuire allo sviluppo** della cittadinanza attiva europea e **promuovere la partecipazione** delle organizzazioni di cittadini nelle politiche pubbliche europee e nazionali, focalizzandosi su questioni relative a **partecipazione civica, cure sanitarie, consumatori e responsabilità sociale dell'impresa**.



DI ROSAPAOLA METASTASIO

Il punto di vista dei cittadini si basa sull'informazione civica, ossia sulla raccolta e l'analisi di dati da parte delle organizzazioni di cittadini stessi, e viene esplicitato attraverso strumenti di sostegno, quali: la Carta Europea dei Diritti del Malato, la Carta europea della Cittadinanza Attiva, le Linee Guida per una buone alleanze di responsabilità sociale d'impresa in Europa.

La Carta europea per i Diritti del Malato (riportata nella pagina seguente) raggruppa i diritti inalienabili del paziente che ogni Paese dell'Unione Europea dovrebbe tutelare e garantire. Lo scopo del lavoro è rafforzare tali diritti - che si trovano a rischio, tra l'altro, a causa della crisi finanziaria dei sistemi nazionali di welfare - con la collaborazione e l'impegno di tutti gli stakeholder di ogni paese, accrescendo la consapevolezza sull'importanza dei diritti dei pazienti e sulla responsabilità di ognuno nel garantire il loro rispetto.

Dopo la stesura della Carta, al fine di iniziare a promuoverla e, al contempo, mettere in pratica la cittadinanza attiva europea, è stato predisposto un primo progetto, svolto tra il 2005 e il 2007, atto a raccogliere informazioni per verificare il grado di attuazione dei diritti sanciti nella Carta in 14 Stati membri della "vecchia Europa", attraverso un processo di monitoraggio realizzato dalle singole organizzazioni civiche che lavorano in questi Paesi.

Nel 2010 è stata realizzata una seconda edizione del monitoraggio, sempre con l'obiettivo di valutare il grado di rispetto dei Diritti della Carta europea negli stati membri, obiettivo ancor più cogente dall'urgenza, in periodo di riforme delle politiche sanitarie, di rafforzare la costruzione di alleanze tra organizzazioni, ampliare la partecipazione al progetto di valutazione e costruire partnership con tutti i portatori d'interesse nel settore sanitario (professionisti, istituzioni locali, aziende, università).

20 PAESI, 56 OSPEDALI

Nell'ultima edizione sono stati coinvolti 20 Paesi, 56 Ospedali, 23 Ministeri della Salute e 70 organizzazioni civiche, e sono stati raccolti tre tipi di informazioni, elencati di seguito (per un totale di 156 indicatori), più un quarto tipo, aggiunto a corredo dei dati, al fine di integrare il quadro fornito:

- informazioni, raccolte attraverso un questionario somministrato ad un funzionario

SCARICA IL RAPPORTO INTEGRALE



Il presente contributo si basa sul Rapporto "La Carta Europea dei diritti dei malati - Una valutazione civica" (ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK 2011), redatto da Alessandro Lamanna, Rosapaola Metastasio, Teresa Petrangolini, Daniela Quaggia, Alessio Terzi, e con il contributo di Davide Integlia. Il Rapporto completo, in cui è possibile consultare anche l'apparato metodologico, è scaricabile dalla pagina: <http://www.activecitizenship.net/patients-rights/projects/31-assessing-patients-rights-in-europe.html> o tramite smartphone utilizzando il QR qui a fianco.

Active Citizenship Network si avvale della collaborazione di circa 100 organizzazioni di cittadini provenienti da 30 Paesi europei.

PDF 1,9 MB - 117 pagg



cui avviene la comunicazione tra pazienti e personale medico, alla disponibilità di attrezzature sanitarie, ecc.);

- informazioni attinte tramite apposito questionario rivolto alle organizzazioni civiche partner nella convinzione che, visto il tipo di esperienza e di lavoro svolto, dispongano di un ampio patrimonio conoscitivo sul sistema sanitario e sulle violazioni dei diritti;
- dati statistici di secondo grado inseriti per integrare l'interpretazione degli altri blocchi di informazioni, ma che non contribuiscono alla valutazione del rispetto dei diritti (*Dati raccolti da agenzie internazionali allo scopo di documentare in modo comparabile le condizioni di salute della popolazione e i vari fattori che la determinano*).

VALUTAZIONE SINTETICA

Per consentire una lettura “sintetica” dei risultati dell’indagine è stato calcolato per ogni indicatore un punteggio PRES (*Patients’ Rights Euro Score*), variabile tra 0 e 100 e codificato in valutazioni sintetiche (“Scarso”, “sufficiente”, “buono”, “eccellente”), che esprime in quale misura vengano rispettate le legittime aspettative dei cittadini. La valutazione sintetica di ogni Diritto è stata poi formulata calcolando un indice generale come media dei punteggi dei tre gruppi di informazioni. I Diritti sono stati valutati, secondo il punteggio raggiunto, in base al diverso grado di rispetto: “non rispettato”, “a stento rispettato”, “parzialmente rispettato”, “quasi rispettato” e “totalmente rispettato”.

Si riporta un’informazione sintetica sull’andamento del rispetto dei Diritti, attraverso una sorta di “classifica” degli stessi, per come sono emersi dal monitoraggio, a livello medio europeo. Come si evince dalla tabella 1, nessun diritto può essere considerato pienamente rispettato. Lo strumento del monitoraggio della Carta è inoltre grado di produrre informazioni utili per l’interlocuzione a diversi livelli: dalla presentazione delle criticità al management della singola struttura ospedaliera coinvolta, alla discussione di fattori problematici in occasione delle presentazioni dei

del Ministero della Salute, riguardanti la promozione da parte degli Enti istituzionali di norme, politiche, azioni negli ambiti d’interesse della Carta europea dei diritti del malato;

- informazioni sulle reali condizioni dei cittadini che ricorrono al sistema sanitario, rilevate attraverso l’osservazione diretta degli Ospedali (fino a 5 per Paese) e incontri con le Autorità responsabili (*Ci si riferisce, ad esempio, al tempo necessario a ottenere un esame diagnostico o un intervento chirurgico in ospedale, alla presenza di determinati servizi per i pazienti ospedalieri come la mediazione culturale, al modo in*



Per maggiori informazioni si consulti il sito <http://www.activecitizenship.net>

Right	Assessment	Mean score
7. RIGHT TO RESPECT OF PATIENTS' TIME	NOT RESPECTED	41
5. RIGHT TO FREE CHOICE*	NOT RESPECTED	43
2. RIGHT TO ACCESS - care	NOT RESPECTED	46
3. RIGHT TO INFORMATION	HARDLY RESPECTED	54
15. RIGHT TO ACTIVE CITIZENSHIP	HARDLY RESPECTED	54
11. RIGHT TO AVOID UNNECESSARY SUFFERING AND PAIN	HARDLY RESPECTED	58
9. RIGHT TO SAFETY	HARDLY RESPECTED	60
8. RIGHT TO THE OBSERVANCE OF QUALITY STANDARDS	PARTLY RESPECTED	61
10. RIGHT TO INNOVATION	PARTLY RESPECTED	63
4. RIGHT TO CONSENT	PARTLY RESPECTED	64
14. RIGHT TO COMPENSATION	PARTLY RESPECTED	64
13. RIGHT TO COMPLAIN	PARTLY RESPECTED	66
12. RIGHT TO PERSONALIZED TREATMENT	ALMOST RESPECTED	74
1. RIGHT TO PREVENTIVE MEASURES	ALMOST RESPECTED	75
6. RIGHT TO PRIVACY AND CONFIDENTIALITY	ALMOST RESPECTED	77
2. RIGHT TO ACCESS - physical	ALMOST RESPECTED	84
TOTALS - MEAN VALUES	PARTLY RESPECTED	62

TAB. 1 - Classification of the level of implementation of the rights on the basis of the scores:
 FONTE: ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK, "LA CARTA EUROPEA DEI DIRITTI DEL MALATO - UNA VALUTAZIONE CIVICA" - 2011

Rapporti nazionali alle autorità sanitarie nazionali, all'interlocuzione con le Istituzioni Europee in occasione della Giornata europea per i diritti del malato, in cui viene presentato il Rapporto finale.

DIRITTO ALL'ACCESSO

In particolare, lo stato del diritto all'accesso è stato esaminato prendendo in considerazione due diverse dimensioni, entrambe collegate alla definizione di questo diritto così come espresso nella Carta.

Una dimensione si riferisce all'effettiva **accessibilità fisica** delle strutture sanitarie, intendendo con questo tutti gli elementi che favoriscono oppure ostacolano la possibilità, da parte degli utenti, di accedere a una struttura sanitaria ospedaliera per ricevere cure o visitare un parente o un amico. La valutazione di questa dimensione è stata realizzata attraverso l'osservazione diretta negli ospedali da parte dei gruppi di monitoraggio.

Il punteggio medio raggiunto dagli ospedali è stato buono (84/100): gli ospedali di soli 3 Paesi (Bulgaria, Lettonia e Romania) si sono posizionati in una fascia "sufficiente". Come illustra la tabella seguente, contenente gli indicatori direttamente osservati dai cittadini, il diritto all'accesso negli ospedali risulta, nel complesso, decisamente buono (Tab. 2).

L'unico indicatore con un punteggio basso è il "l'utilizzo gratuito di parcheggio". L'accessibilità fisica e l'orientamento dei pazienti per raggiungere le strutture sembrano standard ormai condivisi a livello europeo, anche se, come si evince, in alcuni Paesi restano serie lacune.

Molto grave è il quadro che emerge, invece, rispetto alla seconda dimensione individuata per questo diritto, ossia quella che si riferisce all'**accesso alle cure e ai servizi sanitari** di cui si necessita, esaminata utilizzando le

informazioni provenienti dalla diretta esperienza delle organizzazioni civiche: in 12 Paesi su 20 sono state riscontrate violazioni frequenti, quando non sistematiche, in relazione a effettive possibilità di accesso ai servizi (discriminazioni in base a: disponibilità economica, luogo di residenza e tipo di patologia). In soli 3 Paesi le organizzazioni civiche consultate non sono venute a conoscenza diretta di violazioni (o solo occasionalmente).

I dati statistici selezionati sembrerebbero confermare e rafforzare le violazioni e gli ostacoli all'accesso riportati dalle organizzazioni civiche: in ben 12 Paesi la percentuale

di sopravvivenza al cancro dopo 5 anni, che rappresenta un buon indicatore per il tema dell'accesso alle cure, è risultata "scarsa" o al massimo "sufficiente".

Vale la pena di notare il livello alquanto basso di conoscenza del numero telefonico di emergenza comune a tutti i paesi europei (112), che è uno strumento che dovrebbe garantire l'immediato accesso ai servizi sanitari di emergenza.

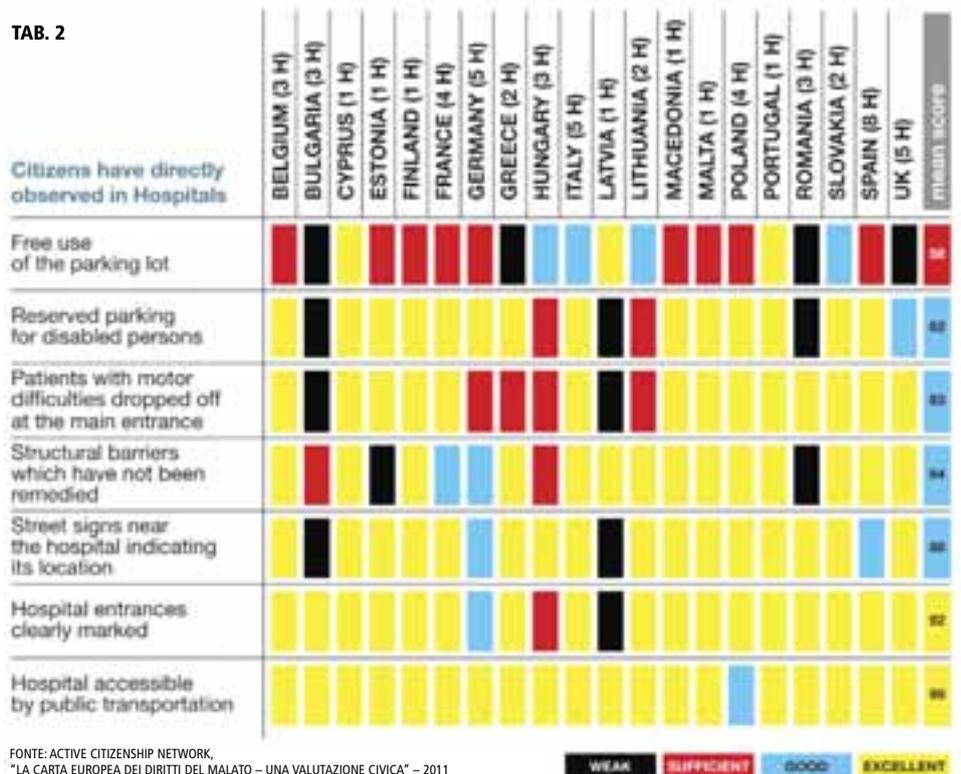
DIRITTO ALLA LIBERA SCELTA

L'attribuzione del giudizio sul grado di rispetto di questo diritto è stata basata unicamente sulle informazioni fornite dalle organizzazioni civiche partner, in considerazione della contestuale elaborazione della Direttiva Europea sulle cure transfrontaliere: si è preferito quindi non far contribuire alla valutazione gli indicatori rilevati presso i Ministeri della Salute, riguardanti azioni innovative che avrebbero potuto essere intraprese dai governi per favorire la mobilità sanitaria dei pazienti (come la possibilità di visite specialistiche in un altro Paese EU senza previa autorizzazione).

La Direttiva pone ai governi e alle autorità sanitarie obiettivi importanti, che ACN e le altre organizzazioni civiche avranno il dovere di verificare, attraverso successivi monitoraggi, per controllare la progressiva attuazione del diritto alla libera scelta alle cure a livello europeo.

In 16 dei 20 Paesi monitorati le organizzazioni civiche partner hanno dichiarato di essere venute sistematicamente o frequente-

TAB. 2



FONTE: ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK, "LA CARTA EUROPEA DEI DIRITTI DEL MALATO - UNA VALUTAZIONE CIVICA" - 2011

mente a conoscenza di violazioni del diritto alla libera scelta concernenti, in particolare: Parcelle differenti tra ospedali pubblici e privati; Incentivi a ricorrere alle cure di determinati ospedali o centri; Copertura assicurativa supplementare soltanto per alcuni ospedali; Necessità di chiedere autorizzazione per alcune cure; Pazienti indigeni che hanno potuto essere curati solo in determinati ospedali.

Questi preoccupanti risultati richiedono un approfondimento dei singoli *items* trattati. Il diritto di libera scelta è riconosciuto in linea di principio in tutti i paesi ma, spesso, è di fatto limitato da procedure organizzative, da limiti posti dalle assicurazioni o da altri fattori.

Una prassi ricorrente è quella di imporre autorizzazioni preventive per determinati trattamenti, che è molto frequente secondo il 40% delle organizzazioni intervistate e che, secondo la stessa fonte, sarebbe assente soltanto in quattro Paesi.

SISTEMI ASSICURATIVI

Nei sistemi assicurativi avviene, sia pure con frequenza molto variabile, che le condizioni di indigenza e di povertà limitino sensibilmente il numero degli ospedali effettivamente accessibili. Altre limitazioni provengono dalle differenze di costo e di rimborso fra ospedali pubblici e privati: il problema è ricorrente in 11 paesi e del tutto assente solo in tre casi. Anche le assicurazioni complementari possono determinare una riduzione del numero di ospedali effettivamente accessibili. Infine, secondo il 60% delle organizzazioni intervistate, le autorità amministrative e le assicurazioni tendono ad incentivare l'accesso a determinati ospedali e a determinati centri rendendo più agevoli (o al contrario più difficoltosi) i percorsi di accesso. In definitiva, emerge una "scelta" poco libera e con molto ostacoli.

LA DIRETTIVA EUROPEA SULLE CURE TRANSFRONTALIERE

Un punto di vista civico

La Direttiva semplifica e tende ad uniformare le procedure di richiesta di servizi sanitari, prodotti medicinali e dispositivi medici in uno Stato Membro differente da quello in cui si è titolari di una assicurazione sanitaria. Il recepimento di questa Direttiva, aprendo di fatto le frontiere nel mercato dei servizi e prodotti sanitari, produce un ampliamento



ISTOCKPHOTO

della possibilità di scelta e del diritto all'accesso dei pazienti residenti sul territorio dell'Unione Europea. Le cure transfrontaliere esistono tutt'ora, ma le procedure da seguire sono differenti tra gli Stati Membri. La previsione di procedure standardizzate e omogenee permette dunque al cittadino europeo di allargare le sue possibilità di scelta, e costituisce un passo importantissimo nel processo di integrazione dei sistemi sanitari degli Stati Membri.

Dei 14 diritti della Carta Europea dei Diritti del Malato, nella Direttiva sono sicuramente recepiti il diritto all'accesso, il diritto all'informazione, a quello dell'innovazione (con l'ampliamento delle possibilità di cura e della richiesta di prodotti medicinali e dispositivi medici), come pure il diritto alla privacy e al risarcimento. Bisognerà però capire le modalità in cui questa Direttiva sarà recepita dagli Stati Membri, e soprattutto come saranno declinate nell'ordinamento giuridico nazionale le varie eccezioni:

- i limiti alla libera richiesta di cure all'estero attraverso la previa autorizzazione (art. 9) per quei servizi che richiedono l'impiego di attrezzature mediche altamente costose e altamente specializzate;
- i limiti al rimborso in riferimento all'assicurazione sanitaria; in questo caso bisognerà finalmente esplicitare i benefit che l'assicurazione sanitaria fornisce anche a chi proviene da un sistema di tipo universalistico;
- i limiti evocabili per il rischio di compromissione dell'equilibrio economico e finanziario del modello di welfare dello stato di provenienza del paziente, e che deve garantire il rimborso delle cure.

Per evitare il rischio che uno Stato Membro, evocando questi limiti per questioni anche molto generiche, vanifichi la libertà di richiesta di cure all'estero da parte dei pazienti, è necessario un impegno delle associazioni dei cittadini nella diffusione delle informazioni sul contenuto innovativo della Direttiva, nel ruolo che esse potrebbero giocare nei "national contact points" previsti per dare orientamento al cittadino, nell'assistenza al paziente in caso di controversie e contenziosi. Di fronte all'obiezione fatta da alcuni soggetti, soprattutto del mondo delle associazioni dei pazienti, circa la necessità di privilegiare il miglioramento dei servizi nel proprio Paese rispetto all'allargamento delle possibilità di cure all'estero, è importante sottolineare che questa Direttiva, riconoscendo alcuni diritti ed eliminando barriere, obbligherà ogni Stato a fare del suo meglio per assicurare quei diritti e quelle possibilità nel proprio territorio, onde evitare eccessive spese ed indebitamenti. Il riconoscimento di alcuni diritti rappresenta inoltre un precedente nelle mani delle associazioni dei cittadini, che alla luce della Direttiva possono farsi forza per pretendere il loro recepimento nello stato di residenza. ■

(La parte sul punto di vista civico sulla Direttiva si basa sul capitolo di Teresa Petrangolini "Ridurre le disparità, le barriere e gli ostacoli alle cure: I diritti dei pazienti in Europa", in *Osservatorio civico sul federalismo in Sanità - Rapporto 2011*, Parte Quarta: Per un federalismo dei cittadini, Cap. 16, pag. 321. Per consultare il rapporto: <http://www.cittadinanzattiva.it/primo-piano/salute/1857-osservatorio-civico-sul-federalismo-in-sanita-rapporto-2011.html>).

DI SONIA GALLOZZI

Il punto sui lavori in corso

Per fare il punto sul lavoro svolto nell'ultimo triennio dall'AIOP Nazionale nell'**area giuslavoristica**, occorre tener conto della **grave situazione di crisi** che ha riguardato in questi ultimi anni **i conti del SSN**, soprattutto **in alcune regioni** e con effetti penalizzanti sul settore della **sanità privata accreditata**

E occorre tener conto anche dell'applicazione della flessibilizzazione della disciplina del lavoro, perseguita nel solco del disegno ispiratore del cd. collegato lavoro (Legge n.183/2010) attraverso l'emanazione, prima, degli accordi "separati" fra alcune Associazioni sindacali e Confindustria, sottoscritti nell'anno 2009, e dell'Accordo interconfederale unitario del 28/6/2001, poi, sancita definitivamente dall'art. 8 della legge n. 148/2011.

Nell'ambito di una linea di politica associativa delineata e voluta dal Presidente Nazionale avv. Enzo Paolini, è stata data attuazione ad una forma di regionalismo contrattuale, redigendo accordi, sia con le OO.SS. dei medici (Cimop) che con quelle dei non medici (FP Cgil, Cisl FPS, UIL FPL, UGL Sanità), che hanno tenuto conto della diversificata situazione in cui versano le Regioni italiane, essendo soggette molte di queste (Lazio, Abruzzo, Liguria, Molise, Piemonte, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna) a pesanti difficoltà economiche-finanziarie, che hanno determinato per alcune - Lazio, Campania, Calabria, Molise e Puglia - la redazione di un Piano di rientro dal debito, con la nomina di un Commissario Straordinario "ad acta" per la Sanità, con conseguenti pesanti tagli del volume delle prestazioni e del budget, che hanno causato ricorrenti situazioni di crisi nella maggioranza delle Case di cura ubicate in quelle Regioni. Nello specifico, dopo lunghe e defatiganti trattative, sono stati stipulati accordi che,

proprio in adesione ai principi ed alle causali innanzi esplicitate, hanno sancito una diversa applicazione degli incrementi salariali dovuti ai dipendenti delle strutture associate.

AREA MEDICA

L'11 febbraio 2009 è stato sottoscritto un accordo "ponte" per il biennio 2009-2010 con la CIMOP, per mezzo del quale si è deliberato:

- a) di erogare ai medici il 50% di un incremento contrattuale concordato, in tutte le Regioni con decorrenza dal 1° gennaio 2009;
- b) di corrispondere subito il restante 50% dell'incremento contrattuale concordato in tutte le Regioni, con l'eccezione di Toscana, Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna, afflitte da difficoltà econo-

mico-finanziarie determinate dai penalizzanti abbattimenti dei budget e dei volumi di prestazioni imposti dalle Regioni, demandando ad una contrattazione di II livello le eventuali intese su tempi, modalità e condizioni della residua quota del 50% dell'incremento contrattuale;

c) di erogare, altresì, un compenso "a tantum", a saldo e stralcio di qualsiasi pretesa per il pregresso.

AREA NON MEDICA

Per l'area non medica, il 15 settembre 2010 l'AIOP Nazionale ha siglato con le OO.SS. un accordo con il quale veniva stabilito:

- a) il rinnovo del biennio economico 2006-2007, riconoscendo a tale titolo un importo economico da corrispondere in tutte le Regioni a partire dalla retribuzione del

ISTOCKPHOTO



mezzo di settembre 2010;
 b) il rinvio a livello regionale della negoziazione per l'eventuale riconoscimento di un importo "una tantum" per l'arco temporale 2006-2010, "in coerenza con le specifiche situazioni regionali in ordine alla copertura dei costi".
 In entrambi gli accordi stipulati dall'AIOP Nazionale si sono così percorse le nuove linee di politica del lavoro che si sono affermate, per l'ap-punto, con il cd. *collegato lavoro*, con gli accordi sottoscritti da OO.SS. e Confindustria e, da ultimo, con l'art. 8 della legge n. 148/2011, laddove si è delegato essenzialmente alla contrattazione a livello di territorio e di azienda - tarata sulle specificità e criticità organizzative delle Case di cura di una data Regione - la funzione di dare concretezza ed attualità dinamica alle esigenze delle imprese, favorendo così una maggiore *flessibilizzazione delle condizioni di lavoro* e la possibilità di rilanciare la crescita degli indici di produttività attraverso una diversa e più articolata organizzazione del lavoro ed una diversificata politica salariale.

Con il rinvio a livello regionale della determinazione di riconoscere o meno incrementi determinati a livello nazionale si è così riconosciuto il diritto di pervenire ad intese di secondo livello, in sede territoriale o aziendale, modificative di uno o più istituti del Contratto Collettivo Nazionale. Si è poi riconosciuto che, a fronte di scenari economici diversi, al contrario del passato, *una contrattazione con le OO.SS. non può essere sempre acquisitiva*, sia per le difficoltà di un quadro economico generale, in fase pesantemente recessivo, che - e soprattutto - a causa di una politica sanitaria caratterizzata da tagli e penalizzanti oneri, operati dalla Regione, che mettono in discussione finanche la conservazione dei livelli occupazionali esistenti.

ACCORDI SULLA DETASSAZIONE

Nell'ambito di questa modifica dei modelli regolatori e culturali, anche sul piano della politica salariale, si inserisce l'Accordo quadro sottoscritto il **14 marzo 2011** dall'AIOP Nazionale con le OO.SS. successivamente recepito dalle Sedi regionali Aiop,



per consentire la possibilità che i lavoratori, alla stregua della normativa nazionale in materia di detassazioni di emolumenti riconosciuti ai lavoratori per incrementare la produttività (Circ. Ag. delle Entrate n.3/E del 14/2/2011), usufruiscano di questa agevolazione, che conferisce maggiore redditività ai corrispettivi dovuti per il perseguimento di obiettivi aziendali di maggiore produttività del lavoro. Accordo simile è stato sottoscritto poi l'**8 febbraio 2012** con Cimop in forza della proroga sancita dalla L.183/2011.

SOTTOSCRIZIONE DEL CCNL AIOP-RSA

Il 2011 è stato infine caratterizzato dalla richiesta della Commissione Nazionale Aiop per le RSA, coordinata dal prof. Fabio Miraglia, di uno strumento contrattuale ad hoc per questa tipologia di strutture. Finora le RSA associate Aiop hanno utilizzato, pur con degli adattamenti aziendali, il CCNL delle Case di cura, consapevoli che

si trattasse comunque di uno strumento studiato per altri destinatari. Proprio la crisi dei conti pubblici di alcune regioni ha evidenziato il problema, inizialmente condiviso dalle OO.SS. Cgil, Cisl e Uil. Si è così costituito un Tavolo tecnico costituito dai membri della Commissione Aiop RSA e dai suddetti rappresentanti sindacali. Dopo una serie di incontri, alla vigilia della firma definitiva, le OO.SS. Cgil, Cisl e Uil hanno posto la condizione, per la firma del contratto delle Rsa, della costituzione del tavolo per il rinnovo del CCNL dei dipendenti AIOP, condizione preliminarmente esclusa da AIOP.

Pertanto, prendendo atto della condotta tenuta dalle su menzionate organizzazioni sindacali di strumentale ostruzionismo, l'AIOP, il 22 marzo 2012, ha siglato il primo CCNL AIOP RSA con: Ugl sanità, Fismic- Confas Sezione sanità, Si-Cel, Fials, Conf.Sal, Fse.

L'AIOP ha poi proceduto a trasmettere alle OO.SS. Cgil, Cisl e Uil firmatarie del CCNL AIOP, formale disdetta al menzionato contratto collettivo nazionale per l'ambito di applicazione concernente le RSA e contestualmente a comunicare che dal 1°/6/2012 il CCNL AIOP RSA sarà l'unico contratto collettivo nazionale applicato nelle strutture residenziali e semiresidenziali associate all'AIOP. Conclusivamente è da evidenziare come si possa trarre profitto delle cennate nuove linee di politica del lavoro, in relazione alla circostanza dell'essere stata conferita validità "erga omnes" agli accordi sottoscritti dalla maggioranza delle rappresentanze sindacali aziendali, così determinando un nuovo equilibrio di potere contrattuale, essendo stato affrontato e risolto il nodo del diritto sindacale aziendale precedentemente operante. In tal modo è stato soppresso un sistema prima improntato ad una cultura tendenzialmente unanimitica (con le negative, evidenti conseguenze da essa derivante a livello aziendale), che ignorava i principi maggioritari in tema di contrattazione collettiva di II livello, che renderanno certamente ben più facile la possibilità di addivenire con le OO.SS. a vincolanti accordi a livello di territorio e di azienda. ■

L'AIOP CRESCE

Le RSA hanno il loro contratto collettivo nazionale di lavoro

Nel lungo percorso che ha portato all'attuale forte accreditamento sociale ed economico dell' Aiop, vi è da inserire anche il passo che è stato fatto nel settore delle residenze sanitarie assistenziali: finalmente esse hanno un loro specifico contratto di lavoro che tiene conto dei fattori economici e gestionali propri del settore

Il contesto socio-economico di riferimento nel quale la creazione del contratto si è realizzata è patrimonio di chiunque ci legge e si incardina all'interno di un momento di difficoltà per tutte le aziende della sanità legato a quello finanziario della pubblica amministrazione nell'erogazione dei pagamenti, effettuati in tempi biblici e con il contagocce.

Siamo in presenza di un nuovo contratto collettivo nazionale di lavoro che affonda le sue radici nella storia AIOP (attenzione al collaboratore ed ai suoi bisogni espressi ed inespressi insieme ad una performante gestione del patrimonio aziendale) ma che coglie molti aspetti delle linee evolutive interne alla contrattazione collettiva che in questo momento stanno interessando tutte le aziende evolute. Con il nuovo CCNL Aiop per le RSA abbiamo gestito insieme (datori di lavoro e lavoratori) la crisi

cercando di tutelare l'utenza, il posto di lavoro e le Strutture. Non bisogna infatti dimenticare che lo scopo delle Residenze Sanitarie Assistenziali (Rsa) è quello di offrire un servizio di alto profilo che deve da una parte fare i conti con il fatturato e dall'altro fondandosi sul rapporto tra utente ed operatore richiede una forte motivazione di coloro che lavorano nella struttura. Ricordiamo infatti che le RSA sono istituti che assistono persone anziane non autosufficienti, non più in grado di rimanere a casa, a causa delle loro condizioni di salute e di autonomia. La missione delle strutture è quella di far sentire le persone come se fossero a casa, rispettando il bisogno di riservatezza ma stimolando al tempo stesso la socializzazione tra gli

ospiti offrendo nel contempo tutti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi necessari a ed una assistenza individualizzata che mira a mantenere "vivi" interessi personali e livelli di autonomia. Detto questo va dato atto alle OO.SS. stipulanti di aver cercato di lavorare insieme all' Aiop per permettere che il settore possa rimanere saldo nelle unità lavorative e successivamente crescere.

RISULTATO SODDISFACENTE

Il risultato può dirsi estremamente soddisfacente perché partendo dal riconoscimento della situazione attuale offre a tutti dignità e speranza. Lo sforzo della Commissione che ha lavorato al contratto è stato lungo, soffer-

I punti salienti

Chiediamo ad uno dei membri tecnici della Commissione Aiop che ha collaborato alla stesura del contratto, il consulente del lavoro David Trotti, membro del centro studi dell'Associazione Nazionale Consulenti del Lavoro (Ancl-SU), Coordinatore per l'area lavoro della rivista Consulenza di Buffetti Editore e coordinatore del Centro Studi dell'Associazione Italiana per la Direzione del Personale (AIDP), di farci un quadro dei punti più salienti del testo contrattuale.

Voglio subito precisare che ovviamente accenneremo ai punti più importanti e più significativi, lasciando alla lettura integrale del testo gli approfondimenti relativi ai punti che non tratteremo.

Il punto più importante è sicuramente la **nuova classificazione del personale**, ma di questo ne ha parlato ampiamente il prof. Miraglia nel suo intervento, oltre alla definizione della figura dell'**assistente domiciliare**. Un altro risultato significativo si è raggiunto sulla gestione delle **ferie** (saranno di 26 giorni lavorativi per anno) con il superamento di un elemento di forte criticità del settore, quello delle differenti quantità orarie dei giorni. Il CCNL infatti dispone che per i turni che prevedano orari giornalieri di differente grandezza il calcolo delle ferie sarà effettuato trasformando i giorni in ore e pertanto il monte ore di ferie corrisponderà a 173 ore (26 x 6,66); ovviamente il godimento delle ferie avverrà per giorni interi e non potrà essere frazionato ad ore. **L'orario di lavoro** ordinario settimanale è fissato in 38 ore da articolare di norma su 6 giorni (possibile farlo anche su 5



IL TESTO DEL CONTRATTO È DISPONIBILE SUL SITO ASSOCIATIVO ALL'INDIRIZZO

www.aiop.it/normative.aspx
376KB dal sito



to e pieno di flussi e riflussi sia dal punto di vista normativo che gestionale, ma ha prodotto, come abbiamo accennato un risultato che sicuramente sarà significativo per il settore e per l'intera AIOP.

DECLARATORIE CONTRATTUALI

Il contratto che stiamo commentando infatti si applica a tutto il personale con rapporto di lavoro dipendente da una Residenza sanitaria assistenziale (RSA) e da altra struttura

residenziale e socio-assistenziale associata AIOP, così come normativamente individuate e regolamentate, venendo articolata l'opera di ciascuna in autonoma e distinta unità operativa e gestionale, pur facendo parte e rispondendo tutte queste attività allo stesso soggetto giuridico. Questa definizione è essenziale ed importante in quanto permette a tutto l'universo delle residenze sanitarie di entrare nel nostro contratto. Dal punto di vista operativo il risultato maggiore è stato raggiunto nella definizione delle

declaratorie contrattuali cercando di farle coincidere con la vita vera dei lavoratori e delle strutture e nel contempo cercando di raccogliere le esperienze più significative della contrattazione del settore così come ben descrive la premessa alla loro elencazione *“L'evoluzione del lavoro nell'ambito dell'assistenza alla persona anche dal punto di vista socio-sanitario e assistenziale si sviluppa nella relazione tra organizzazione aziendale, professionalità degli operatori (anche attraverso i sistemi di inquadramento del personale), bisogno e necessità delle persone che vengono assistite. In questo quadro si muove la nuova classificazione del personale, tenta di valorizzare tutti e tre questi elementi. Questa classificazione non è però un punto di arrivo, ma un punto di partenza al fine di ottenere una struttura flessibile che si adatti alle mutate relazioni dei tre elementi descritti nel primo paragrafo. Valorizzare il capitale umano e la professionalità degli operatori deve essere elemento cardine per l'efficacia ed efficienza di un servizio che mette il paziente al centro di ogni azione. L'integrazione e l'intercambiabilità delle mansioni, la polivalenza dei propri compiti, l'acquisizione di nuove conoscenze e competenze nell'ambito di diverse posizioni lavorative, costituiscono elementi positivi anche in relazione allo sviluppo professionale e delle carriere.”*

I punti salienti

(SEGUE DA PAG. 53)

giorni) e questo comporterà un'ottimizzazione delle risorse. Si è intervenuti inoltre sul **periodo di prova** pari a 60 giorni lavorativi per i livelli A e B; 180 giorni di calendario per gli altri livelli. È stata introdotta la **banca delle ore** che si costituisce con l'accantonamento delle ore di lavoro supplementare, straordinario e delle 32 ore per ex festività soppresse (che vengono inserite in ragione di 1/12 per ogni mese intero di lavoro) che saranno accumulate e resteranno a disposizione del lavoratore per l'anno di maturazione e per il semestre successivo (18 mesi).

Per quanto riguarda la **malattia**, è stato raggiunto un obiettivo significativo di contrasto dell'assenteismo. Infatti solo in caso di assenza per non più di due episodi morbosi, il datore di lavoro è tenuto ad integrare le prestazioni economiche assicurative sino a raggiungere:

il 100% della retribuzione globale netta sino al 180° giorno di assenza per malattia nell'arco di due anni precedenti ad ogni inizio di malattia, computando altresì la malattia in corso; il 100% della retribuzione globale netta sino al 180° giorno di assenza per infortunio.

Questo trattamento non deve essere comunque superiore a quello che il lavoratore avrebbe percepito al netto, se avesse lavorato, a titolo di emolumenti stipendiali fissi e non variabili.

Come si vede c'è stata una forte attenzione a mantenere da un lato la retribuzione del lavoratore, ma anche a evitare abusi, inserendo anche il cosiddetto meccanismo della **lordizzazione**.

Ai fini del riconoscimento della retribuzione nella misura del 100%, non si cumuleranno i periodi di malattia con quelli di infortunio.

Per la parte retributiva sono stati eliminati gli scatti di anzianità ed è stata inserita l'**indennità di posizione** per tutti i dipendenti appartenenti ai livelli A, B, C, D1, D2, D3, E1, E2, E3 al compimento del 5° anno di anzianità nella medesima azienda ed al medesimo livello con un assegno lordo ad personam pari a 40,00 euro da erogarsi per 13 mensilità ed utile ai fini del trattamento di fine rapporto.

La **retribuzione tabellare** che include contingenza ed EDR (e quindi essendo un'unica voce sarà sicuramente più gestibile) è la seguente:

Livelli	Minimo	Totale
H	3.005,00	3.005,00
G	2.505,00	2.505,00
F	1.905,00	1.905,00
E3	1.505,00	1.505,00
E2	1.455,00	1.455,00
E1	1.405,00	1.405,00
D3	1.355,00	1.355,00
D2	1.325,00	1.325,00
D1	1.285,00	1.285,00
C	1.285,00	1.285,00
B	1.185,00	1.185,00
A	1.105,00	1.105,00

Significativo risolto per le aziende è la definizione dei coefficienti orari e giornalieri che servono a definire anche le componenti variabili della retribuzione e sono stabiliti per la paga giornaliera sulla base di 1/26 delle sotto elencate competenze della retribuzione:

- retribuzione come da relativa posizione;
- assegno ad personam;

L'importo della paga oraria è determinato dividendo la somma delle sopraelencate competenze per 173.

Questi i punti salienti, ma sicuramente l'analisi del testo farà trovare a ciascuno in base alla propria realtà ulteriori aspetti innovativi e di vantaggio.

ASSISTENZA DOMICILIARE

Un altro passo importante, che è stato realizzato dal CCNL, è quello contenuto nell'allegato 1 che ha definito le attività di **Assistenza Domiciliare**, un settore di forte attenzione e di sviluppo in questo momento storico specifico. Secondo il testo queste attività sono costituite dal complesso delle prestazioni di natura socio-assistenziale prestate al domicilio di persone anziane, al fine di consentire la permanenza nel normale ambiente di vita e di integrare e/o ridurre le esigenze di ricorso a strutture residenziali (con un abbattimento dei costi sociali molto alto); il testo riporta poi una definizione ed una normazione di tutti gli aspetti che riguardano la figura emergente dell'assistente domiciliare.

Terminiamo questo breve excursus, rimandando all'intervista al dr. David Trotti per gli approfondimenti tecnici, con l'augurio che il CCNL RSA Aiop possa divenire ben presto il contratto di riferimento del settore poiché si tratta di un testo che rappresenta la realtà e la situazione di coloro che operano in questo campo e che può dare tutte le risposte a residenze, lavoratori, utenti e famiglie degli utenti. ■

(*) *Presidente Commissione Nazionale AIOP per le RSA
Docente di Economia Sanitaria*

DI FILIPPO LEONARDI

PROGRAMMA NAZIONALE VALUTAZIONE DEGLI ESITI OSPEDALIERI:

Arriva una rivoluzione?

Baltimora è famosa per due cose: per i Baltimore Orioles, la squadra di baseball, e per il **Johns Hopkins Hospital**. Quelli che non sono appassionati di baseball ci vanno quindi per il centro di ricerca, università e assistenza di eccellenza, fondato più di un secolo fa.

È stata la prima grande scuola di medicina negli Stati Uniti ad ammettere le donne; la prima a usare i guanti di lattice per gli interventi chirurgici; la prima a sviluppare la dialisi renale e la rianimazione cardiopolmonare. Qui nacquero molte specialità mediche, tra cui la neurochirurgia, l'urologia, l'endocrinologia e la pediatria.

Per arrivarci si prende la metropolitana che ha una sua stazione nelle fondamenta del Johns Hopkins stesso. Si scende dal treno e attraverso lunghissimi tapis roulant si arriva nell'enorme sala di accettazione, dove agenti di sicurezza fanno indossare dei braccialetti di colore diverso a seconda del motivo della visita: paziente, familiare, ecc.

Lungo il tapis roulant, alle pareti, è possibile osservare le gigantografie delle copertine delle maggiori riviste statunitensi che annunciano che ancora una volta, da 18 anni di fila, il Johns Hopkins Hospital si è classificato al primo posto nella graduatoria degli ospedali USA con i migliori indicatori di performance.

Per un italiano, sentire di una classifica degli ospedali fa un certo effetto. Eppure quello che stanno elaborando in una stanza della sede *Agenas* a Roma – l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari, braccio tecnico del Ministero della Salute – è qualcosa che ci va molto vicino, e di cui ci si accorge già dal nome: **Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE)**.

Il PNE nacque nel 2004 e venne affidato al Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa il compito di elaborare una serie di indicatori che consentissero, sulla base della letteratura scientifica mondiale e dell'esperienza italiana, una misurazione dei sistemi sanitari re-



gionali e delle prestazioni ospedaliere utilizzando le Schede di dimissione ospedaliera che ogni ospedale pubblico e privato, che opera per conto del Servizio Sanitario Nazionale, compila e trasmette alle Asl. Insomma, il tentativo di fare una “radiografia” dei luoghi di cura italiani, un programma molto ambizioso, in grado di sconvolgere il modo di gestire le procedure cliniche, la formazione, il marketing e gli stessi rapporti istituzionali dell'ospedale.

I PRIMI RISULTATI

Il Programma ha cominciato a dare i primi risultati nel 2009 attorno a una quarantina di indicatori importanti che riguardano appunto l'assistenza ospedaliera, distrettuale, farmaceutica e quella collettiva e di prevenzione (vd. riquadro).

Per i risultati dell'assistenza ospedaliera c'è bisogno delle dovute “pesature”: è chiaro, ad esempio (“Mortalità a 30 giorni da infarto miocardico acuto”), che un trentenne colpito da infarto ha più possibilità di sopravvivenza di un 70enne, già indebolito dagli anni. Pertanto, in una struttura che cura soprattutto anziani c'è una maggiore

probabilità di morti per infarto rispetto a quella dove si curano prevalentemente giovani. E queste considerazioni sono servite per un aggiustamento dei dati.

Inizialmente, anche i dati degli indicatori ospedalieri sono stati presentati su base regionale e, come succede, il primo tentativo è stato poco felice, perché ci si è resi conto che l'accorpamento regionale avrebbe impoverito la validità dei dati. Cosa significa dare una media regionale dell'indicatore “Intervento chirurgico entro 48 ore per frattura al collo del femore”? Sarebbe un modo per livellare gli ospedali ad una media buiarda per le singole strutture, poco significativa per tutti. E così si è fatta la scelta più coraggiosa, mettendo a disposizione degli operatori pubblici e delle singole strutture tutti i dati – rispetto agli indicatori scelti – dei singoli ospedali.

Diciamo subito che il primo e più grave errore da parte dei manager ospedalieri sarebbe quello di disinteressarsi del Programma. I dati sono già in mano degli amministratori della politica sanitaria e dei concorrenti, pubblici e privati. I primi possono utilizzarli in tanti modi, dall'istituzione di un sistema premiante per le eccellen-

ze ad una rimodulazione delle tariffe delle prestazioni. Il Ministro Balduzzi, ad esempio, agli inizi di febbraio 2012 ha disposto l'invio dei NAS alle strutture ospedaliere con un indice di parti cesarei, che è un altro indicatore, molto superiore alla media. Insomma, uno strumento che potrebbe incidere pesantemente sulla vita dell'ospedale. Ma questi dati potrebbero essere utilizzati anche dai concorrenti pubblici e privati che, con azioni di marketing mirate, potrebbero pubblicizzare le proprie performance positive rispetto agli altri competitors.

GLI OBIETTIVI DEL PROGRAMMA

I dati sono così a disposizione di tutti gli operatori del settore, ma per utilizzarli correttamente occorre cogliere gli obiettivi del Programma e comportarsi di conseguenza. E lo scopo principale del programma, almeno nel breve periodo, non è immediatamente quello di dare pagelle, ma quello di aiutare gli ospedali a leggere questi indicatori e avviare un programma di miglioramento della qualità. Un programma che coinvolga il management dell'ospedale e il personale sanitario al suo interno verso quella che oggi viene chiamata *clinical governance*, e cioè la gestione delle attività cliniche per un miglioramento continuo della qualità, dell'appropriatezza delle prestazioni e dell'efficienza del sistema.

Per ora, insomma, è una grande opportunità da cogliere. In un periodo storico segnato da crisi economica si soccombe o se ne esce più forti di prima, e questa è una regola che vale certamente per ogni impresa. Utilizzare questi strumenti è un modo per vedere lontano. ■

alcuni indicatori ospedalieri

- Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Infarto Miocardico Acuto con esecuzione di PTCA entro 48 ore: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- PTCA eseguita oltre 48 ore dal ricovero per Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dall'intervento
- Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 48 ore
- PTCA eseguita per condizioni diverse dall'Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni
- Bypass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni
- Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Rivascolarizzazione carotidea: riammissioni ospedaliere per ictus entro 30 giorni
- Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Ictus: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
- BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
- Proporzione di colecistomie laparoscopiche
- Colecistomia laparoscopica: complicanze a 30 giorni
- Colecistomia laparoscopica: altro intervento a 30 giorni
- Colecistomia laparotomica: complicanze a 30 giorni
- Colecistomia laparotomica: altro intervento a 30 giorni
- Intervento di valvuloplastica o sostituzione di valvola isolata: mortalità a 30 giorni
- Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore
- Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria entro 4 giorni
- Colecistomia Laparotomica: Degenza post-operatoria entro 7 giorni
- Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
- Tumore maligno del polmone: mortalità a trenta giorni dall'intervento
- Intervento di artroscopia di ginocchio: reintervento entro 6 mesi
- Interventi chirurgici non oncologici: mortalità a 30 giorni

gli indici di misurazione dei sistemi sanitari

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Governo della domanda

- Tasso ospedalizzazione Ricoveri Ordinari per acuti per 1.000 residenti
- Tasso ospedalizzazione globale per acuti per 1.000 residenti
- Tasso ospedalizzazione Day Hospital per acuti per 1.000 residenti
- Peso medio DRG Ricoveri Ordinari

Efficienza

- Indice di performance degenza media per acuti – DRG chirurgici
- Indice di performance degenza media per acuti
- Indice di performance degenza media per acuti – DRG medici
- Degenza media pre-operatoria interventi chirurgici programmati

Appropriatezza chirurgica

- % DRG medici da reparti chirurgici
- % colicistomie laparoscopiche in Day-Surgery e Ricoveri Ordinari 0-1 gg
- DRG Lea Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery e ordinari 0-1 giorno

Appropriatezza medica

- DRG Lea medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
- Percentuali di ricoveri ordinari medici brevi
- Percentuali di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica

Qualità clinica

- % cesarei
- % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa MDC corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione RO per acuti nazionale
- % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni
- % ricoveri medici ripetuti entro 30 giorni
- % ricoveri chirurgici ripetuti entro 30 giorni
- % fratture femore operate in 2 giorni
- Percentuale di fughe in punti DRG

ASSISTENZA DISTRETTUALE

Efficacia assistenziale delle patologie croniche

- Tasso ospedalizzazione scopenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
- Tasso ospedalizzazione diabete globale per 100.000 residenti (20-74 anni)
- Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

ASSISTENZA FARMACEUTICA

- Spesa lorda pro-capite farmaceutica territoriale
- Scostamento dalla mediana nazionale dei consumi farmaceutici territoriali di classe A-SSN in DDD/1000 ab die
- % sul totale della spesa netta della spesa territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN
- % sul totale delle DDD del consumo territoriale dei farmaci equivalenti di classe A-SSN

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA

E DI PREVENZIONE

- Grado di copertura per vaccino antinfluenzale per 100 abitanti (> = 65 anni)
- Grado di copertura per vaccino MRP (morbillo, rosolia, parotite) per 100 abitanti (< = 2 anni)
- Estensione grezza di screening mammografico (50-69 anni)
- Adesione grezza screening mammografico (50-69 anni)
- Estensione grezza screening colon retto (50-69 anni)
- Adesione grezza screening colon retto (50-69 anni)



La convenzione AIOP

offre le migliori condizioni
di mercato per la

RESPONSABILITÀ CIVILE

con Primarie Compagnie
di Assicurazione



VERDE

848 789901

CHIAMATA GRATUITA



GEAS

Insurance Broker



Sistemi Informativi
Ospedalieri

Contabilità e logistica

Laboratori
e servizi diagnostici

RIS-PACS

Sistemi di Reparto
e Cartella Clinica

Sale Operatorie
e percorsi di cura

www.dedalus.eu

**la vita scorre nei
nostri software**

Dedalus
SOFTWARE FOR HEALTHCARE