

# MONDO SALUTE

**TORINO 27 MAGGIO 2011 - CONVEGNO**

## Il federalismo è la cura per la Sanità italiana?

**APPUNTI SUL CONVEGNO ANNUALE AIOP GIOVANI**

### La sfida dell'e-health

**WORKSHOP**

### Il regime IVA delle prestazioni sanitarie

**UNA NUOVA APP PER IPAD E IPHONE**

### iAiop: la salute è a portata di dito

**TORINO - 28 MAGGIO 2011**

## Atti della XLVI Assemblea Generale Aiop





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](http://www.dedalus.eu)

**la vita scorre nei  
nostri software**

**Dedalus**  
SOFTWARE FOR HEALTHCARE



Questo numero è dedicato integralmente alle **giornate assembleari di maggio a Torino**. Da più parti ci chiedono di dar **corso e concretezza** ai temi ivi trattati, **con particolare attenzione al federalismo**. Per noi è necessario realizzare **una riforma strutturale** che possa, nel lungo termine, **rispondere alle esigenze del Paese** garantendo un **sistema sanitario universalistico**, ma avendo come obiettivo l'**ottimizzazione dei costi**. Il problema non è la mancanza di risorse quanto **il loro utilizzo**.

**N**a vengono dispersi il 27,4% dei finanziamenti, oltre 9 miliardi di euro ogni anno. Le strutture pubbliche ricevono finanziamenti statali più alti del valore delle prestazioni che erogano. Ci sono regioni, come la Calabria o il Lazio, che arrivano a sperperare quasi la metà delle risorse.

**La prima operazione da fare**, dunque, è individuare dove si concentrano le sacche di inefficienza ed intervenire con coraggio tagliando i costi impropri imposti dalla politica (acquisti inutili, appalti pilotati, dotazioni organiche gonfiate a dismisura per

assecondare le esigenze clientelari, ospedali fotocopia ecc). In questa direzione un ruolo può essere svolto dalla riforma del federalismo la cui attuazione è però ancora lontana.

**C'è una strada che può essere** percorsa subito ed è quella che, indicata nelle linee programmatiche del governo non è stata intrapresa neanche in parte e sembrava potesse fare capolino nella manovra: una seria, minima, liberalizzazione con un maggiore coinvolgimento della sanità privata. Ogni anno il 18,3% delle giornate di degenza fornite dal sistema ospedaliero è coperto dal privato convenzionato che però incide sulla spesa sanitaria solo per il 7,4%. Prestazioni di eccellenza -che sono rese a costo zero per gli utenti dagli ospedali a gestione privata accreditati con il servizio pubblico- pesano sulla collettività meno della metà di quanto pesano le stesse prestazioni erogate negli ospedali a gestione pub-

blica. Ampliare questa quota favorendo la competitività non vorrebbe dire privatizzare la sanità; al contrario la governance del sistema dovrebbe rimanere dello Stato, detentore, prima, del potere/dovere di controllo sul possesso dei requisiti indispensabili da parte di ogni ospedale pubblico o privato nonché, dopo, della appropriatezza delle prestazioni rese e pagate con la fiscalità generale cioè con i soldi di tutti. Uno Stato regolatore, controllore ed arbitro rigoroso insomma, e non l'ibrido pernicioso ed opaco di oggi che contiene in sé le funzioni di programmazione, di erogazione, di finanziamento e di controllo di se stesso e dei propri competitori.

**Se si sviluppasse un vero sistema** competitivo si affermerebbe la regola ferrea di tutti i mercati (anche di quelli regolati): la concorrenza induce più qualità e meno costo con un effetto benefico sui conti pubblici.

**I paesi europei si stanno orientando** verso la costruzione di sistemi misti in cui il confronto tra erogatori innesca un meccanismo virtuoso di sana competitività. Un sistema misto pubblico-privato può offrire un buon livello di soddisfazione da parte dei cittadini e il miglior rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti. Un sistema misto pubblico-privato, opportunamente valorizzato, può dunque giocare un ruolo importantissimo, non solo perché può rispondere con maggiore efficacia alla crescente domanda di assistenza qualificata da parte dei cittadini, ma anche perché può offrire un contributo al riequilibrio dei conti pubblici. ■

*Enzo Paolini*





## 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

# sommario

1

**EDITORIALE**  
DI ENZO PAOLINI



IN COPERTINA: Reggia di Venaria Reale

## MONDO SALUTE

**PERIODICO A CARATTERE  
TECNICO-INFORMATIVO  
PROFESSIONALE**

Anno VII - n. 2 OTTOBRE 2011

**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](http://www.mondosalute.it)  
e-mail: [uffstampa@aiop.it](mailto:uffstampa@aiop.it)

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

4

**TORINO, 26 MAGGIO 2011 - APPUNTI SUL CONVEGNO ANNUALE AIOP GIOVANI**  
**La Sanità del futuro: la sfida dell'e-health**



**TORINO, 27 MAGGIO 2011 - CONVEGNO**  
**Il federalismo è la cura per la Sanità italiana?**



8

**WORKSHOP**

**Il regime IVA delle prestazioni sanitarie**



28

32

**Atti della XLVI Assemblea Generale Aiop**  
**TORINO - 28 MAGGIO 2011**



# La Sanità del futuro: la sfida dell'e-health

Controllo dei pazienti a distanza, **cartelle cliniche on-line**, risultati di analisi in rete: **le tecnologie** hanno completamente trasformato il concetto di cura e assistenza sanitaria.

Attualmente in Italia circa **il 7% del Pil** è assorbito dalla sanità, una percentuale **destinata ad aumentare**, che rischia di compromettere da un lato le finanze pubbliche, dall'altro, considerata la necessità di ridurre le spese, **l'efficienza del nostro sistema sanitario** che pur nelle forti differenze regionali viene considerato oggi uno dei migliori al mondo. Una risposta di **equilibrio tra qualità e compatibilità economica** può arrivare da un maggiore sviluppo della **"sanità elettronica"**.



**D**i questo si è discusso nel corso del convegno "La sanità del futuro. La sfida dell'e-health", che si è tenuto a Torino nel mese di maggio 2011 ([www.aiopgiovani.it/attivita/138](http://www.aiopgiovani.it/attivita/138)), promosso dai giovani imprenditori dell'AIOP, e realizzato in collaborazione con l'Osservatorio ICT in sanità della School of Management del Politecnico di Milano e con il patrocinio del Politecnico di Torino. In Italia gli investimenti in ICT delle strutture sanitarie, pubbliche e private, raggiungono in media l'1,05% (pari a 920 milioni di euro) della spesa complessiva. Una forte differenza si registra tra il Nord e il Sud: gli investimenti, infatti, sono concentrati per il 79% dei casi tra le strutture del Nord, dove la spesa in ICT è di 21 euro pro capite contro i soli 9 euro per abitante nel Sud e nelle Isole.

## UNA SFIDA TUTTA DA GIOCARE

Anche se destinati ad aumentare nei prossimi tre anni, tali investimenti risultano limitati e la sanità elettronica è una sfida ancora tutta da giocare soprattutto se si tiene conto che laddove è maggiore l'utilizzo degli strumenti di informazione e comu-



nicazione tecnologica in sanità cresce la soddisfazione dei cittadini sulla qualità dei servizi ed è minore la spesa sanitaria pro-capite.

## SETTORE CHIAVE

La sanità elettronica è dunque un settore chiave che può aumentare l'efficacia nella gestione e nell'offerta di sanità, contribuendo alla razionalizzazione delle spese e realizzando il concetto di medicina cen-



## I RELATORI



### AVERARDO ORTA

Coordinatore Nazionale Aiop Giovani, Presidente dell'Ospedale Privato Santa Viola s.r.l. di Bologna



### FABIO MIRAGLIA

Docente di Economia Sanitaria all'Università Mediterranea di Reggio Calabria, è Presidente della GIOMI RSA Srl, dirigente del Gruppo Giomi Spa e procuratore di IG.com Srl, software house sanitaria. V/Presidente della sezione Lazio di Aiop Giovani, ne coordina le sezioni del Centro Italia.



### MARTIN CURLEY

Direttore di Intel Labs Europe e senior principal engineer di Intel Corporation. Intel Labs Europe è un'organizzazione di network di 22 laboratori con circa 900 ricercatori/sviluppatori in Europa. Più recentemente è stato Global Director di IT Innovation di Intel Corporation. Curley è autore di tre pubblicazioni su technology management for value, innovazione e imprenditoria.



### MARIA CARLA GILARDI

Direttore dell'Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare del CNR, Milano. Esperta del Ministero della Salute in materia di e-Health.



### MAURO MORUZZI

È uno dei maggiori esperti italiani di e-Health e Direttore Generale di CUP 2000 SpA. Insegna e-Care e salute all'Università di Bologna e Sociologia dell'organizzazione all'Università di Urbino. Inventore del CUP, attualmente lavora al progetto del Fascicolo Sanitario Elettronico del cittadino, alla Rete SOLE Emilia-Romagna, ai sistemi e-Care e all'Osservatorio Nazionale delle reti e-Care per il Ministero della Salute.



### STEPHEN YEO

Marketing Director Panasonic Europe - London



### FRANCESCO NESCI

Esperto di change management e presidente di Healthcare Management, società consortile di management consulting impegnata in attività di re-design e miglioramento organizzativo con l'utilizzo delle metodologie di Lean Management, e con una elevata esperienza nella progettazione di sistemi digitali (digital design).



### CLAUDIO VELLA

Direttore scientifico dell'Osservatorio "ICT in Sanità" del Politecnico di Milano.

# "Salute. Ti basta un dito"

Nasce una nuova applicazione per i-Phone e i-Pad che mette in rete le strutture sanitarie. Si chiama "i-Aiop", è gratis e permette di trovare velocemente la struttura dove farsi curare e prenotare in tempi rapidi. L'applicazione è stata presentata a Torino nell'ambito del convegno "La sanità del futuro. La sfida dell'e-Health", promosso da Aiop Giovani.

Un italiano su tre si affida alla rete per informarsi in materia di sanità: nel 2010 il 34% ha cercato in rete informazioni su assistenza sanitaria e il 18,4% si è rivolto al web per trovare informazioni sulle strutture a cui rivolgersi: un trend destinato a crescere nel tempo.

Un aiuto a chi deve scegliere dove farsi curare per una piccola emergenza anche quando è lontano da casa, arriva da un'idea dei giovani imprenditori dell'Aiop, che, nell'ambito del convegno "La sanità del futuro. La sfida dell'e-Health" ha presentato l'applicazione per i-Phone e i-Pad, "i-Aiop": il primo passo verso un vero e proprio centro unico di prenotazione tra le strutture che aderiscono.

"i-Aiop" è un'applicazione, in costante aggiornamento, che permette di individuare attraverso la funzione gps, la struttura sanitaria più vicina per ottenere una prestazione in tempi rapidi.

La ricerca potrà essere effettuata specificando un luogo ben preciso oppure filtrando le strutture per tipologia e specialità della visita che si richiede. Le strutture vengono visualizzate in elenco, su una mappa, con una scheda informativa multipagina e la possibilità di telefonare direttamente o inviare una e-mail per verificare velocemente la disponibilità e i tempi di attesa.

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.

L'archivio delle case di cura presenti è rappresentato da oltre 500 strutture distribuite su tutto il territorio nazionale che offrono assistenza sanitaria per tutte le specialità sia che si intenda usufruire di una prestazione privata, a pagamento, sia di una prestazione convenzionata con il sistema sanitario nazionale. L'archivio potrà crescere nel tempo perché l'applicazione potrà essere estesa anche ad altre realtà.

In futuro sarà possibile ottenere una prenotazione direttamente dalla casa di cura, ricevendo una mail o un sms di conferma con la data e l'orario fissati e le eventuali indicazioni sulla preparazione agli esami o a prestazioni specialistiche.

"i-Aiop" è completamente gratuita e, ad oggi, è stata scaricata su i-Phone o i-Pad già da 2.500 utenti.

Da metà ottobre inizierà la campagna nazionale "Salute. Ti basta un dito" per pubblicizzare l'iniziativa attraverso le stesse strutture associate Aiop al grande pubblico, destinatario dell'applicazione.

trata sul paziente. Nel corso dell'incontro è intervenuto tra gli altri **Martin Curley**, Direttore di Intel Labs Europe, network di 22 laboratori e con circa 900 ricercatori in Europa e senior principal engineer di Intel Corporation, la più grande multinazionale produttrice di microprocessori. Curley ha offerto un quadro sugli investimenti in tecnologie per la salute in Europa dove ad esempio si distinguono la Gran Bretagna (investimenti pari a 1,48%, la Finlandia, 1,46%, Belgio e Irlanda 1,1%, Francia 0,8%, Germania 0,6%, seguono Italia, Spagna e Austria, con lo 0,4%, il Portogallo, 0,3% e la Grecia 0,2%).

Sono inoltre intervenuti **Maria Carla Giardi**, direttore dell'Istituto di Bioimmagini e Fisiologia Molecolare del CNR ed Esperta del Ministero della Salute in materia di e-Health e **Claudio Vella**, Direttore scientifico dell'Osservatorio "ICT in Sanità" del Politecnico di Milano, con approfondimenti sullo stato dell'arte in Italia; **Mauro Moruzzi**, responsabile di Cup 2000 Spa, **Stephen Yeo**, Marketing Director Panasonic Europe, che ha illustrato i device medicali ad oggi disponibili e i vantaggi per i pazienti e per i costi sanitari, e **Francesco Neschi** di Healthcare Management per approfondire le opportunità dell'e-health per le aziende sanitarie.

Al termine del Convegno, **Ave-rardo Orta**, Coordinatore Nazionale di Aiop Giovani e **Fabio Miraglia**, Docente di Economia Sanitaria all'Università Mediterranea di Reggio Calabria, hanno presentato la nuova applicazione per i-Phone e i-Pad, "i-Aiop", il primo passo verso un vero e proprio centro unico di prenotazione interattivo che mette in rete le oltre 500 strutture Aiop.

## FUNZIONI GPS

Grazie all'applicazione con funzione GPS è possibile individuare la struttura sanitaria più vicina al luogo in cui ci si trova e prenotare una prestazione nel minor tempo possibile. La ricerca potrà essere effettuata specificando un luogo oppure filtrando per tipologia e specialità della visita che si richiede. Le case di cura visualizzate in elenco, su una mappa, con una scheda informativa multipagina possono essere contattate direttamente tramite e-mail o telefono per verificare in tempo reale la disponibilità e i tempi di attesa.



**GUARDA SUL TUO SMARTPHONE  
IL FILMATO DI PRESENTAZIONE  
TRAMITE IL QR CODE**



# NEXUS BRIDGE

**N**exus Bridge è il ponte informatico sul quale possono transitare con precisione, rapidità e sicurezza tutte le informazioni che Strutture Sanitarie ed Assicurazioni possono doversi scambiare.

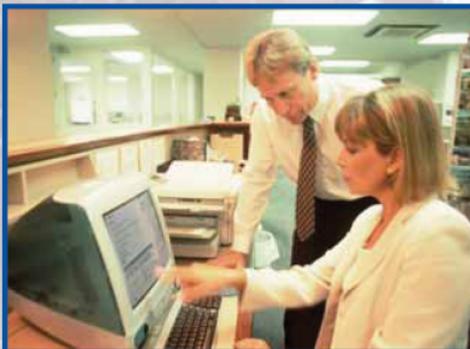


Questo consentirà di evitare errori e malintesi, che si traducono quasi sempre in una dilatazione dei tempi di risoluzione della pratica e

del pagamento delle relative fatture.

Costruito sulla base degli "Standard di comunicazione per l'Assistenza Diretta" creati da A.I.O.P. in collaborazione con A.N.I.A. (l'Associazione delle Imprese Assicuratrici) il

sistema è anche in grado di gestire le diverse modulistiche che ancora oggi ciascuna assicurazione richiede alle



Cliniche, rendendo molto più facile per gli operatori gestire le pratiche dei ricoveri e dei conseguenti sinistri.

TORINO, 27 MAGGIO 2011 - CONVEGNO

# Il federalismo è la cura

## Ancora una volta il Servizio Sanitario Nazionale è ad

**GABRIELE PELLISSERO**

VICE PRESIDENTE NAZIONALE AIOP



Apriamo i lavori, dando inizio alla parte centrale delle manifestazioni della nostra Associazione dopo un esordio molto interessante e ricco di contenuti al quale abbiamo assistito nel pomeriggio di ieri, grazie all'impegno di AIOP Giovani, che ha organizzato un convegno sulle nuove

tecnologie informatiche in sanità, molto seguito e certamente utile. In particolare, la nuova applicazione presentata è da raccomandare per interesse e praticità.

Con il convegno di questa mattina ci avviamo alla seconda fase dei nostri lavori che proseguiranno nel pomeriggio con un argomento tematico sul problema molto importante, quello relativo all'IVA. Domani si svolgerà l'Assemblea, un momento associativo fondamentale per la vita dell'AIOP.

Il convegno è un evento centrale sotto il profilo culturale, poiché riveste una straordinaria importanza, sia per il prestigio e l'estrema autorevolezza dei relatori, sia per l'argomento, che costituisce certamente un punto di fondamentale interesse per la nostra categoria. Il federalismo in sanità, infatti, è certamente un processo di grande importanza, che inizia in questi tempi, ma è di lunga deriva e come tutti i grandi processi offre opportunità a chi le sa cogliere, pone interrogativi, richiede un'attenzione e una presenza molto forti.

AIOP intende confermare la propria tradizione istituzionale nell'approcciarsi a questo grande processo, che si sta avviando,

con grande senso di responsabilità, con impegno a lavorare nell'interesse comune, proponendosi come soggetto attivo e collaborativo a tutti gli organi istituzionali, il Governo, il Parlamento e le Regioni, che saranno sicuramente un soggetto di straordinaria rilevanza nell'attuazione di questo progetto. Noi vogliamo essere propositivi e ponendoci al servizio di un obiettivo, che serviamo con la nostra attività quotidiana e nel quale crediamo profondamente: quello della salute dei cittadini.

Vi presento ora gli autorevoli relatori, anche se non ne hanno bisogno, dato che sono tutti molto conosciuti: Enrico La Loggia, Presidente della Commissione parlamentare per l'attuazione del Federalismo fiscale; Luca Antonini, Presidente della Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del Federalismo fiscale; Luca Ricolfi, Docente di Analisi dei dati dell'Università di Torino. Ringrazio tutti di cuore per essere qui con noi. È in arrivo, anzi è già partito dalla sede della Regione, il Presidente Roberto Cota che saluteremo non appena sarà qui con noi.

In questa fase iniziale è importante stabilire i principi e, soprattutto, avanzare proposte costruttive. Per questo motivo mi permetto, prima di dare la parola ai relatori, di premettere alcune considerazioni. Il federalismo in sanità, come ho accennato, pone interrogativi ed auspichiamo offra opportunità, ma non ne conosciamo esattamente i contenuti ed è questa la ragione per la quale abbiamo chiesto ai protagonisti di questo processo di essere presenti, per darci indicazioni. Alcuni concetti, però, ci preme comunque sottolinearli.

Prima di tutto vorrei partire da una considerazione sullo stato di fatto nel quale ci troviamo, lo scenario in cui il federalismo in sanità prende le mosse. Nel nostro Paese la spesa sanitaria pubblica è bassa e, se non ribadiamo ogni volta questo con-



petto, rischiamo di avere una rappresentazione falsata della realtà. Ricordo un dato noto a tutti: rispetto ai grandi Paesi europei comparabili con noi, quali la Francia e la Germania, l'Italia ha una spesa pubblica inferiore di due punti di PIL, un valore enorme che ci consente di sostenere che la sanità italiana è sottocapitalizzata.

A fronte di questo dato importante, sul quale dovrebbero riflettere tutti coloro che determinano il Fondo sanitario nazionale, registriamo un altro dato altret-

# per la Sanità italiana?

## una svolta



tanto importante e noto, rappresentato dalla presenza, all'interno della spesa sanitaria pubblica del nostro Paese, di aree consistenti di inefficienza e, diciamo pure, di spreco.

Il nostro studio annuale, "Ospedali & salute", quest'anno ha ben dimostrato, con dati inequivocabili, che l'inefficienza è presente nella spesa pubblica di quasi tutte le Regioni italiane, sia pure molto diversamente distribuita, con punte che raggiungono valori veramente preoccupanti, col-

locati intorno al 40-45%. Se questo è un dato estremo, potremmo tuttavia fissare un dato medio ragionevole vicino al 20-25% della spesa pubblica, che potremmo chiamare benevolmente inefficiente, ma in realtà è sprecata. La spesa ospedaliera, che costituisce il 50% del volume complessivo, si aggira intorno ai 55 miliardi di euro l'anno ed il 25% di questa somma corrisponde a circa 15-20 miliardi di euro. Ci troviamo quindi di fronte ad una cifra veramente consistente che, pur derivando da un cal-

colo teorico in ambito macro-economico, induce ad una profonda riflessione.

Chiarisco subito la nostra posizione, che consiste nel sottolineare la necessità di coniugare i due elementi fin qui ricordati: il basso costo della sanità pubblica in Italia e la presenza di un alto spreco. Questa situazione rappresenta un'opportunità straordinaria, se naturalmente ci sarà la capacità e la forza di utilizzarla in modo positivo. Siamo consapevoli del fatto che le condizioni complessive del disavanzo pubblico italiano impongono una severità di costume finanziario, dalla quale ben difficilmente la nostra generazione potrà allontanarsi.

### UN COMPARTO STRATEGICO

E tuttavia, in un comparto fondamentale e strategico come quello della sanità sia per il suo valore sociale ed umano, la salute dei cittadini, sia per quello economico, l'opportunità di riconvertire uno spreco in una risorsa costituisce un'occasione straordinaria. Non dimentichiamoci che la sanità è oggi considerata, in tutto il mondo, uno dei volani economici più importanti per la crescita e lo sviluppo.

La nostra proposta forte, il nostro richiamo ai governanti del Paese e delle Regioni, è di affrontare il percorso federalista alla luce di questo principio fondamentale: riconvertire l'inefficienza in prestazioni, riportare quella quota di risorse, che già oggi compare nei bilanci pubblici della sanità, ma viene sprecata, nell'alveo della produzione sanitaria di servizi reali, erogati ai cittadini, ai pazienti.

Se riusciremo ad ottenere ciò, pur mantenendo sostanzialmente immutato il livello di spesa, peraltro già basso, questo è il sacrificio che la sanità italiana può forse fare per contribuire al risanamento del Paese, ma non ce ne venga chiesto uno maggiore, perché inevitabilmente si ripercuoterebbe



sulla salute dei cittadini. Ebbene, questo sacrificio può essere bilanciato utilmente nell'interesse generale da un grande recupero di efficienza, riducendo, abolendo lo spreco, chiudendo con i disavanzi cronici delle Regioni e riportando questa imponente risorsa economica al servizio della salute degli Italiani.

E' questa la nostra aspettativa, come linea costante a breve, medio e lungo termine, riguardo al processo federalista. Com'è possibile arrivare a tutto ciò? Noi non vogliamo fare richieste che non contengano anche proposte, desideriamo essere concreti, perché siamo una organizzazione di imprenditori ed il valore della impen-

*“La sanità è oggi considerata, in tutto il mondo, uno dei volani economici più importanti per la crescita e lo sviluppo.”*

ditorialità si vede sul campo, nella realtà, nella vita quotidiana, nell'affrontare i bilanci, l'organizzazione, la struttura del lavoro. Le nostre proposte di partenza sono semplici e chiare: suggeriamo al nascente processo federalista alcune linee di indirizzo, che riteniamo praticabili ed essenziali, per far in modo che questo processo non sia soltanto una gigantesca operazione di finanza pubblica, ma sia anche una fecon-

da opera riformatrice del sistema sanitario del Paese.

Se, infatti, non riusciremo tutti insieme ad introdurre veri elementi di riforma nella sanità delle Regioni, sicuramente rischieremo di fare un'operazione che forse, a breve termine, migliorerà in qualche misura i conti pubblici. Se, però, questa misura non sarà accompagnata da una profonda riforma di sistema, rischia veramente di tradursi solo in una riduzione delle prestazioni erogate ai cittadini. Credo che nessuno voglia che ciò avvenga.

Il nostro impegno, anche ideativo e propositivo, è proprio quello di suggerire, in base all'esperienza quotidiana di cinquant'anni di imprenditorialità sanitaria, alcuni semplici interventi che, sistematicamente adottati, possono veramente contribuire a mettere sulla giusta strada il percorso federalista.

Quali sono le componenti, che in questo momento storico ci sembrano più importanti? Prima di tutto, dobbiamo affrontare i nodi critici del sistema sanitario, presenti praticamente in tutte le Regioni, che a nostro giudizio sono una delle cause portanti dei disavanzi: la mancanza di trasparenza e di pubblicità dei sistemi di bilancio delle aziende di diritto pubblico e la costante presenza di un conflitto di interessi gravissimo, che impedisce lo sviluppo di un'autentica cul-

tura dei controlli nella sanità italiana.

Oggi non è possibile leggere e conoscere i bilanci delle aziende sanitarie e delle aziende ospedaliere pubbliche: uno dei più grandi settori economici è in tal modo sottratto a quel minimo di trasparenza e pubblicità, che il Codice Civile impone giustamente a qualunque tipo di azienda e che costituisce la normale vita quotidiana per la quota di erogatori ospedalieri di diritto privato, rappresentata da AIOP. Noi compiliamo ogni anno un bilancio civilistico, in cui è possibile leggere con chiarezza ricavi e costi deducendo con evidenza le eventuali perdite, poi lo depositiamo e quindi diventa pubblico. È inconcepibile che le aziende sanitarie ospedaliere di diritto pubblico non facciano esattamente la stessa cosa.

#### RIFORMA CHIARA E TRASPARENTE

Questa è una riforma a costo zero ed è un principio di risanamento fondamentale, determinante tra l'altro per la tenuta dei conti pubblici, perché eviterà che il nostro Governo continui, come avviene oggi, a scoprire a distanza di anni nei bilanci delle Regioni buchi e voragini delle aziende di diritto pubblico, che ogni volta tocca ai cittadini ripianare con un carico fiscale sempre più pesante. Questa prima riforma, che chiediamo sia chiara, trasparente e senza indulgenze, dovrebbe prevedere che il bilancio civilistico di quelle aziende sia depositato e reso pubblico, con la stessa identica modalità del corrispettivo di diritto privato, che opera nel Servizio Sanitario Nazionale.

Se riusciremo a sollecitare, nelle Regioni e nelle aziende sanitarie ospedaliere di diritto pubblico, il coraggio di far vedere i propri bilanci, di non nascondersi in un clima di opacità, che lascia infiniti problemi e dubbi sulla loro attività, credo che avremo fatto un grande passo avanti verso un sistema trasparente e governabile.

Ma non basta, occorre un attento sistema di controlli. Noi siamo in un Paese in cui il sistema dei controlli è arrivato ad un punto tale che un terzo della rete ospedaliera è sottoposta alle verifiche di qualità, di appropriatezza, di sicurezza sul lavoro dallo stesso amministratore dell'azienda. Il direttore generale della ASL invia gli ispettori al presidio ospedaliero, a questi fanno (se lo fanno!) il verbale di eventuali disfunzioni, consegnandolo poi allo stesso direttore che li ha inviati. Questo sistema non so come lo si possa definire!

Non è possibile che controllore e controllato si identifichino nello stesso soggetto. Oltretutto noi lo deploriamo, essendo parte in causa, perché quando gli stessi funzionari vengono a controllare noi privati sono di una severità tremenda. Siamo d'accordo con il rigore, ma deve essere esercitato verso tutti!

#### SEPARARE CONTROLLORE E CONTROLLATO

Credo non ci sia molto da aggiungere sui primi due punti che, ripeto, sono riforme a costo zero. Questo primo nucleo di riforme strutturali è adottabile, con la pura volontà di farlo: il punto relativo alla contabilità è il più semplice, mentre certamente separare controllore e controllato nelle Regioni è un processo più complesso, a cui bisognerebbe, però, dare ugualmente un indirizzo fermo.

Abbiamo necessità di riflettere sulle caratteristiche dei sistemi sanitari regionali (questo discorso va certo rivolto ai Presidenti regionali), ma il problema è che non tutte le Regioni hanno saputo utilizzare nel modo migliore le risorse presenti nella propria rete sanitaria. Sicuramente una risorsa fondamentale, in grado di introdurre efficienza e qualità, è la presenza del privato all'interno del sistema pubblico, in applicazione di un principio di sussidiarietà, se facciamo riferimento ad un modello a nostro avviso ottimale, ovvero di un principio utilitaristico, che può anch'esso essere giustamente invocato. Non c'è dubbio, infatti, che laddove le Regioni hanno bene usato il privato, il risultato complessivo è stato uno straordinario guadagno di efficienza e di qualità.

Non possiamo dimenticare (non per la

mia provenienza, ma per ragioni di ricerca scientifica) che esiste in Italia un modello vincente, la Lombardia, la quale ha adottato un sistema di completa parità fra pubblico e privato, imponendo e consentendo a quest'ultimo di fare tutte le cose che fa il pubblico, trattandolo con gli stessi metodi con cui tratta il pubblico, pagandolo nello stesso modo e per tempo. Ebbene, se questa Regione ha avuto un grande successo, in base a tutti i parametri nazionali ed internazionali, ciò è certamente dovuto al fondamentale contributo del privato. Le Regioni devono imparare ad usare questa risorsa, perché fino a quando non lo

faranno non costituiranno nel proprio sistema sanitario ospedaliero quella dinamica interna, quel sistema di confronto, quella rete di stimoli, indispensabili per uscire da una stagnazione oligopolistica. Si tratta, peraltro, della stessa linea di politica sanitaria, che oggi stanno adottando tutte le grandi nazioni europee, a partire dalla Germania, la quale l'ha intrapresa con grandissimo vigore anche attraverso la privatizzazione della sanità, che non significa trasferire i costi ai cittadini, ma affidare ad imprenditori la gestione della rete pubblica. Anche per questa ragione, la Germania rappresenta il Paese che in Europa ha i tas-

*“Suggeriamo al nascente processo federalista alcune linee di indirizzo per far in modo che questo processo non sia soltanto una gigantesca operazione di finanza pubblica, ma sia anche una feconda opera riformatrice del sistema sanitario del Paese.”*



si di crescita più elevati ed è riuscita ad ottenere lo straordinario risultato economico, che abbiamo sotto gli occhi e al quale purtroppo il nostro Paese fa così fatica ad avvicinarsi.

Dobbiamo riprendere vigorosamente il principio del pagamento a prestazione, che rischia di apparire un tecnicismo per pochi addetti ai lavori, mentre uno dei grandi mali di questo Paese è stato proprio l'abbandono del processo, partito nel 1992-93 con i Decreti legislativi 502 e 517, che si erano riproposti lodevolmente di transitare dalla spesa storica (che forse è meglio chiamare a piè di lista!) ad un sistema, dove tutta la rete degli erogatori pubblici e privati fosse remunerata esclusivamente per le prestazioni effettivamente erogate ai cittadini. Dobbiamo con costanza ricordarlo sempre a tutti in modo esplicito e chiaro.

Basti ripensare alle continue polemiche giornalistiche sul piè di lista, alla fine degli anni '80 inizio anni '90, quando ogni giorno venivano mostrati reparti ospedalieri pubblici vuoti, dotati di medici e infermieri, che costavano esattamente come se fossero stati pieni.

#### PAGAMENTO A PRESTAZIONE E COSTI STANDARD

Tale realtà, che temo non sia scomparsa dal nostro Paese, si affronta in modo chiaro e risoluto in un solo modo, tagliando l'ossigeno economico a queste vere e gravi inefficienze. Il metodo utilizzato nel mondo è uno solo: il pagamento a prestazione. A questo riguardo voglio ricordare che Germania e Francia, essendo arrivate dopo l'Italia, hanno confermato la volontà di applicarlo con ben altro rigore del nostro Paese che, purtroppo, nel 1999 ha abbandonato questo metodo per la componente di diritto pubblico. Il bel risultato ottenuto è che gli ospedali pubblici continuano ad essere sostanzialmente pagati a piè di lista, senza avere il minimo riscontro delle prestazioni erogate. Questa è una strada che temo abbia costruito una cultura, che dobbiamo assolutamente sradicare.

Il concetto stesso di costi standard, verso il quale stiamo avanzando, deve, a nostro giudizio, incorporare ed utilizzare la nozione di pagamento a prestazione, almeno prospetticamente. Come imprenditore ed operatore del servizio pubblico - che utilizza però capitali privati, rischiando sul denaro degli azionisti e non su quello dei cittadini - vedrei per il finanziamento alle Regioni un modello molto semplice, chiaro e drastico. Bisogna assicurare i LEA a

tutti i cittadini ed i LEA sono espressi dal finanziamento a prestazione. Il finanziamento per la rete ospedaliera, dunque, è pari alla somma (questa sì puntuale a piè di lista!) del totale delle prestazioni fornite da tutti gli erogatori pubblici e privati, da pagare a trenta giorni. Nel comparto pubblico poi ci vorranno naturalmente anche gli ammortizzatori sociali, purché nettamente distinti e chiaramente identificati.

Noi comprendiamo l'esigenza sociale, sappiamo bene che chi governa non può procedere a massicce ristrutturazioni, onerose e dolorose anche dal punto di vista dell'occupazione, nella quota di aziende, che amministra direttamente. Ovviamente, con il tempo deve programmare anche questo tipo d'intervento, perché la sanità deve tornare ad avere come scopo la salute, non può servire da ammortizzatore sociale, ma questo è un problema diverso.

Va costruita, quindi, una giusta tariffa, che oggi non esiste perché è troppo sottovalutata. Stabiliamo allora un tariffario nazionale, calcolato su costi standard reali ed anche espressione di efficienza, e cominciamo ad attuare un sistema più rigoroso. Si potrebbe sicuramente trovare un meccanismo istituzionale per garantire il finanziamento a tutte le Regioni e solo dopo aprire il capitolo degli ammortizzatori sociali, chiamandoli una volta per tutte con il loro nome. Questo processo produrrebbe una grande trasparenza, inducendo le Regioni a concentrarsi sulle prestazioni, condurrebbe a valori tariffari più coerenti con i costi, sarebbe la premessa per la costituzione di un sistema libero e aperto, perché il pagamento a prestazione ha un grandissimo valore etico, in quanto dà al cittadino l'unica vera centralità nel sistema, facendolo diventare una persona che paga la propria prestazione.

Al di là di tante affermazioni teoriche, perfettamente condivisibili, sappiamo bene che, se vogliamo fare del cittadino veramente il centro del sistema, abbiamo un solo modo: dargli più potere nei confronti del sistema stesso. Il modo per dargli questo potere, come avviene in tutto il mondo, è costituito in sanità dal pagamento a prestazione.

Questi concetti li consegniamo a coloro, che hanno la responsabilità gravosa di avviare un processo importante, nella fiduciosa convinzione che potranno valutarli con la prudenza e la competenza loro propria, contando sulla nostra più sincera volontà di collaborare in forma attiva e continuativa ad un processo, nel quale AIOP vuole riconoscersi e investire.

Adesso la parola al Presidente La Loggia.

#### ENRICO LA LOGGIA

PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE  
PARLAMENTARE PER L'ATTUAZIONE  
DEL FEDERALISMO FISCALE



Grazie molte per l'invito a partecipare a questa vostra importante Assemblea, come anche alla mia amica Barbara Cittadini per avermi coinvolto e al dottor Bonanno, per tutta la fase organizzativa precedente a questo incontro.

In gran parte sono d'accordo con tutte le cose dette dal Profes-

sor Pelissero ed il mio intervento potrebbe anche finire qui, se non ci fossero almeno altre mille cose da aggiungere. Non potendo riuscirci in venti minuti, farò alcune valutazioni ricostruttive del percorso compiuto ed annunciatrici del cammino che seguirà.



Cominciamo da una valutazione di carattere generale, di cui sono fermamente convinto: se, in un mondo, certamente migliore del nostro, tutti gli amministratori fossero persone corrette, non ci sarebbe bisogno di nessuna regola. Siccome, però, la selezione della classe dirigente - non soltanto politica, ma anche amministrativa, burocratica e talvolta imprenditoriale - non segue purtroppo il criterio della qualità e dell'efficienza, spesso non fanno parte di questa categoria persone, che abbiano già dimostrato nella vita di sa-

per fare qualche cosa. Di conseguenza, ci troviamo davanti a gente, che vuole solo fare carriera, avanzare di stato sociale o crescere di disponibilità economica, utilizzando per questi scopi strumenti, che non hanno niente a che vedere con ciò che dovrebbe essere un incarico pubblico. Potrei fare non so quanti esempi di questa mia convinzione. Occorre, allora, stabilire delle regole, ma, come diceva Carnelutti, la migliore delle regole senza sanzione è un flatus vocis. Da questa considerazione generale scendo ad un livello molto più concreto.

Il Federalismo è un'opportunità straordinaria per il nostro Paese: il federalismo in genere, ma ancor più quello fiscale. Sono assolutamente convinto che soprattutto le Regioni del Mezzogiorno avranno di che giovare, partendo dal presupposto che il federalismo fiscale farà malissimo soltanto ai cattivi amministratori, ma certamente farà benissimo ai cittadini, che sono stati male amministrati, perché finalmente vedranno la realtà. Almeno è questo il nostro tentativo, ovviamente perfettibile. Stiamo

bilanci. Con la nascita della Repubblica avremmo dovuto stabilire che i bilanci si fanno tutti alla stessa maniera. Avremmo dovuto farlo sessant'anni fa, quindi non è una critica politica nei confronti di nessuno, ma è un fatto storico.

Come diceva Pelissero, non vedo il motivo per cui un'azienda privata debba essere amministrata in un modo e un'azienda pubblica in un altro, per di più incomprensibile, sino al punto che, come abbiamo potuto verificare, troppo spesso non siamo

di farsi pubblicità o raccogliere consensi. Che cos'è il federalismo fiscale se non responsabilità e solidarietà? La responsabilità esige che io debba rispondere del modo in cui utilizzo i soldi dei cittadini, anche attraverso un controllo diretto sui bilanci, che diventeranno finalmente trasparenti, leggibili, tutti uguali, in maniera tale che ognuno sappia dove trovare un'imputazione di spesa o di entrata. Come, peraltro, fa ciascuno di noi con la dichiarazione dei redditi.

*“I cittadini si troveranno dinanzi alla possibilità di vedere utilizzati meglio i propri soldi, perché verteranno la maggior parte dei tributi ai Comuni, alle Province e alle Regioni, non più allo Stato: il controllo del cittadino nei confronti dei propri amministratori sarà quindi molto diretto.”*



già cominciando a rivedere se le cose che abbiamo fatto possono essere ulteriormente migliorate.

Certamente i cittadini si troveranno dinanzi alla possibilità di vedere utilizzati meglio i propri soldi, perché verteranno la maggior parte dei tributi ai Comuni, alle Province e alle Regioni, non più allo Stato: il controllo del cittadino nei confronti dei propri amministratori sarà quindi molto diretto.

La prima regola, di cui ci stiamo occupando in questi giorni, è l'armonizzazione dei

neanche in condizione di poter ricostruire l'ammontare di trasferimenti statali nei confronti dei Comuni. Il che la dice lunga sulla mia osservazione originaria: in mano a quali amministratori mettiamo la cosa pubblica, quelli che vanno ad amministrare per i propri interessi, la propria clientela, il proprio assistenzialismo, la propria parte politica o quelli che lo fanno nell'interesse della comunità? Certo sarebbe meglio, se scegliessimo un professionista, un imprenditore, una persona già nota nell'ambito della società dove vive e non ha bisogno

Non si comprende poi perché si debba utilizzare la partita semplice, anziché la partita doppia, come i bar o gli artigiani, con la presunta difficoltà che il piccolo Comune non dispone di un ragioniere per potersene occupare. Si tratta di fatti, che lasciano veramente sbigottiti anche per l'incredibile tolleranza che tutti noi dimostriamo. Non me la prendo soltanto con la classe politica, la quale ha il massimo della responsabilità, ma con i cittadini che non protestano: sono i soldi nostri, vostri quelli che vengono buttati via! Soldi, che io chiamo con eufemismo spreco, e non dico di più, in modo che nei puntini di sospensione ciascuno di voi possa inserire quello che crede riguardo alle varie sottospecie di diritto. Forse il federalismo può far iniziare un cambiamento realmente importante, e anche se la parola "epocale" è abusata, si tratta comunque di un mutamento sostanziale nel rapporto tra i cittadini e le istituzioni. Lo Stato e Roma non ci sono più, non è più possibile rivolgersi a loro, se alla fine dell'anno mancano i soldi, a piè di lista non sarà pagato più nessuno.

Allora che cosa dovranno fare i Comuni? Come prima spesa dovranno assicurare i LEA, Livelli Essenziali di Assistenza, e i LEP, Livelli Essenziali delle Prestazioni. Solo se saranno stati pienamente soddisfatti, secondo i parametri che andremo a stabilire, i LEA ed i LEP, potranno semmai occuparsi di tutto il resto, altrimenti no. Se poi metteremo anche su Internet, sul sito

di ogni comune o amministrazione pubblica o ASL, quello che si spende per una voce e quello che invece si dovrebbe spendere, ciascuno farà il suo controllo e potrà verificare il funzionamento, perché sarà anche abbastanza facile fare il paragone. Affinché il sistema funzioni bene è necessario, innanzitutto, avere soddisfatto in ogni caso i LEA e i LEP; in secondo luogo, bisognerà avere azzerato, non semplicemente diminuito, sprechi e inefficienze, evasione ed elusione fiscale. In tal caso, l'amministrazione locale avrà un incentivo, perché il 50% di quanto sarà stato accertato, ancora prima che riscosso, entrerà immediatamente nel bilancio del Comune o della Provincia, durante l'esercizio in corso. Se dunque si vogliono recuperare zone di evasione o di elusione, se ne avrà un beneficio immediato: non sarà come prima, quando chi iniziava una procedura sapeva che forse ne avrebbero potuto godere i benefici i suoi successori.

#### DECRETO PREMI E SANZIONI

Se sarà stato fatto tutto il necessario e alla fine mancherà ancora qualcosa, ma l'amministratore pubblico avrà dimostrato di avere prodotto il massimo sforzo, scatterà l'altro pilastro del federalismo, la solidarietà, e lo Stato darà ciò che manca, anche in considerazione della base imponibile della zona. Non è detto, infatti, che i contribuenti siano nelle condizioni di mettere il Comune o la Provincia in grado di fare fronte ai LEA e ai LEP e al resto della spesa pubblica essenziale, anche attraverso il pagamento totale delle tasse dovute. In caso contrario, però, se chi amministra non avrà fatto il necessario, ci sarà lo scioglimento dei consigli, il commissariamento, e chi avrà sbagliato non potrà essere eletto; nella bozza c'è scritto per dieci anni, ma io sostengo l'inagibilità assoluta: mai più li metteremo nelle condizioni di fare danno ai cittadini! Se uno è arrivato a trenta, quarant'anni, in dieci anni che cosa fa?! Impara a spendere?!

In proposito è previsto il decreto "premi e sanzioni", che esamineremo nei prossimi giorni in maniera molto accurata e su cui il professor Antonini ed io cercheremo di essere il più rigorosi possibile.

Scatterà anche l'autodenuncia alla sezione regionale della Corte dei Conti, perché su Internet è facilissimo verificare certe situazioni. Io credo di più alla Corte dei Conti che non al Tribunale Penale, Civile, o Amministrativo, per la semplice ragione che non serve a nulla, se qualcuno dopo venti anni viene condannato a otto o dodici



mesi, ma poi non passa in prigione nemmeno un giorno. Se, invece, viene colpito nel portafoglio, nella carriera politica ed amministrativa, ciò diventa un forte deterrente. I partiti, quindi, dovranno selezionare una classe dirigente, che non abbia bisogno della carriera politica per farsi valere nella vita o per far parte di un circolo più o meno esclusivo della sua città.

Abbiamo ottenuto dati abbastanza interessanti dalla Banca d'Italia, che abbiamo

sentito in un'audizione in Commissione. Si rileva, infatti, come in alcuni Paesi, caratterizzati dalla presenza di aree in ritardo di sviluppo economico, quali ad esempio la Germania e la Spagna, non emergono differenze rilevanti in termini di qualità del servizio sanitario, perché tali differenze sono valutate tra i quattro punti in Spagna e mezzo punto in Germania, mentre in Italia siamo purtroppo a ventiquattro punti e ciò vuol dire che ci sono zone meglio

servite di altre. Non è una scoperta, ma leggerlo in punti percentuali fa una certa impressione! Un esempio sintomatico di questa situazione è la cosiddetta mobilità interregionale, che conoscete benissimo e su cui perciò non mi soffermo.

In questo contesto, la definizione esatta di costo standard in sanità è una delle operazioni più complicate che esistano e, dopo aver consultato in Commissione esperti di livello nazionale, la risposta ricevuta è che stanno ancora studiando.

Mi è stato fatto un esempio che mi ha realmente impressionato: una macchina per dialisi ha un determinato costo, che non cambia se la si compera a Milano o a Pantelleria, solo che a Milano viene usata diecimila volte l'anno e a Pantelleria trenta e questo incide sul costo. Voi siete operatori privati della sanità e sapete bene che cosa è l'ammortamento rispetto all'acquisto di un bene da utilizzare nel corso del tempo. Qual è allora il costo standard di una macchina per la dialisi? È chiaro che si deve tenere conto di tutta una serie di parametri, che non possono prescindere dal contesto, zona urbanizzata o meno urbanizzata, né dal calcolo del numero di volte nel quale viene utilizzata.

### STABILIRE REALMENTE IL COSTO STANDARD

Ma facciamo un'altra scoperta: se partiamo dalla considerazione che dal 2005 al 2010, solo per la voce "acquisto di beni e servizi", si è registrato un aumento del 30%, considerato complessivamente tra pubblico e privato, la parola "spreco" mi fa pensare a tutta una serie di altre cose, perché il 30% in più è un parametro assolutamente intollerabile. Che cosa c'è dentro un simile aumento? Consenso elettorale, clientela, o altro? In una situazione di crisi economica, come quella attuale, come è possibile tollerare una situazione di questo genere? È vero che la soluzione più logica sarebbe stata di fissare il parametro partendo dal 2005, ma chiaramente ciò avrebbe messo in ginocchio di sicuro la sanità pubblica e probabilmente anche quella privata. Allora abbiamo deciso di fermarci quanto meno al 2010, e da quel punto bisognerà ora fare in modo che, se c'è realmente un aumento, questo venga calcolato secondo un parametro ragionevole, non ad libitum.

Non siamo ancora in condizione di poter stabilire realmente il costo standard, né per prestazioni, né per acquisti, perché non siamo ancora in grado di stabilire il costo unitario di ogni cosa, ma ci stiamo lavorando. Gli esperti, dei quali vi ho parlato, stanno operando su questo punto,

non so quanto impiegheranno, ma è comunque un obiettivo a breve scadenza e sarà certamente oggetto di uno dei prossimi decreti correttivi che faremo.

A tale riguardo, voglio aggiungere che, siccome stiamo compiendo un'operazione molto difficile, possiamo anche sbagliare o non costruire un sistema perfetto. Abbiamo, perciò, previsto tre anni di esperimenti, una fase transitoria, che ci farà capire dove sono gli errori e come correggerli, perché siamo persone responsabili. Ascolteremo, peraltro, anche le reazioni delle categorie, dei cittadini e arriveremo sicuramente così a migliorare l'assetto attuale. È anche evidente che le Regioni vanno responsabilizzate per assicurare ad ogni cittadino il rispetto dei LEA, ed ancora per fissare un accordo con il Governo ed un relativo piano di rientro, cosa che già c'è ma va ulteriormente migliorata.

Se la scelta elettiva deve essere tra un sistema pubblico, che fa acqua da tante parti, e un sistema privato, in cui per definizione la tendenza a sprecare i soldi è sicuramente minore, visto che si tratta di aziende private, è ovvio che puntando di più sul privato, ci avvieremo a diminuire lo spreco. E' necessario, tuttavia, stabilire parametri e regole adeguate relativamente al rapporto costo/prestazione, ancora meglio di come si fa oggi. Ogni valutazione deve essere evidentemente basata su una logica di costi e benefici, sia per il pubblico sia per il privato. Credo che in questo modo si potrà diminuire uno spreco, che nel settore della sanità va dallo 0 al 40%. Fatto pari a 109 miliardi l'attuale Fondo sanitario nazionale, ci troveremo immediatamente in cassa qualcosa come 20-22 miliardi ... altro che sanità di eccellenza! Altro che LEA uguali in tutta Italia! Altro che assistenza al massimo livello possibile! Ma vi pare logico che, a causa di questa sacca di spreco così enorme, non siamo nelle condizioni di curare adeguatamente i cittadini? Siamo davvero così miopi da non renderci conto che abbiamo l'opportunità di migliorare e non lo facciamo?! Sono convinto che qualcosa comincerà a cambiare con il federalismo fiscale. Se nel settore beni e servizi, riuscissimo ad azzerare lo spreco (ma sarebbe già tanto diminuirlo del 90-95%), anziché sprecare il 30%, come negli ultimi cinque anni, è evidente che tutto ciò ci porterebbe ad un beneficio realmente sostanziale.

Mi complimento molto per questa vostra iniziativa, credo vada ripetuta anche in altre parti d'Italia, perché questo messaggio deve essere trasmesso: non pretendo di essere depositario di nessuna verità, ma

vi comunico ciò che vivo, osservo, valuto. Stiamo cercando di fare del nostro meglio, i decreti che arrivano dal Governo non sempre sono perfetti, ma li abbiamo molto migliorati in Commissione. Tenete conto, poi, che la mia Commissione è senza maggioranza, quindi si cerca d'individuare soluzioni, che siano non solo condivise, ma anche le migliori possibili.

Alla domanda se questo sia un sistema perfetto, ribadisco che la risposta è no. Ma alla domanda se sia il sistema migliore possibile alle condizioni date, la risposta è sì. Alla terza domanda, e cioè se contiamo di migliorarlo, la risposta è ugualmente affermativa, ma per farlo abbiamo bisogno che voi viviate nelle vostre aziende le nostre scelte e ci facciate sapere dove vanno migliorate. La disponibilità totale, che io vi manifesto, non è soltanto di Enrico La Loggia o del Presidente della Commissione Bicamerale, ma è della maggioranza che oggi sostiene il Governo. Vi posso dire che anche da parte dell'opposizione vedo analoga disponibilità: tenetene conto e, se possibile, fatene tesoro!

### GABRIELE PELISSERO

Presidente, la voglio ringraziare per il suo bellissimo intervento e per le cose molto importanti che ci ha detto. Se vorrà dare seguito a questa sua apertura nei confronti dell'AIOP e ascoltarci anche in Commissione, in merito ai provvedimenti sui quali possiamo dare un contributo di esperienza, noi saremo felicissimi di venire a lavorare con lei. Credo di interpretare l'opinione di tutti gli amici presenti nel fare sinceri auguri per proseguire nel suo lavoro, che immaginiamo non sia facile, ma certamente è una delle speranze del nostro paese. Grazie ancora.

Mi comunicano che il Governatore Cota è trattenuto in Regione per vicende improvvise ed impreviste. A questo punto, passo la parola al professor Antonini, il cui intervento è attesissimo, perché nella sua veste di Presidente della Commissione tecnica paritetica per l'attuazione del Federalismo fiscale è la persona su cui incombe l'onere gravoso di tradurre in termini concreti una serie di principi e di temi molto importanti, che il Presidente La Loggia ci ha presentato.

Il professor Antonini è un amico di AIOP, è un collega con il quale abbiamo frequenti contatti e consultazioni, soprattutto è uno studioso di grande autorevolezza e valore nel quale riponiamo certamente molte aspettative per il processo federalista.

**LUCA ANTONINI**

**PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE TECNICA  
PARITETICA PER L'ATTUAZIONE  
DEL FEDERALISMO FISCALE**



In questo lavoro sul Federalismo fiscale, molti dati sono venuti fuori proprio grazie al Rapporto annuale AIOP ed hanno dato il polso della situazione, facendoci capire dove e come bisognava intervenire.

Cito anche un aneddoto: quando è stato visto il dato pubblicato dal Rapporto AIOP

sugli ospedali della Calabria - i mitici otto ospedali dove ci sono dieci dipendenti per posto letto ed indici di inefficienza tali da provocare migrazioni sanitarie pari a 280 milioni di euro - quello è diventato l'emblema del sistema. In effetti, l'IRAP della Calabria non basta per pagare le migrazioni sanitarie dalla Regione, malgrado la presenza di ospedali costosissimi.

In Calabria, poi, ci si è resi conto del fatto che nel 2008 non c'era la contabilità. Il Governo allora ha nominato la KPMG per ricostruirla, ma la società non è riuscita a risolvere la situazione che si è trovata

di fronte e si sono dovuti chiudere i tavoli con il metodo francese dell'ENA, cioè quello delle dichiarazioni verbali certificate. Il direttore della ASL dichiara chi sono i fornitori e quanto gli debbono, poi firma. La dichiarazione verbale certificata era l'unico metodo praticabile, per riuscire a ricostruire la contabilità della Calabria. E i revisori dei conti che cosa facevano? Allora qui si capiscono i punti critici del sistema da riformare.

Attualmente è previsto il decreto che dovrebbe armonizzare i bilanci di 9.700 enti, un'operazione straordinaria, che vale per il settore della sanità, ma anche per altri settori. Il cittadino non conosce i dati di bilancio, che invece dovrebbero essere messi su Internet per rendere evidente chi perde o guadagna, chi funziona oppure no. Questo è il cuore del federalismo: un'informazione trasparente sulla gestione, mentre ora è tutto oscuro.

Questo è il processo che si sta avviando ed è fatto di piccoli passi perché un sistema come questo, che con molta ragione nella sua relazione in Parlamento Tremonti ha chiamato l'albero storto, diventa ingestibile. Tutte queste disfunzioni impediscono che il federalismo funzioni e, anziché l'effetto virtuoso, si produce l'effetto devastante di un'alterazione della trasparenza. Il federalismo contabile è nato nel 2001, è stato uno degli errori più clamorosi del-

la riforma, perché il federalismo implica come principio la libertà di scelta sulla spesa, ma non implica che ognuno faccia i conti come vuole rendendoli oscuri, impedendo i confronti, quando invece il cuore del federalismo è proprio il confronto. Tant'è vero che nessun sistema federale ha adottato il federalismo contabile. Noi, invece, con il 2001 abbiamo spostato enormi competenze: l'organizzazione sanitaria ormai è esclusiva regionale, eppure sono rimasti la finanza derivata nel 2007 di 12 miliardi di euro, cinque Regioni in extra-deficit e il federalismo contabile. Un decentramento legislativo molto forte, in un sistema di finanza derivata con un federalismo contabile, è una miscela esplosiva.

**CORREGGERE LE ANOMALIE**

Il federalismo cerca di correggere queste anomalie, nei limiti con cui si riesce a farlo, confrontandosi con la resistenza degli apparati, sia centrali che locali, perché la resistenza che si incontra è doppia, essendo lo spirito conservatore comune ad entrambi. La situazione in cui si opera, quindi, è veramente difficile.

Per dire che il federalismo fiscale aumenterà le tasse, bastavano due righe in Finanziaria, mentre qui ci sono otto decreti legislativi che cercano, con un tentativo perfettibile, di razionalizzare questo albe-



ro storto. Come funziona in sanità? Per quanto concerne l'aspetto fiscale, non si possano perseguire grandissimi obiettivi, perché il sistema è così contorto che, se tiri troppo, lo spezzi. Le conseguenze sarebbero, in primo luogo, che l'intervento non passerebbe politicamente e, in secondo luogo, si rischierebbe l'effetto contrario, perché, se il sistema salta, costa ancora di più. Si deve attuare, purtroppo, un processo graduale di raddrizzamento, cominciando ad evitare che continuino certi fenomeni e correggendoli in modo progressivo.

Per quanto riguarda l'aspetto fiscale, lo scopo è di togliere l'aspettativa del ripiano statale: nella sanità dal 2007 è iniziato un processo, in base a cui si deve aumentare l'addizionale IRPEF, se si va in disavanzo. Questo processo è iniziato proprio nel periodo in cui c'è stato l'ultimo grande ripiano statale di 12 miliardi di euro. Cin-

que Regioni sono andate in extra deficit e praticamente l'hanno assorbito, senza che cambiasse quasi nulla.

Il meccanismo è il seguente: si porta l'addizionale IRPEF fino al 3% e non c'è più il ripiano statale, perché il potere autonomo può arrivare a coprire il disavanzo. Ad esempio, il Lazio oggi ha 1,78 di addizionale IRPEF e sa che la può portare fino al 3%. Attenzione, dunque, perché il ripiano statale non si giustifica più e ciò anche perché sul versante della spesa. L'aspetto più importante del federalismo fiscale è, infatti, la razionalizzazione della spesa stessa. Si deve smontare il criterio della spesa storica, durato per 35 anni, criterio che, insieme con la finanza derivata, ha provocato un corto circuito, affermano la logica del "più spendi e più ottieni". Ora, invece, nei Comuni si smonta e si rimonta la spesa, seguendo il criterio dei fabbisogni standard.

*“Il Federalismo fiscale dovrebbe stabilire che è finito il tempo dei ripiani statali, occorre rendere trasparente la spesa al cittadino, ci si deve attivare per sfruttare le potenzialità esistenti, anche con un po' di sana concorrenza fra sistemi.”*



Sul fronte sanità la questione è complicata, perché in questo sistema le contabilità non c'erano o erano inattendibili e le Regioni non dialogano con le ASL. Caldo-ro ha dovuto chiamare gli ispettori del Tesoro per avere cognizione del debito, che ha ereditato, e dopo nov mesi è arrivato a capirci qualcosa, ma se chiediamo a quanti miliardi ammontano veramente i debiti pregressi della Campania, ancora nessuno lo sa. Il problema sta nei bilanci ed è dunque il dato del sistema che bisogna correggere. Certo, non si può riuscire a stabilire quale debba essere il costo "x" in modo analitico, se non si dispone di contabilità attendibili, ma il sistema parte da un altro presupposto: s'individuano tre Regioni benchmark come punti di riferimento, in base ai bilanci 2011 - 2013, e, finito l'attuale patto per la salute, queste tre Regioni diventano il criterio con cui avviene il riparto del Fondo sanitario, mettendo così in evidenza lo spreco. Questo processo non sposterà risorse da Nord a Sud, non sarà sconvolto il sistema, ma lo spreco verrà certificato. Se il Lazio ha 1,6 miliardi di disavanzo, questo dato è allora certifica-

to come spreco, perché esso dispone di risorse pro-capite almeno pari a quelle della Lombardia e quindi sufficienti. Parallelamente sarà avviato un sistema di indicatori, progressivamente alimentato man mano che la contabilità diventa attendibile. Questo è il meccanismo che si sta montando e che dovrebbe condurre ad una certa razionalizzazione.

#### PATTI DELLA SALUTE

Il nostro sistema sanitario si è basato sui patti della salute, che sono una specie di mercato a cui ho avuto la sfortuna di assistere. Le trattative vedono, infatti, da un lato il Governo, dall'altro le Regioni che litigano, durano un giorno e una notte, le Regioni poi si trovano ancora tra di loro per continuare a discutere su come ripartire la torta e qualcuna di queste a volte riesce a portare a casa più risorse. Tant'è vero che all'interno della Ragioneria parlano del cosiddetto "lapis", affermando che questo sistema dei costi standard elaborato permetterà di correggerlo. Ora, il "lapis" non è un termine inglese, ma materialmente la matita con cui le Regioni più forti risultavano quelle, che riuscivano a correggere il risultato della proposta governativa di riparto del Fondo sanitario, con una tecnica di mercanteggiamento.

Allora, in un sistema siffatto si deve intervenire sui costi standard in sanità, mettendo in piedi un metodo, da implementare anno dopo anno, man mano che il sistema matura, per rendere sempre più forte il principio che "chi rompe paga". In passato, alcuni Presidenti regionali hanno basato la loro campagna elettorale sulla promessa di non chiudere neppure un posto letto, quando avevano disavanzi di miliardi di euro. Questo è il corto circuito, che aumenta l'addizionale e fa pagare gli sprechi, il trend, che si sta cercando di rovesciare. Per fare solo un esempio, Scopelliti sta iniziando a chiudere quei famosi ospedali inefficienti della Calabria, di cui ho già parlato, e sui quali sono stati fatti perfino servizi televisivi. Un altro elemento di verifica è il rapporto primari/posto letto: uno a due all'Umberto I, quando la media nazionale è uno a venti!

Cominciamo a mettere gli argini e creiamo un sistema, che gradualmente evidenzia queste situazioni, responsabilizzando il Governatore, che, in caso di disavanzo, deve aumentare l'addizionale IRPEF fino al 3%. Ora, l'addizionale IRPEF pesa, la si vede in busta paga, è un meccanismo di responsabilizzazione marginale, che però ha un effetto elettoralmente importante,

perché un Governatore, se aumenta l'addizionale IRPEF, sarà mandato via dai cittadini e quindi farà di tutto per evitarlo. Esiste poi il meccanismo del fallimento politico: se un Governatore per due anni non rispetta il piano di rientro e fa salire l'addizionale al 3%, il Governo segnala la situazione al Presidente della Repubblica. Questi a sua volta controlla e, se il piano di rientro non è stato rispettato per due anni immotivatamente, si va a nuove elezioni, dichiarando inoltre l'ineleggibilità del Governatore stesso per un decennio, ma, a mio parere, dovrebbe valere per tutta la vita.

### TRASPARENZA E PRINCIPIO DI PARITÀ

Passando poi ai DRG, sarei favorevole ad ritorno a prima del '99, alla trasparenza ed al principio di parità, che mi sembrano assolutamente fondamentali. A mio parere, i costi standard crescono, ma ormai non basta più il federalismo, ci vogliono riforme strutturali.

La dinamica di crescita tendenziale della spesa sanitaria va dai 109 miliardi del 2010 ai 122,4 miliardi stimati nel 2014. Se si considera, poi, la spesa previdenziale si va dai 300 miliardi del 2010 ai 338 miliardi del 2014: sono dinamiche impressionanti. Occorre una razionalizzazione anche della spesa degli enti previdenziali: ad esempio, in Italia abbiamo 37 miliardi di pensioni di reversibilità a carico dello Stato. Se sono milionario e muoio, mia moglie prende il 50% della mia pensione, quindi se guadagnavo 40mila euro, lei prenderà 20 mila euro. L'operaio, invece, prendeva mille euro e la moglie ne avrà 500. Questo è un esempio di solidarietà rovesciata, è una dinamica assurda.

Il sistema va ripensato, anche perché andiamo incontro ad un obbligo di riduzione del debito pubblico che nei prossimi anni, 2013-2014, costringerà ad interventi molto pesanti. Si dovranno affrontare i punti strutturali del sistema e in quest'ottica i DRG andrebbero sicuramente reintrodotti. Il decreto sulla contabilità civilistica per le aziende sanitarie va nello stesso senso, ponendo fine ai piedi di lista ed all'aspettativa del ripiano statale.

Il tentativo di superare la spesa storica nella sanità è stato fatto per la prima volta da Giarda con il Decreto 56 del 2000. Si trattava, in effetti, di un meccanismo poco solidale perché prevedeva di passare dalla spesa storica alla capacità fiscale, privilegiando così i più ricchi. Se si passa invece dalla spesa storica ai costi standard, si garantiscono a tutti le risorse necessarie e



*“Bisogna considerare anche il costo dei ritardi nei pagamenti: se paghi a novecento giorni trovi fatture pagate quattro volte e altre non pagate affatto. Capite bene che cosa possono diventare i debiti pregressi. Mi dicono che la Regione Campania spende 250 milioni di euro per avvocati, proprio per il debito pregresso in sanità.”*

quindi il provvedimento è più solidale. Il Decreto 56 del 2000 prevedeva di andare a regime nel 2013, portando dalla spesa storica alla capacità fiscale. Per compensare le Regioni meridionali fu istituito il cosiddetto fondino, in base a cui una quota dell'IRAP di circa 2 miliardi l'anno viene trasferita a Sud. Nel 2005, un accordo fra le Regioni bloccò il Decreto in questione, che oggi non è più applicato. Il meccanismo di superamento della spesa storica in base alle capacità fiscali è quindi saltato per il rifiuto delle Regioni, ma il fondino è rimasto, anche se non esiste più quella dinamica. I relativi due miliardi di finanziamento non

credo vadano neanche più alla sanità, ma ad altri settori. Quando si è tentato di dire che questo fondino non ha più ragione e lo si poteva abolire c'è stata la rivolta, perché non lo si poteva toccare. Nello stesso tempo scopri che 6 miliardi di fondi rischiano di essere restituiti all'Europa per incapacità di spesa. Questa è la situazione su cui bisogna intervenire. In quest'ottica, m'interessa molto anche il tema dei DRG, che va ripreso perché bisogna fare un'operazione di trasparenza non solo sui bilanci, ma anche sul pagamento a prestazioni. La sanità in Italia è seconda per qualità nel mondo, ma è l'undicesima per spesa!



Sulla base di uno studio dell'AGENAS, ad un certo punto è stato proposto l'indice di deprivazione, che considera il numero dei laureati. Ma che cosa c'entra? Ti ammali di più se sei laureato? Alla fine l'ipotesi è caduta alla Conferenza delle Regioni.

#### AZZERARE L'IRAP

La questione delle risorse presenti nelle reti è la vera sfida del Federalismo fiscale, che conferisce il potere di abbassare le imposte, fino al punto di azzerare l'IRAP. Quando parlo con gli amici della Corte dei Conti o con voi, mi dite che esistono nel territorio risorse non valorizzate ed indici d'inefficienza tali che, se venissero realmente affrontati, proprio nell'ottica della sussidiarietà, renderebbero possibile ridurre i costi anche di cinque volte. Il Federalismo fiscale, però, da solo non basta; è necessario che tutto un sistema culturale si muova per creare condizioni, che rendano possibile azzerare l'IRAP a livello regionale, andando a colpire le inefficienze. Ora, quante Regioni hanno avviato serie politiche di semplificazione burocratica? Il Federalismo fiscale dovrebbe stabilire che è finito il tempo dei ripiani statali, occorre rendere trasparente la spesa al cittadino, ci

si deve attivare per sfruttare le potenzialità esistenti, anche con un po' di sana concorrenza fra sistemi. Questa è la logica del Federalismo fiscale, un primo passo in questa direzione apre lo spazio ad una possibilità di rendere attendibile il conto. Oggi, però, ci sono Regioni che non legiferano ma si limitano esclusivamente ad amministrare ed è chiaro che non si può azzerare l'IRAP o ridurla, senza legiferare.

#### LA RESPONSABILIZZAZIONE DEL CITTADINO

La finanza derivata in base alla spesa storica è un meccanismo di federalismo graduale, limitato, perché il Parlamento non ha approvato alcuni punti. Nella iniziale proposta governativa non si parlava dell'addizionale IRAP, ma di una parte di IRPEF, come avviene in Spagna: le comunità autonome, infatti, gestiscono il 50% dell'IRPEF e pertanto spostare una quota importante di IRPEF a livello regionale, in termini di una compartecipazione, è meglio che ricorrere all'IVA. Ormai, in base all'ultimo dato disponibile, il 49,2% dell'IVA va a coprire il finanziamento della sanità, ma il cittadino non la vede: pensa di pagare un'imposta statale, invece sta finanziando la sanità. Che responsabilizzazione c'è?

È chiaro che è meglio fare ricorso all'IRPEF, perché rende molto più responsabili. La quota IRPEF, che va a finanziare la sanità, infatti, è più diretta, la compartecipazione è molto forte ed è manovrabile dalle Regioni quanto alle aliquote. Anche il modello spagnolo che si basava su questa ipotesi, però, non è passato, perché c'è stata una resistenza ideologica dell'opposizione molto forte. L'unica soluzione è stata l'addizionale lunga, un meccanismo che ha un effetto di responsabilizzazione marginale. Se, invece, si vede in busta paga il 3% di IRPEF e poi si scopre che esiste un disavanzo sanitario di 1,6 -2 miliardi, ciò crea uno stimolo molto forte alla razionalizzazione, anche con la eventuale sanzione ultima del fallimento politico. Questa rete di valorizzazione del territorio, dovrebbe essere l'effetto indotto del Federalismo fiscale, perché amministrando si deve razionalizzare, capire come funzionano i sistemi e scoprire il segreto di quelli che funzionano bene, come Lombardia.

Un ultimo punto che vorrei citare è quello dei meccanismi premiali: siamo riusciti ad introdurre due previsioni, a cui tenevamo molto. La prima è quella delle centrali di acquisto: le Regioni che introducono le centrali regionali per gli acquisti hanno un premio, perché questo sistema picchi nella

differenza di costo delle stesse cose costano in un modo.

La seconda è un sistema di prezzi di riferimento calibrati, indicati sia a livello nazionale sia all'interno della Regione: se il soggetto responsabile degli acquisti compra ad un prezzo diverso da quello di riferimento, subentra l'automatica segnalazione alla Corte dei Conti. Tutto ciò per evitare che le sacche di trasfusione, che in una Regione costano uno, in un'altra costino dieci volte di più.

Bisogna infine considerare anche il costo dei ritardi nei pagamenti: se paghi a novencento giorni (la Calabria è arrivata a questo punto!) trovi fatture pagate quattro volte e altre non pagate affatto. Capite bene che cosa possono diventare i debiti pregressi! Mi dicono che la Campania spende 250 milioni di euro per avvocati, proprio per il debito pregresso in sanità!

In conclusione, si tratta quasi di una missione impossibile... si fa quello che si può! Alcuni osservano che ci vorrebbe ben altro, perché in questo modo tutto rischia di rimanere come prima. Io credo, invece, che sia opportuno cominciare ad attaccare il sistema, per fare emergere gradualmente sinergie e poterlo così trasformare.

#### GABRIELE PELISSERO

Ringrazio molto il professor Antonini, che credo abbia arrecato un contributo di conoscenza prezioso. Dovremo, perciò, meditare attentamente sul suo discorso, pur essendo difficile per noi entrare in questo processo. Credo, infatti, sia fondamentale per la nostra Associazione comprenderlo. Mi collego perciò ad una delle considerazioni finali di Antonini: gli effetti delle manovre di tipo economico e finanziario, che si vanno predisponendo, possono essere più o meno dolorosi, ma sicuramente introdurranno elementi di trasparenza e, ad un certo punto, metteranno le Regioni di fronte al problema di che cosa fare. In quel momento, se ne saremo capaci, entreranno in gioco noi, perché non c'è dubbio che una delle soluzioni più efficaci - prodotte storicamente nel nostro Paese di fronte alla necessità crescente di aumentare l'efficienza della rete ospedaliera - per una Regione è quella di impiegare più e meglio la presenza del privato. Citiamo sempre la Lombardia, perché in fondo è l'unica che ha fatto veramente un percorso coerente sotto questo profilo: non solo, infatti, una quota significativa dell'attività ospedaliera di tutti i tipi (dall'urgenza-emergenza, all'alta specialità, a tutte le specialità per

acuti e di riabilitazione) è transitata completamente e definitivamente ad una gestione privata, consentendo alla Regione fortissimi risparmi economici, ma abbiamo anche visto i primi significativi esperimenti di gestioni pubblico-privato. Ora, questo tipo di gestione potrebbe essere uno degli strumenti più significativi utilizzabili dai governi regionali per affrontare nella rete pubblica il nodo delle gravi criticità, che prima o poi non saranno più sostenibili. Su questo punto dobbiamo essere presenti in ogni Regione, dialogare con gli Assessorati alla sanità ed i Presidenti regionali, ricordando loro che queste possibilità esistono. Un'altra osservazione importante, fatta da Antonini, è che spesso le Regioni hanno preso una pericolosa deriva, quella di fare amministrazione e non governo. Se vogliamo tradurre questo concetto, da lui espresso un po' benevolmente, le Regioni tendono a occupare posizioni, gestire denaro, amministrare ospedali ed aziende, assumere, comprare, vendere: tutte attività, che sono sicuramente gradevoli (e qui cito il presidente La Loggia), soprattutto per alcuni rappresentanti della classe politica. Le Regioni, invece, devono tornare a fare il governo, per ridurre il più possibile il grave conflitto di interessi fra governante e governato. L'AIOP non è contraria al modello del Servizio Sanitario Nazionale, per una decisione che fu presa tanti anni fa e credo si confermi, ma è fuori di dubbio che solo un vero sistema misto consente alla Regione di avere una maggiore neutralità e una minore gestione, un maggiore ruolo di governo.

### OPPORTUNITÀ STORICA

Vedremo concretamente fra un paio d'anni quali occasioni si produrranno, perché alla fine dei patti della salute, quando il nuovo percorso avrà effettivamente inizio, il dilemma degli amministratori regionali sarà tra continuare ad essere amministratori di una larga fetta del sistema e ridurre le prestazioni, oppure affidare a noi privati la gestione di una parte maggiore del loro sistema. Questa è per l'imprenditorialità sanitaria un'opportunità storica, certo molto impegnativa, che il meccanismo federalista potrebbe mettere in mano alla nostra categoria, se lo conosciamo bene, lo seguiamo e siamo preparati, per vedere che cosa riusciremo a fare in ciascuna Regione. Vorrei ora chiedere a Luca Ricolfi, osservatore acuto di questi fenomeni, di fare le sue considerazioni, che ci saranno preziose per comprendere bene questa situazione nascente.

### LUCA RICOLFI DOCENTE ANALISI DEI DATI UNIVERSITÀ DI TORINO



In primo luogo, vi ringrazio doppiamente per l'invito, visto che non rappresento alcuna istituzione, né rivesto cariche, ma mi limito ad occuparmi di sprechi nella Pubblica Amministrazione ed in particolare nella sanità, che ne è diventata la regina. Vorrei partire con qualche considerazione macroeconomica sugli ordini di grandezza, quando parliamo di sprechi. Nel nostro Paese, secondo le stime che abbiamo fatto come Fondazione David Hume, l'ordine di grandezza dello spreco in un anno viaggia sugli 80-100 miliardi di euro, se intendiamo come spreco tutto ciò che si spende in più rispetto a quello che si spenderebbe, se ci si organizzasse come i territori più efficienti, quindi se usassimo come benchmark le Regioni o i Comuni o le Province più efficienti. È una stima prudenziale: non voglio spingermi oltre perché questo è un dato sicuro, ma probabilmente si spreca un po' di più. L'ordine di grandezza dell'evasione fiscale contributiva in Italia è 128 miliardi di euro, secondo la nostra ultima stima, rife-

rita però al 2008, e quindi probabilmente adesso è ancora un po' più alto. Di questi 80-100 miliardi di sprechi una parte considerevole è dovuta allo Stato centrale, come ha ricordato Antonini parlando del problema dell'assistenza, un'altra parte è dovuta alle Regioni, soprattutto per la sanità, un'altra ancora, molto importante, è dovuta ai Comuni. Le Province pesano poco, semplicemente perché, essendo basso il loro bilancio, anche se sprecano, l'impatto macro-economico resta contenuto. Per questo motivo, io non sono tra i fanatici della loro abolizione, perché sarebbe bene farlo, ma non possiamo aspettarci risparmi grandiosi. La burocrazia comunale, invece, è un apparato che, se male amministrato, ha un impatto macro economico consistente, essendoci in Italia più di ottomila comuni.

### DECINE DI MILIARDI DI SPRECHI

L'ordine di grandezza degli sprechi dello Stato centrale è piuttosto impressionante, se consideriamo i servizi, gestiti dallo Stato centrale, come la scuola, l'assistenza governata da enti centrali, enti previdenziali, la giustizia non solo civile e penale, ma anche il sistema carcerario. Se, dunque, prendiamo in esame questi grandi comparti, rileviamo diverse decine di miliardi di euro di spreco. C'è in particolare una voce, quella delle false pensioni di invalidità, che da sola toglie ai cittadini 10 miliardi di euro l'anno. Non so se abbiamo idea



del fatto che una tale somma corrisponde al 10% del bilancio della sanità!

Come Fondazione David Hume, abbiamo fatto una stima degli sprechi in sanità, negli anni 2004-2005, e tale stima, che andrebbe aggiornata, portava ad una valutazione di 18 miliardi di euro di sprechi. Probabilmente oggi siamo intorno ai 20 miliardi. Perché cito queste cifre di fondo? Una delle aspettative, che avevamo quando si è cominciato a parlare di federalismo, era che l'eliminazione di alcuni di questi sprechi, o più realisticamente la loro riduzione, avrebbe liberato risorse, per risolvere uno dei problemi fondamentali dell'Italia, che è l'alta pressione fiscale. Qualche giorno fa sono usciti i dati della Banca Mondiale sul cosiddetto TTR (Total Tax Rate), cioè l'imposta complessiva, calcolata sul profitto commerciale che paga un'impresa in Italia. Nel nostro Paese il prelievo è circa al 68,5%. Tanto per darvi un'idea, la Germania è al 48%, la Svezia

al 38%, l'Irlanda al 28%, cioè a dieci punti di meno per ognuno degli esempi, che ho citato. Tenete presente che in nessun altro Paese avanzato, fra i trentatré appartenenti all'OCSE, esiste un prelievo fiscale sulle imprese pari a quello dell'Italia. Non parliamo dei Paesi arretrati perché, tranne alcuni casi patologici, l'imposizione fiscale è decisamente più bassa della nostra.

#### BASSA CRESCITA E TASSE

Contrariamente a quanto mi capita di leggere su giornali, come Il Sole 24 Ore o Corriere della Sera, per non citare quelli su cui scrivo, la mia opinione è che il problema della bassa crescita dell'Italia è legato essenzialmente alle tasse. Esistono bellissime analisi di colleghi economisti e sociologi, i quali tentano di dimostrare che il problema è il capitale sociale, il capitale umano, le mancate liberalizzazioni e privatizzazioni. Tutto questo è vero ed impor-

duzione di quella Regione.

Mi spiace di aver fatto questa premessa leggermente fuori tema, ma una delle ragioni, per cui da molti anni difendo il federalismo, è anche l'aspettativa che possa darci una mano a ridurre l'imposizione fiscale. Più passa il tempo, più mi convinco che ciò purtroppo non è possibile e quindi non avverrà. Faccio questa affermazione in un'ottica molto vicina allo spirito, con cui hanno parlato La Loggia e Antonini. Non sono né idealista, né utopista, né perfezionista, penso che il lavoro vada fatto e che i benefici saranno maggiori dei costi, anche se naturalmente ci saranno dei costi. I processi di ridisegno istituzionale, infatti, hanno enormi vischiosità, che comportano anche costi economici. Continuo a dare un giudizio positivo sul federalismo, ma ciò su cui sto diventando pessimista è la possibilità di dirottare risorse verso la crescita.

La sanità è il luogo dell'Amministrazione pubblica, che ha più contribuito a forgiare questa mia pessimistica convinzione. Non mi aspetto, infatti, una grande liberazione di risorse nel campo della sanità per tutta una serie di motivi, che in parte sono già stati introdotti. Il primo è il fatto, molto importante, che in effetti per la sanità in Italia si spende poco: non possiamo pensare che, se l'incidenza sul PIL è "x", domani sarà "x" meno qualcosa, dovrà necessariamente essere "x" più qualcosa.

C'è una seconda ragione che mi fa essere pessimista: è mia impressione che il percorso su cui ci sta avviando, almeno nel breve - medio periodo dei prossimi cinque o sei anni (non dico che cosa accadrà fra dieci), sia basato su un ragionamento non corretto. L'allocazione top-down delle risorse si aggirerà nei prossimi anni intorno a 110 miliardi di euro l'anno, e tale cifra verrà decisa ex ante, senza prendere in considerazione ciò che è successo l'anno precedente, come si sono comportate le ASL, le Regioni, ecc. Poi si dice: se spendete di più dovete trovare i soldi con le addizionali. Se ho ben capito, una volta che l'allocazione sia stata fatta in modo razionale, tutto ciò che va al di là del finanziamento ordinario, cioè il deficit, è una misura dello spreco. È chiaro che questo tipo di meccanismo non libera alcuna risorsa, ma si limita, nella migliore delle ipotesi, a spingere le Regioni a ridurre i deficit e quindi le addizionali. Probabilmente, in un primo tempo, si attiverà il meccanismo inverso, e si registrerà un aumento delle addizionali, perché lo Stato centrale non ripiana più e quindi, com'è giusto, si dovrà andare avanti con il meccanismo dei premi

*“Siamo uno dei Paesi più miracolosi del mondo, perché il fatto che l'apparato produttivo italiano non sia ancora scomparso in una voragine, nonostante il sistema di tassazione a cui è soggetto, è semplicemente un miracolo!”*



tante, ma quello che conta è l'imposizione fiscale. Se consideriamo quella che abbiamo in Italia, siamo uno dei Paesi più miracolosi del mondo, perché il fatto che l'apparato produttivo italiano non sia ancora scomparso in una voragine, nonostante il sistema di tassazione a cui è soggetto, è semplicemente un miracolo! Dovremmo capire come gli imprenditori sono riusciti a non distruggere ancora la base produttiva del Paese.

A tale distruzione, invece, l'Amministrazione centrale dello Stato contribuisce con notevole solerzia. Se leggete le statistiche dei fallimenti del 2010 rispetto al 2009, potete constatare che il numero è correlato agli interventi coattivi dell'Agenzia delle Entrate. La percentuale di ruoli recuperati dall'Amministrazione dello Stato è massima in Sardegna e lo è altrettanto il numero di fallimenti delle imprese. Come vediamo anche dalle trasmissioni televisive, è un anno che pastori, artigiani, commercianti sardi protestano perché le multe del fisco stanno distruggendo la base pro-



e delle sanzioni. Attenzione, però, sul piano dell'analisi economica, il deficit è solo una componente dello spreco; a parità di deficit, infatti, lo spreco dipende anche da quanto si produce. È molto importante che il federalismo si occupi non solo di allocare in modo giusto le risorse, ma anche di verificare che siano ben usate. A questo livello esistono differenze impressionanti. Supponiamo, infatti, che, in un caso ideale, una Regione sia in perfetto pareggio, quindi, in teoria non sprechi nulla perché il suo deficit è zero, ma con le risorse a sua disposizione eroghi servizi, che sono al 70% di quelli di un'altra Regione in pareggio, in realtà produrrebbe il 30% di spreco. A mio parere, dobbiamo cominciare a misurare questo dato.

### FEDERALISMO: QUALI PERCORSI

Non mi è chiarissimo quale sarà effettivamente il percorso del federalismo, perché credo sia molto diverso impostare le questioni in termini di ritorno ai DRG, oppure, in modo più dirigistico, con meccanismi di valutazione delle prestazioni, come mi pare si stia ipotizzando di fare anche grazie al lavoro di enti strumentali, come IFEL, SOSE, ecc. Il metodo dei DRG ha un grosso vantaggio, che il secondo meccanismo non ha: l'impersonalità. Il DRG è il DRG, come diceva Gertrude Stein, una

rosa è una rosa. Viceversa, quando diciamo che valutiamo i LEP, i LEA, le prestazioni, intraprendiamo un lavoro estremamente difficile, e vorrei provare a spiegarvi perché è difficile.

Questa slide (fig.1) rappresenta la posizione in graduatoria che occupano le venti Regioni italiane secondo alcuni punti di vista, per esempio l'indice di attrazio-

ne e fuga, secondo il Ministero. Si tratta di uno degli strumenti di misurazione della qualità, che io ritengo più seri, anche perché è del tutto impersonale, basandosi su quanta gente si muova da una Regione per farsi curare in un'altra. La Lombardia è al primo posto, l'Emilia Romagna al secondo, la Toscana al terzo, il Veneto al quarto. Una tale graduatoria corrisponde

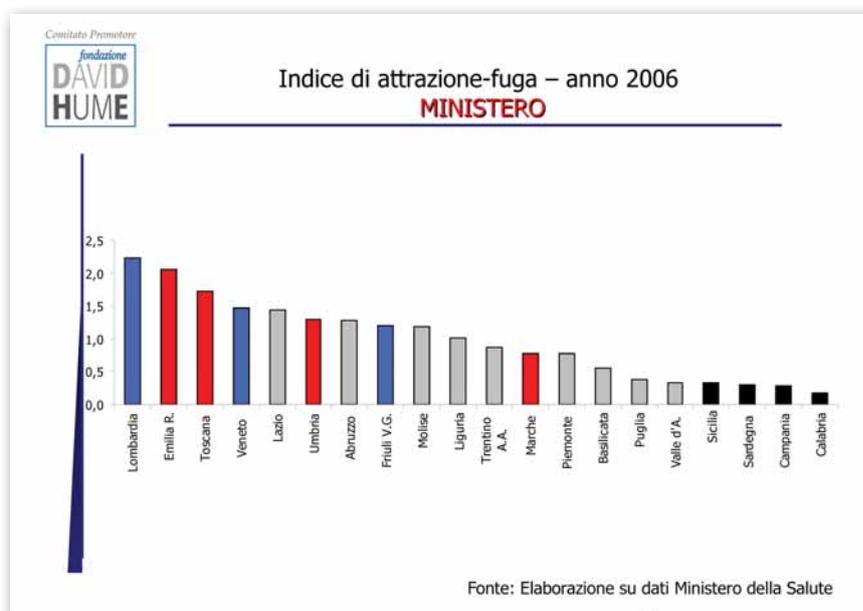


figura 1

abbastanza al senso comune e, in effetti, parlando con operatori del settore, sento sempre dire piuttosto bene della sanità di quelle Regioni. È anche una valutazione bipartisan, perché due Regioni sono di destra e due di sinistra: non c'è dunque nessun vantaggio per ognuna delle parti politiche, nessuna ideologia nel risultato, e ciò lo rende plausibile.

La graduatoria, che abbiamo elaborato noi qualche anno fa, come ONO (Osservatorio del Nord-Ovest) non è lontanissima da quella del Ministero. La nostra graduatoria è basata non solo sull'indice di attrazione e fuga, ma anche sul livello di soddisfazione dei pazienti, combina cioè queste due informazioni. Abbiamo poi altre graduatorie, una è dell'Istat, la soddisfazione per l'assistenza medica, l'altra è del Sant'Anna, il MES Lab, di Pisa, poi il CERM, e il rapporto OASI.

Che cosa emerge da tutte queste graduatorie? Le posizioni ballano tremendamente: abbiamo Regioni come la mia, il Piemonte, che secondo una certa graduatoria è al dodicesimo posto e secondo un'altra è al terzo. Anche la virtuosissima Lombardia secondo il Sant'Anna di Pisa è al quarto posto, non è al primo, dove si trovano il

Veneto e la Toscana. Al di là del fatto che una graduatoria possa dare più importanza ai fattori specifici che s'intendono privilegiare, se prendiamo degli osservatori imparziali e li mettiamo intorno ad un tavolo, i loro metodi portano comunque a graduatorie diverse. Se ci fosse, quindi, un sistema che dovesse premiare le Regioni in base alle loro performance, sarebbe inevitabilmente piuttosto soggettivo ed il risultato dipenderebbe dalle negoziazioni. Non ho una soluzione per questo problema, ma non sto dicendo che la nostra graduatoria sia migliore delle altre, è in parte arbitraria come tutte. Come studioso di analisi dei dati ho visto diversi modelli matematici utilizzati e su alcuni nutro gravissimi dubbi di statistica. Si tratta, però, di cose estremamente complicate, e se mette insieme tre professori universitari, probabilmente non sono d'accordo, anche con la migliore buona volontà.

#### VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Sollevo un grave problema, perlomeno a me sembra tale: ci siamo messi sulla strada di una valutazione delle prestazioni, che sarà non solo lunga, ma estremamente

soggettiva, rendendo quindi la premialità molto dipendente dalle negoziazioni della politica. Se devo fare una critica al processo federale, sono troppo pochi gli automatismi e troppo ampi i negoziati. Naturalmente, in un'ottica realistica come quella di La Loggia e Antonini, si può sostenere che questo è il massimo che si poteva fare, con una opposizione che spesso si è mossa in una direzione antifederale.

#### EFFICIENZA IN SANITÀ

Questa è la nostra graduatoria come Osservatorio del Nord Ovest: al primo posto ci sono il Friuli, la Lombardia e il Triveneto; poi ci sono tutte le Regioni "rosse", Emilia Romagna, Toscana, Umbria e Marche; in fondo ci sono Calabria, Sicilia e Campania; in mezzo c'è tutta la zona grigia che, notate bene, include anche il Piemonte e la Liguria, due Regioni del Nord che, anche secondo altri studi, non brillano certo per efficienza nella sanità. Questa mi sembra una graduatoria plausibile, che ci dà anche uno spaccato socio-politico della sanità in Italia. Non la difendo a spada tratta, però vi posso dire che è basata sull'indice di attrazione e sul grado di sod-





disfazione dei pazienti, cioè su due variabili molto macro.

Ci fu l'anno scorso un bell'esercizio di Pelissero, che prese il Sant'Anna e i suoi parametri e li combinò in un altro modo, ottenendo una graduatoria completamente diversa. Qui siamo veramente su una strada estremamente difficile e a me sembrava molto più plausibile quella di Pelissero. Mi chiedo, però, se ci siano modi intrinseci per attribuire i pesi. Come studioso di analisi dei dati, vi posso dire che questi modi esistono, ma dipendono anch'essi dall'accettazione di alcuni presupposti, e quindi, in ultima analisi, finiscono sempre per essere controversi. In psicomètria, ad esempio, se una serie di indici correlati passa un test di unidimensionalità, si dimostra cioè che alla loro base c'è una sola fonte di variazione generale, allora ci sono metodi attendibili di aggregazione degli indici, ma prima si deve superare quel test. Esistono approcci abbastanza intrinseci, ma essi di nuovo dipendono anche dalla scelta di alcune variabili indipendenti, dal fatto che gli assunti statistici siano rispettati, non sono dunque tutti testabili. È difficile creare misure obiettive di performance: questo è il problema che volevo rilevare.

Quest'ultimo punto riguarda una questione sollevata da Luca Antonini, quella della deprivazione, che io sottoscrivo pienamente, anzi la trasformo in una raccomandazione. Bisogna parlarci in modo chiaro e onesto, riconoscendo che l'indice di deprivazione è un escamotage, utilizzato dai territori inefficienti per ridurre l'impatto del federalismo, e ricade a pieno titolo tra i problemi metodologici, a cui accennavo

prima. Come si costruisce un indice di deprivazione? Certo, possiamo usare indici meno irragionevoli del numero dei laureati, ma anche l'insieme degli indici ragionevoli è piuttosto ampio: ne esistono almeno duecento ed i risultati sono diversi a seconda del cocktail che si utilizza.

Sono molto contrario a correggere la quota capitaria ponderata con un indice di deprivazione e non solo per le ragioni formali, che ho sottolineato finora, cioè perché non esiste una procedura di costruzione obiettiva. In realtà, io ho dubbi proprio sul presupposto della deprivazione, cioè, sul fatto che ci siano Regioni con uno svantaggio rispetto alle altre, in particolare il Mezzogiorno, che avrebbe un handicap rispetto al Centro-Nord.

Ho scritto un libro, uscito l'anno scorso, intitolato "Il sacco del Nord", nel quale ho fatto dei calcoli, che hanno stupito anche me. Se provate a calcolare il tenore di vita delle Regioni italiane e tenete conto di tutto, dei consumi privati, di quelli pubblici, dell'allocazione del tempo, il cosiddetto divario Nord-Sud non esiste, perché il tenore di vita delle Regioni meridionali è comparabile a quello delle Regioni settentrionali. Certo, c'è un gap d'infrastrutture, ma c'è anche un altro tipo di squilibrio di cui dovremmo tenere conto: la spoliazione. I territori del Centro-Nord, soprattutto dall'Emilia in su, infatti, sono soggetti ad un processo di spoliazione nel senso tecnico del termine, ricevono, cioè, meno risorse pubbliche di quelle che spetterebbero loro, anche nell'ipotesi di allocazione proporzionale agli abitanti.

In un'ottica di federalismo responsabile,

l'allocazione delle risorse è proporzionale al reddito effettivamente prodotto, in un'ottica di solidarismo totale e di federalismo, il meno responsabile possibile, l'allocazione delle risorse è per abitante. Tu puoi anche produrre niente in un territorio, ma dato che hai diritto a scuola, ospedali, ecc., ricevi un tot per abitante. Usando questo metro "ipersolidarista", alcune grandi Regioni del Nord, in particolare il Piemonte, la Lombardia, il Veneto e l'Emilia Romagna, sono soggette ad un processo di spoliazione. Non solo, infatti, hanno un reddito prodotto per abitante che è quasi il doppio di quello di altre Regioni, ma riescono a trattenere sul loro territorio, sotto forma di risorse per l'erogazione di servizi pubblici, una quantità di denaro minore di quella che spetterebbe ad esse anche in un'ipotesi di redistribuzione totale.

Dico questo per introdurre due punti. Il primo è, a mio parere, che, se ci mettiamo sulla via degli indici di deprivazione, il Nord dovrebbe elaborare anche un suo indice di deprivazione ed io metterei il tasso di spoliazione come ingrediente fondamentale di tale indice di deprivazione. Allora facciamolo e vediamo se non devono tornare risorse al Nord, piuttosto che creare un fondino per le Regioni del Sud.

Ma c'è un secondo punto che mi piace sottolineare e si riallaccia alla relazione di Pelissero. Un cardine fondamentale di un risanamento, anche morale e civile, della nostra Pubblica Amministrazione è la separazione fra l'erogazione di servizi e l'assistenza. Non possiamo più permetterci di mescolare i due problemi. Ciò avviene di



fatto con due meccanismi fondamentali. Il primo sono le false pensioni di invalidità: si erogano sussidi non sotto forma di aiuto, ma sotto forma di truffe, perché sono falsi e ciò degrada i costumi civili.

Esiste poi un secondo meccanismo, molto più sottile: quello di sovradimensionare l'occupazione nell'erogazione dei servizi fondamentali per i cittadini, come la sanità e la scuola. È uscita nei giorni scorsi la tabella del numero di insegnanti di sostegno per bambino: se si guardano le differenze territoriali, non è possibile che i bambini disabili siano tutti in certe Regioni ed altre ne abbiano così pochi. Così facendo, mescoliamo l'erogazione di servizi con un problema sindacale, assistenziale, di sostegno all'occupazione, creando un danno a quelle stesse popolazioni in nome delle quali lo stiamo facendo. Quando in sanità ci sono il triplo di barellieri necessari, si sostiene l'occupazione a Napoli, ma si deprimono i servizi, perché gli ospedali diventano meno efficienti e le risorse, che il Sud potrebbe usare utilmente in altro modo, sono distratte.

Ricordo un politico, Guido Crosetto, che qualche anno fa risiedeva in Piemonte e ora mi sembra sia sottosegretario alla difesa. Un giorno, a proposito di questo discorso, disse una cosa che mi colpì: "Sono disposto, in un ospedale o in una pubblica amministrazione che ha cento occupati, anziché avere gli ottanta che usa effettivamente, a lasciare lo stipendio a tutti, ma quei venti in più devono restare a casa, mentre gli altri ottanta lavorano, perché così almeno si vede!" Sono d'accordo, perché anche questa è trasparenza.

### GABRIELE PELISSERO

Quest'ultima riflessione riecheggia qualche considerazione che AIOP ha fatto in Esecutivo nazionale su alcune manovre della Regione Lazio, a proposito della chiusura di ospedali dove certamente questo tipo di problema emerge.

Credo che Luca Ricolfi abbia messo bene in luce anche un altro aspetto del tema dei DRG. Per quale ragione insistiamo fortemente affinché il problema del pagamento a prestazione e l'uso del DRG ritorni ad essere un perno centrale delle politiche di economia sanitaria di questo Paese? Proprio per la ragione fondamentale, che Ricolfi ha messo in evidenza molto bene. Condivido, infatti, in pieno le sue perplessità sulla possibilità tecnica di misurare esattamente i costi, di applicare il modello dei costi misurati attraverso stime complesse, anche se questa fatica è nata da una buona intenzione.

Di fronte a questa iniziativa, noi abbiamo storicamente consegnato uno strumento di misura che avrà dei difetti, ma è l'unico che funziona nel mondo: quello del mercato.

È per questo che riproponiamo con forza il concetto del DRG: se troviamo un misuratore dei volumi di prestazioni da erogare effettivamente ai cittadini, magari corretto con un criterio di appropriatezza (ma questo è facile), abbiamo il volume esatto del costo derivante dalla soddisfazione dei LEA sul territorio nazionale. La parte eccedente sarà dovuta ad ammortizzatori sociali, sprechi, tangenti, se volete, ma non servirà ai pazienti.

Se vogliamo, tutti insieme, risanare il meccanismo, renderlo sostenibile, senza far pagare il prezzo di questa sostenibilità ai cittadini - secondo la nostra logica di imprenditori della sanità, confrontati ogni giorno con la domanda di prestazioni - oggi in Italia siamo in grado, ad una tariffa ragionevole, di curare tutti i cittadini che si presentano con un problema sanitario ad una qualunque struttura, pubblica o privata che sia. E' questo il risultato che emerge dallo studio AIOP di quest'anno, da cui si evince che, seguendo il metodo già indicato, avremmo un risparmio del 20%.

Ci permettiamo di riproporre il metodo, nella sua semplicità, mettendo la proposta in mano a chi, come Antonini, si deve confrontare anche con chi non ha l'obiettivo dell'efficienza e della qualità, perché esso costituisce la strada maestra per far quadrare il cerchio con una proposta, insieme culturale ed operativa.

Naturalmente dobbiamo lamentarci di come viene trattato il metodo DRG in Italia, perché non usarlo per l'80% del sistema fa sì che il DRG spesso diventi soltanto il modo per vessare il 20%, costituito dal settore privato, nelle cui tasche le Regioni ultimamente hanno creduto di poter mettere le mani tranquillamente, attingendo all'unico fresh money esistente in sanità, senza pagare il prezzo doloroso di dare efficienza alle proprie strutture.

Su questo punto siamo in allarme, perché se le Regioni pensano di rispettare i piani di rientro o il patto della salute, andando a pescare nelle tasche di un privato, che eroga prestazioni su base nazionale alla metà del costo, possono provocare solo a due



risultati: o queste prestazioni, che non noi possiamo più erogare, le eroga il pubblico al doppio del costo e abbiamo quindi la matematica certezza di aumentare il disavanzo (anche se il primo anno si portano a casa un po' di soldi), oppure allunghiamo spaventosamente le liste di attesa. Queste sono le uniche due opzioni possibili. Sul piano culturale, con la volontà di collaborare, lo diciamo ai nostri amici delle amministrazioni regionali, anche se purtroppo non sempre troviamo in tutte le Regioni una grande qualità tecnica. Un altro dei problemi del Paese è proprio il fatto che negli Assessorati regionali alla sanità non abbiamo sempre dirigenti super esperti di cultura sanitaria, che comprendano bene l'effetto di delle loro decisioni. Questo è un altro problema molto serio, perché se non si ha una reale capacità di maneggiare questa materia, si rischierà davvero di fare disastri piccoli e grandi. Noi di AIOP abbiamo il sentore molto forte di un pericolo del genere nelle Regioni.

Dico tutto ciò perché, avendo la fortuna di parlare con Luca Antonini e Luca Ricolfi, due persone autorevoli e capaci, in ruoli diversi, di dare un prezioso contributo, voglio rivolgere loro il mio appello perché ci si aiuti reciprocamente a farsi carico insieme anche di queste problematiche.

Temo che in Italia non abbiamo una cultura dell'organizzazione sanitaria adeguata, non l'abbiamo costruita, ma in qualche modo bisogna dare una risposta anche a questa carenza. Noi siamo una controparte sociale e certamente non abbiamo la

pretesa che quanto diciamo sia preso per oro colato, ma proponiamo delle argomentazioni e le mettiamo a disposizione di tutti, nella convinzione che se ne possa trarre qualcosa di utile.

Concludo affermando che, se nel corso del processo di elaborazione dei costi standard, potesse essere riaffermata, anche sotto il profilo culturale, la necessità di tornare alla fine al pagamento a prestazione per tutti, ci saremmo dotati di uno strumento formidabile per costringere tutti a fare i conti con la realtà. Non è il metodo migliore in assoluto, ma è il migliore di quelli che abbiamo sotto mano.

Prima di dare ora la parola al prof. Chinellato per un'anticipazione del Convegno del pomeriggio vorrei esprimere il rammarico che non sia potuto intervenire, all'interessante dibattito sul federalismo, il Presidente Cota, ma temo purtroppo che i fastidi dell'amministrazione quotidiana abbiano prevalso, senza che ciò sia dovuto ad una mancanza di disponibilità ad intervenire.

#### **GIANFRANCO CHINELLATO**

Grazie all'idea del dottor Berti Riboli e di Filippo Leonardi, ho avuto la possibilità di organizzare per oggi pomeriggio una Tavola Rotonda in materia di regime IVA sulle prestazioni sanitarie. Ho ricevuto l'amichevole adesione, e ne sono lusingato e felice, di una dirigente dell'Amministrazione Finanziaria molto competente: la

dottorssa Rossella Orlandi, Direttore regionale dell'Agenzia delle Entrate del Piemonte, la massima autorità regionale, già Direttore centrale vicario.

Sono anche riuscito a coinvolgere, sempre in via amichevole, il dottor Giovanni Spalletta, che da più di venti anni si occupa di IVA a livello di Ministero delle Finanze, ed è il capo settore della Direzione Centrale interpretazione e normativa dell'Agenzia delle Entrate per l'IVA e le imposte indirette. Oggi sarà l'occasione per fare il punto della situazione su tutta una serie di aspetti più che controversi, e sarà enormemente utile per tutti quanti. Già abbiamo ricevuto dei quesiti scritti, ci serviranno per ripercorrere i nuclei fondamentali. Ho l'onore di ritrovarmi a Torino proprio venti anni dopo il mio primo intervento come consulente AIOP, quando Presidente Regionale era l'amico Anselma qui presente.

Due spot brevissimi, uno negativo ed uno positivo. Speriamo che l'evasione con il Federalismo fiscale, con la responsabilizzazione a livello fiscale, possa trovare un necessario contrasto, ma cambiando strategia, a livello centrale e regionale, smettendo cioè di andare a colpire presuntivamente sempre e solo i soliti noti, tutti coloro che hanno una partita IVA, tutti i soggetti che obbligatoriamente vanno a dichiarare...

La notizia positiva si riferisce ad una notazione del professor Ricolfi: i fallimenti fiscali. Segnalo che, da quando è stata modificata la legge fallimentare, è stato introdotto un istituto, la transazione fiscale, applicabile proprio a quegli imprenditori, che per garantire posti di lavoro, continuità aziendale ecc. hanno finanziato i costi ineludibili, quelli dei propri dipendenti e dei fornitori, non pagando le imposte. Ebbene, da due anni a questa parte vi è la possibilità di accedere all'istituto della transazione fiscale, con significativi abbattimenti dei costi. Fra l'altro, io per primo in Lombardia ho ottenuto l'abbattimento totale dei tassi predatori di Equitalia, che su ogni cartella esattoriale chiede il 9%.

Vi do, quindi, l'appuntamento alle 14:30 dopo la colazione che stanno già servendo.

#### **GABRIELE PELISSERO**

La materia fiscale è sempre attuale. Ci vedremo più tardi con Gianfranco Chinellato e per il momento non mi rimane che porgere un caloroso ringraziamento ai nostri relatori, il presidente La Loggia, il professor Antonini e il professor Ricolfi. ■



area-e.c.m.

# LA FORMAZIONE CONTINUA... CON NOI!!!



Provider Accreditato presso la  
Commissione Nazionale Formazione  
Continua con il codice n.° 57, per:

- **Formazione Residenziale (RES)**
- **Formazione Sul Campo (FSC)**
- **Formazione A Distanza (FAD)**



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

Sede Formia (LT) Via Lavanga 97/99 - 04023 Tel. 0771.771676 Fax 0771.321555  
Sede Latina Via Bruxelles 30 scala N - 04100 Tel. 0773.1999406 Fax 0773.1871261

MAIL: [info@areaecm.it](mailto:info@areaecm.it)

# Il regime IVA delle pres

Un workshop voluto dal gruppo delle **Case di cura non accreditate** su **una materia** che, a dire il vero, **interessa anche** l'attività sanitaria di strutture di ricovero, cura e riabilitazione **che opera in accreditamento**. L'argomento **IVA** è sempre di attualità non perché sia in evoluzione, anzi, **le norme sono sempre statiche**, ma perché spesso le varie risoluzioni dell'Agenzia delle Entrate necessitano di ulteriore interpretazione **creando, tra gli imprenditori** – soprattutto tra quelli che gestiscono strutture non accreditate - **grande confusione applicativa**.

DI **ROBERTO TOTÒ**

**I**l gruppo della Case di cura integralmente non accreditate che rappresenta un'importante settore all'interno dell'Aiop, anche se sono soltanto 36 strutture, sono quelle che si rivolgono ad un particolare tipo di pazienti, e soprattutto a coloro che avendo stipulato con Compagnie di Assicurazioni polizze sanitarie hanno maggiori possibilità di scelta del medico e del luogo dove curarsi.

Nel corso dell'Assemblea nazionale svoltasi a Torino lo scorso 27 maggio, per la prima volta è stato organizzato un convegno che, per l'argomento scelto, si è dimostrato estremamente interessante per tutti: "Il regime IVA nelle prestazioni sanitarie". Sono stati considerati e analizzati diversi aspetti nel corso dell'incontro; il livello di discussione è stato particolarmente elevato, grazie ai relatori intervenuti e coordinati dal dr. **Francesco Berti Riboli**, Coordinatore nazionale Aiop per il settore non accreditato; oltre al moderatore prof. **Gianfranco Chinnellato**, docente di Diritto tributario all'Università della Tuscia di Viterbo e all'Accademia della GdF, la dott.ssa **Rossella Orlandi** - Direttore regionale Agenzia delle Entrate del Piemonte - e il dott. **Giovanni Spalletta** - Capo Settore Imposte Indirette della Direzione Centrale Normativa dell'Agenzia Centrale delle Entrate.

Vediamo qui di seguito di sintetizzare i punti più importanti emersi nel corso dell'incontro.

L'IVA, come sappiamo, è un'imposta comunitaria armonizzata; pertanto tutta la nostra legislazione contenuta nel decreto 633/72 deve essere in linea con quella comunitaria, anche se i vari Stati hanno dei minimi margini interpretativi.

## PRO RATA D'INDETRAIBILITÀ

Uno dei problemi maggiori per le strutture sanitarie, è quello del pro rata d'indestraibilità, che per le strutture accreditate arriva quasi al 99%, ma che rappresenta una voce di costo non trascurabile anche per quelle non accreditate. Ciò in contrasto con il principio di base dell'imposta che dovrebbe incidere sul consumatore finale. In questo caso invece il consumatore finale diventa la Casa di cura. Tutta una serie di ricorsi sino a oggi incardinati nei confronti delle commissioni tributarie, ha avuto esito negativo per le strutture sanitarie.

L'incontro ha poi affrontato il tema principale, cioè quello della fatturazione delle prestazioni sanitarie, soprattutto per le strutture non accreditate. Si è partiti con una premessa molto indicativa della particolarità della materia. Nel settore alberghiero l'IVA applicata è del 10%, mentre in sanità, l'aliquota di riferimento è del 20%,



oggi 21%. Per l'applicazione dell'IVA nelle prestazioni sanitarie i capisaldi sono individuati nei punti 18 e 19 dell'art.10 del DPR 633, nonché dalla circolare del Ministero del Tesoro 40 del 1983, alla quale tra l'altro la risoluzione 87 dell'Agenzia delle Entrate dell'agosto 2010 fa riferimento. Al punto 18 del primo comma dell'art.10, abbiamo l'identificazione della prestazione medico-sanitaria, così descritta: "le prestazioni sanitarie di diagnosi, cura e riabilitazione rese alla persona nell'esercizio delle arti e professioni sanitarie di cui all'art. 99 del T.U. del 1934"; al punto 19 si definiscono le prestazioni di ricovero e cura. Il dibattito che ne è seguito è partito da

# tazioni sanitarie



un principio cardine, cioè la regola generale per l'IVA è quella dell'imposizione. L'eccezione deve essere rigorosamente puntualizzata e provata in base ai criteri di valenza superiore, quindi l'eccezione deve essere molto circoscritta, puntuale e motivata da criteri fondamentali, che in questo caso sono la cura resa alla persona. Intendendo come cura, quelle prestazioni rese alla persona, per migliorare, alleviare o tentare, eventualmente, di guarire i problemi di salute.

Nel corso dell'incontro il prof. Chinellato, ha lanciato provocatoriamente un pensiero, nato dall'interpretazione della circolare 40: la fatturazione da parte della Casa

di cura, delle competenze mediche dei professionisti in regime di esenzione IVA, mentre per quelle relative all'ospedalizzazione l'applicazione dell'aliquota ordinaria.

## LA CIRCOLARE 40

Questo sulla base di un assioma di partenza: la scelta di un professionista, da parte del paziente, indipendentemente dalla scelta del luogo di cura. Quindi l'esistenza di un rapporto tra medico e Paziente. Tutto ciò, poiché la prestazione medico-chirurgica è oggettivamente esente, proprio come la circolare 40 ripete in tanti passaggi, indipendentemente da chi la rende. I relatori, per rispondere a questa provocazione sono partiti dalla citazione di due normative comunitarie contenute nella direttiva 112/2006, art. 132:

1. *Gli Stati membri esentano le operazioni seguenti:*

- b) *l'ospedalizzazione e le cure mediche nonché le operazioni a esse strettamente connesse, assicurate da enti di diritto pubblico oppure, a condizioni sociali analoghe a quelle vigenti per i medesimi, da istituti ospedalieri, centri medici e diagnostici e altri istituti della stessa natura debitamente riconosciuti;*
- c) *le prestazioni mediche effettuate nell'esercizio delle professioni mediche e paramediche quali sono definite dallo Stato membro interessato;*

In base alle norme citate, nasce il dubbio se le cure mediche sono sempre esenti, indi-

pendentemente dalla formula di erogazione, ambulatoriali o ospedaliere. Secondo una prima interpretazione è no, in quanto in altre sentenze della Corte di Giustizia, si prende come punto di riferimento il luogo dove viene erogata la prestazione, d'altra parte la stessa Corte di Giustizia precisa con un'altra sentenza che l'esenzione per le prestazioni mediche deve essere intesa in senso oggettivo, quindi riconosciuta a prescindere dalla natura giuridica del soggetto che la rende.

Quest'apparente contraddizione tra le due visioni della normativa è imputabile a una redazione forse non più attuale. Da questo punto di vista si è riscontrata la disponibilità degli autorevoli interlocutori del Con-

Associazione Italiana Ospedalità Privata  
COMMISSIONE CDC NON ACCREDITATE

WORKSHOP  
**IL REGIME IVA  
DELLE PRESTAZIONI SANITARIE**  
venerdì 27 maggio 2011  
ore 14:30  
Sala Banchetti  
Hotel AC Torino

Ore 14.30  
Registrazione partecipanti

ore 15  
PRESENTAZIONE  
dr. Francesco Berti Riboli  
Coordinatore Commissione AIOP  
Case di cura non accreditate

ore 15.15  
INTRODUZIONE  
prof. Gianfranco Chinellato  
docente di Diritto tributario  
Università della Tuscia di Viterbo  
Accademia della GdF

ore 15.30  
INTERVENTI  
dr. Giovanni Spalletta  
Capo Settore Imposte Indirette della Direzione  
Centrale Normativa dell'Agenzia Centrale  
delle Entrate

d.ssa Rossella Orlandi  
Direttore regionale dell'Agenzia delle Entrate  
del Piemonte

ore 16.15  
Discussione

ore 17  
Conclusioni

**Segreteria organizzativa:**  
AIOP Sede Nazionale  
Via Lucrezio Caro, 47 - Roma  
www.ucra@aioip.it  
Roma - tel. +39 6 3215653 - fax 3215703

**Sede del convegno:**  
HOTEL AC TORINO  
Via Bisalta, 11  
TORINO  
tel. +39 11 6395091  
fax +39 11 6677822

## TABELLA APPLICAZIONE IVA PRESTAZIONI SANITARIE

COMPARTO	PRESTAZIONE: REGIME ECONOMICO E DESTINATARIO	TIPO DI PRESTAZIONE	REGIME IVA
<b>A) REGIME OSPEDALIERO</b>	1) Prestazioni in accreditamento (vs SSN)	a) Prestazione principale (ricovero e prestazioni di diagnosi e cura rese)	ESENTE
		b) Maggior comfort alberghiero ( <b>nota 2 e nota 3</b> )	IVA 10 %
		c) Altre prestazioni accessorie (non riconducibili al maggior comfort)	IVA 21%
	2) Prestazioni in convenzione con regioni, casse mutue, enti, assicurazioni, ecc	d1) Se rese a condizioni sociali analoghe con tariffe corrispondenti (Circ. Min. Fin. nr. 40/1983) ( <b>nota 1</b> )	ESENTI o IMPONIBILI come sopra sub a) b) e c)
		d2) Eventuale differenza per tariffa aggiuntiva rispetto a quella pubblica SSN (condizioni sociali analoghe, ma ragionevolmente superiori)	ESENTE fino alla concorrenza con tariffa DRG ed IMPONIBILE al 21% la differenza
	3) Prestazioni di ricovero a pagamento	e) Prestazione principale (ricovero e prestazioni di diagnosi e cura rese durante il ricovero)	IVA 21% nella fatturazione della struttura al paziente
		f) Maggior comfort alberghiero ( <b>nota 3 e nota 4</b> )	IVA 10%
		g) Altre prestazioni accessorie (non riconducibili al maggior comfort)	IVA 21%
		h) Prestazioni di diagnosi e cura rese al paziente ricoverato da medici e paramedici per proprio conto in virtù di un rapporto diretto con il paziente (es.: intervento chirurgico non ambulatoriale reso dal medico con fatturazione diretta al paziente) ( <b>nota 6</b> )	ESENTE
	<b>B) REGIME AMBULATORIALE</b>	1) Prestazioni in accreditamento (vs SSN)	a) Prestazione ambulatoriale della struttura vs paziente non ricoverato ( <b>nota 5</b> )
b) Prestazione ambulatoriale della struttura vs paziente ricoverato presso un'altra struttura a carico SSN (o con condizioni sociali analoghe ex Circ. Min. Fin. nr. 40/1983) e pagata da questa in regime privatistico o di appalto pubblico (es.: RM a paz. ricoverato presso terzi)			ESENTE
2) Prestazioni in convenzione con casse mutue, enti, assicurazioni, ecc		c) Prestazione ambulatoriale della struttura vs paziente non ricoverato	ESENTE
3) Prestazioni a pagamento		c) Prestazione ambulatoriale della struttura vs paziente non ricoverato	ESENTE
		d) Prestazione ambulatoriale della struttura vs paziente ricoverato presso un'altra struttura a pagamento e pagata da questa in regime privatistico o di appalto pubblico (es.: RM a paz. ricoverato presso terzi)	ESENTE
		e) Prestazioni sanitarie rese a persone non ricoverate da medici e tecnici vari e da loro fatturate direttamente ai pazienti ( <b>nota 6</b> )	ESENTE
<b>C) COPIA CARTELLE CLINICHE</b>		1) Costo rilascio copia della cartella relativa a:	a) Prestazione in convenzione ( <b>nota 7</b> )
	b) Prestazione a pagamento (non accreditata)		IVA 21%

## NOTE

**1)** Ai sensi della Circ. Min. Fin. nr. 40 del 14/04/1983 le prestazioni di ricovero, se effettuate sulla base di convenzioni tra le case di cura e gli enti, casse mutua, ecc. che prevedano tariffe analoghe, sono da considerare esenti fino al limite delle tariffe pubbliche ed imponibili per la differenza. La convenzione può prevedere il pagamento diretto dell'ente o, con la formula cosiddetta "indiretta" il pagamento da parte del paziente (con fattura a quest'ultimo) ed il rimborso a questi da parte dell'ente.

**2)** Le prestazioni di maggior comfort ambientale sono imponibili al 10%.

**3)** La Corte di Giustizia Comunitaria, con la sentenza del 01/12/2005, relativa alle cause riunite C-394/04 e 395/04, modificando un certo orientamento generalizzato nei paesi UE - tra i quali l'Italia - che finora hanno sempre e in ogni caso negato l'esenzione per alcune prestazioni connesse all'ospedalizzazione, ha stabilito che la fornitura di servizi telefonici, l'uso della televisione alle persone ricoverate in ospedale nonché la fornitura di posti letto e di vitto agli accompagnatori di soggetti ricoverati possono essere considerati esenti da IVA se sono ritenuti indispensabili per realizzare gli scopi terapeutici del soggetto ricoverato. Tuttavia, per essere agevolati e considerati accessori all'operazione principale di ricovero, tali servizi non devono procurare all'ospedale entrate supplementari al loro costo e non devono essere resi in concorrenza diretta con quelli resi da società commerciali (alberghi e ristoranti ovvero fornitori di servizi telefonici e dell'uso della televisione) che, normalmente, assoggettano tali prestazioni ad

imposta. Inoltre, l'esenzione non deve dipendere dalla volontà del malato che ha chiesto di fruire di tali servizi in quanto li ritiene necessari al suo ristabilimento, ma dal contenuto delle prescrizioni mediche a favore dei pazienti interessati.

**4)** La Ris. Ag. Entrate nr. 87/E del 20/08/2010 ammette, anche se in via incidentale, che il maggior comfort sia ivato al 10% anche in questo caso, superando i dubbi che le strutture precedentemente avevano circa tale imposizione (sembrava più logico che, essendo accessorio alla prestazione principale al 20%, anche il comfort fosse imponibile al 20%).

**5)** Comprende il day service (erogazione di più prestazioni ambulatoriali in sequenza giornaliera con un percorso ad accessi multipli, senza ricovero) e le varie modalità, anche innovative, di erogazione ambulatoriale impostate da alcune regioni (es.: Lombardia - osservazione post ricovero, ecc.).

**6)** In base alla dizione del punto 18 dell'art. 10 del DPR 26/10/1972 nr. 633 e successive modificazioni e al DM 17/05/2002, le prestazioni sanitarie rese alle persone, sia esse ricoverate e/o non ricoverate, ma eseguite direttamente nei loro confronti dai medici, odontoiatri, infermieri, tecnici sanitari, biologi e psicologi e dagli esercenti una professione sanitaria o arte ausiliaria di cui all'art. 99 del TULS (RD 27/7/1934 n. 1265) sono esenti dal tributo.

**7)** Vedasi circolare AIOP Nazionale prot. nr. 884 del 20/09/2001.

vegno a trovare una formula di mediazione, nel definire dei criteri che in qualche modo consentono la possibilità di riconoscere la possibilità, anche nel quadro di una prestazione complessa di ospedalizzazione, di applicare l'esenzione, quando vi è un rapporto fiduciario diretto tra medico e Paziente. Sicuramente questa possibilità non si può applicare nei confronti di tutte quelle prestazioni che sono di contorno al ricovero (prestazioni del laboratorio analisi, del radiologo, ecc..).

## RAPPORTO DI CONVENZIONE

Diverso discorso merita invece, ai fini IVA, il rapporto di convenzione, che è stato trattato, nel corso dell'incontro, in modo particolarmente approfondito.

La norma dell'art. 10 n. 19, testualmente, fa riferimento a prestazioni di ricovero e cura rese da enti ospedalieri o da cliniche e case di cura convenzionate, nonché da società di mutuo soccorso, con personalità giuridica e ONLUS. Il concetto di convenzione viene chiarito all'interno della circolare n.40 del 1983, che testualmente cita: *Il termine "convenzionate" contenuto nel citato art. 10, n. 19, identifica le cliniche o case di cura che, sulla base di convenzioni stipulate con regioni, casse mutue, enti, ecc..., effettuano prestazioni sanitarie ad assistiti o convenzionati a condizioni sociali analoghe a quelle rese dagli organismi sa-*

*nitari pubblici, nel senso cioè che le tariffe applicate siano corrispondenti a quelle praticate per le prestazioni rese in regime di convenzione con le regioni.* E' appena il caso di precisare che qualora trattasi di prestazioni rese da cliniche o case di cura sulla base di convenzioni stipulate con i suddetti enti che prevedano tariffe superiori a quelle fissate nelle convenzioni stipulate con le regioni, i relativi corrispettivi devono essere assoggettati al tributo limitatamente all'ammontare eccedente quello delle tariffe praticate dalle regioni.

Pertanto, in conformità a tale interpretazione, l'esenzione degli importi spetta sino alla tariffa DRG applicata, e inoltre vale anche nel caso di una convenzione nei confronti di un'assicurazione, come anche nel caso di assistenza indiretta, purché sussista sempre una convenzione ed è possibile dimostrare che l'assistito abbia questo tipo di copertura.

Altri sono stati gli aspetti legati alla fatturazione trattati nel corso dell'incontro.

È confermata l'applicazione dell'aliquota IVA al 4% per la fatturazione di protesi, ma anche su ausili relativi a menomazioni funzionali permanenti. Riguardo al maggior comfort alberghiero, viene ribadita l'applicazione dell'aliquota del 10%, questo anche quando la prestazione principale è imponibile al 21%. Ciò significa che se si è in grado di spezzare la prestazione di ricovero, tra la parte degenza e quella di

comfort alberghiero, anche in caso di ricovero pagante puro, il comfort è sempre imponibile al 10%.

## INTRAMOENIA

Argomento nuovo, discusso nel corso del convegno, è quello dell'intramoenia, su quest'argomento che rappresenta una delle nuove formule di collaborazione tra pubblico e privato, oggi non esiste una linea di condotta chiara e univoca da parte delle aziende pubbliche. Anzi spesso si assiste a interpretazioni completamente diverse anche tra aziende della stessa città.

A conclusione dell'incontro si può affermare che lo stesso è stato particolarmente proficuo e interessante, nonché ha fissato dei punti chiari su alcuni argomenti che sino ad oggi erano lasciati ad interpretazioni più o meno libere.

Sicuramente è emersa la necessità d'informazioni e chiarezza, anche in virtù delle nuove forme di erogazione delle prestazioni sanitarie, vi è rilevata l'esigenza di un confronto costante con l'amministrazione tributaria. Nell'incontro è emersa una disponibilità degli interlocutori ad avviare un tavolo tecnico tra i rappresentanti AIOP e l'Agenzia delle Entrate, al fine di addiventare a chiarimenti interpretativi delle norme che regolano l'applicazione dell'IVA in campo sanitario. E questo ce lo auguriamo tutti... ■

# 46° Assemblea Generale Aiop

Torino • 28 maggio 2011



## ORDINE DEL GIORNO

### PARTE PRELIMINARE

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

### PARTE ORDINARIA

- 1) Relazione generale annuale 2010  
Discussione e deliberazioni conseguenti;
- 2) Bilancio consuntivo 2010 - Relazione dei Revisori dei conti su bilancio consuntivo anno 2010. Discussione e deliberazioni conseguenti;
- 3) Bilancio preventivo anno 2011  
Discussione e deliberazioni conseguenti;
- 4) Varie ed eventuali.

**GABRIELE PELISSERO**

Diamo inizio ai lavori di questa Assemblea premettendo che per improrogabili impegni personali, il Presidente è stato costretto a trattarsi a Cosenza, ma ci collegheremo con lui più tardi in video conferenza. Per quanto concerne la composizione ufficiale della riunione di oggi è necessario che vi fornisca alcuni dati sulla presenza di oggi. I posti letto associati sono pari a 48.661 di cui 35.009, pari al 71,9%, sono in regola con le quote 2011 - torneremo su questo aspetto discutendo i problemi del bilancio - e quelli necessari per la validità dell'Assemblea in seconda convocazione sono 16.220, pari ad un terzo di quelli associati. In questo momento mi comunicano che sono presenti 18.556 posti letto, pari al 38,1%, e pertanto siamo largamente in possesso del numero legale: sono presenti per delega 9.799 posti letto, circa la metà. È un dato fisiologico. Le Case di cura presenti sono 172, di cui 79 direttamente rappresentate e 93 per delega.

Nelle nostre votazioni la maggioranza richiesta, laddove dovessimo procedere analiticamente all'espressione dei voti, è rappresentata dalla metà più uno dei voti presenti, cioè 9.279 voti al momento. Questo è l'assetto dell'assemblea odierna.

Pertanto dichiaro la validità di questa Assemblea.

Do il più cordiale saluto alle amiche e agli amici presenti in sala. L'Assemblea è ovviamente il momento annuale più importante della vita associativa, perché ci consente di mettere a fuoco e discutere insieme i principali problemi della nostra Associazione.

Nella parte preliminare dobbiamo nominare la Commissione di verifica dei poteri, costituita da tre membri. La proposta all'Assemblea è: Medardo Magni, Bruna Meloni, Silvana Montalbano.

La nomina è approvata per acclamazione.

Adesso dobbiamo procedere all'elezione del Presidente dell'Assemblea. Come tradizione il Presidente della sede ospitante è il candidato naturale a presiedere l'Assemblea e pertanto propongo di chiamare Giancarlo Perla alla Presidenza, ringraziando lui e tutti gli amici piemontesi, per la splendida ospitalità e l'ottima organizzazione alla quale hanno validamente contribuito. L'Assemblea approva con un lungo applauso.

**GIANCARLO PERLA**

Sono lieto di porgere a tutti voi il benvenuto a Torino ed il saluto della sede regionale. La giornata di ieri è stata purtroppo estremamente movimentata per i fatti che avrete appreso dalla stampa e pertanto mi devo scusare con voi per non essere stato presente al convegno di ieri mattina, che mi hanno detto essere stato di estremo interesse.

Con rammarico riscontriamo che il nostro mondo viene ciclicamente investito da perturbazioni, che ci auguriamo siano marginali. Per la verità la vicenda di ieri tocca aspetti che non hanno attinenza con l'attività sanitaria, perché riguarda questioni di natura amministrativa, urbanistica, ed è ancora tutta da verificare.

Ieri abbiamo anche chiuso l'accordo regionale per l'attività degli anni 2011-2012 in Piemonte con il Direttore generale dell'Assessorato, che era presente ieri mattina. Lo abbiamo fatto senza entusiasmi, accettando una riduzione sul budget 2010 del 5% per il 2011 e di un ulteriore 5% per il 2012, legata al piano di rientro che la Regione Piemonte ha in atto.

Vi ringrazio di essere qui a Torino, spero che l'accoglienza sia stata calorosa e che ieri sera la cornice della Reggia di Venaria abbia rappresentato un momento conviviale di prestigio. Anche oggi sono previste iniziative culturali di estremo interesse. Vi auguro quindi una buona permanenza e ci diamo appuntamento per l'anno prossimo a Roma, all'Assemblea più importante per il rinnovo delle cariche nazionali.

**GABRIELE PELISSERO**

Dobbiamo procedere alla nomina del segretario, propongo: Franco Bonanno. Infine, dobbiamo proporre due scrutatori: Franca Campo ed Ermanno Ripamonti.

Le nomine sono confermate per acclamazione. Abbiamo terminato la parte preliminare, possiamo procedere con il collegamento in video conferenza con il Presidente: senti l'applauso Enzo? A te la parola





## ENZO PAOLINI

Vi trattengo solo pochi minuti per dirvi che, quando abbiamo fissato la data della nostra Assemblea, era imprevedibile la concomitanza con le elezioni amministrative. Conoscendomi, sapete tutti la determinazione e la passione che metto nelle cose che faccio per il rinnovamento istituzionale del nostro Paese. L'impegno legato ad una candidatura civica per la guida della mia città, Cosenza, mi ha impedito di essere con voi a Torino. È superfluo dirvi quanto mi manchi l'atmosfera, l'energia e l'amicizia, il clima politico della nostra Assemblea annuale, ma penso sia da sfruttare ogni occasione, offerta a ciascuno di noi, per inserire nella cultura politica del Paese il germe liberale della competitività, della qualità e del merito.

Gabriele Pelissero, che saluto, insieme a Giancarlo Perla ed a Franco Bonanno, svolgerà la relazione generale da par suo, illustrandovi le questioni sulle quali ci siamo battuti nel corso dell'anno passato. In primo luogo, vi riferirà sul contratto di lavoro, o meglio sull'accordo-ponte raggiunto in base alla nostra proposta, mantenuta sempre ferma durante un lungo negoziato, nel corso del quale abbiamo rispettato il mandato del Consiglio Nazionale, preparando così il terreno alla stagione del contratto unico del comparto sanitario.

Pelissero vi parlerà poi della riforma del Decreto Legislativo 502, di cui avrete già discusso ieri con Antonini, Ricolfi e La Loggia. La nostra proposta al riguardo è seria, moderna, accoglibile ed in parte tradotta in un recente disegno di legge, che sosterremo ed integreremo se necessario, ma intanto i concetti di trasparenza, terzietà dei controlli e superamento del sistema dei contratti unilaterali per il solo settore privato cominciano ad essere patrimonio diffuso di un certo rinnovamento culturale e politico. Vi informerà,

inoltre, sulla questione ENPAM, sul federalismo, sulle nostre idee in riferimento alla qualità delle cure, sulla situazione nelle varie Regioni, sui nostri rapporti con il Ministero della Salute per quanto concerne la revisione delle attuali tariffe, sul riparto del Fondo sanitario e sulle relazioni con Confindustria e altri spunti della nostra vita associativa. Naturalmente, mando un saluto affettuoso ad Averardo Orta, con un grandissimo plauso ed elogio per le attività che svolge e che sta svolgendo con gli amici dell'Aiop Giovani e l'impegno profuso nel rinnovamento e nella rigenerazione del sistema delle imprese nel mondo sanitario.

Infine, credo che Gabriele vi intratterrà soprattutto su un tema decisivo per il nostro futuro, cioè sulla riforma statutaria, un processo - guidato da Beppino Puntin, insieme con la Commissione e l'Esecutivo - che ci condurrà all'Assemblea elettiva dell'anno prossimo con uno strumento diverso e più adeguato in termini di allargamento della base associativa, di rappresentatività, di eccellenza, di capacità di intervento nei processi decisionali del Paese. Vi chiederà, infine, di approvare il bilancio consuntivo e preventivo che verrà esposto dal nostro Amministratore Tesoriere, Fabio Marchi.

Io sono persuaso che, su queste basi, continueremo a batterci insieme per un'affermazione libera, alta e schietta dell'essenza del mondo della libera impresa nel comparto dei servizi, al di fuori da ogni pregiudizio di scuola o di metodo. Abbiamo bisogno di un'Aiop sempre più forte, più motivata, più intenzionata a far valere il primato della qualità e della competitività.

Voi siete la mia famiglia e dalla prossima settimana tornerò al mio posto per contribuire alla difesa dei nostri interessi e diritti.

Grazie a tutti e buon lavoro.



### GABRIELE PELISSERO

Grazie Enzo e in bocca al lupo! Come avete sentito gli argomenti sono molti, la tradizionale relazione del Presidente oggi sarà svolta a più voci, perché ritengo giusto coinvolgere ed impegnare in questo resoconto dell'attività annuale almeno una parte dei molti amici, che hanno lavorato intensamente per la nostra Associazione durante tutto questo anno. Prima di esaminare i punti di maggiore rilievo

del tanto lavoro svolto, vorrei, però, fare una brevissima considerazione sui temi più politici.

Certamente uno degli aspetti qualificanti, forse il più importante dell'azione difficile a cui è chiamato soprattutto il vertice nazionale della nostra Associazione, è quello di cercare di promuovere condizioni il più possibile favorevoli alla nostra attività, all'interno delle linee di Governo e della elaborazione legislativa del Paese.

Il renderci conto che la piega presa dalla sanità in Italia ha un carattere fortemente incentrato sul ruolo delle Regioni non è cosa di oggi, anzi è un'abitudine ormai consolidata. È vita quotidiana di tutti i dirigenti e degli associati AIOP la trattativa continua, defaticante, non di rado frustrante, con l'interlocutore principale della nostra attività, cioè con i Governi regionali e i loro uffici che, purtroppo, spesso li influenzano fortemente e anche negativamente.

Questo stato di fatto, che sicuramente continuerà ad essere la cifra dominante dell'assetto di governo della sanità italiana, ha visto negli ultimi anni una scarsa e sempre meno incisiva presenza di un momento di coordinamento nazionale. Ce ne siamo resi conto in una battaglia, che abbiamo combattuto e continuiamo a combattere con grandissimo impegno, per ottenere di ripristinare un minimo di coerenza fra i meccanismi tariffari con cui siamo pagati e il costo del lavoro, che dobbiamo affrontare nei rinnovi contrattuali. Di questi aspetti, sui quali abbiamo ottenuto un significativo risultato, foriero di una modificazione profonda e importante nei rapporti sindacali, ci parlerà l'amico Emmanuel Miraglia, che da moltissimi anni guida con grande competenza ed esperienza il nostro sistema di rapporti sindacali.

La difficoltà - che abbiamo incontrato negli ultimi anni a Roma nel far comprendere la necessità inderogabile di riconoscere gli incrementi dei costi contrattuali all'interno dei sistemi tariffari - ha mostrato l'estrema debolezza dei momenti di coordinamento nazionale della sanità in Italia. In relazione a questo problema, al quale ci siamo adattati, i Presidenti di tutte le Sedi AIOP, con i loro Esecutivi e Consigli direttivi, sanno benissimo come sia spesso in salita la strada, che ci porta all'Assessorato regionale alla sanità e alla Presidenza della Regione per discutere i nostri problemi.

L'occasione del federalismo, che è certamente un movimento centrifugo, apparentemente orientato ad una esaltazione dei ruoli regionali, potrebbe forse essere l'ultima occasione, in cui possiamo attuare un tentativo di coordinamento nazionale vero. Credo che tale prospettiva sia emersa dalle discussioni molto interessanti della giornata di ieri, perché abbiamo avuto al nostro tavolo almeno due

protagonisti del processo reale di costruzione del federalismo. La Loggia e Antonini non sono, infatti, semplicemente uomini d'immagine, ma concretamente scrivono i provvedimenti.

Negli esponenti più avveduti, presenti nel Governo e nel Parlamento, sta nascendo la consapevolezza, che il processo federalista, che si vuole avviare nei prossimi anni, rischia di partire malissimo e di sbandare alla prima curva, se non sarà accompagnato da una serie di interventi strutturali, che riorientino un sistema di Regioni, le quali, non temo di dirlo, hanno fino ad oggi governato male la sanità nella maggior parte dei casi. L'abbiamo visto e, purtroppo, lo constatiamo in prima persona, perché subiamo, come operatori e come cittadini, il doppio danno di vivere in un sistema che non funziona bene e poi come imprenditori di essere chiamati a pagare i prezzi di queste disfunzioni.



Siamo i soggetti che maggiormente aiutano a mantenere in piedi il sistema.

Credo che la nostra Associazione debba soffermarsi con molto impegno a meditare su questo aspetto e mi chiedo se non sia indispensabile trovare un modo per sbloccare la situazione. Mi vedo come davanti ad un bivio, rispetto al quale possono oggi verificarsi con la stessa probabilità due sviluppi diversi e contrapposti. In quello virtuoso, lo Stato e le Regioni riprendono un compito di legislatore autorevole, di governante autentico del sistema sanitario, andando a ricercare ciò che è utile ai pazienti, ai cittadini e alla rete degli operatori. In sanità fra cittadini e operatori, infatti, non esiste assolutamente conflitto d'interesse: siamo tutti dalla stessa parte. Bisogna, dunque, affrontare i nodi delle gravi disfunzioni presenti nella maggior parte delle Regioni italiane.

La strada opposta è quella in cui le Regioni, vedendosi restringere gli spazi economici di cui hanno goduto in tutti questi anni, siano tentate di concentrarsi sulla gestione diretta, esaltando l'amministrazione politica della sanità.

e attrezzarsi, nel miglior modo possibile, per contrastare questa deriva negativa, chiedendo con la massima forza di scegliere la strada virtuosa.

Non abbiamo posto all'ordine del giorno un dibattito interno sulla nostra posizione relativa al Servizio Sanitario Nazionale, una scelta di valore che decidemmo al momento della sua origine, dopo un lungo e complesso dibattito interno, in cui si registrarono posizioni diverse fra di noi, tutte perfettamente giustificate. Non è oggi il momento di discutere la natura stessa del sistema in cui viviamo, dove l'assicurazione generale per tutti i cittadini in termini di salute è garantita dallo Stato. Il sistema attuale si articola in livelli regionali con un faticoso modello di tipo misto, che vede comunque una nostra presenza, sia pur molto differenziata da regione a regione, con caratteristiche, opportunità, diritti diversi in un posto rispetto all'altro.

Dobbiamo, però, far sì che questo sistema non deragli: la crisi economica e le difficoltà del momento purtroppo sono davanti a noi, non dietro, e ce ne rendiamo conto se andiamo a leggere i primi testi sul federalismo fiscale in



Questa via perversa le porterebbe inevitabilmente a cercare di raccattare tutto il denaro liquido possibile, per mantenere in vita le inefficienze e gli sprechi. Sicuramente noi siamo la prima vittima designata di un simile processo.

Abbiamo registrato le avvisaglie di questa situazione: lo schema di rientro a breve, proposto in una Regione come il Piemonte, da cui ci aspetteremmo dignità, è clamorosamente sbilanciato a danno della componente privata. Il nostro amico Giancarlo Perla, insieme con tutto il gruppo dirigente di AIOP Piemonte, ha fatto veramente l'impossibile per contrastare tale disegno, attenuarlo nei suoi aspetti peggiori, indurre un minimo di ragionevolezza in un sistema regionale di cui vediamo i limiti. Ma tutto questo è nulla rispetto a ciò che può capitare.

Come sempre il futuro è fatto dagli uomini: AIOP Nazionale e Sedi Regionali devono porsi chiaramente l'alternativa

sanità e le proiezioni sulla situazione economica generale del Paese all'interno del contesto europeo, queste ultime ancora più gravi ed importanti. Come molti di voi avranno rilevato, l'Italia si trova di fronte ad una prospettiva di rientro estremamente, forse eccessivamente gravoso rispetto al disavanzo pubblico accumulato in questi decenni.

La manovra, di cui ieri parlava la Corte dei Conti, di 48 miliardi di euro, spalmati in annualità successive, per rientrare nei parametri di Maastricht, unita al deficit permanente, prevalentemente pensionistico, del nostro Paese del valore di altri 40 miliardi di euro, porta il fabbisogno di cassa aggiuntivo della Repubblica Italiana ad 80 miliardi per venti anni. Una manovra di questo genere strangolerebbe qualunque economia europea, sicuramente quella italiana.

Bisogna riconoscere che un Ministero italiano attento,

come quello dell'economia, oggetto di infinite tensioni, ha avuto la capacità fino ad oggi di mantenere i conti del Paese in una condizione non critica. Lo vediamo con i tassi di interesse che non sono esplosi, come è avvenuto in altri Paesi europei, un problema questo che sarebbe stato gravissimo anche per noi come imprenditori della sanità. Ebbene, non è un caso che un Ministero così attento abbia posto l'avvio della manovra di rientro nel 2013, fra due anni. La Commissione per il federalismo in sanità ha posto l'avvio dei modelli di finanziamento federalistico delle Regioni in sanità nel 2013. Questi due elementi dimostrano una grande paura, la consapevolezza che la bufera è davanti a noi, non è superata.

Il momento di partenza vero delle manovre di rientro economico, datato non casualmente il giorno dopo la prossima tornata delle elezioni politiche, dimostra la consapevolezza nel nostro Governo che abbiamo davanti a noi quella che Churchill definiva "una guerra con lacrime e sangue". Confido in un'attenuazione, perché, a mio avviso, non è sostenibile per l'economia dell'Italia una manovra di questo tipo, ma certo qualche cosa dovremo pur fare: non possiamo minimamente illuderci di rimanere nella condizione in cui ci troviamo. È probabile che ci sia un negoziato europeo che, a fronte della difficoltà di altri Stati, attenti l'importanza della manovra e prolunghi nel tempo i termini di rientro, ma non sarà sicuramente indolore.

In questo contesto, noi ci collochiamo in un comparto largamente finanziato dal denaro pubblico e perciò certamente nell'occhio del ciclone di qualunque tipo di manovra. Siamo, inoltre, dentro un comparto, nel quale abbiamo un competitore maggioritario, rappresentato dalla gestione pubblica della parte più significativa della sanità, se non altro come quantità, e ci troviamo quindi in permanente conflitto d'interesse con chi governa.

Mi sono permesso di ricordare a tutti noi questo scenario non confortante, perché non credo sia compito di un'associazione di categoria fare autocelebrazioni, mascherando le difficoltà dentro momenti, pure importanti, di convivialità e socialità. Ritengo, invece, preciso dovere di un'associazione di categoria offrire ai propri associati, prima di tutto, una rappresentazione coerente, precisa, puntuale, analitica delle difficoltà, perché è con le difficoltà che ci confrontiamo... i successi ce li portiamo a casa da soli benissimo! Siamo bravissimi a fare sanità, tutti i dati lo dimostrano, ma dobbiamo combattere sul terreno politico, perché se ci illudiamo di avere conquistato una nicchia sicura, il risveglio può essere molto brutto.

Questo è il lavoro che abbiamo fatto e soprattutto dovremo fare nei prossimi anni, tutti insieme e singolarmente ciascun associato, il cui contributo è spesso preziosissimo per la capacità di costruire reti di conoscenza, di rappresentare la qualità del nostro lavoro, di concorrere all'azione lobbistica. Ringrazio perciò i moltissimi amici presenti, che si sono mobilitati aiutandoci a contattare uomini politici o funzionari: questa è la base e la speranza della nostra Associazione.

Possiamo contare su una rappresentanza, sia regionale che nazionale, il cui compito dovrà essere sempre più quello di collocarsi all'interno di questo dibattito, di essere presente e vigilare sui nostri interessi con intelligenza. La lamentela non servirà a niente, piangere sulla cattiveria del

pubblico contro il privato è un percorso inutile. Dobbiamo trovare argomenti capaci di farci dialogare con i sistemi di governo, per far capire che siamo una proposta utile anche per loro.

Ricordo i tre temi posti ieri: la trasparenza, il superamento del conflitto d'interesse, il ritorno al pagamento a prestazioni. Oggi il vertice del Paese, che è meno interessato alla gestione quotidiana diretta di brandelli grandi o piccoli di sanità, ma più preoccupato per la tenuta dei conti, può essere convinto da una proposta forte che AIOF può e deve fare. In questa prospettiva cercheremo di lavorare, continuando nel solco di quello che ci siamo detti ieri e



sembra cominciare a trovare qualche udienza, impegnandoci a portarlo avanti in tutti i modi possibili.

Ma questo non basta. Deve essere messo a fuoco un secondo tema importante, che riguarda un passaggio cruciale della nostra Associazione. Non si vince da soli, per quanto impegno AIOP metta e ciascuno di noi voglia approfondire nei prossimi anni. Un gruppo di seicento imprenditori, i quali gestiscono un volume di attività intorno ai 3-4 miliardi annui, non è una massa critica sufficiente ad imprimere una svolta definitiva e forte in questo settore economico importante, che di per sé tende ormai ad un valore di 110 miliardi di euro.

Noi dobbiamo trovare collegamenti, inserirci nelle grandi dinamiche politiche e associative di questo Paese, dobbiamo evitare che il nostro ruolo di protagonisti dell'imprenditorialità sanitaria venga insidiato da altri, con finalità e interessi magari diversi dai nostri. Questo problema apre il capitolo, da me ritenuto essenziale, dei rapporti con il sistema confindustriale, il quale - con tutti i limiti e le critiche che possono nascere anche dall'interno - deve riprendere ad essere la rappresentanza dell'imprenditorialità di questo Paese, cosa che non è stato capace di fare fino ad oggi. Il problema Confindustria è centrale per AIOP Nazionale, a Roma, come pure per le Sedi Regionali AIOP, a Torino, Milano o altrove.

Come sapete, noi abbiamo aperto un'importante trattativa: l'anno scorso, nei termini statutari previsti, AIOP ha disdettato l'adesione a Confindustria, un atto simbolico che, essendo stato costruito in modo non ostile, ha portato ad un inizio di dibattito con i vertici confindustriali in sede nazionale. Alcuni mesi fa Paolini, io ed altri amici, partecipammo ad un incontro con Emma Marcegaglia, nel quale rappresentammo l'istanza forte di AIOP di essere maggiormente riconosciuta come il rappresentante vero di un settore produttivo emergente ed importante, quale quello dei servizi sanitari alla persona.

È un percorso non facile, perché la struttura stessa di Confindustria, soprattutto a livello nazionale, è vischiosa, difficile, fortemente burocratizzata ed i suoi stessi dirigenti eletti si interrogano su dove sia collocato il potere reale. Non è possibile, tuttavia, spaventarsi di fronte a queste difficoltà, perché ogni giorno ci troviamo a dialogare con interlocutori opachi e complessi, eppure siamo in grado di far vivere le nostre aziende. La stessa cosa dobbiamo fare per la nostra Associazione.

Il senso centrale dell'iniziativa, che stiamo costruendo nei confronti di Confindustria, è quello di riprendere una forte presenza di AIOP all'interno del mondo confindustriale, con una manovra che non passi solo dall'alto, ma sia accerchiante. Dobbiamo attrezzarci perché nelle Regioni la penetrazione di AIOP nel mondo confindustriale sia efficace ed attiva e ciò sia di sostegno ad un'interlocuzione più forte a livello nazionale. Se non riusciremo a vincere questa sfida, ci saranno altri che si impadroniranno di Confindustria ed useranno questo strumento forte, quando viene utilizzato bene, per interferire con il nostro ruolo di rappresentanza.

Temo che potrebbe essere forse questa la più grande criticità, alla quale AIOP andrebbe incontro in tutta la sua vita associativa. Costituirebbe per noi un pericolo gravissimo vedere nascere un soggetto a noi alternativo, ammantato

di tutta la forza, anche soltanto emblematica, di Confindustria e magari appoggiato un po' maliziosamente dai suoi poteri interni. Se togliamo il cappello da quella sedia, ci si va subito a sedere un altro! Allora sia a livello nazionale, come Esecutivo, sia a livello regionale, dobbiamo assolutamente sviluppare una strategia congiunta, il cui obiettivo è molto chiaro: realizzare in ogni sede territoriale una presenza forte di AIOP, come unico o principale rappresentante del sistema dei servizi sanitari alla persona. In alcune Regioni l'abbiamo ottenuto, con fatica, in altre dobbiamo metterlo nell'agenda delle priorità. È un invito che rivolgo a tutti i Presidenti regionali ed è anche un impegno a trovare un migliore coordinamento su questo tema a livello nazionale. Fin da ora e negli anni a venire, mi impegno anche personalmente a farne un obiettivo centrale della nostra azione comune a livello nazionale: dobbiamo assolutamente risolvere il problema, accelerando le trattative in corso. Franco Bonanno si sta battendo con molto zelo e lo ringrazio per questo, in una difficile "palude" di funzionari. Mi aspetto da lui un buon risultato, perché è in grado di portarlo a casa, in modo che si completi nei prossimi mesi la nostra trattativa, ottenendo dal livello nazionale di Confindustria una facilitazione concreta per il nostro inserimento regionale nella struttura confindustriale territoriale. A questo punto giocheremo insieme la partita, dal centro e dalla periferia. Durante l'anno, il vertice di AIOP nazionale e i Presidenti delle Sedi regionali AIOP devono darsi l'obiettivo di avviare un'aggressione amichevole agli organismi di Confindustria, cominciando a trattare con i funzionari, discutendo con i dirigenti, facendo capire che un settore, che vale ormai quasi il 10% del PIL, deve contare su una presenza confindustriale maggiore, nell'interesse della stessa Confindustria.

Penso che, se siete d'accordo, possiamo considerare l'Assemblea di oggi come il vero momento di ripresa forte di una strategia di AIOP nei confronti di Confindustria, per raggiungere questo obiettivo importante, che non è fine a se stesso (non significa appuntarsi sul petto la medaglietta confindustriale o usare un simbolo sulla carta intestata), bensì risponde alla necessità che le difficili vicende, che aspettano il nostro Paese, siano da noi affrontate con tutte le armi possibili. Su questo dobbiamo essere capaci di fare lobbying anche all'interno delle più grandi organizzazioni imprenditoriali, perché dobbiamo smuovere l'intero Paese. Si tratta di un impegno esaltante, ma certamente molto gravoso, sul quale dobbiamo trovare alleati e momenti di convergenza.

Naturalmente, oltre a questi grandi problemi, che costituiscono la sfida di fondo, dobbiamo confrontarci con altre sfide altrettanto importanti. In quest'anno abbiamo continuato con grande impegno il nostro compito storico, forse il servizio concreto più importante che AIOP nazionale rende a tutti gli associati, rappresentato dalla tenuta dei rapporti sindacali e dalla contrattazione di lavoro. Credo questo sia stato un anno fondamentale, un punto di snodo nella nostra storia, ma poiché il lavoro più importante è stato certamente fatto da Emmanuel Miraglia, lo vorrei invitare a venire per ricostruire brevemente le tappe di quanto è stato compiuto e a riportarci le indicazioni prospettiche, sulle quali ci muoviamo in materia di rapporti sindacali. *(Un lungo applauso).*



### EMMANUEL MIRAGLIA

Nella relazione è stato accennato al fatto che, come tutti sappiamo, nell'anno sociale ora concluso siamo riusciti ad arrivare, sia pure con molto ritardo, al rinnovo del contratto nazionale di lavoro, che è stato un momento importante di nuova partenza.

Al riguardo, voglio fare riferimento alla mia ultima relazione all'Assemblea del 2006 che, approvando quella relazione, sancì tre principi fondamentali.

In primo luogo, riguardo al capitolo sulle relazioni sindacali, proposi di non prevedere mai più firme congiunte con l'ARIS e la Don Gnocchi. Tutti ne eravamo convinti, perché, come spiegai in quella occasione, la Don Gnocchi rappresenta un numero di dipendenti esiguo, minore di quelli che ho io e molti di voi all'interno dei nostri gruppi. Inoltre è un'associazione che vive di privilegi, soprattutto in alcune Regioni, e firma i contratti soltanto per motivi di carattere aziendale, al fine di ottenere riconoscimenti molto spesso a danno delle nostre strutture operanti nello stesso territorio. Con l'ARIS in quel momento subimmo l'ennesimo tradimento, perché firmò un contratto di lavoro quasi alla fine della contrattazione, senza aspettare la firma congiunta. Come spiegai allora, le delegazioni si fanno le reciproche con-

cessioni al termine di una trattativa, per arrivare alla firma finale. L'ARIS firmò da sola, diede tutto e non ebbe in cambio quello che io personalmente, ma anche altri avevamo ottenuto. Quella fu la prima ragione per decidere di non firmare più contratti insieme e proprio per questo motivo abbiamo dovuto aspettare, perché il sindacato continuava a chiederci una firma congiunta, comprendendo bene l'esiguità e la pochezza di idee delle altre due associazioni, ARIS e Don Gnocchi.

Il secondo principio, allora approvato, fu di non sottoscrivere più contratti nazionali. Il sindacato non accettava questa impostazione, ma per noi era essenziale in relazione alle realtà del federalismo, riguardanti la determinazione dei budget, i volumi di attività, i finanziamenti e anche il sistema tariffario. Non era più possibile che un Consiglio Nazionale approvasse, se non all'unanimità o a grandissima maggioranza, rinnovi contrattuali, che avrebbero pesato in uguale misura su Regioni in cui, anche a distanza di pochi chilometri, c'era chi aveva la copertura e chi no, chi l'aveva per intero e chi non l'aveva affatto, soprattutto chi vedeva riconosciuto un adeguamento tariffario, mentre altri registravano addirittura abbattimenti dei volumi di attività. Il sindacato non accettò, per molti anni, di riconoscere questo problema, anche se personalmente offrii soluzioni alternative che potevano portare ad una valutazione più aperta da parte di CGIL, CISL, UIL, prospettando in prima



battuta il contratto nazionale, con incrementi uguali su tutto il territorio nazionale, e poi un secondo livello regionale. Le organizzazioni sindacali continuarono ad opporsi e al riguardo molti di voi ricorderanno che in quegli anni si verificarono addirittura situazioni, in cui le Case di cura di alcune Regioni concessero aumenti, che poi il sindacato obbligò i lavoratori a respingere. Il sindacato, però, si è finalmente arreso e, a settembre dell'anno scorso, ha firmato un contratto a due livelli: uno di base, in cui si prevede un incremento tabellare uguale per tutti, pari al 10% del complesso dei costi a carico delle aziende, a partire dal mese di settembre, e il rinvio a livello regionale dell'altro 90%, vale a dire degli arretrati dal 2006 al 2010.

Nelle trattative successive, abbiamo capito che finalmente il sindacato era disponibile in sede di rinnovi a considerare questa nuova impostazione, che avrebbe potuto permettere la prosecuzione nel rapporto. Era, tuttavia, essenziale il terzo punto, che io affermai a quell'epoca e che - con l'approvazione dell'Assemblea, confermata in Assemblee regionali e Consigli nazionali successivi - si è avvalorato come un'innovazione, che abbiamo sempre voluto ribadire. Nella mia relazione di allora sostenni che non andava più bene la firma di contratti basati solo sulla quantità del lavoro (stesso orario, stesse retribuzioni). Nel Paese alcuni studiosi già prospettavano un'ipotesi, in base a cui nella valutazione delle retribuzioni dovesse entrare effettivamente il merito e pertanto, a parità di qualifica, parte delle risorse destinate al rinnovo contrattuale andassero attribuite a livello aziendale sulla base di parametri oggettivi, allo scopo di premiare chi nell'attività svolta dovesse beneficiare di risorse aggiuntive per professionalità, qualità del lavoro, dedizione all'azienda.

All'inizio il sindacato sostenne che bisognava prima dare tutto e che, se le aziende avessero voluto dare poi qualcosa in più di tasca loro, avrebbero sempre potuto farlo. Questo discorso era ovviamente inaccettabile perché, quando si rinnovano i contratti, si devono valutare quali sono le risorse da mettere a disposizione per questa componente di costo dell'attività dell'azienda.

Il sindacato non ha voluto ascoltarci nei successivi incontri, ma ora sta cominciando a dimostrare un'apertura, soprattutto in questi ultimi mesi, perché si rende conto che una parte delle risorse, da utilizzare in sede di rinnovo contrattuale, devono necessariamente essere destinate a valutare l'attività di infermieri, caposala, impiegati più meritevoli, i quali debbono avere contrattualmente riconosciute risorse aggiuntive, a differenza di altri, che non si sono distinti a causa di assenteismo, provvedimenti disciplinari, assenze, mancanza di assiduità nel lavoro, diniego nella risposta in momenti cruciali dell'attività delle nostre aziende.

Abbiamo affrontato lo stesso discorso anche nel rinnovo del contratto con il personale medico, impostando su questo punto un rinnovo quinquennale, cosa incredibile per quegli anni, che si è però dimostrata una soluzione vincente. Per questo aspetto abbiamo inserito ora la nomina di una commissione, che valuti la ristrutturazione del contratto. Ai medici dipendenti abbiamo detto che siamo disponibili a valutare alcuni nostri collaboratori con il rapporto di dipendenza, ma non è più concepibile che il medico sia equiparato ad altri dipendenti, che possono anche non avere lo stesso piglio di produttività aggiuntiva, di capacità



di traino nelle attività. Tutti noi siamo convinti che se una Casa di cura ha medici bravi e professionali ha successo, se non ha medici con queste caratteristiche è destinata negli anni a diminuire la produttività e, soprattutto, a diventare meno attrattiva.

La Commissione incaricata ha già fatto alcune riunioni e ci auguriamo che con i mesi autunnali possa elaborare un modello organizzativo tale da permetterci, in sede di rinnovo, di prevedere istituti contrattuali diversi, per arrivare ad una valorizzazione economica di tante attività, che la Casa di cura liberamente valuta come strategiche per la prosecuzione della sua opera.

Sul versante contrattuale, abbiamo inoltre ritenuto opportuno aprire un percorso nuovo, per stipulare un contratto a valere per le strutture RSA o, comunque, con le residenze assistenziali, caratterizzate da prospettive e professionalità diverse. La base sosteneva che non fosse possibile inserire questi lavoratori nel contratto dell'ospedalità, ma abbiamo giocato d'anticipo, proponendo un nostro contratto a CGIL, CISL, UIL, senza limitarci alla filosofia di nuove prospettive, ma offrendo anche un articolato completo. Il sindacato lo ha molto apprezzato, anche perché abbiamo garantito una serie di istituti contrattuali, assenti da altri contratti nazionali del settore, ma soprattutto perché abbiamo voluto inserire nella proposta un raffronto non solo sugli orari e su altri istituti come la retribuzione, ma anche su aspetti specifici attinenti al tipo di lavoro svolto in questo genere di strutture.

Abbiamo avuto un paio di riunioni e alla prossima cominceremo ad esaminare l'articolato, nel quale abbiamo inserito ovviamente i principi di innovazione riguardanti



l'organizzazione, che deve essere demandata alla direzione aziendale e deve avere strumenti di flessibilità per poter effettivamente premiare quei lavoratori che, oltre alla loro professionalità, contribuiscono ad una maggiore umanizzazione nell'assistenza per questo tipo di strutture.

Noi vorremmo che la sanità del futuro, per la nostra categoria, per la nostra attività di privati, possa distinguersi soprattutto perché al nostro interno abbiamo collaboratori, che si vedono premiati in quanto offrono non solo lavoro, ma anche una professionalità, una umanizzazione nell'assistenza, un attaccamento ai loro compiti, che possono e devono essere riconosciuti nel contratto.

La nostra Commissione si augura che nei prossimi mesi, quando riapriremo una stagione contrattuale, si possa proseguire l'attività basandosi su questi principi: non ai contratti con altre sigle sindacali, che hanno interessi diversi; non più contratti a livello nazionale, anche se l'ossatura sarà nazionale; gradazioni a livello economico che ogni singola Regione potrà valutare. Occorre anche istituire, a livello contrattuale, un nostro modello organizzativo diverso da quello pubblico, il quale non ha dato certo le risposte giuste, che noi pretendiamo dai nostri lavoratori.

*(Segue un lungo applauso).*

#### **GABRIELE PELISSERO**

Voglio ringraziare Emmanuel Miraglia e tutti gli amici della delegazione trattante per il lavoro prezioso, che hanno svolto e che svolgeranno. Interpreto l'applauso dell'Assemblea anche come un'approvazione e un mandato a proseguire le iniziative di medio-lungo periodo, oltre che di breve, per ridisegnare il sistema dei rapporti sindacali in

un modo adatto alle caratteristiche intrinseche alla nostra attività.

Un altro importante lavoro svolto quest'anno è legato allo Statuto Associativo. Ogni Associazione, che voglia veramente crescere, deve avere la capacità di rivedere periodicamente il proprio impianto statutario, con serenità, con approfondimenti, cogliendo tutte le istanze, non certo per stravolgerlo, ma per aggiornarlo progressivamente seguendo l'evoluzione dei tempi e le necessità che via, via si vanno determinando.

Nell'Esecutivo siamo veramente consapevoli del fatto che la materia statutaria è delicata e giustamente stimola l'attenzione, precisa e puntuale, di tutti i nostri associati e di tutta la nostra organizzazione. Proprio per questo motivo, da due anni abbiamo affidato a Beppino Puntin, un amico di grande esperienza e competenza anche associativa, il compito di guidare la Commissione revisione Statuto. Quest'ultima ha lavorato intensamente insieme all'Esecutivo ed oggi si prepara ad avviare un percorso procedurale, che invito Puntin a riportarci in sintesi, allo scopo di raccogliere intorno alle ipotesi, alle suggestioni e alle proposte, elaborate nella Commissione e approvate dall'Esecutivo, tutte le riflessioni che potranno venire dalla base associativa, in modo sereno e sufficientemente approfondito.

Vi prego di prestare particolare attenzione al percorso, che verrà adesso illustrato da Puntin, perché sarà uno dei lavori, che saremo chiamati a portare avanti tutti insieme, nel prossimo anno. L'obiettivo è di consentire un aggiornamento del nostro Statuto che, con ogni probabilità, potrà essere discusso fra un anno alla prossima Assemblea, per soddisfare tutte le sensibilità e tutte le esigenze presenti nella nostra Associazione.



#### **GIUSEPPE PUNTIN**

Quando un'Associazione si china su se stessa per indagare, osservare e riflettere sui grandi fatti vitali che la coinvolgono, denota in generale il proprio impegno e, spesso, la propria capacità di aderire all'evoluzione della realtà.

Sulla scorta di queste considerazioni, il Comitato Esecutivo ha costituito una Commissione composta dal professor Fabio Miraglia, dal professor Livio Tronconi e dal sottoscritto, per procedere ad una revisione dello Statuto. Lo stesso Comitato Esecutivo ha voluto anche darci talune linee di orientamento su cui basare i nostri lavori ed al riguardo voglio limitarmi a ricordarne due.

In primo luogo, si deve considerare la forte evoluzione che il nostro settore sta subendo. È a tutti noto come la carenza delle risorse, l'invecchiamento della popolazione e il promontivo progresso tecnico-scientifico saranno certamente elementi destinati ad imprimere una forte accelerazione nella mutazione dell'organizzazione per l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

In secondo luogo, è necessario trovare una diversa perequazione nello stabilire le quote associative, come pure una correlazione fra quanto corrisposto e il peso rappresentativo all'interno dell'Associazione. Su questi temi, dopo

alcune discussioni e riflessioni, c'è stato anche un dibattito in Consiglio Nazionale.

Sulla scorta delle indicazioni emerse, il Comitato Esecutivo si farà carico nei prossimi mesi di predisporre una sintesi e di proporre un testo che verrà sottoposto all'esame, alle considerazioni, ai suggerimenti e alle critiche della nostra base, attraverso consultazioni a livello regionale. Il testo, così rielaborato, tornerà al Consiglio Nazionale e, sulla scorta di questo processo, pensiamo di arrivare alla prossima Assemblea.

Questo è stato l'indirizzo del Comitato Esecutivo e, con il vostro contributo, si è ritenuto sia il modo più opportuno, partecipato e condiviso, per arrivare ad una revisione statutaria che metta l'AIOP in grado di affrontare il futuro e di esserne protagonista.

### **GABRIELE PELISSERO**

Grazie Beppino. Ovviamente, su invito del Comitato Esecutivo e della Presidenza a tutti gli associati, e in particolare a tutti i Presidenti regionali, inizieremo nei prossimi mesi un lavoro comune, attraverso l'analisi puntuale, fatta su testi scritti, delle proposte di evoluzione e di miglioramento del nostro Statuto, allo scopo di pervenire ad una formulazione condivisa e soprattutto efficace, che consenta alla nostra Associazione di lavorare sempre meglio.

Qualche comprensibile preoccupazione di metodologia è comparsa in Consiglio Nazionale, ma si tratterà certamente di un processo collettivo, comune, condiviso, nel quale sarà impegno personale di ciascuno di noi e di tutti insieme trovare soluzioni, che diano alla nostra vita associativa la forma più armoniosa ed utile per tutti gli associati, nessuno escluso. In questo anno, abbiamo avuto una splendida collaborazione alle iniziative associative da parte di AIOP Giovani (tant'è che ci siamo preoccupati di vedere che cosa succederà quando saranno un po' meno giovani!) perché il gruppo, che si è impegnato fortemente nella fondazione e nei primi anni di vita di AIOP Giovani, ha saputo conquistarsi una grande credibilità, ma soprattutto ha dato un contributo vero e fattivo alla vita associativa. Era proprio questa la sfida alla base dell'idea di costituire un gruppo strutturato di giovani all'interno di AIOP e fa veramente piacere poter dire che la sfida è stata vinta. Per questo contributo importante vorrei invitare Averardo Orta, che con il suo gruppo di vice coordinatori e con tanti giovani, ha lavorato bene ed intensamente, a parlarci dei loro progetti. Abbiamo già sentito illustrare, nel loro Convegno, un'interessantissima applicazione informatica, che rientra nel patrimonio delle risorse di AIOP. In questa Assemblea vogliamo guardare avanti per conoscere sinteticamente le linee, che intendono portare avanti in futuro.





### AVERARDO ORTA

Grazie, lo faccio con molto piacere perché lo sforzo, profuso nel tentativo di incarnare le poche righe costitutive di A.I.O.P. Giovani - costruendo un gruppo di giovani imprenditori in grado di attestarsi come soggetti competenti nel nostro mondo - credo cominci a delinearsi come una battaglia più facile con l'ultima riforma dello Statuto.

Normalmente i miei interventi sono molto brevi, questa volta vi chiedo di pazientare di più, perché vi vorrei rap-

presentare, sia pure molto sinteticamente, l'attività svolta nell'ultimo anno.

Abbiamo fatto un viaggio di studio a Londra, dove quel sistema sanitario è oggetto di una forte trasformazione da parte del primo ministro Cameron, attraverso una normativa, già approvata, anche se in questo momento subisce una pausa. Sembra che il privato avrà uno spazio molto più ampio di prima nel nuovo NHS. Considerato che il sistema sanitario italiano è stato ripreso da quello inglese, ritengo di valore strategico per noi andare là, dove le decisioni sono state prese, per comprenderle meglio, perché potrebbe succedere anche in Italia, con qualche anno di

ritardo, che a qualcuno venga in mente di seguire le tracce inglesi. Ecco il risultato del nostro ultimo viaggio di studio. (segue la proiezione di un video).

Al di là del valore del filmato (per il quale ringrazio Andrea Albanese e Federica De Vizia) mi premeva di farvi comprendere che cosa facciamo quando ci rechiamo all'estero. Non si tratta di turismo, non andiamo a divertirci, come tutti vogliamo fare in ferie, creiamo programmi molto serrati, studiamo. Prima il professor Pelissero ci illustrava le ristrettezze, a cui stiamo andando incontro a livello nazionale. In Inghilterra la situazione è la stessa, come pure a Cuba e in Giappone. È importantissimo, perciò, avere la possibilità di vedere direttamente con i propri occhi che cosa succede negli altri Paesi, perché la globalizzazione esiste, non è solo un fenomeno che si legge sui giornali, e noi ci dovremo confrontare con esso.

Essere soggetti privilegiati, che hanno potuto conoscere le riforme di Paesi come l'Inghilterra, da vicino, dagli attori principali, ci mette anche in condizione di guadagnare prestigio. Lo constatiamo tutti i giorni, quando parliamo con gli interlocutori delle nostre ASL o con i nostri politici. Noi siamo stati nei luoghi, di cui spesso loro sentono parlare solo dalla stampa.

A.I.O.P. Giovani ha intrapreso un cammino di rapporti internazionali, di studio sui sistemi sanitari, di formazione per i propri associati su diversi temi, e infine di beneficenza. Siamo, infatti, persuasi che la solidarietà sia uno strumento per rendere evidente il senso di responsabilità, che la nostra Associazione possiede, non limitandosi a difendere gli interessi di categoria, ma aprendosi anche a situazioni di crisi. In questo momento noi stiamo agendo su tre fronti: per il Giappone, con cui abbiamo collaborato, abbiamo avviato un'attività di raccolta fondi con la Croce Rossa per il terremoto di qualche mese fa; per la Nuova Zelanda, paese che andremo a visitare alla fine di quest'anno con il prossimo Study Tour, abbiamo prodotto questa felpe, che indosso oggi, acquistabile sul nostro sito, il cui ricavo andrà per l'acquisto di una autoambulanza destinata a portare assistenza anche nei territori più isolati; per l'Eritrea abbiamo avviato una collaborazione con un'associazione che si occupa di ritirare gratuitamente e trasferire apparecchiature desuete, letti, sedie, qualsiasi oggetto che noi dobbiamo rottamare, ma per loro può essere ancora utilizzabile e magari salvare delle vite. Queste sono tre attività di solidarietà che credo facciano onore all'A.I.O.P.

Abbiamo anche lanciato, in collaborazione con il Politecnico di Milano, un premio - che verrà assegnato l'anno prossimo - per la struttura privata aderente ad A.I.O.P., che avrà sviluppato il progetto di e-Health, sanità elettronica, più avanzato. Credo che ciò costituisca uno stimolo per le strutture, che già hanno fatto qualcosa, e la possibilità, per chi si sta ancora guardandosi intorno, di venire a contatto con le realtà leader, nonché l'occasione di far conoscere al pubblico le nostre potenzialità su questo tema, tramite la risonanza che un evento con il Politecnico potrà ottenere. Tutto quello che facciamo lo trovate sul sito Internet di A.I.O.P. Giovani, che in occasione del nostro convegno di giovedì è stato modificato per essere raggiungibile anche da cellulare. Vi trovate i video, le informazioni, la documentazione sulla nostra attività. Chi ha seguito il nostro convegno avrà visto che non vogliamo più porci come semplici recettori,



limitandoci ad invitare grandi esperti semplicemente per essere informati. Abbiamo voluto presentare noi stessi alcuni progetti e mettere sul tavolo il nostro contributo attivo ad tema complesso come quello dell'e-Health. Abbiamo, infatti, presentato l'applicazione i-Aiop, il primo cup interattivo con funzione gps, consultabile con un cellulare, che avvicinerà la gente alle strutture ospedaliere associate, Vi voglio lasciare con un altro brevissimo filmato, poi mi prendo un minuto per i ringraziamenti.

*(segue la proiezione di un filmato)*

Per quanto concerne la collaborazione con Fabio Miraglia non posso limitarmi a ringraziarlo, perché è fondatore e anima di AIOP Giovani, ed ha realizzato gratuitamente questa applicazione con la sua società. Lo voglio qui con me sul palco.

I ringraziamenti vanno a Paolini a tutti i componenti l'Esecutivo che ci hanno dato e continuano a darci un aiuto straordinario: a Pelissero, Schiavone, Miraglia, a Barbara Cittadini, che in tante occasioni ci hanno fatto avere contatti con relatori e alte personalità, a Fabio Marchi che si è prodigato per il convegno di giovedì, ed a Ettore Sansavini. Voglio ringraziare il nostro Franco Bonanno, che è una figura indispensabile della nostra Associazione e tutto l'ufficio: Patrizia, Sonia, M.Rosaria, Alberta, Angelo Cassoni non li elenco tutti, ma sono tutti straordinari. E, infine, Filippo Leonardi, indispensabile organizzatore e coordinatore di tutte le nostre iniziative.

### **GABRIELE PELISSERO**

Grazie, per la fretta ha dimenticato di ricordare, ma lo faccio io, la bella iniziativa di AIOP Giovani Sicilia, che si svolgerà l'1 e 2 luglio a Taormina, su un tema di grande rilevanza, quello del passaggio generazionale nelle nostre aziende. Vorrei ora ricordare le iniziative riguardanti una fetta non grande, ma di significativa importanza della nostra Associazione, rappresentata dalle Case di cura non accreditate, delle quali si sono occupate la Commissione scientifica e tutta la Sede nazionale. Vorrei quindi chiedere a Franco Bonanno di fare il punto su due iniziative di rilievo per questo settore.

### **FRANCO BONANNO**

Preferirei, dato che è qui presente un illustre componente della Commissione, il dottor Totò, dare a lui la parola, perché si è interessato anche dei rapporti con l'ANIA, con cui abbiamo già iniziato da qualche anno incontri per la semplificazione di tutte le procedure da espletare, quando si prende in carico un assistito, un ricoverato, che usufruisce di una copertura assicurativa.

### **ROBERTO TOTÒ**

Quest'anno la Commissione si è voluta concentrare su due iniziative particolari, che riguardano principalmente le strutture non accreditate, ma possono interessare tutte le altre strutture facenti parte dell'AIOP. L'iniziativa più importante è sicuramente quella dei rapporti con l'ANIA in quanto, in una situazione di ristrettezze economiche e di taglio di budget da parte il Servizio Sanitario Nazionale, l'espansione delle coperture assicurative tramite fondi assicurativi, casse mutue e quant'altro, sarà la maggiore leva di crescita delle nostre aziende per i prossimi anni.

Al riguardo abbiamo voluto definire per la gestione delle forme di rimborso diretto un protocollo d'intesa tra AIOP e ANIA, che prenda anche in esame la tempistica dei pagamenti, una delle materie più importanti e critiche per le nostre aziende. Dopo un percorso durato anni, che ha incontrato non poche difficoltà anche a causa di problematiche interne all'ANIA e di rapporti tra le varie compagnie, si è riusciti ultimamente a definire questo protocollo d'intesa, che presenteremo prossimamente. Abbiamo cercato di prevedere una linea comune per tutte le nostre aziende e le compagnie assicurative, un procedimento unitario, semplice, chiaro, con tempi certi. Ciò ha comportato un notevole lavoro, perché impegnare le assicurazioni a rispettare determinati tempi con la presa in carico prima del ricovero, la tempistica di pagamento, le contestazioni, non è semplice. Riteniamo di avere svolto un lavoro difficoltoso, ma siamo soddisfatti del risultato raggiunto.



L'altro capitolo che abbiamo voluto affrontare quest'anno, è stato quello che ci ha portato al primo workshop sul regime IVA delle prestazioni sanitarie, svoltosi ieri. Anche qui siamo partiti da un argomento a noi particolarmente caro, ma che riguarda tutte le strutture associate, come abbiamo visto ieri, cercando di fare chiarezza su questo tema, in cui l'evoluzione delle norme legislative, non avendo seguito quella delle norme sanitarie, crea incertezza, difficoltà di interpretazione, di conoscenza, di applicazione delle leggi, con conseguenze non trascurabili per le nostre aziende in materia di accertamenti, perché spesso alcuni componenti di questi organi di controllo conoscono gli argomenti superficialmente o in maniera non approfondita. Queste due linee guida, seguite nel corso dell'anno, saranno oggetto del nostro impegno anche l'anno prossimo.

**GABRIELE PELISSERO**

Sicuramente si tratta di un ambito di attenzione, che rimarrà sempre vivo all'interno della nostra Associazione. Fra le tante cose fatte, vorrei citare un aspetto molto importante, che ha richiesto grande impegno continuativo nel corso dell'anno, rappresentato dalla produzione di strumenti di comunicazione e di ricerca. Abbiamo proseguito con la nuova linea editoriale di Mondo Salute per il quale abbiamo prodotto i due numeri del 2010: per questa Assemblea abbiamo il primo numero del 2011, di particolare pregio perché ricostruisce le vicende storiche della sanità del nostro Paese. È di grande utilità e penso che lo collegheremo tutti nella nostra libreria. Così come di straordinaria utilità è stato certamente il Rapporto Annuale 2010, che ha rappresentato un salto qualitativo ulteriore rispetto alla vicenda già prestigiosa di Ospedali & Salute, perché ha offerto a noi, ma soprattutto al Paese, uno strumento di riflessione

Continuiamo tutti insieme su questa strada, che certo richiede investimenti, fatica e capacità di ideazione, ma costituisce un percorso fondamentale. Mi rendo conto che, quando vado a parlare con parlamentari, persone del governo, alti funzionari, portarsi dietro uno o due libri prodotti da noi è il migliore biglietto da visita con il quale ci si può presentare.

Dobbiamo continuare ad investire su questo aspetto, con studi, ricerche, strumenti di comunicazione seri e ben fatti, perché anche questo oggi è parte fondamentale della nostra vita associativa.

Un ultimo punto importante, che voglio citare, è rappresentato da una iniziativa partita all'interno dell'Esecutivo, già approvata da parte del Consiglio Nazionale, che oggi per la prima volta viene presentata a tutti gli associati: il Codice Etico Associativo. Si tratta di uno strumento prezioso, anche per rispondere in modo concreto e reale a



e di conoscenza, che prima non esisteva, sui deficit, i disavanzi e gli sprechi sanitari. Proseguiremo certamente su questa strada.

La produzione di materiale da parte delle Sedi regionali è stata anche essa viva: ci sono molte iniziative interessanti, che non posso citare tutte. Mi limito a ricordare il bel volume che AIOP Emilia Romagna ha distribuito al nostro convegno, sulla tappa fondamentale dell'accreditamento della propria rete ospedaliera. Mi pare, infatti, che esso rappresenti un modello di comunicazione e d'impegno delle Sedi regionali, altrettanto importante di quello della Sede nazionale. Sono questi gli strumenti che possiamo usare per far capire a tutti che cosa è AIOP, quali sono la professionalità dei nostri operatori ed il valore della nostra rete ospedaliera nelle Regioni ed in tutto il Paese.

tanti episodi di cronaca e ad un atteggiamento talvolta di pregiudizio nei confronti della nostra categoria.

Il Codice Etico integra lo Statuto dell'Associazione ed è composto di due parti: la prima è il vero e proprio Codice Etico, che AIOP si impegna a rispettare nella propria vita associativa; il secondo è uno strumento a disposizione delle aziende che volessero adottarlo, nella loro assoluta autonomia e libertà, nell'ambito della propria attività.

Vorrei invitare Barbara Cittadini - Presidente di AIOP Sicilia e membro dell'Esecutivo - che è stata molto propositiva sul tema, ad illustrare sinteticamente questo fondamentale strumento, che vi raccomando di tenere sempre con voi, perché è una risposta concreta e reale ad una visione a volte distorta della nostra Associazione, nonché una sintesi dei suoi principi e valori.



**BARBARA CITTADINI**

Quando ieri sera Gabriele Pelissero mi ha chiesto di rappresentare lo spirito con il quale il Comitato Esecutivo ha lavorato a lungo, facendo uno sforzo ragionato su un percorso sicuramente complesso, mi hanno colto due sentimenti: preoccupazione e orgoglio. Preoccupazione perché toccava a me l'onere e l'onore di trasmettervi le motivazioni del Comitato Esecutivo, che ringrazio perché ha scritto una delle pagine più belle della storia associativa, confrontandosi a lungo in maniera ragionata su questo tema molto difficile. Orgoglio, perché lo faccio da Presidente di AIO P Sicilia. Io ho sempre ritenuto l'essere siciliana uno dei tanti privilegi che la vita mi ha regalato, perché è una terra straordinaria che sicuramente ha le sue peculiarità, derivate da una storia complessa, nota a tutti voi. Questo ha portato i siciliani ad un isolamento e ad una diffidenza rispetto ad alcuni percorsi culturali e di condivisione, ritardando purtroppo la maturazione di

per me, come imprenditore che lavora ogni giorno con orgoglio, fatica, determinazione e passione, come tanti siciliani.

Il Presidente di Confindustria Sicilia, Avv. Lo Bello, è il simbolo di questo percorso, che ha già dato i suoi frutti: la Sicilia non è più legata nell'immaginario collettivo solo ad una impressione negativa, al contrario oggi è legata ad un'immagine di rinnovamento, di entusiastica regolamentazione dei principi del fare impresa.

Che cosa ha spinto l'Esecutivo a formalizzare un Codice Etico Aiop? Sicuramente l'esigenza di rendere in regole, elementari e puntuali, la cultura d'impresa presente nelle coscienze di tutti: è stata, dunque, semplicemente l'esigenza di fissare paletti, che ci aiutasse nel nostro percorso quotidiano, in un patto sociale forte.

Non mi dilungo nell'elencazione di quanto è scritto nel Codice Etico Associativo, perché in realtà corrisponde a ciò che, ne sono certa, ognuno di noi fa nelle proprie aziende. Questo libriccino verde, il colore della speranza, assume però un valore simbolico, che ci aiuterà sicuramente. L'ho potuto constatare nelle mie interlocuzioni istituzionali in Sicilia, dove abbiamo già recepito il Codice etico confin-



una coscienza civile compiuta e creando sicuramente effetti negativi. Quello che viene chiamato l'environment sociale e culturale ha certo un riflesso diretto sullo sviluppo economico di una terra e noi abbiamo pagato questo ritardo. Il mio privilegio di essere siciliana è strettamente connesso ad un altro, che qualcuno di voi conosce e consiste nel fare parte di quella classe dirigente, costituita da AIO P e da Confindustria Sicilia, che nel settembre del 2007 ha dato avvio a quello, che è stato chiamato "risveglio delle coscienze" della classe imprenditoriale, in realtà semplicemente di ciò che già albergava nelle coscienze di tutti gli imprenditori. È stata ed è un'esperienza straordinaria

dustriale, essendo associati a Confindustria. Il nostro Codice ci aiuterà non solo nelle interlocuzioni con la Pubblica Amministrazione, ma anche nella convivenza tra di noi. Senza addentrarmi, infatti, nel campo della filosofia e senza dare un'interpretazione soggettiva, che può apparire riduttiva, l'etica applicata all'impresa si potrebbe tradurre in un semplice principio: la libertà di ognuno di noi finisce dove comincia la libertà degli altri.

In qualità di amministratori abbiamo responsabilità complesse: anzitutto nei confronti di quanti si rivolgono a noi per trovare una risposta assistenziale alla loro domanda di salute; poi nei riguardi di coloro che lavorano nelle nostre

aziende e quindi di tutte le famiglie, alle quali il nostro lavoro offre benessere; infine rispetto al contesto in cui operiamo, quindi verso la comunità, e nei confronti degli stakeholders, con cui entriamo in contatto tutti i giorni.

Spero di essere stata esaustiva, perché i limiti di tempo non mi consentono di addentrarmi nella esplicitazione di tutto quanto è scritto nel Codice etico di cui oggi vi chiediamo l'approvazione. Voglio concludere semplicemente con le parole di Thomas Friedman: il futuro non è una fatalità, è una scelta. Ignorare i problemi dell'oggi significa precludersi la possibilità di poterlo cambiare. Credo che il Comitato Esecutivo dell'AIOP abbia scelto di cambiarlo in meglio per tutti voi.

*(Lungo applauso).*

### GABRIELE PELISSERO

Grazie Barbara, certamente hai espresso in pieno lo spirito con cui abbiamo lavorato a questo documento importante, che sicuramente tutti gli associati leggeranno con attenzione e che, come ogni strumento associativo, potrà essere modificato e migliorato continuamente. Nei prossimi giorni lo spediremo a tutti i nostri membri ed ai probiviri, in particolare, che troveranno un ruolo ampliato e rinnovato nelle indicazioni del Codice Etico.

Con oggi il Codice diventa definitivamente patrimonio della nostra Associazione, per manifestare e rappresentare la nostra volontà come comunità di imprenditori, riaffermare una serie di valori che fanno già parte della nostra vita quotidiana: non c'è nulla di nuovo, ma averlo scritto in un momento difficile come quello che viviamo, rappresenta sicuramente un valore aggiunto che abbiamo voluto offrirvi con questa iniziativa.

Considero terminata la relazione generale annuale, nella quale abbiamo dimenticato sicuramente molte cose importanti, ma credo siamo riusciti a toccare i punti fondamentali. Ringrazio moltissimo tutti gli amici, che insieme a me hanno presentato parti importanti del grande lavoro compiuto. Certe volte nelle nostre sedi regionali sorge una domanda normale: che cosa fanno a Roma? Facciamo queste cose, siamo sempre noi, che operiamo in sedi diverse.

Vorrei dedicare dieci minuti al dibattito, dopo di che passeremo all'esame del bilancio e anche di una mozione importante, che il Comitato Esecutivo propone a questa Assemblea. Chiedo se qualcuno degli amici presenti in Assemblea vuole intervenire.

*(Un lunghissimo applauso).*



### ENZO SCHIAVONE

Gabriele Pelissero è riuscito in maniera brillante a portare a conclusione tutti i temi, veramente straordinari. Credo, però, che la discussione vada ancora ampliata, perché c'è molto da fare, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti e le lamentele, che si ripropongono quotidianamente nelle nostre sedi regionali. È lì che avvengono le contestazioni, che emergono tante problematiche, e sapere che cosa fa l'AIOP Nazionale serve, perciò, a far capire che

l'attività è proficua e profonda, ma non serve a distogliere l'attenzione dai problemi propri di ogni singola Regione. Riferendomi poi a quanto affermato nel Convegno di ieri, vorrei precisare che oggi forse la mafia non è più un problema solo delle Regioni del Meridione - Calabria, Sicilia, Campania - ma deve preoccupare tutti, perché sta lentamente cominciando ad espatriare e, poco per volta, la si comincia a vedere in Emilia, nel Veneto, in Lombardia ecc. Possiamo dare una mano per dire come si fa a combatterla e a proteggersi, grazie ad un'evoluzione che comprende anche il Codice Etico.

Fare l'imprenditore in una Regione sottoposta al piano di rientro, come la Campania, significa avere un'addizionale IRAP, un'addizionale IRPEF, ecc. Rispetto a tutti gli altri imprenditori noi paghiamo di più e questo implica un aggravio rispetto alle condizioni, ai modus operandi delle nostre aziende in altre Regioni. Tutto ciò comporta seri danni: primo, quello di pagare l'addizionale; secondo, quello di essere ritenuti da altri gruppi, all'interno della stessa Confindustria regionale, come coloro che hanno determinato lo sfioramento; terzo, il ritardo di pagamenti che è arrivato anche a trenta mesi nella "fatidica" ASL Napoli Uno.

Dobbiamo, però, pensare anche al futuro, per combattere gli sprechi e le inefficienze, temi sui quali si deve ancora fare molta attenzione anche in relazione alle attività propositive in atto. Prossimamente, il 28 giugno, si terrà a Roma il convegno della FISOPA, la Federazione che raggruppa le società scientifiche dell'ospitalità privata, che analizzerà le problematiche della equiparazione dei titoli acquisiti nel servizio pubblico e nel servizio privato, un obiettivo a cui i nostri operatori aspirano e che bisogna assecondare e portare avanti.

Qualità, ricerca ed efficienza debbono essere i nostri temi per il futuro e una sezione di AIOP deve coltivarli, come stanno facendo benissimo gli "ex giovani" di AIOP, perché hanno dato prova di grandissima maturità. Va sempre, quindi, un caloroso ringraziamento ad Averardo, Fabio, Federica e tutti gli altri giovani, veramente straordinari.

Bisogna, infine, cercare di lavorare anche sullo strumento della conciliazione transattiva dei ruoli professionali, con particolare attenzione alle difficoltà che si possono incontrare oggi: con i maxi risarcimenti, concessi dai vari magistrati, si arriva a 4 - 5 milioni di euro!

Si deve, dunque, cercare di tutelarsi, non solo con le società assicuratrici, ma anche con l'attivazione degli strumenti di conciliazione transattiva dei vari ordini professionali, per limitare i danni, confinando i risarcimenti all'interno di misure accettabili.







### ALFREDO MONTECCHIESI

Voglio complimentarmi pubblicamente con Gabriele, perché ieri è riuscito con rapidità e lucidità a replicare al senatore La Loggia, quando parlava dei Livelli Essenziali di Assistenza e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni. Purtroppo, ci siamo trovati davanti alle nuove linee guida della riabilitazione, emanate ultimamente, alle quali non abbiamo potuto offrire nessun contributo che peraltro è stato dato da tutti anche dai podologi, ma non dall'AIOG, anche se rappresentiamo con strutture importanti una grossa percentuale dei posti letto per riabilitazione. Dobbiamo riacquistare incisività a livello nazionale che da qualche anno a questa parte abbiamo perduto. Il senatore La Loggia ieri ci ha dato questa possibilità e Gabriele è stato bravissimo a coglierla, perché dobbiamo cercare di armonizzare le diversità nel quadro del federalismo fiscale. Alcune Regioni si stanno muovendo per conto proprio e registriamo di conseguenza una varietà di comportamento degli Assessorati, con tipologie assistenziali, che sono a volte premianti ed altre fortemente penalizzanti. Dovremmo cercare di riconquistare posizioni, altrimenti l'AIOG nazionale a che cosa serve? Il contratto lo faremo a livello territoriale, il federalismo sarà regionale... Sono persuaso, però, che saremo perdenti, se non cerchiamo di lavorare insieme, per riacquistare su alcune problematiche una centralità, che sarà vantaggiosa per tutti.

Prima Sansavini ha detto che sono iscritti a Confindustria i poliambulatori e perfino uno studio dentistico, ma finiranno per iscriversi anche le farmacie.

AIOG Giovani svolge un ottimo lavoro, l'applicazione informatica da loro proposta è un'iniziativa interessante, perché ci darà visibilità (almeno alle strutture per acuti e alle riabilitative). Ciò che loro studiano o propongono dovremmo, però, cercare di attuarlo, perché porti benefici a tutta l'Associazione, rendendola più visibile e compatta, altrimenti rimane solo un bel lavoro.

Il Codice Etico va benissimo, ma io immagino un sistema nostro di certificazione: non mi voglio certificare con ISO 9000 o altro, ma con AIOG. E una tale certificazione si aggiungerebbe all'obbligo di applicare il contratto, che Miraglia segue con intelligenza, riuscendo perfino - dopo anni di suggerimenti ed esortazioni - a proporre un contratto per le RSA, che io spero arrivi presto in porto. In alcune Regioni, infatti, la realtà delle RSA sta diventando sempre più forte, perché il Governo indirizza il settore ospedaliero verso quello territoriale. Avremo quindi necessità di dare continuità alle strutture, partite cinquant'anni fa con una tipologia assistenziale per acuti, tenendo conto dell'eventuale modificazione regionale per le RSA e per le strutture residenziali psichiatriche.

Quanto a Confindustria, si tratta di una realtà diversa nelle varie Regioni. Nel Lazio, in particolare, associa pure strutture AIOG, anche se poi a livello regionale ci troviamo talvolta a perseguire orientamenti diversi. Secondo me, il problema di Confindustria va regolato in sede centrale, come voi state facendo, e poi va ritradotto a livello regionale, dando indicazioni precise, per evitare la concorren-

letto o altri parametri. Di conseguenza, non siamo i soli a votare la rappresentanza e pertanto non è facile mantenerla. A Ravenna, ad esempio, le cliniche associate sono molto meno rispetto ai poliambulatori e ai servizi medici. Di recente abbiamo associato, dopo una lunga discussione, perfino lo studio di un dentista e anche lui parteciperà in futuro al voto di Confindustria sanità.

Riguardo alla revisione dello Statuto, va ponderato se la base potrà essere più o meno allargata: è una decisione che sarà posta al momento opportuno all'attenzione degli associati. Sapete che da tempo insisto sul rinnovo statutario, necessario per poter essere maggiormente incisivi. Consentitemi una considerazione personale. I Giovani AIOG hanno veramente lo sguardo rivolto al futuro. Perché non affidare anche a loro il compito di studiare lo Statuto? Magari non decideranno, ma potrebbero offrire un contributo all'elaborazione del nuovo Statuto, che li riguarderà in maniera prevalente.

### GABRIELE PELISSERO

Sansavini è stato uno dei pionieri nel rapporto con Confindustria, bisogna ricordarlo, perché ha fatto parte di quella pattuglia iniziale dell'imprenditorialità sanitaria, che è andata all'assalto, aprendo una strada. Dove questo impegno c'è stato, abbiamo effettivamente conquistato posizioni di rilievo, bisogna quindi che tale esempio venga utilizzato praticamente da un sempre maggior numero di imprenditori della sanità aderenti all'AIOG. Sentiamo da questi interventi che una battaglia si può fare e vincere.

Come Esecutivo nazionale seguiamo con molta attenzione il lavoro di AIOG Giovani e li coinvolgeremo di certo nel processo di revisione dello Statuto.

za sleale che Confindustria ci fa nel Lazio, affiliando strutture con quote associative molto basse. Qualcuno potrebbe chiedersi per quale ragione aderire ad AIOOP, quando con il sistema confindustriale pagando molto meno si ottengono le stesse cose, anche se in realtà non è vero, perché lo zoccolo duro di Confindustria nella nostra Regione è costituito da strutture ambulatoriali e riabilitative.

**GABRIELE PELISSERO**

Grazie. Molti di questi problemi sono stati già presi in considerazione e dovranno essere rivisti, perché Montecchiesi ha posto una serie di questioni importanti, di cui ho preso attentamente nota.



**DOMENICO MUSUMECI**

Anche noi di AIOOP Giovani stiamo lavorando, per stringere rapporti di collaborazione con Confindustria. Attualmente stiamo organizzando con loro in Sicilia un convegno sul tema "Giovani imprenditori in giovane Italia", che si terrà l'1 e il 2 luglio a Taormina. L'iniziativa sarà articolata in due momenti: il venerdì pomeriggio si svolgerà un workshop in collaborazione con lo studio Ambrosetti sul passaggio generazionale, un argomento molto caro a noi giovani e di fondamentale importanza per la crescita delle nostre aziende; il sabato mattina si terrà un convegno - confronto con alcuni politici. Saranno presenti anche il presidente dell'UPI e quello dell'ANCI, in modo tale da far sentire la voce dei giovani per un dialogo aperto, al fine di proporre loro alcuni quesiti e trovare le possibili soluzioni. Spero in una partecipazione massiccia da parte sia dei giovani sia dei senior, perché sarà proprio un momento per confrontarci e far sentire la nostra voce.

**GABRIELE PELISSERO**

Molti auguri per questo convegno importante di Taormina, al quale sicuramente interverranno anche molti associati.



**PAOLO ROSATI**

Mi congratulo con Gabriele Pelissero per le sue premesse propedeutiche all'intervento del senatore La Loggia, molto sintetiche e puntuali.

Vorrei sottoporre ora alla vostra attenzione il tema della psichiatria, sul quale ebbi già modo di riferire nel penultimo Consiglio Nazionale. In Italia esistono al momento venti sistemi di assistenza psichiatrica diversi. Nel Lazio siamo alle prese con una problematica molto forte di totale riconversione, di cui non comprendiamo bene la natura perché

sembra che non sia la Regione ad avere un così forte interesse per tale riconversione, ma si tratti di una imposizione ideologica da parte ministeriale.

La Regione Lazio, essendo sottoposta a piano di rientro, è soggetta a verifiche trimestrali e nel tavolo tecnico è stata formulata questa ipotesi di riconversione, che consiste



nell'uscita totale dal settore ospedaliero delle strutture che erogano assistenza nel campo della psichiatria. Proprio per quanto ho detto in premessa, chiedo l'impegno di prestare la massima attenzione a questo processo, focalizzato nel Lazio, che oggi non riusciamo a governare, pur avendo preso iniziative anche a livello ministeriale. Tale processo, infatti, riguarderà a brevissimo tutte le altre Regioni. Era un problema tre mesi fa, lo è ancora, perché non riusciamo ad interloquire con il Ministro e con il tavolo tecnico, contrariamente a quanto aveva proposto peraltro la Regione Lazio, che significativamente era stata sensibilizzata solo dall'AIOOP, non dalle altre sigle, anche se in Confindustria sono presenti alcune Case di cura psichiatriche.

Dato che sarà un problema di carattere generale, io sollecito l'AIOOP nazionale ad interessarsene. La Sede Lazio sta affrontando questa riconversione e cercheremo di contrastarla con il suo aiuto. Anche in altre Regioni credo sia necessaria una risposta puntuale da parte dell'AIOOP Nazionale.

Mi riferisco, infine, al sistema dei controlli, di cui si sta dotando la Regione Lazio. Auspico l'unificazione di questo sistema, perché francamente non riusciamo a correlare le regole del nostro Decreto commissariale con quanto avviene nelle altre Regioni, dove mi auguro la normativa non sia così dirompente. Spero che non rimanga un problema legato solo alla nostra situazione locale e che quindi ci si possa confrontare a livello nazionale, perché credo che il sistema dei controlli riguardi tutto il Paese.

**GABRIELE PELISSERO**

Questo è un tema molto importante, sul quale dobbiamo tutti concentrarci. Tutte le Regioni hanno difficoltà, ma il Lazio si trova in una condizione strutturale particolare ed è comprensibile che nella nostra Assemblea affiori anche il disagio, che molti associati presenti in questa Regione esprimono più che legittimamente. L'ultimo intervento è di Jessica Faroni, Presidente di AIOOP Lazio.



### JESSICA FARONI

Prima di tutto una riflessione sulla modifica dello Statuto. Io sono diventata Presidente nel momento in cui alcuni grandi gruppi sono usciti dalla nostra Sede regionale, creando associazioni proprie, che adesso si sono moltiplicate in FederLazio, Confcommercio, ecc., ovvero aderendo a Confindustria. Per fortuna, non ho perso nessuna struttura durante la mia presidenza, ma ho perso comunque forza, perché le associate sono rimaste in poche rispetto a prima.

Per me è, quindi, importante associare anche altre tipologie di imprese, soprattutto in una Regione in cui i tagli stanno creando difficoltà enormi. Come gestire poi queste nuove tipologie sarà tutto da discutere.

I rapporti con Confindustria sono diversi Regione per Regione. Ho difficoltà nel collaborare con loro per un solo motivo: un gruppo fuoriuscito dall'AIOP Lazio, molto concorrenziale e a volte in maniera scorretta, è entrato in Confindustria, che si è fatta poi portavoce di un accordo firmato ieri, in cui è prevista addirittura l'apertura di un nuovo IRCS, mentre vengono effettuati vari tagli in altre strutture. Ho fatto presente più volte al Presidente Paolini la nostra situazione, ma ho ricevuto telefonate soltanto riguardo al fatto che non siamo in regola con le quote associative. Mi domando a questo punto dove sia la comunicazione.

Vorrei anche poter vedere la nostra presenza nelle trasmissioni, che oggi vengono tanto ascoltate dai cittadini, perché non dimentichiamo che la forza sta in loro: qui dentro possiamo dirci quanto siamo bravi, possiamo contattare tutti i politici del mondo, ma la forza sta nei voti, nella gente. Perché siamo presenti a Report, dove si parla male della sanità privata, e non lo siamo in trasmissioni in cui vengano diffusi documentari, come quelli fatti da AIOP Giovani? Perché non siamo presenti in trasmissioni come

Le Iene o Striscia, in cui vengono denunciati tanti scandali? Nella Regione Lazio le ore nelle autoambulanze, da quando è arrivata la governatrice Polverini, sono passate da 14.000 a 65.000, frutto dei tagli alla sanità privata, e la mortalità nei pronto soccorsi è aumentata del 2,4%. Lo vogliamo dire a qualcuno?! Pensate che parte dei fondi, stanziati per la prevenzione, per la prima volta quest'anno sono stati utilizzati al 50% per la pubblicità personale del Governatore. Vorrei che questo fosse fatto sapere anche a livello più ampio. Mi sembra che la nostra comunicazione sia un po' vecchia, poco aggressiva.

Le Regioni vengono lasciate troppo sole, soprattutto il Lazio che è in grave difficoltà, perché non si ha l'interlocutore politico, non sono state fatte le nomine e da parte della politica regionale si attua un tipo d'informazione assolutamente propagandistico e non veritiero. Chiedo, quindi, di ravvivare la nostra comunicazione. Mi ha fatto molto piacere vedere il lavoro di AIOP Giovani, cercare di capire meglio i rapporti con Confindustria (perché è vero che se togliamo il cappello dalla sedia, ce lo mette subito qualcun altro!), ma se non facciamo sapere che cosa succede anche in Confindustria e si parla solo di malcostume nella sanità privata, facciamo un danno a noi stessi.

Non ultimo, il problema dei controlli, di cui ho reso partecipe anche l'AIOP nazionale. Forse il nostro Presidente era impegnato in altro, ma purtroppo le aziende vanno avanti e ogni mese pagano gli stipendi. Lo scorso anno è stato firmato un accordo, in cui si affermava la necessità di cambiare il sistema dei controlli, si sono avviati i tavoli tecnici e quindi ora si fanno i controlli con una nuova metodica. Ciò comporta che il medico diventi un burocrate: se si uccide il paziente va benissimo, ma se si fa un intervento chirurgico e si scrive: "secondo la tecnica Stefanini" la clinica non viene pagata, perché non è descritta la tecnica. Capite bene come tutto ciò abbia comportato in alcune strutture l'abbattimento del 100% delle cartelle cliniche.

I rapporti di AIOP con la Governatrice sono molto difficili, e qui chiedo aiuto a voi, per la profonda incompetenza di questa amministrazione nei confronti della sanità e la sua assoluta sordità alle relative problematiche. Leggerete tutti dello scandalo dei pronto soccorso nel Lazio: ci sono persone che stanno otto giorni sulle barelle, e non se ne preoccupano! Evidentemente la Governatrice non ha interesse a questi problemi e chi è vicino a lei ancor meno. Abbiamo cercato in tutti i modi di farci ricevere, sono stata dalla Polverini, ho tentato di parlarle, ma è molto difficile colloquiare con personaggi che di sanità sanno poco e, soprattutto, si esprimono con terminologie incomprensibili.

### GABRIELE PELISSERO

Credo che il caloroso applauso mostri la vicinanza e la sensibilità di tutta l'Associazione per questi problemi molto complessi e difficili, che Jessica Faroni ha illustrato. D'altra parte sapevamo - io stesso lo avevo anticipato nella mia introduzione - che la Regione Lazio rappresenta forse oggi un apice di criticità del mondo sanitario. E questo non perché non ci siano purtroppo tante Regioni disastrose in questo Paese, o perché quelle che lo sembrano meno siano una terra felice, ma certamente perché il Lazio è una Regione strategica, dove ha sede la capitale e nel bene e nel male è oggetto di riflessione per tutti, anche a causa della



rilevanza associativa che storicamente ha la compagine laziale, la più numerosa per moltissimi anni nell'ambito di AIOP.

Quando ci troviamo di fronte a situazioni di questo tipo, credo sia indispensabile approfondire l'analisi di quanto avviene, perché in un momento assembleare si possono e si debbono giustamente trasmettere le sensibilità, gli elementi più macroscopici e la presenza di criticità. È chiaro, però, che questo non è sufficiente: si deve fare un'analisi adeguata della situazione del Lazio, sia in termini associativi, sia in relazione con quanto si riesce a comprendere dell'orientamento regionale, per studiare un pacchetto di controproposte, che tengano conto delle criticità.

Giancarlo Perla, Presidente della Sede Piemonte, ci ha riferito di aver firmato un accordo, che non condivide perché ingiustamente penalizza il nostro settore, in seguito ad un'analisi seria, profonda, dolorosa, in cui lo sforzo degli associati piemontesi, riuniti intorno alla propria sede regionale, ha cercato la strada per minimizzare il danno, certo non entusiasmante, ma comunque concreta.

L'essenza dell'imprenditorialità è certo quella di afferrare tutte le occasioni, sognando un futuro di espansione e di crescita, ma è anche la capacità tattica di cogliere le caratteristiche del momento, affrontando le difficoltà, in modo da proteggere il grande investimento umano ed economico che ciascuno di noi ha fatto nella propria azienda, per preservarlo anche nei momenti critici, consentendo così di entrare nella fase della ripresa.

Certo, i vostri interventi confermano purtroppo l'analisi complessiva, che avevo cercato di abbozzare all'inizio:

siamo in un momento veramente molto difficile. Tutti i dati economici lo indicano e lo dimostra anche lo stato delle nostre Regioni, proprio nel campo della sanità.

Alla fine degli anni Novanta, nel nostro Paese si è verificata purtroppo una sciagurata inversione di rotta, che ha fermato un processo anticipatore, partito bene con l'aziendalizzazione del pubblico, il passaggio al pagamento a prestazione, la parità pubblico-privato, un tentativo, seppure embrionale, di maggiore rigore di bilancio nelle Regioni e di depoliticizzazione della sanità. Se il processo fosse proseguito, noi non ci troveremo oggi in questa situazione.

Non voglio entrare in polemiche politiche, che non ci interessano e non sono assolutamente il senso della nostra Associazione, ma devo rivolgere le critiche che meritano ai provvedimenti di legge sbagliati e dannosi. Sicuramente il processo, che si è avviato alla fine degli anni Novanta con la controriforma Bindi, è stato un momento oscuro per la sanità di questo Paese. Purtroppo, poiché i risultati e i danni si leggono sul medio - lungo periodo, oggi ci troviamo a pagare in prima persona il prezzo di scelte dissenate che, invece di portare la sanità nelle Regioni italiane nella direzione virtuosa, l'ha condotta verso il disastro a cui stiamo assistendo. Temo non ci siano ricette magiche per uscirne fuori: dovremo fare un'operazione di resistenza per ridurre il più possibile i danni e cercare di presentare proposte, che ci aprano una prospettiva per il futuro.

Detesto illudere me stesso e gli altri: andare a dire che oggi AIOP troverà la soluzione per pagare i debiti delle Regioni e che l'anno prossimo avremo incrementi di budget

per compensare i tagli di quest'anno sarebbe una presa in giro reciproca. Dobbiamo, invece, studiare molto attentamente la situazione e vedere quali spazi si aprono, attraverso quali varchi possiamo inserirci. Devo dire che l'apprezzamento di Antonini e La Loggia – che non sono persone qualunque, ma hanno voce in capitolo – ha aperto uno spiraglio. Vedremo se ci sarà un seguito all'interesse, che hanno manifestato riguardo alla nostra proposta di tornare al pagamento a prestazione, di remunerare tempestivamente chi eroga davvero i servizi ai cittadini, ad una tariffa ragionevole e sicura. Portiamo trasparenza nelle amministrazioni pubbliche, che costruiscono voragini di deficit coperte con i tagli al settore privato, sciogliamo questo nodo che unisce il controllato al controllore, il quale poi controlla sempre ed esclusivamente noi privati, lasciando inappropriatezze spaventose nella rete pubblica. Questi sono forse gli unici passaggi, sui quali noi possiamo costruire, al centro e in periferia, un dialogo comprensibile con le amministrazioni con cui dobbiamo confrontarci.

Il 13 giugno, per combinazione, Antonini ed io saremo tra i venti esperti, che parteciperanno ad una giornata di lavoro a porte chiuse sui temi della sanità all'ASPEN Institute, un centro studi guidato personalmente dal Ministro Tremonti, che molto probabilmente interverrà. Antonini mi confermava il suo appoggio esterno ed autorevolissimo alle tesi, che noi cerchiamo di portare avanti. Anche in quella sede, per quanto mi sarà possibile, cercherò di far comprendere la necessità di un'inversione di tendenza, perché non è smontando la rete dell'ospedalità privata che questo Paese farà un passo avanti, né nel Lazio né in altre Regioni. Dobbiamo, però, riuscire a farlo capire al governo e da questa base spero che potremo in qualche modo ripartire.

Dobbiamo, inoltre, trovare strategie per riconquistare le posizioni, rispetto alle quali in passato non abbiamo avuto la possibilità di avanzare. Non sono convinto che la partita confindustriale sia perduta in nessuna Regione, neanche nel Lazio. Dobbiamo fare un progetto, per non lasciare partita vinta a chi cerca di escluderci e di sostituirsi a noi, utilizzando tutti i mezzi per eliminare l'AIOP. Usiamo gli strumenti degli Statuti, entriamo nei sistemi, alziamo la voce, chiediamo di avere rappresentanza ed andiamo a contrastare sul campo certi comportamenti e certe situazioni.

Questo è un mio invito e una sollecitazione forte, che naturalmente rivolgo a me stesso per primo: questa battaglia in Lombardia l'ho fatta, lo dico ai tanti amici che sono qui, in modo particolare a quelli del Lazio. Sento molto il disagio di questa situazione, se potremo fare qualcosa vi affiancheremo, ma voi dovete elaborare una strategia di attacco e portarla avanti con vigore. Sono certo che ci riuscirete, perché avete la capacità e le risorse necessarie.

A questo punto metto in votazione la relazione annuale. Chi l'approva?

#### LA RELAZIONE VIENE APPROVATA ALL'UNANIMITÀ

La Commissione verifica poteri ci comunica che in questo momento sono presenti 18.612 posti letto  
Passo all'ultimo adempimento importante, il bilancio, dando la parola all'Amministratore Tesoriere nazionale.



#### FABIO MARCHI

Il tema del bilancio è sempre strategico, ma i contenuti che esso sottende li abbiamo sentiti esprimere nell'articolata relazione a più voci, quindi tutti gli aspetti di strategia, compresi soprattutto nel bilancio preventivo, li ritrovate a supporto di quanto è stato fin qui dichiarato.

Per l'Amministratore tesoriere si pone sempre il dilemma di quanto dilungarsi sulle singole poste di bilancio, per appalesare una totale trasparenza, e quanto evitare di tediare i colleghi, che hanno avuto già occasione di leggere i numeri, in seguito alla solerte distribuzione del materiale. Dovremo, dunque, armonizzare queste due posizioni, confidando di approfondire l'analisi dei nostri conti con il vostro stimolo e disponibili, ovviamente, a chiarirvi eventuali precisazioni richieste.

Consentitemi, prima di tutto, di ringraziare gli uffici dell'AIOP nazionale, in particolare Patrizia Salafia e Franco Bonanno, per l'insostituibile contributo che danno alla gestione amministrativa dell'Associazione, e il Collegio dei Revisori che hanno sistematicamente verificato ed analizzato l'esattezza delle spese impegnate ed effettuate.

#### BILANCIO CONSUNTIVO 2010

Il "Bilancio" che sottoponiamo, come ormai da consuetudine, è stato predisposto rispettando il nostro "Piano dei Conti", e rispecchia tutte le "funzioni di spesa e quelle relative ai ricavi" che formano i vari Capitoli del Conto Economico. L'elencazione delle voci riferite ai "Ricavi" vengono differenziate per singolo tipo di Struttura associata (accreditata, non accreditata, per acuti, per lungodegenti, per Rsa e per Centri di riabilitazione ex art. 26) e quelle riferite ai "costi" vengono differenziate in 10 capitoli.

Mentre vengono proiettate le slide relative allo Stato Patrimoniale, che, peraltro, si chiude con un avanzo di gestione pari a € 2.759,77 che il Comitato Esecutivo e il Consiglio Nazionale Vi propongono di portare al fondo riserva, sulla parte delle attività vorrei analizzare solo alcune poste particolari, quelle corrispondenti alla morosità. Quando celebriamo la nostra volontà di proseguire l'attività, decidiamo d'intraprendere azioni, manifestiamo la nostra coesione associativa in vari eventi, dobbiamo poi ricordarci che il puntuale versamento delle quote è imprescindibile, è obbligo associativo, anche se non ci si dovrebbe richiamare all'obbligo bensì fare riferimento a ciò che è necessario.

Noi veniamo da un'esperienza dura: quest'anno abbiamo dovuto portare a contenzioso 376.902,45 euro, una cifra molto importante, originata da quei macro-fenomeni di cui si parlava, ad esempio, per la Regione Lazio. La nostra scelta di portare a contenzioso queste partite è l'espressione della certezza dell'esigibilità delle stesse. Proseguiremo, quindi, sulla strada per il recupero di queste importanti risorse, che consideriamo a noi dovute a tutti gli effetti. Abbiamo, peraltro, avuto qualche sentenza favorevole per il recupero di crediti pregressi, senza tuttavia arrivare all'incasso degli stessi. Sicuramente si tratta di un fenomeno rilevante che non si può sottacere, anche perché

potrebbe costituire uno degli stimoli da rispecchiare nella logica della revisione statutaria.

Premesso che non si può pensare ad un'associazione non dotata di risorse sufficienti per la gestione delle sue iniziative, quando assistiamo ad una riduzione del numero di letti associati, come nel corso del 2010, dovremo probabilmente ipotizzare meccanismi di recupero di risorse, attraverso una revisione delle quote associative. Questo è l'ennesimo anno – come si può constatare nel budget di previsione – in cui l'Esecutivo non propone al Consiglio Nazionale revisioni delle quote stesse, perché tutto è proiettato sull'ipotesi di modifica statutaria.

Altro fenomeno preoccupante è quello relativo alle Sedi regionali in difficoltà. Queste infatti utilizzano come proprio finanziamento le quote, che hanno incassato per conto della Sede nazionale, gestendo in tal modo una transizione straordinaria nei loro conti. Va dato atto che sedi come il Lazio hanno provveduto ad importanti ristrutturazioni della loro organizzazione, per allinearsi con la nuova consistenza degli associati, ma, ciò nonostante, il fenomeno, visto dalla parte dell'AIOP nazionale, costituisce un'anomalia importante e finanche grave. Su ciò dovremo lavorare e va in questa direzione un'ipotesi di mozione, alla quale si riferiva prima il Vice Presidente Pelissero

### CONTO ECONOMICO

**Costi:** dall'esame dei vari Capitoli relativi ai "Costi" si evidenzia che complessivamente a consuntivo questi sono stati contenuti con una spesa complessiva pari a circa 65 mila euro in meno di quanto avevamo preventivato.

Una precisazione sui costi imputati al Cap. 10, quello riferito al "Programma e Sviluppo" è stata ristrutturata l'organizzazione del nostro Ufficio Stampa e Comunicazioni anche per contenere i relativi costi.

Fermo restando la segreteria all'interno, con addetta Maria Rosaria Lanciano, abbiamo istituito l'ufficio Comunicazione all'esterno stipulando un Contratto annuale – che abbiamo già rinnovato anche per l'anno 2011 - di collaborazione con la società SEC con sede a Milano e uffici a Roma.

E' stata limitata l'attività del Dr. Spadaro ai soli rapporti con le rubriche televisive della RAI, mentre la direzione del nostro periodico Mondosalute è passata al Presidente Paolini iscritto nell'elenco speciale annesso all'Albo dei Giornalisti della Calabria, per cui abbiamo dovuto mutare il "carattere" del periodico da "scientifico-culturale" a "tecnico-informativo professionale", e la periodicità da "bimestrale a quadrimestrale".

**Ricavi:** la voce dei ricavi sono quelli relativi ai 51.139 posti letto associati per l'anno 2010 oltre alle voci relative agli interessi attivi e alle sopravvenienze.

Mentre le poste di bilancio stanno scorrendo attraverso la proiezione dei lucidi io e lo staff amministrativo rimaniamo a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

Confermandovi che anche quest'anno il bilancio consuntivo 2010, è stato sottoposto alla revisione da parte della Società di revisione ed organizzazione contabile, Ria & Partners S.p.A. - regolarmente iscritta all'albo Consob - che lo ha giudicato conforme ai principi e criteri di valutazione evidenziati nella nota integrativa allegata, chiudo questa mia breve relazione al bilancio consuntivo 2010 chieden-

do la Vs. approvazione e la destinazione dell'avanzo di gestione come proposto dal Consiglio Nazionale.

### GABRIELE PELISSERO

Prima di mettere in votazione il Bilancio Consuntivo 2010, invito il Presidente del Collegio dei Revisori, Dr. Fabio Rossi, ad esporre la relativa loro relazione.

### FABIO ROSSI

Il Collegio dei Revisori formato da Angelo Anselma da Lorenzo Orta e da me che ho l'onore di presiederlo, ha revisionato il bilancio appena esposto dall'Amministratore Tesoriere facendo le verifiche trimestrali, come previsto dallo Statuto, con la collaborazione di Patrizia Salafia che ringrazio, ed esprime parere favorevole al bilancio predisposto. Il Collegio dei Revisori richiede un'attenzione particolare per l'incasso dei crediti pregressi e, tra l'altro, si pone a disposizione del Comitato Esecutivo e degli organi associativi, disponibile a fornire il proprio contributo, previsto statutariamente, al passaggio fondamentale costituito dalla revisione dello Statuto.

### GABRIELE PELISSERO

Se non ci sono interventi, nel mettere in votazione il bilancio, vorrei richiamare la caratteristica complessiva del bilancio, espresso molto bene da Fabio Marchi, che ringrazio moltissimo per il suo diligente e impegnativo lavoro di Tesoriere nazionale. Come avete visto il bilancio si chiude certamente in una situazione più che accettabile, come at-



testa il Collegio dei Revisori, ma contiene in sé elementi di vivissima preoccupazione.

Non nascondiamoci che, se la Sede nazionale si trovasse in una condizione finanziaria tale da non riuscire più ad andare avanti per ragioni, che purtroppo possono avere mille motivi, non riusciremo a fare tutte le belle cose che ci siamo detti stamattina. Certamente questo è un problema di responsabilità al quale, nel mettere in votazione il bilancio, richiamo tutti. Il Comitato Esecutivo è preoccupato per questo fenomeno e ha deciso di presentare una proposta di transizione, che ora proporremo, per affrontare il problema. Metto, pertanto, in votazione il bilancio consuntivo 2010 e la proposta di trasferire a riserve l'avanzo di gestione.

**SI APPROVA ALL'UNANIMITÀ SIA IL BILANCIO CONSUNTIVO 2010 SIA IL TRASFERIMENTO A FONDO RISERVE DELL'IMPORTO RELATIVO ALL'AVANZO DI GESTIONE 2010.**

Passiamo al bilancio preventivo 2011.

#### BILANCIO PREVENTIVO 2011

Il Bilancio Preventivo 2011 approvato dal Consiglio Nazionale il 6 aprile u.s. viene oggi presentato e predisposto mettendo tutte le voci dei "Costi e dei "Ricavi" a confronto con il Consuntivo 2010 appena approvato e prevedendo un avanzo di gestione pari a € 111,00.

Per quanto concerne l'entità delle quote associative per l'anno 2011 il Consiglio Nazionale ha condiviso quanto proposto dal Comitato Esecutivo, cioè di lasciare inalterate, rispetto al 2010, le quote associative Nazionali per le strutture accreditate e non accreditate per acuti, per lungodegenti, per i Centri di riabilitazione e per le RSA, pur evidenziando, già nell'apertura del bilancio 2011, una decurtazione di posti letto associati rispetto all'anno 2010.

L'entità delle quote associative nazionali per singola struttura rimarranno quelle attuali e così suddivise:

per le strutture accreditate:

per acuti	€ 54,00	per posto letto
per lungodegenti	€ 39,00	per posto letto
per RSA	€ 35,00	per posto letto

per le strutture non accreditate:

per acuti	€ 39,00	per posto letto
per lungodegenti	€ 33,00	per posto letto
per RSA	€ 30,00	per posto letto

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

a) se la Struttura risulta essere accreditata anche parzialmente deve corrispondere la quota associativa relativa alle strutture accreditate per il totale dei posti letto autorizzati anche, quindi, per i posti letto non accreditati

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



Per quanto concerne gli importi delle voci dei costi di cui ai singoli capitoli di bilancio che sono messi a confronto con il consuntivo 2010, abbiamo dovuto prevedere il contenimento in quasi in tutti i Capitoli comprensivo anche quello di cui al Cap. 11 sul quale credo sia necessario fornire alcune informazioni inerenti i nostri rapporti con Confindustria.

Il Comitato esecutivo valutando non soddisfacente il rapporto Costo/Benefici per la nostra adesione a Confindustria, il 30 giugno 2010 a termine statutario ha esercitato la nostra cessazione del rapporto associativo con decorrenza 1° gennaio 2011.

A questa cessazione, come è stato evidenziato nella relazione di Gabriele Pelissero, sono proseguiti molti incontri con gli organi ufficiali confindustriali, dalla Presidente ai singoli direttori, ai quali abbiamo proposto per una eventuale revoca alla cessazione da socio una tangibile decurtazione dell'importo della quota associativa nazionale che avremmo fatta utilizzare alle nostre sedi periferiche per aderire alle Confindustrie Regionali o alle singole territoriali, dove ormai, anche per l'incalzante federalismo fiscale si tratterà la vera politica sanitaria.

Ad oggi non abbiamo trovato nessun accordo e pertanto rimangono valide le dimissioni a far data dal 1° gennaio 2011.

Per quanto detto, nel preventivo 2011 il cap. 11 dei costi non è stato più dedicato all'adesione a Confindustria e pertanto è stato individuato un Capitolo specifico l'iscrizione, nazionale e/o periferica che possa tutelare in realtà i diritti e le legittime aspettative delle categorie associate.

A tale Cap. 11 è stata preventivato per l'anno 2011 un costo di € 200.000,00.

Chiudo questa mia breve relazione al bilancio preventivo 2011 rimanendo a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti e chiedendoVi congiuntamente all'approvazione, l'impegno di Voi tutti alla regolarizzazione del versamento della quota associativa a termine di statuto.

### **GABRIELE PELISSERO**

Valgono le stesse considerazioni che abbiamo fatto fin qui. Se non ci sono domande, mettiamo in votazione il bilancio preventivo 2011 e l'entità delle quote associative nazionali come prima specificate.

**IL BILANCIO PREVENTIVO 2011 CON LE RELATIVE QUOTE ASSOCIATIVE NAZIONALI, COME PROPOSTO DAL C.N., VIENE APPROVATO ALL'UNANIMITÀ**

### **GABRIELE PELISSERO**

Come ha già accennato il Tesoriere nazionale, il Comitato Esecutivo manifesta le proprie profonde preoccupazioni per la tenuta economica dell'Associazione, nella considerazione che la carenza, sia per competenza che per cassa, di un adeguato flusso di sostegno all'attività nazionale rischia di mettere veramente in una difficoltà insormontabile la vita stessa dell'AIOP.

Per questa ragione, pur avendo noi presentato un bilancio preventivo, che si allinea ad un criterio di riduzione della spesa e di efficienza, come è doveroso in un momento di crisi, riteniamo che la vita associativa quotidiana debba sempre più improntarsi a criteri di eticità e forte respon-

sabilizzazione di tutti gli associati. Ciò, fatti ovviamente salvi l'esame e la ricerca di soluzioni per il verificarsi di situazioni eccezionali, come ad esempio nel Lazio, che certamente richiede una valutazione ad hoc, trattandosi di un evento di natura straordinaria ed imprevedibile.

A fronte di una situazione di morosità ampia e preoccupante, l'Esecutivo avrebbe potuto scegliere una linea più drastica, limitandosi semplicemente a fare ricorso allo Statuto e definendo le scadenze della condizione associativa.

Ci siamo consultati a lungo ed è prevalsa con assoluta unanimità, all'interno dell'Esecutivo stesso, la volontà di procedere gradualmente, di comprendere le situazioni e fornire uno stimolo che passi attraverso la diretta responsabilizzazione iniziale dei vertici, com'è giusto e doveroso.

La mozione che oggi propongo per conto dell'Esecutivo nazionale alla votazione dell'Assemblea richiama esclusivamente e fortemente coloro, che rivestono cariche associative, ad assumersi la responsabilità di dare esempio di rigore e correttezza a tutto il corpo associato nel pagamento delle quote associative. Dobbiamo essere noi i primi, e, dopo che avremo dimostrato un comportamento ineccepibile, chiederemo a tutti gli associati di seguirci sulla stessa strada.

Pertanto, metto in votazione il seguente ordine del giorno, che riguarda esclusivamente coloro che hanno la responsabilità di cariche associative:

"Il Comitato Esecutivo Nazionale nella riunione del 18 maggio 2011, dopo ampia discussione, preso atto del persistere di diffusa morosità, in evidente contrasto con lo spirito associativo, incurante del dettato statutario e in grave danno per l'azione complessiva della nostra Associazione, ha unanimemente deliberato di proporre all'Assemblea Ordinaria del prossimo 28 maggio il seguente ordine del giorno volto a correggere l'inammissibile incoerenza fra chi riveste cariche associative e non rispetti i termini di pagamento della quota."

Ordine del giorno

"Con atto del Comitato Esecutivo verrà dichiarato decaduto automaticamente dalle Cariche Sociali nazionali e regionali ricoperte il Socio che, previa diffida a provvedere entro trenta giorni successivi dalla scadenza statutaria, non abbia provveduto al saldo della quota associativa annuale."

Vorrei chiarire bene che la decadenza riguarda le cariche ricoperte e non la condizione di Socio. Si tratta, peraltro, di un'attenuazione del criterio dello Statuto, che pone in capo a chi ha più responsabilità nell'ambito dell'AIOP il dovere, anche morale, di esprimere un comportamento associativo esemplare, mentre qui ci si richiama semplicemente ad un comportamento coerente con lo Statuto stesso. Pongo questa mozione all'assemblea, con l'augurio che non debba mai essere utilizzata da nessuno.

**LA MOZIONE VIENE APPROVATA ALL'UNANIMITÀ**

### **GABRIELE PELISSERO**

Vi ringrazio moltissimo, anche a nome di Giancarlo Perla, Presidente della nostra Assemblea.

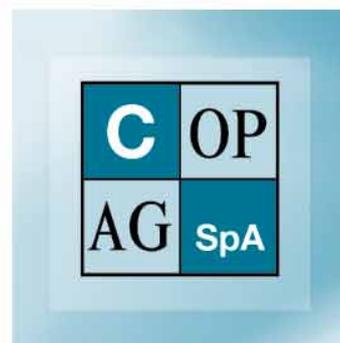
**LA SEDUTA VIENE DICHIARATA CONCLUSA**

# PERCHÉ RESTARE IN BILICO

EDIMATE - foto © Alex Szwedlitzky - Fotolia



Meglio affidarsi ad un partner  
**forte**, efficiente, puntuale



F O R N I T U R E   G L O B A L I   P E R   L E   C A S E   D I   C U R A

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

# salute.

## ti basta un dito



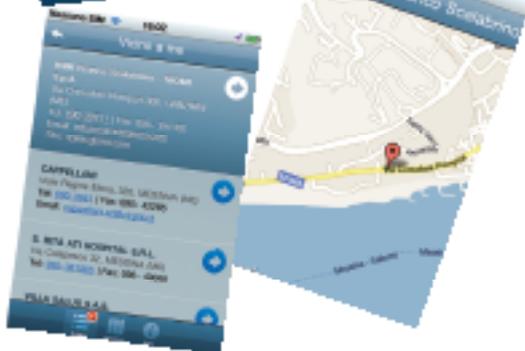
Hai bisogno di conoscere l'ospedale Aiop a te più vicino, o di una prestazione specialistica, analisi diagnostiche e vuoi metterti in contatto con una struttura nella tua zona in grado di erogarla? Se possiedi un iPhone o un iPad tutto diventa facile con **iAiop**, l'applicazione che ti mette in contatto 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 AIOIP la struttura più vicina utilizzando la 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 saranno associate le sezioni News e Informazioni riguardanti la Associazione AIOIP e AIOIP 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

