



INSERTO

## Attività europea dell'Aiop

La relazione annuale sull'attività europea ed internazionale dell'Aiop in ambito di Unione Europea, Parlamento Europeo, Biac-Ocse e Uehp, a cura di Alberta Sciachi (Affari internazionali Aiop, Presidente Assemblea Uehp e Vice Presidente Biac -Task Force Politica sanitaria).

→ NELL'INSERTO

CONVEGNO AIOP

## Un sistema sanitario da riformare

Il convegno organizzato da Aiop in occasione della 49a Assemblea generale annuale prenderà spunto dal volume di Lucia Quagliano, Alberto Mingardi e Gabriele Pelissero dal titolo "La spesa sanitaria italiana - Quel che si vede, quel che non si vede".

→ CONTINUA A PAG. 2

10° CONVEGNO AIOP GIOVANI

## Ritorno dal futuro: quale?

Ogni giorno leggiamo delle difficoltà economiche che sta attraversando il nostro paese, del numero sempre maggiore di imprenditori che non riescono più a mantenere in vita le proprie aziende e le difficoltà che si incontrano nella ricerca di un posto di lavoro.

→ CONTINUA A PAG. 3

EDITORIALE

di Gabriele Pelissero

# Finalmente un governo!



Non sarà facile risalire la china della recessione in cui è precipitato il nostro paese, ma il limbo degli ultimi tre mesi certamente non favoriva questo sforzo. Un nuovo governo, un nuovo ministro della Salute. Non è facile l'eredità lasciata all'on. Beatrice Lorenzin. Sul tavolo ci sono tanti dossier. E sono troppi perché si possa pensare che le segnalazioni dei tanti operatori del settore siano pedanti difese corporative. Due anni di spending review in sanità non hanno messo in crisi questo o quel comparto, ma la tenuta complessiva del SSN. E i problemi sono diventati terribilmente reali. Sono reali quelli degli imprenditori che vedono ridursi tariffe e budget, o addirittura minacciate la chiusura dell'attività in forza di incomprensibili misure coercitive; sono reali quelli dei lavoratori che rischiano di pagare il prezzo più alto in termini di occupazione; sono reali quelli dei cittadini che, sempre più numerosi, decidono di rinviare le spese sanitarie e della prevenzione a tempi migliori.

Questa è la realtà che racconteremo al neo Ministro Lorenzin, che interverrà al Convegno nazionale Aiop del prossimo 31 maggio. Ancora una volta a Roma, per richiamare l'attenzione di tutti sulla gravità del momento. Ma racconteremo anche altro. Racconteremo che gli imprenditori dell'Aiop non si sono fatti scoraggiare da questi eventi e che hanno fiducia nell'entusiasmo del Ministro e nella sua determinazione. Anche per lei questa è una grande sfida. Anche per lei si offre oggi l'opportunità di intervenire per correggere gli errori del precedente governo, a partire dalla L. 95/2012, dal decreto sulle tariffe e dal progetto di DM sugli standard ospedalieri. Tutti provvedimenti nei confronti dei quali AIOP ha formulato critiche puntuali e proposte concrete e praticabili, che mettiamo a disposizione dell'on. Beatrice Lorenzin con grande spirito di collaborazione. Buone giornate assembleari a tutti, allora, affinché vengano vissute con grande partecipazione e serenità. Questo è il tempo dell'unità e della coesione, qualità che fanno parte delle nostre caratteristiche e che oggi più che mai devono costituire il nostro biglietto da visita.

PRIMO PIANO

# Tagli sì, ma con criterio

di Maria Rosaria Lanciano

Le spending review del 2011 e 2012 hanno messo in seria difficoltà l'intero sistema sanitario, pubblico e privato e tra i più urgenti provvedimenti che chiederemo al nuovo governo - ha dichiarato Pelissero - c'è il blocco del nuovo tariffario delle prestazioni. Perché è sbagliato passare, per un pace-maker, dagli 8 mila euro del vecchio tariffario ai 4 mila del nuovo: o si rivedono le tariffe o si accettano tecnologie vecchie e superate. Sbagliato anche nel metodo perché proprio la legge 95 (quella della spending review) prevede che prima di varare i provvedimenti occorre un confron-

**Il messaggio del presidente Pelissero al nuovo ministro della Salute. Intervistato dal quotidiano Milano Finanza il presidente nazionale Aiop, Gabriele Pelissero, ha lanciato alcune proposte ben precise a Beatrice Lorenzin, nuovo ministro della Salute per tamponare la crisi e rimettere in piedi un sistema sanitario la cui sostenibilità è dubbia.**

to tra le parti interessate, che non c'è stato. Il nodo del tariffario compromette il funzionamento di tutto il Servizio sanitario nazionale, soprattutto nelle Regioni del Sud e quelle con necessità di rientro."

"Non si riesce a capire - prosegue il Presidente dell'Aiop - perché il tariffario sia vincolante solo per il privato e non per il pubblico; misure del genere, infatti, fanno solo aumentare la spesa. A nostro avviso è necessario rivedere tutto quello che ha fatto il passato governo: non capiamo perché, quando si parla di tagli alla spesa pubblica, alla fine si va a colpire soprattutto la sanità." "O si spendono meglio le risorse pubbliche a disposizione, oppure

ne risentiranno i servizi in qualità e quantità; con conseguente avvitamento progressivo che impoverisce di sicuro l'offerta."

Nel frattempo ci sono stati i primi contatti con il nuovo Ministro della Salute, on. Beatrice Lorenzin, alla quale il presidente Pelissero ha rappresentato l'importanza di una corretta tariffazione, ottenendo grande attenzione e l'impegno ad un approfondimento condiviso sull'intera problematica.

"Non è più procrastinabile ripensare il modello organizzativo e strutturale del Servizio sanitario nazionale alla luce dei cambiamenti sociali e demografici - ha dichiarato dal canto suo il ministro nella sua prima uscita ufficiale - e ulteriori riduzioni di spesa non appaiono affatto compatibili."

Secondo il ministro della Salute, inoltre, il modello da seguire non deve puntare a rendere "competitivi" i singoli sistemi regionali, quanto piuttosto rendere competitivo il modello

italiano in Europa. Dobbiamo proporre all'Europa - ha proseguito il ministro - un modello innovativo di assistenza, in grado di accogliere i cittadini europei che scelgono di curarsi in Italia, nelle tante strutture di eccellenza che abbiamo." A proposito di costi e di sprechi,

Beatrice Lorenzin ha annunciato una nuova mappatura ed ha concluso dicendo che vorrebbe "lavorare in grandissima sintonia con Regioni ed operatori" sottolineando che "ridurre gli sprechi è un'esigenza morale ed etica prima che economica." ■



## Beatrice Lorenzin nuovo ministro della Salute

Beatrice Lorenzin, parlamentare Pdl, impegnata in politica dal 1996, eletta alla Camera per la prima volta nel 2008, guiderà il dicastero della Salute del Governo Letta. La Lorenzin è la quinta "ministra" della Salute dopo Tina Anselmi, Maria Pia Garavaglia, Rosy Bindi e Livia Turco.

Il ministro ha spiegato di aver già messo in cantiere la programmazione di alcuni tavoli di lavoro.

Fra i temi più urgenti da affrontare: il decreto stammina di prossima scadenza, la questione della riforma dei ticket e l'esame dei piani di risanamento delle Regioni in deficit. Certo è che la vera spada di Damocle per il nuovo Ministro della Salute è rappresentata dal ticket. Due miliardi di euro che le nuove tasse su analisi e ricette promettono di far arrivare entro gennaio prossimo nelle casse dello Stato: è evidente che dovranno necessariamente essere studiate manovre ad hoc. Beatrice Lorenzin, durante l'incontro con i responsabili del ministero, ha sottolineato l'importanza di dare "risposte veloci" ai cittadini. Non è voluta ancora entrare nello specifico dei lavori in agenda, riservandosi di comunicare le priorità dopo un confronto più preciso con il Presidente del Consiglio e con le Regioni. ■

## DEBITI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

# Lavori in corso per il via definitivo alla legge

Il Ministro dell'Economia ha firmato il decreto sul riparto delle risorse per il 2013 destinate al ripiano dei debiti sanitari delle Regioni.

Previsti 5 miliardi di euro per il 2013 e altri 14 mld per il 2014.

La quota maggiore spetta al Lazio con circa 787 milioni; poi c'è il Veneto con poco più di 777, il Piemonte con 634, la Sicilia con 606 milioni e la Campania con 531,970 milioni di euro. In coda Bolzano a cui vanno zero euro, il Friuli Venezia Giulia con circa 6,5 milioni euro e la Basilicata con poco più di 16 milioni. Entro il 31 maggio 2013 le Regioni dovranno trasmettere la richiesta di accesso all'anticipazione

di liquidità, con certificazione congiunta del Presidente e del responsabile finanziario di ogni Regione, al Ministero dell'Economia, Dipartimento del Tesoro e della Ragioneria generale dello Stato.

Possibili le modifiche al decreto per consentire l'accesso ai pagamenti anche alle imprese che, a causa dei ritardati pagamenti, non sono in regola con i contributi relativi al Documento di regolarità contributiva (Durc). La proposta si intreccia con il possibile allargamento della normativa sulla compensazione fiscale, anch'essa allo studio insieme alle semplificazioni richieste sulle procedure burocratiche. Passa la modi-

fica "salva Durc": varrà la data di emissioni della fattura.

Le Pa devono segnalare i contribuenti morosi che rischiano il blocco dei pagamenti. La norma interessa chi vanta crediti per un importo superiore ai 10mila euro (Iva compresa). La verifica non si applica alle restituzioni di mutui o altri debiti finanziari.

Obbligo per gli Enti locali di pagare entro 30 giorni, passa infatti l'emendamento nella Commissione Bilancio della Camera; passa anche una modifica proposta dal M5S: le Regioni non potranno alzare le tasse per coprire i prestiti sui debiti sanitari. (mrl) ■

## LA SPESA SANITARIA ITALIANA

# Quel che si vede, quel che non si vede, quel che si... prevede per un sistema sanitario comunque da riformare

di Angelo Cassoni



Un'analisi puntuale e documentata delle dinamiche della spesa sanitaria italiana vista anche con una prospettiva di confronto tra sistemi nazionali in ambito OCSE, ed arricchita da interessanti contributi propositivi da inserire autorevolmente nel vivace dibattito sulla incerta futura sostenibilità del nostro modello di welfare sanitario.

## QUEL CHE SI VEDE

Lo studio sottolinea come la spesa sanitaria italiana in proporzione al Pil non risulti eccessivamente più alta rispetto alla media delle aree Euro ed Ocse, mentre è inferiore a quella di Paesi come Francia e Germania. In questo contesto si evidenzia come in Italia negli ultimi 10 anni la spesa sanitaria complessiva pro-capite sia cresciuta meno velocemente, in concomitanza tra l'altro con un andamento negativo del nostro Pil. Ma contestualmente non considera la spesa pubblica per la sanità una grandezza "corretta" in termini assoluti, né che l'impiego delle risorse sia il più efficiente possibile: infatti i probabili

Il convegno organizzato da Aiop in occasione della quarantunesima Assemblea generale annuale prenderà spunto dai dati e dalle riflessioni contenute nel volume - realizzato per la IBL Libri - di Lucia Quaglini, Alberto Mingardi e Gabriele Pelissero dal titolo "La spesa sanitaria italiana - Quel che si vede, quel che non si vede".

futuri aumenti che potrebbero renderla insostenibile nel lungo periodo, i problemi strutturali mai risolti (elevati costi amministrativi, deficit registrati in alcune Regioni, problemi di efficienza e qualità effettiva e percepita, scostamento tra spesa e livello delle prestazioni, tendenza al gigantismo e forte accentramento nel decision making), impongono cambiamenti di rotta non riducibili a soli provvedimenti di finanza pubblica.

## QUEL CHE NON SI VEDE

E quel che "non si vede", però, di un livello di spesa relativamente basso, è spiegato dagli autori con la prassi della reiterata sottostima del fabbisogno allo scopo di contenere la spesa effettiva, una spesa che viene poi calcolata successivamente ed i cui scostamenti tra quanto previsto e quanto effettivamente registrato non compaiono nei bilanci ma si riflettono nei deficit delle Regioni; la successiva copertura operata dal Fondo sa-

nitario nazionale regola il tutto. Proprio per questo non può essere ignorata la prospettiva di incrementi futuri di spesa sanitaria indotti da nuovi bisogni di cura e assistenza e dall'introduzione di nuove e più sofisticate tecnologie. Uno studio richiamato nel volume prevede per i prossimi 20 anni (2011-2030) un maggior fabbisogno finanziario che si attesta tra il 47 e il 75 per cento: con ipotesi di incidenza sul Pil che passerebbe rispettivamente al 7,7 ed al 9,2 per cento nel 2030.

## UNA GESTIONE OCULATA DELLA SPESA

In un quadro di finanza pubblica sempre più incerto nelle sue dinamiche evolutive, la sostenibilità del sistema va dunque assicurata puntando su una gestione oculata della spesa che punti però alla ricerca dell'efficienza, al riparo da derive esclusivamente finanziarie che, come stiamo osservando in questa fase di applicazione

delle manovre già adottate (Tremonti e Spending review), rischiano di deprimere un settore trainante per l'economia del Paese, un settore fatto di capitale umano di qualità, di imprese operanti nell'high-tech (farmaceutica, biotech) e nel medium high-tech (diagnostica), a stretto contatto con università e centri di ricerca, mettendo a rischio la stessa qualità delle cure e spingendo un numero crescente di cittadini a rinunciare ad alcune prestazioni di primaria importanza. Per rinnovare e dare un futuro al nostro Ssn gli autori puntano sulla revisione della riforma Amato, una riforma mai veramente applicata, avviata stentatamente tra incomprensioni e inadempienze legate alla rigidità conservativa della rete di erogatori di diritto pubblico, fino ad allora garantita dalle coperture a piè di lista ed operante al di fuori di qualsiasi ipotesi di competizione e controllo. Il progetto delineato dalla Legge delega 421 del 1992 e codificato dai Decreti legislativi

502/92, 517/93 e 229/99, perse con l'emanazione del D. lgs. 229/99 tutti i suoi connotati innovativi, vale a dire la pluralità degli erogatori pubblici e privati, l'accreditamento e la verifica dinamica dei requisiti, la libertà di scelta del cittadino, il pagamento a prestazione, ripristinandosi, di fatto, modelli centralistici non competitivi.

## IL RILANCIO DI UN PERCORSO RIFORMATORE

Le proposte per il rilancio di quel percorso riformatore vengono così delineate nel capitolo finale del volume:

- modificare profondamente il metodo di finanziamento del Ssn enfatizzando le componenti di solidarietà, dal lato della copertura dei bisogni, e di responsabilità sul piano del non riconoscimento delle inefficienze;
- premiare la qualità, esaltando competizione virtuosa e libertà di scelta e rilanciando il sistema del pagamento a prestazione per tutti gli erogatori;
- creare le condizioni per una radicale ristrutturazione della rete ospedaliera;
- promuovere la nascita di un ente autenticamente terzo di vigilanza e controllo.

Viene invece relegata per il momento a pura ipotesi di lavoro, anche a causa delle attuali condizioni economiche generali, l'opzione della riduzione della copertura assistenziale in termini di LEA o di vera e propria uscita dal sistema di alcune fasce più abbienti di popolazione, con contestuale riduzione del carico fiscale. ■



**CENTRO EUROPEO  
DI STUDI MANAGERIALI**  
Formazione, Consulenza e Studi Aziendali

---

# Provider E.C.M.

Organizzazione di eventi accreditati  
per le professioni sanitarie  
in modalità RES FAD FSC

Attualmente in essere il piano:



**IG&EA**  
Fondimpresa  
Avviso 5/2011

Innovazione e Gestione di interventi di Educazione permanente nelle Aziende della sanità privata

**SEDI E CONTATTI:**

<p><b>Sede di Formia:</b> Via Lavanga 97/99 Tel. 0771/771676 Fax. 0771/321555 E-mail: info@centroeuropo.it</p>	<p><b>Sede di Latina:</b> Via Bruxelles 30 Scala N int.1 Tel. 0773/624471 Fax. 0773/1871261 E-mail: latina@centroeuropo.it</p>
--	--

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

## CONVEGNO AIOP - PRESENTAZIONE DEL LIBRO

### Quel che si vede, quel che non si vede della spesa sanitaria in Italia

La spesa sanitaria italiana in proporzione al Pil non è eccessivamente superiore alla media dell'Europa, dell'area Euro (composta in larga misura da Stati sociali di impianto simile al nostro) e dei Paesi Ocse.

Dall'analisi del volume presentato in occasione del convegno, dove si riprendono dati e analisi di benchmarking internazionali, emerge che il problema principale non è il livello della spesa in sé, ma lo scostamento tra spesa e possibilità di spesa e il controllo dell'allocazione delle risorse, che devono tradursi in prestazioni sanitarie di buona qualità. Il livello di spesa relativamente basso è inoltre spiegato dalla prassi di sottostimare il fabbisogno con lo scopo di contenere la spesa effettiva, che viene poi calcolata successivamente. Gli scostamenti tra spesa prevista e quella effettivamente sostenuta non compaiono



nei bilanci ma si riflettono nei deficit delle Regioni, colmati dal Fsn.

L'intenzione degli Autori è fornire una visione d'insieme coerente con lo stato dei sistemi sanitari in Europa, offrendo contestualmente alcune indicazioni critiche circa i trend di spesa e di offerta delle prestazioni.

Occorre inoltre pensare a modelli di finanziamento virtuosi, in grado di produrre un equilibrio fra costi e ricavi, che

muova la capacità di amministrare tramite il pluralismo degli erogatori e il continuo confronto fra i diversi gestori.

Strumenti simili avevano trovato una prima formulazione già nella riforma Amato della prima metà degli anni Novanta. Allora il percorso riformatore si fermò anzitempo, ma oggi più che mai c'è bisogno di dare completa attuazione a quelle proposte.

venerdì **31** maggio **2013** ore **10:00**

**Modera:** Danilo Taino,  
inviato speciale Corriere della Sera  
**Introduzione** - Alberto Mingardi,  
Direttore generale IBL

#### Interventi di:

- Emilio Floris, Senatore PDL
- Teresa Petrangolini, Ufficio Presidenza Consiglio regionale del Lazio
- Mariastella Gelmini, Deputato PDL
- On. Yoram Gutgeld, Deputato PD \*
- Natale D'Amico, Magistrato Corte dei Conti
- Francesco Boccia, Deputato PD

#### Conclusioni

Gabriele Pelissero, Presidente nazionale Aiop

È previsto l'intervento dell'on.le Beatrice Lorenzin, ministro della Salute

#### Sheraton Roma Hotel

via del Pattinaggio, 100 - ROMA  
SALA MEDICI

## Attività europea e internazionale dell'Aiop

RELAZIONE MAGGIO 2012 – MAGGIO 2013

di Alberta Sciachi | Affari internazionali AIOIP - Presidente Assemblea UEHP  
Vice Presidente BIAC - Task Force Politica sanitaria

## UNIONE EUROPEA

DIRETTIVA 2011/24 CONCERNENTE L'APPLICAZIONE DEI DIRITTI DEI PAZIENTI  
RELATIVI ALL'ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA – Iter applicativo

La Direttiva 2011/24 concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, dovrà essere recepita entro il 25 ottobre 2013. La sua applicazione richiede un complesso iter, che la Commissione europea sta conducendo in collaborazione con gli Stati membri, poiché essa costituisce una sorta di norma quadro che prevede diversi provvedimenti, in corso di elaborazione.

PUNTI DI CONTATTO NAZIONALI  
SULL'OFFERTA SANITARIA NEGLI STATI MEMBRI DELL'UE

Una delle condizioni per rendere effettiva la mobilità dei pazienti europei è la costituzione dei punti di contatto nazionali, adempimento rispetto al quale quasi tutti i Paesi, e in particolare il nostro, sono in grave ritardo. In conformità all'art. 6 della Direttiva, infatti, ogni Stato membro deve designare uno o più punti di contatto nazionali d'informazione ai pazienti per l'assistenza sanitaria transfrontaliera, comunicandone le coordinate alla Commissione, la quale, al pari dei singoli Paesi, dovrà mettere a disposizione del pubblico le informazioni relative all'offerta disponibile. Tali informazioni come previsto dagli articoli 4 e 5 della normativa, devono contemplare numerosi aspetti, che delineano le responsabilità dei diversi soggetti.

“...I punti di contatto nazionali dello Stato membro di cura forniscono le informazioni relative ai prestatori di assistenza sanitaria”, specificando anche i seguenti punti:

legislazione in vigore  
standard, orientamenti di qualità e sicurezza adottati, anche in riferimento alla normativa UE  
disposizioni sulla vigilanza e la valutazione dei prestatori di assistenza sanitaria

meccanismi di tutela esistenti nonché procedure da seguire per eventuali denunce e ricorsi  
garanzie di copertura per la responsabilità professionale  
tutela del diritto alla privacy.

Lo Stato membro di affiliazione, in cui il paziente è assicurato, a sua volta è tenuto a:

garantire che i costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera siano rimborsati alle condizioni previste  
rendere noti i termini e le condizioni specifiche dei rimborsi

assicurare l'accesso alla cartella clinica o la consegna di una copia della stessa

I prestatori di assistenza, per permettere ai pazienti una scelta informata, devono fornire indicazioni su:

opzioni terapeutiche  
disponibilità, qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria da essi erogata  
fatture ed informazioni trasparenti sui prezzi  
status di autorizzazione o iscrizione

copertura assicurativa per la responsabilità professionale

Come previsto ancora dalla Direttiva: “**Gli Stati membri garantiscono che i punti di contatto nazionali consultino le organizzazioni dei pazienti, i prestatori di assistenza sanitaria e le assicurazioni sanitarie.**” Un aspetto “sensibile” nella formazione dei punti di contatto è, in effetti, garantire un'informazione corretta, obiettiva e simmetrica sull'offerta nazionale disponibile, pubblica e privata accreditata, nell'interesse dei cittadini europei, per evitare che si venga a costituire una rete di sole istituzioni pubbliche. I punti di contatto nazionali saranno inoltre tenuti a fornire, su richiesta dei pazienti, le coordinate di quelli attivi negli altri Stati membri, cooperando tra di loro e con la Commissione.

I dati da rendere disponibili tramite i punti di contatto devono, inoltre, essere facilmente accessibili, se del caso anche per via informatica, prevedendo formati adatti alle persone con disabilità. Al riguardo, la Direzione Generale Sanità della Commissione ha affidato ad un istituto di ricerca uno studio di fattibilità per individuare le best practice nella costruzione dei siti web dei punti di contatto.

DIRETTIVA DI ESECUZIONE 2012/52/UE COMPORTANTE MISURE DESTINATE  
AD AGEVOLARE IL RICONOSCIMENTO DELLE RICETTE MEDICHE  
EMESSE IN UN ALTRO STATO MEMBRO

La nuova Direttiva sul riconoscimento delle ricette mediche, concerne in particolare le ricette rilasciate in seguito ad una richiesta proveniente da un paziente, il quale intenda utilizzarle in un altro Stato membro. In conformità all'art. 11 della Direttiva sull'accesso alle prestazioni transfrontaliere, la Commissione ha adottato un elenco non esaustivo dei dati che devono inseriti in tali ricette, per permettere al farmacista di verificarne l'autenticità e la prescrizione da parte di un membro legalmente abilitato di una professione sanitaria regolamentata.

In particolare, i medicinali vanno indicati con la denominazione generica per agevolare la corretta identificazione dei prodotti posti in vendita nell'UE sotto diverse denominazioni commerciali, nonché di quelli disponibili solo in alcuni Stati membri. Al riguardo deve essere usata la denominazione comune internazionale raccomandata dall'OMS oppure, qualora non esistesse, quella di uso corrente. L'elenco dei dati presenti nelle ricette, inoltre, deve facilitare per i pazienti la comprensibilità delle informazioni riguardanti la prescrizione e l'uso del prodotto. Gli Stati membri garantiscono che i punti di contatto nazionali forniscano informazioni adeguate sui dati da includere. In ogni caso, devono essere inseriti almeno quelli indicati dall'allegato alla direttiva di esecuzione e in particolare: dati anagrafici del paziente, autenticazione e data

di emissione della ricetta, identificazione dello specialista prescrivente e del prodotto prescritto, con la denominazione generica recante il codice comunitario relativo ai medicinali (in conformità alla Direttiva 2001/83/CE), ovvero la denominazione commerciale, se lo specialista prescrivente lo ritenga necessario per ragioni mediche. I dati devono includere inoltre la formulazione farmaceutica, la quantità, il dosaggio e la posologia.

Il recepimento della Direttiva di esecuzione dovrà avvenire entro lo stesso termine - il 25 ottobre 2013 - fissato per Direttiva sull'accesso alle prestazioni transfrontaliere.

## TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA E CURE OSPEDALIERE IN ITALIA

La normativa europea sul coordinamento dei regimi di sicurezza sociale, che ha fissato regole comuni destinate a tutelare i diritti previdenziali dei cittadini europei in tutto il territorio dell'UE, ha previsto la diffusione della tessera europea di assicurazione malattia (TEAM), rilasciata gratuitamente dall'ente sanitario assicurativo nazionale. Tutti gli Stati membri sono liberi di decidere chi assicurare, quali prestazioni erogare e a quali condizioni e dunque l'intento di Bruxelles non è di sostituire i sistemi nazionali con uno europeo, ma di tutelare coloro che si spostano da un Paese all'altro, in conformità al principio di parità di trattamento o non discriminazione. La TEAM permette quindi ai cittadini di “usufruire dell'assistenza medica pubblica” durante un soggiorno temporaneo in uno dei 27 Paesi dell'UE, alle stesse condizioni degli assistiti della nazione in cui si trovano. Le applicazioni riguardanti la TEAM possono anche essere scaricate sul proprio smartphone.



I sistemi sanitari degli Stati membri, tuttavia, non sono uguali ed i servizi che in un Paese sono gratuiti possono risultare a pagamento in un altro; la Direzione generale Occupazione e affari sociali della Commissione ha pertanto pubblicato una guida sull'utilizzazione della tessera europea di assicurazione. Nel testo (disponibile sul sito della Commissione in 24 lingue) vengono fornite informazioni sui numeri per le chiamate di emergenza, le cure coperte da assicurazione, gli eventuali costi, le modalità per presentare la richiesta di rimborso ecc. La succitata Direzione fornisce inoltre informazioni sulle modalità di uso della tessera nei diversi sistemi sanitari nazionali e, riguardo alle cure mediche in Italia, indica a chi rivolgersi in caso di urgenza, le condizioni di trasporto gratuito in ambulanza e di accesso al pronto soccorso, gli orari abituali degli ambulatori, il pagamento dei ticket, il ricorso ai medici convenzionati con il SSN, le ricette farmaceutiche ecc.

In riferimento alle cure ospedaliere, viene precisato che “le ASL possono fornire un elenco degli ospedali pubblici o privati convenzionati”, ma per usufruire di cure ospedaliere non è necessario contattare l'ASL, basta presentare la tessera TEAM. Pur considerando che sarebbe corretto parlare di ospedali privati “accreditati”, è interessante sottolineare come le nostre Case di cura siano messe sullo stesso piano degli ospedali pubblici per quanto concerne l'accesso dei cittadini stranieri alle strutture del Servizio sanitario. In altre nazioni, come la Francia, l'informazione è limitata alle istituzioni sanitarie pubbliche con esclusione del settore ospedaliero privato, che pure lavora per il sistema nazionale.

## DIRETTIVA EUROPEA SUI RITARDI NEI PAGAMENTI

La Direttiva europea sui ritardi nei pagamenti è stata finalmente recepita con Decreto legislativo 9-11-2012, n. 192 recante “Modifiche al decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, per l'integrale recepimento della direttiva 2011/7/UE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, a norma dell'art. 10, co. 1, della legge 11-11-2011, n. 180.”

Nel testo del Decreto il termine per i pagamenti nelle transazioni commerciali sia tra imprese, sia tra Pubbliche Amministrazioni ed imprese, è fissato di norma a 30 giorni. Un'eccezione è prevista per Asl, ospedali e aziende pubbliche, ai quali sarà concesso di arrivare fino a 60 giorni, un termine però inderogabile. In caso di ritardo il provvedimento prevede che il tasso degli interessi legali di mora passi dal 7% all'8% in più, rispetto al tasso fissato dalla BCE per le operazioni di rifinanziamento. La nuova disciplina si applica ai contratti conclusi a partire dall'1-1-13.

La ratio della Direttiva è di favorire una cultura dei pagamenti rapidi, per garantire il corretto funzionamento del Mercato interno, la competitività delle imprese, in particolare le PMI, contrastando la prassi, diffusa nella Pubblica Amministrazione, dei sistematici ritardi nei pagamenti come fenomeno distortivo della concorrenza. Si spera che l'attuazione del Decreto applicativo della norma europea sia tempestiva, perché su 18 miliardi di fatture non pagate nell'UE quasi la metà appartiene al nostro Paese.

## Attività europea e internazionale dell'Aiop • Relazione Maggio 2012 – Maggio 2013



## DISCIPLINA COMUNITARIA DEGLI AIUTI DI STATO

L'evoluzione della normativa comunitaria per gli aiuti di Stato e l'orientamento delle istituzioni europee, quale emerge dagli ultimi provvedimenti emanati per modernizzare la disciplina in materia, è di concentrare la propria azione sui servizi macroeconomici, ritenuti di forte impatto sul Mercato interno. Parallelamente si è stabilito di semplificare le norme per quelli di minore rilievo, che non sarebbero suscettibili di creare una distorsione della concorrenza a livello europeo, ed addirittura esonerando dall'applicazione della normativa comunitaria i servizi sanitari e sociali, quelli a carattere locale o considerati "de minimis", perché il loro fatturato non è ritenuto di entità tale da incidere sugli scambi tra Stati membri. Al riguardo, è da ricordare che le **norme comunitarie sulla competizione** si applicano ai **servizi d'interesse generale** solo nel caso in cui questi ultimi siano di carattere economico ed abbiano un impatto sugli scambi nel Mercato interno. Tale orientamento è confermato nell'ultima **Comunicazione della Commissione sulla Modernizzazione degli Aiuti di Stato - COM(2012)209 final**. In questo contesto, non favorevole all'introduzione della sanità, e quindi del rapporto pubblico-privato, nella disciplina comunitaria in materia, resta aperta la via del contenzioso per singoli e motivati casi, che possono tuttavia costituire col tempo un precedente per una revisione normativa.

Al riguardo, la **Corte di giustizia** ha pubblicato il 7-11-2012 un'importante **sentenza in materia di aiuti di Stato**. È stata, infatti, annullata la decisione della Commissione europea, che ha dichiarato compatibile con il mercato comune l'insieme dei finanziamenti concessi dalle autorità belghe a favore degli ospedali pubblici (cinque per un totale di 2400 p.l.) della rete IRIS della Regione di Bruxelles, a titolo di compensazioni delle missioni di servizi d'interesse economico generale. La ricorrente CBI, associazione di diritto belga che riunisce nove ospedali privati (per complessivi 2708 p.l.), situati nella stessa regione, ha chiesto di annullare la decisione, condannando la Commissione al pagamento delle spese.

La Corte ha constatato che gli argomenti, prodotti dalla ricorrente, dimostrano che la Commissione avrebbe dovuto constatare la presenza di gravi difficoltà, originate dalla concessione delle compensazioni succitate ai soli ospedali pubblici. A parere della Corte, la Commissione ha effettuato un'analisi insufficiente e per talune valutazioni priva di coerenza, al fine di escludere la presenza di una sovra-compensazione, esprimendosi così, al termine di un esame preliminare difettoso e carente, in favore delle legittimità delle misure adottate. La Corte ha osservato inoltre che "la Commissione era tenuta ad avviare il procedimento di indagine formale per raccogliere tutti gli elementi pertinenti ai fini della verifica della compatibilità dell'insieme delle misure di aiuto con il mercato interno, nonché per consentire alla ricorrente e alle altre parti interessate di presentare le loro osservazioni nell'ambito del procedimento." Ha ritenuto quindi che siano stati violati i diritti processuali della ricorrente ed ha accolto la domanda di annullamento della decisione impugnata, condannando la Commissione a sostenere le spese.

Pur non trattandosi di una decisione definitiva, ma solo di una "riapertura del caso", le conclusioni cui giunge la sentenza costituiscono un significativo passo avanti. Come dimostrano i ricorsi presentati da Francia, Germania, Belgio, e alcuni anni fa anche dall'AIOP, la Commissione, infatti, appare spesso "unidirezionale" nel valutare la legittimità dei finanziamenti ad esclusivo favore degli ospedali pubblici, che si configurano, invece, come aiuti di Stato suscettibili di distorcere la concorrenza, poiché non rispettano nessuna delle regole stabilite dalla sentenza di Altmark e recepite poi dalla normativa comunitaria.

DG SANITÀ E CONSUMATORI  
PIANO DI LAVORO 2013 PER LA SALUTE

Ogni anno la Commissione adotta un piano di lavoro per l'attuazione del programma pluriennale in materia di salute, definendo gli interventi e stabilendo le relative risorse finanziarie. Il piano di lavoro 2013 è stato adottato il 28-11-2012 e pubblicato nella Gazzetta ufficiale dell'8-12-2012. Il relativo invito a presentare proposte viene presentato a breve distanza di tempo.

L'attenzione della Commissione è determinata dalla convinzione che la salute dei cittadini, nel contesto dell'attuale crisi economica, costituisca un fattore essenziale al fine di raggiungere gli obiettivi della strategia Europa 2020, che punta ad una crescita intelligente, sostenibile e solidale. Il piano di lavoro 2013 affronterà le nuove sfide in campo sanitario, anche per spianare la strada al nuovo programma "Salute per la crescita", da avviare all'inizio del 2014. Per il 2013 i principali progetti previsti riguardano: **invecchiamento attivo, metodi efficaci per investire in salute e personale sanitario, diritti e sicurezza dei pazienti, sistemi sanitari sostenibili**.

Come si può notare, accanto alle tradizionali attività di carattere medico-clinico il **piano di lavoro intende dare sostegno all'attuazione della legislazione in materia di assistenza transfrontaliera** ai pazienti. Nella stessa ottica si colloca il **progetto di rac-**

**colta dei dati sul problema della sostenibilità, organizzativa e finanziaria, dei sistemi sanitari nazionali**. In tale prospettiva, il piano di lavoro 2013 fornisce ai Paesi membri consigli ed informazioni al fine di supportare la loro azione in campo sanitario e di contribuire a costruire "sistemi sanitari moderni, sostenibili ed efficaci in termini di costi, per rispondere alle future esigenze e alle sfide del settore a livello europeo." Tutte le azioni finanziarie in questo ambito sono volte a produrre un valore comunitario aggiunto, sostenendo gli sforzi degli Stati membri in campi in cui un intervento nazionale non sarebbe fattibile o efficace. Il bando per la presentazione delle proposte relative ai progetti in programma è pubblicato sul seguente sito internet: Executive Agency for Health and Consumers (EAHC).

## PIANO D'AZIONE PER LO SVILUPPO DELL'INFORMATICA SANITARIA

Un altro settore collegato con la mobilità dei pazienti europei è quello delle **Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (TIC)**, orientate alla promozione dell'accesso alle cure e della personalizzazione delle stesse. La Commissione ha adottato il **Piano di azione per lo sviluppo dell'informatica sanitaria, (Innovative healthcare for the 21st century)**, che si estenderà fino al 2020, al fine di migliorare l'assistenza sanitaria, contenere i costi e consentire ai pazienti maggiore controllo sulla propria salute. Nel Piano è previsto anche l'esame dell'attuazione della normativa UE in telemedicina, e in particolare in tele-radiologia, tele-consultazione e tele-monitoraggio.

Nel suo complesso, il Piano per un futuro digitale della sanità tenta di accelerare il progresso della sanità informatica, attraverso azioni destinate a chiarificare le aree d'incertezza legale, migliorare l'interoperabilità dei sistemi, accrescere le abilità di pazienti e professionisti, sostenere la ricerca per una medicina personalizzata, promuovere iniziative per la gestione del personale. Le azioni previste dal Piano riguardano la ricerca di procedure unificanti per l'interscambio

d'informazioni, l'interazione fra sistemi differenti, l'utilizzazione affidabile delle informazioni fra sistemi informativi non omogenei, anche attraverso l'adozione di linee-guida. Come ha dichiarato il Commissario europeo per la sanità, Borg: "In questo campo il network previsto dalla Direttiva sull'accesso alle prestazioni transfrontaliere incanala il nostro impegno congiunto per trovare soluzioni tali da consentire l'interoperabilità a livello dell'UE."

La Commissione europea ha peraltro già affidato ad un ente di ricerca indipendente uno studio di fattibilità sulle best practice per la costituzione ed il funzionamento dei siti web destinati ad informare i cittadini europei sull'offerta sanitaria disponibile negli Stati membri, in modo da favorire l'effettivo esercizio del diritto di accesso alle prestazioni transfrontaliere. La Commissione è, inoltre, impegnata nell'elaborazione del **Libro verde sulla Mobile Health**, reso opportuno dalla diffusione d'informazioni sanitarie nella telefonia mobile.

## PRESIDENZA IRLANDESE DELL'UE - obiettivi prioritari per la sanità

La Presidenza del Consiglio dell'Unione è destinata ad assolvere compiti istituzionali impegnativi: mediazione per favorire il consenso tra gli Stati membri e ricerca di soluzioni di compromesso in caso di crisi; rapporti con le altre istituzioni centrali, per garantire la coerenza della politica comunitaria; rappresentanza dell'UE nelle conferenze internazionali e sottoscrizione di accordi internazionali.

La **Presidenza dell'Irlanda** ha scelto come tema generale del proprio mandato "lavoro e crescita" e, nell'ambito della **sanità, "innovazione e ricerca"**; ha definito quindi le priorità da perseguire in campo sanitario, manifestando la decisione di concentrare la propria agenda su obiettivi di carattere legislativo piuttosto che su temi a contenuto normativo "soft".

Il processo di riflessione, oltre ad azioni per la tutela della salute pubblica, affronta nuovi problematiche: la proposta di una **Direttiva sulla trasparenza nella determinazione di costi e rimborsi dei farmaci**, la **patient safety**, l'**impatto della crisi economica sui sistemi sanitari**, tema studiato anche dall'OCSE.

Un argomento di notevole interesse è, infine, il **processo di riflessione per l'analisi della sostenibilità dei sistemi sanitari**, sviluppato attraverso cinque gruppi di lavoro, che coinvolgono molti Stati membri. Il focus del dibattito si concentra sui risultati del semestre europeo di coordinamento economico, per verificare in che misura gli orientamenti adottati in questo campo influiscano sui sistemi sanitari nazionali.

## INVESTIMENTI IN SANITÀ:

## UNA PRIORITÀ PER LA COMMISSIONE EUROPEA

La Direzione generale Sanità della Commissione ha adottato un "pacchetto" di misure volte ad individuare gli investimenti più importanti nel campo dello sviluppo e della coesione. L'iniziativa mira a sostenere gli Stati membri nell'orientamento ad una gestione più efficiente ed efficace dei loro budget per l'assistenza sociale e la sanità, promuovendo le mi-



Attività europea e internazionale dell'Aiop • Relazione Maggio 2012 – Maggio 2013

giori prassi e fornendo linee guida in materia.

Il documento **"INVESTING IN HEALTH"**, pubblicato dalla Commissione, costituisce una componente chiave del pacchetto ed è motivato dai risultati dell'indagine annuale sulla crescita economica nel 2013, da cui è emersa l'importanza del settore sanitario per una forte ripresa nel campo dell'occupazione.

Secondo la Commissione, la salute, oltre ad essere un valore in sé, costituisce una precondizione per la prosperità economica e **gli investimenti per la sanità sono riconosciuti come parte integrante della strategia generale di sviluppo "Europa 2020"**. Il documento intende rafforzare il legame tra le politiche sanitarie dell'UE e le riforme dei sistemi sanitari nazionali e presenta casi esemplari relativi ad investimenti "intelligenti" finalizzati a rendere sostenibili tali sistemi. Al riguardo si sostiene, sulla base delle ricerche dell'OCSE, che le riforme in campo sanitario potrebbero consentire un risparmio medio del 2% sul PIL entro il 2017, grazie a processi di riorganizzazione ed investimenti destinati a conseguire migliori risultati, senza generare insostenibili incrementi delle risorse, secondo il criterio del *"better value for money"*.

Pur riconoscendo che i singoli Paesi sono responsabili per l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari, la Commissione li esorta a spendere non necessariamente di più, bensì in modo più razionale, per migliorare l'efficienza dei propri sistemi, anche riducendo gli sprechi. In quest'ottica si propone di accelerare la cooperazione tra istituzioni comunitarie e Stati membri, nonché di diffondere l'informazione sulle migliori prassi a livello europeo.

Anche gli altri due temi – tutela della salute pubblica e superamento delle ineguaglianze – sono esaminati nelle conseguenze di natura economica. La salute di un individuo influisce, infatti, sulla sua produttività e lo stato di salute della popolazione ha un forte impatto finanziario sul sistema sanitario nazionale. Gli investimenti in sanità possono dunque sostenere la crescita economica, consentendo alle persone di restare in buona salute ed attive più a lungo. Le ineguaglianze sull'accesso a servizi sicuri e di qualità - un dato che determina una differenza di 10 anni nell'aspettativa di vita tra classi sociali e Paesi diversi, costituisce, secondo la Commissione, uno spreco di capitale umano inammissibile, originato da malattie evitabili e morti attribuibili

all'esclusione sociale.

Il **Programma Sanità** dell'UE, i **Fondi strutturali** e quelli per **ricerca e innovazione** costituiscono gli strumenti finanziari predisposti per sostenere gli investimenti nel campo della sanità in tutta l'Unione.

**PARLAMENTO EUROPEO - Il futuro del welfare nei Paesi dell'UE**

Il **Parlamento europeo** ha organizzato un importante seminario sul welfare, definendolo un "motore della crescita" nell'attuale fase di crisi economica. Si tratta di una visione condivisa dall'OCSE, che ha sempre considerato la sanità come settore d'investimento, fonte di occupazione, leader nel campo dell'innovazione. I temi principali posti in discussione, per quanto riguarda specificamente il nostro settore, sono stati centrati sul **contributo dell'ospitalità privata europea ai sistemi sanitari nazionali**, sul ruolo dei privati nella gestione delle imprese pubbliche, nella promozione dell'efficienza gestionale, negli investimenti in campo tecnologico. Dal dibattito è emersa, nel complesso, l'esigenza di una più efficace allocazione delle risorse pubbliche, in un periodo di contrazione della spesa sanitaria. A questo proposito è di particolare interesse uno studio realizzato dal **Centro di economia sanitaria di Amburgo (HCHE)** sui **"Cambiamenti nell'efficienza degli ospedali in seguito alla privatizzazione"** che ha analizzato gli effetti di tale fenomeno in Germania, concludendo che l'acquisizione o la gestione di ospedali pubblici da parte di operatori privati ha accresciuto in misura notevole l'efficienza di tali strutture. In particolare gli ospedali divenuti istituzioni sanitarie private for profit hanno mostrato un miglioramento dell'efficacia-efficienza più elevato di quello degli ospedali non privatizzati nel corso dello stesso periodo.

E' importante segnalare che dal prossimo luglio si aprirà la **campagna elettorale per il nuovo Parlamento europeo** ed in questa prospettiva non solo l'UEHP, ma tutte le Associazioni nazionali dovranno impegnarsi a far conoscere le proprie posizioni ufficiali ai candidati.

**UEHP**

L'UEHP interviene sui temi di maggiore rilievo in discussione presso le istituzioni comunitarie: **accesso alle prestazioni transfrontaliere, riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie, aiuti di Stato, sicurezza dei pazienti, standard di qualità ed informatica sanitaria.** Il fulcro dell'azione di lobbying in tutti i settori - dalla mobilità dei pazienti fino ai ritardi dei pagamenti - è la tutela della parità di ruolo del settore privato e pubblico, come titolari degli stessi diritti-doveri in un modello misto, in cui il cittadino possa esercitare il diritto di libera scelta del medico e del luogo di cura a livello nazionale ed europeo.

**ASSEMBLEA GENERALE DELL'UEHP - Le nuove cariche elettive**

Il 15 febbraio 2012 si è tenuta, presso la Sede europea di Confindustria a Bruxelles, l'Assemblea generale dell'UEHP, che, oltre all'approvazione del programma di attività, prevedeva il rinnovo delle cariche.

A questo riguardo, il Comitato Esecutivo di **AIOPI** ha designato per il prossimo biennio come rappresentante in **Assemblea** il **dr. Franco Bonanno**, come membri ordinari del **Consiglio** il **prof. Gabriele Pellissero** e la **dr.ssa Alberta Sciacchi** e come membri supplenti il **dr. Bruno Biagi** e il **prof. Fabio Miraglia**. Il **dr. Antonio Frova** è stato confermato **revisore dei conti**.

**AIOPI Giovani** è rappresentata dal **dr. Domenico Musumeci** e dal **dr. Michele Nicchio**.

Il nuovo **Comitato Esecutivo** eletto dall'Assemblea UEHP è così composto

**Presidente dell'Assemblea Generale:** A. SCIACHI (Italia)

**Presidente del Consiglio:** E. SIEBER (Austria)

**Vice Presidenti:** J. WERNICK (Germania); J.L. DUROUSSET (Francia)

**Segretario:** C. CONTEL (Spagna)

**Membri:** P. GARASSUS (Francia), A. SCIA-CHI (Italia)

**Tesoriere:** J. N. GODIN (Belgio)

**Revisori:** A. FROVA (Italia), G. NERVO (Principato di Monaco)

**Presidente onorario:** M. PONSEILLÉ (Francia).

L'attività associativa dell'UEHP può essere sinteticamente presentata in base ai **Gruppi di lavoro** costituiti dall'Assemblea, ai quali partecipano tutti i rappresentanti delle Associazioni nazionali, per elaborare posi-

zioni comuni da proporre nei diversi ambiti d'interazione con le istituzioni europee. Per quanto concerne AIOPI e AIOPI Giovani è stata già decisa la nostra partecipazione ai seguenti Gruppi:

**Aiuti di Stato:** A. Sciacchi

**Riforma IVA:** F. Bonanno

**Qualità e sicurezza dei pazienti:** B. Biagi

**Mobilità dei pazienti:** A. Sciacchi

**E-Health:** F. Miraglia

**Rapporti con il Parlamento Europeo** (in vista delle prossime elezioni): A. Sciacchi

**Finanziamenti UE:** D. Musumeci



**DIRETTIVA SULL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI TRANSFRONTALIERE**

La Direttiva sulla mobilità, come già precisato è in fase di elaborazione applicativa, attraverso un contatto riservato tra Commissione Europea e Stati membri. I rappresentanti dell'UEHP, in due incontri ufficiali con il **Direttore della DG Sanità e consumatori, Testori Coggi**, hanno avuto tuttavia occasione di chiarire gli aspetti centrali nell'attuazione della normativa, con particolare attenzione alla trasparenza ed alla mobilità. Il tema della trasparenza, per quanto rappresenti un principio più affermato che rispettato, ha offerto l'opportunità di richiedere che esso sia applicato in maniera imparziale anche al settore ospedaliero pubblico e con riferimento non solo alla qualità, ma

anche all'allocazione delle risorse, alla correttezza e alla pubblicazione dei bilanci, all'analisi dei costi, all'efficienza della spesa, all'eliminazione degli sprechi.

Si è discusso in particolare di **centri di riferimento** e di **punti nazionali d'informazione ai pazienti** sull'offerta disponibile a livello nazionale ed europeo, senza trascurare il tema dell'autorizzazione preventiva, richiesta per le cure ospedaliere o ad alto contenuto tecnologico. Si tratta di problematiche costantemente seguite per ottenere equità di trattamento tra istituzioni sanitarie pubbliche e private. Al riguardo, l'UEHP ha presentato informazioni sulle dimensioni, il ruolo e gli standard del settore privato.

Per quanto concerne in particolare la **qualità dei servizi**, i

responsabili della Commissione sono impegnati innanzitutto a consolidare le norme sulla **sicurezza dei pazienti** nei sistemi sanitari nazionali, adottando obiettivi di miglioramento misurabili e lanciando una strategia europea per la lotta contro l'incidenza delle infezioni nosocomiali. In questo ambito, l'UEHP, come membro dell'influente organizzazione HEALTH FIRST EUROPE, ha collaborato alla presentazione di una posizione ufficiale, in cui si enunciano i criteri per il recepimento e l'ulteriore sviluppo dei principi contenuti nella **Raccomandazione del Consiglio UE in materia di sicurezza delle prestazioni**.

**HEALTH POLICY FORUM**

Nell'ambito dell'**Health Policy Forum**, organo consultivo della Commissione di cui l'UEHP è membro, ci si sta interrogando sul destino del modello europeo di welfare in questa difficile congiuntura economica, che comporta un impatto negativo sulla spesa sanitaria. Nel Forum è stato sottolineato ancora una volta il ruolo della sanità come driver economico in grado di contribuire alla ripresa della crescita e come "datore di lavoro" di primaria importanza nell'attuale crisi occupazionale. Al riguardo un elemento di novità è costituito dallo sviluppo di un'interazione costante tra la DG sanità e consumatori della Commissione (SANCO) e l'ECOFIN, il Consiglio composto dai ministri dell'economia e delle finanze degli Stati membri.

In ambito economico, l'UEHP ha adottato una **posizione ufficiale sul contributo che l'ospitalità privata europea offre per salvaguardare le conquiste del welfare e la sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali**. Il documento, presentato all'Health Policy Forum, inviato poi alla Direzione sanità della Commissione e ad altre sedi competenti

## Attività europea e internazionale dell'AIOP • Relazione Maggio 2012 – Maggio 2013

**BIAC-OCSE**

SANITÀ: SOSTENIBILITÀ DEI SISTEMI, INFORMATICA, EFFICIENZA DELLA SPESA.

Come risulta dal resoconto della **Task Force del BIAC per la politica e l'economia sanitaria**, tra gli argomenti affrontati in risposta alle iniziative dell'OCSE - dall'invecchiamento ai prezzi dell'industria farmaceutica - alcuni interessano direttamente il settore privato: sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali, revisione dei dati sulla spesa sanitaria, innovazione ed informatica sanitaria. Al riguardo la dr.ssa Sciachi, in risposta ad una consultazione interna, ha segnalato, in qualità di Vice Presidente della Task Force, gli argomenti di nostro maggiore interesse, da privilegiare rispetto ai temi, pur importanti, di tutela della salute pubblica, come, ad esempio, la lotta all'alcolismo. Ne riportiamo qui di seguito l'elenco: health data/accounts, health expenditure, long term care, waiting times, hospital sector, quality

standards, health systems' comparison, health care providers, hospital performances, ICT, citizens' rights as freedom of choice, information, equity of access. In merito alla spesa sanitaria, il BIAC, durante i suoi incontri semestrali con il Comitato per la sanità dell'OCSE, ha ribadito le raccomandazioni già presentate in occasione dell'incontro dei Ministri della sanità, sottolineando l'importanza di garantire qualità, accesso alle prestazioni ed efficienza della spesa. In tale prospettiva, la diffusione dell'informatica sanitaria rappresenta, secondo il BIAC, uno strumento privilegiato per migliorare l'accesso a prestazioni di qualità, facilitando un'erogazione e distribuzione più efficienti dei servizi. In questa consapevolezza, la Task force ha seguito i lavori dell'OCSE contribuendo alla ricerca d'indicatori comuni per migliorare la comprensione delle barriere e dei dri-

vers, che possono condizionare in senso positivo o negativo l'effettiva adozione dei supporti informatici in sanità. In questo ambito, l'OCSE ha in progetto una guida metodologica destinata a misurare i risultati fin qui raggiunti. Il risultato più significativo conseguito dalla Task force è stato quello di affrontare la spinosa questione dell'affidabilità dei dati sulla spesa sanitaria prodotti dall'OCSE, dall'OMS e da EUROSTAT. Il successo ottenuto è confermato dal fatto che il BIAC è stato invitato dal Segretariato dell'OCSE a controllare in dettaglio la spesa di alcuni Paesi, segnalando eventuali incongruenze delle relative statistiche. Per quanto riguarda i prossimi appuntamenti nell'agenda dell'OCSE uno di temi di maggiore interesse è quello della sostenibilità fiscale per il finanziamento pubblico dei sistemi sanitari.

affronta le problematiche relative all'**impatto della crisi economica sui sistemi sanitari** ed agli orientamenti necessari per superarla, nell'interesse dei cittadini.

In particolare il documento, riferendosi anche a recenti studi dell'OCSE, individua le principali sfide aperte dalla crisi economica che rischia di limitare nei fatti i diritti fondamentali dei cittadini europei alla tutela della propria salute; illustra quindi l'indispensabile contributo di capitale umano e finanziario offerto dal settore privato, che non deve andare disperso, proprio in ragione della difficile situazione economica; si dichiara, infine, favorevole ad un modello di sistema sanitario, che risponda agli obblighi dei servizi d'interesse generale a carattere economico, basato su un mix pubblico - privato, in cui tutti i providers siano sottoposti alle stesse regole e godano degli stessi diritti. In sintesi, l'UEHP si dichiara dell'avviso che gli Stati membri debbano promuovere una corretta allocazione delle risorse per conseguire l'efficienza- efficacia della spesa. Solo eliminando sprechi e privilegi, infatti, si potrà raggiungere un livello adeguato di "better value for money" e, attraverso lo sviluppo di un welfare market competitivo, rendere la sanità un investimento produttivo, per un reale miglioramento della situazione macroeconomica generale.

Partecipando poi alla redazione della posizione ufficiale del Forum, in risposta alla **consultazione della Commissione** sul citato documento **Investing in Health**, l'UEHP ha sottolineato la rilevanza del settore ospedaliero anche rispetto alla medicina territoriale, manifestando apprezzamento per le affermazioni contenute nel testo, in cui si dimostra come i tagli indiscriminati alla spesa sanitaria producano esiti negativi sull'accesso ai servizi e sulla tutela della salute dei cittadini.

**GIORNATA DEI DIRITTI DEL PAZIENTE - Bruxelles**

L'UE ha deciso di dedicare l'anno **2013 ai diritti dei cittadini europei** stimolarne, tra l'altro, l'attiva partecipazione al processo di elaborazione di una "sanità europea. In questo quadro l'organizzazione internazionale ACTIVE CITIZENSHIP ha scelto di dedicare alla Direttiva sul diritto di accesso alle prestazioni transfrontaliere la settima edizione della "Giornata del paziente", il 16 maggio 2013 a Bruxelles. La normativa in questione, chiarendo le condizioni in base a cui i cittadini possono ottenere il rimborso dei servizi fruiti in un altro Stato membro, implica, infatti, il riconoscimento di una serie di diritti fondamentali, quali la libertà di scelta, l'accesso all'informazione e le garanzie di sicurezza e qualità delle cure.

In tale prospettiva, appare strategicamente efficace il **dialogo e la collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei pazienti**, molto ascoltate a Bruxelles. La dr.ssa Petrangolini, Segretario generale, di Active Citizenship, è intervenuta ad una riunione del Consiglio UEHP per illustrare ai membri l'attività di questo importante network, cui si deve la redazione della **carta dei diritti del paziente europeo**, proponendo anche possibili forme di collaborazione, a livello nazionale ed europeo.

La Giornata europea del paziente, patrocinata dal Comitato Economico e Sociale della Commissione, si propone di presentare una panoramica della situazione europea in riferimento a norme, barriere, esperienze, *good practices* ecc.... L'obiettivo è d'invitare a confrontarsi su questi temi la Direzione generale SANCO della Commissione, le autorità sanitarie nazionali e regionali, i professionisti della sanità e naturalmente le organizzazioni dei cittadini.

L'UEHP è rappresentata dal prof. P. Garassus (Presidente del Consiglio Scientifico di BAQIMEHP e Vice Presidente della società francese di economia sanitaria), incaricato di illustrare il **progetto per un label volontario di qualità dell'ospitalità privata europea**, nel corso di una tavola rotonda cui prenderanno parte autorità comunitarie e nazionali.

**AIUTI DI STATO**

Per quanto riguarda la normativa sugli aiuti di Stato, dopo i colloqui avuti con il Responsabile del settore per la Commissione europea, dr. Pesaresi, e con lo stesso Commissario Almunia, ci si sta orientando verso alcune iniziative, da utilizzare per fare progredire la posizione del settore privato su questa complessa materia. Un'azione di lobbying efficace, infatti, non può limitarsi alla riaffermazione di principi, già presentati - anche se deve essere da essi ispirata - bensì implica, oltre all'attiva partecipazione alle

iniziative promosse dalle istituzioni comunitarie, la presentazione di elementi fattuali, quali le caratteristiche dell'offerta ospedaliera privata in Europa e la sua immagine di qualità. Su questa linea, la **redazione di un Factbook sulle dimensioni e l'attività del settore privato nei sistemi nazionali**, affidata al coordinamento di A. Sciachi e J. Wernick, è orientata a dimostrare che esiste già una dimensione europea della sanità ed un mercato sanitario europeo, destinato a svilupparsi con l'accresciuta mobilità di cittadini, pazienti ed operatori, scenario in cui il nostro settore è chiamato a svolgere un ruolo sempre più rilevante. L'assunto secondo cui la sanità non rientrerebbe nella normativa sugli aiuti di Stato, in quanto non inciderebbe sugli scambi nel Mercato interno, resta da dimostrare con riguardo sia all'impatto dei sistemi sanitari sulle finanze degli Stati membri, sia le dimensioni del settore privato, considerando anche la costituzione di grandi gruppi ospedalieri multinazionali. Il progetto della succitata pubblicazione UEHP offrirà l'occasione per ripresentare alle autorità competenti le esigenze dell'ospitalità privata nell'ambito di un reale mercato sanitario europeo, riprendendo contatto non solo con la DG Concorrenza, ma anche con quelle Sanità - Consumatori e Mercato interno.

**L'EUROPA DELLA SANITÀ E L'INFORMATICA**

L'applicazione dell'informatica al settore sanitario è di grande attualità a Bruxelles, ma anche del nostro Paese, come dimostra l'approvazione del Decreto sull'agenda digitale. L'evoluzione è molto rapida, anche grazie agli orientamenti definiti dal **Piano di azione eHealth 2012-2020**, in cui si stabiliscono i principi politici e tecnologici da seguire negli Stati membri. Nello stesso ambito il **progetto EPSOS** mira a promuovere l'interoperabilità delle prescrizioni elettroniche e delle cartelle cliniche digitalizzate.

Considerando che l'e-Health è uno dei progetti di maggiore rilievo a livello europeo, l'UEHP ha costituito da tempo un Gruppo di lavoro di esperti, coordinato dal prof. Nascimbeno e di cui fa parte il prof. Fabio Miraglia, per seguire le problematiche relative all'applicazione dell'informatica in sanità. Il tema rientra anche nel citato progetto del Label di qualità dell'ospitalità privata europea.

Per monitorare il processo in corso a Bruxelles, tutelando gli interessi del settore, l'UEHP non solo ha formato la propria commissione interna, ma è divenuto membro ufficiale dell'**eHealth Stakeholders Group**, costituito dalla Commissione. Al fine di rendere proattiva tale partecipazione, si sta anche elaborando una posizione ufficiale, destinata a rappresentare le proposte degli operatori privati per l'applicazione dell'informatica alla sanità. Il primo stadio dei lavori, attualmente in corso, è la raccolta d'informazioni sullo stato dell'arte, presupposto indispensabile per promuovere le iniziative interne più opportune e partecipare attivamente ai progetti varati dalla Commissione. Le informazioni riguarderanno la diffusione dell'informatica sanitaria nei vari Paesi, le applicazioni informatiche in uso nelle istituzioni sanitarie private, il livello di collaborazione tra autorità pubbliche e soggetti privati, anche relativamente all'applicazione in sede nazionale delle soluzioni proposte a livello europeo. Una volta raccolti i dati sulle pratiche in uso nelle istituzioni sanitarie private, i risultati saranno analizzati e pubblicati in un report, in cui saranno altresì definite proposte e raccomandazioni.

**PROGETTO DI UNA CONFERENZA INTERNAZIONALE**

L'UEHP ha presentato domanda di co-finanziamento di un progetto per l'organizzazione di una conferenza internazionale sul tema: "Sostenibilità dei sistemi sanitari: mobilità dei pazienti, libertà di accesso, equilibrio del settore ospedaliero". Il progetto è stato redatto in collaborazione con una società europea esperta nel ramo e, considerato l'interesse dell'iniziativa, si studierà come realizzarla con l'aiuto di sponsor, qualora il finanziamento europeo non fosse concesso.

**PROSSIMI APPUNTAMENTI UEHP**

Consiglio UEHP - Dublino 14 giugno  
Consiglio UEHP - Dubrovnik 4 ottobre  
Riunioni del Board - Roma 31 maggio; Vienna 4 dicembre  
Settembre-Ottobre - Seminario al Parlamento Europeo

**NEWSLETTER**

Segnaliamo che l'UEHP pubblica periodicamente sul proprio sito Internet una Newsletter, in cui vengono riportate le sintesi delle riunioni del Consiglio, dell'Assemblea e dei Gruppi di lavoro. Questi ultimi nella sezione riservata agli associati. Si può accedere alla pubblicazione sul sito [www.uehp.eu](http://www.uehp.eu) (sezione COMMUNICATION, sotto-sezione NEWSLETTERS) [www.uehp.eu/index.php/en/news-uehp/newsletter](http://www.uehp.eu/index.php/en/news-uehp/newsletter)



La notizie presentate in questa relazione sono state in molti casi già pubblicate su **inform@iop**, in cui è disponibile, laddove necessario, il link di collegamento ai testi ufficiali completi.

AIOP GIOVANI / 10° CONVEGNO NAZIONALE

# Ritorno dal futuro: quale?

di Domenico Musumeci



Se è vero che proprio noi giovani siamo il futuro dell'Italia, questo ci sentiamo dire ogni giorno, e siamo noi la speranza, allora come è vissuta dai giovani questa crisi economica che attanaglia il nostro paese? Mi è sembrato utile perciò allargare il nostro consueto raggio visivo e, dal settore sanità, osservare gli aspetti economici più generali ascoltando dai protagonisti "giovani" della scena economica italiana i loro punti di vista della realtà attuale. Lo spirito imprenditoriale degli italiani è sempre stato un elemento che ci ha distinti nel mondo, oggi però, purtroppo, sono innumerevoli le difficoltà che si riscontrano nel fare impresa. Un bilancio allarmante, soprattutto perché colpisce le nuove leve, i giovani che dovrebbero garantire un futuro al tessuto imprenditoriale.

*Ogni giorno leggiamo delle difficoltà economiche che sta attraversando il nostro paese, del numero sempre maggiore di imprenditori che non riescono più a mantenere in vita le proprie aziende e le difficoltà che si incontrano nella ricerca di un posto di lavoro ma ancora più grave nella conservazione del proprio lavoro.*

Secondo i dati che emergono dall'Osservatorio sull'imprenditoria giovanile realizzato dall'Ufficio studi di Confartigianato, sono stati proprio i giovani capitani d'industria italiani ad essere brutalmente falcidiati dalla recessione, secondi solo alla Spagna. La disoccupazione giovanile ha raggiunto nella comunità europea livelli di guardia e, nel contesto nazio-

nale, addirittura numeri drammatici. Non vi è politico italiano che non ne parli ogni giorno, ma nel frattempo molti giovani imprenditori si trasferiscono in paesi e città estere dove credono di veder realizzate le proprie aspettative. Qualcuno definisce l'era in cui viviamo l'era della fuga dei cervelli (Confindustria ha anche quantificato tale fuga), l'era, cioè, in cui le più vivaci menti italiane espatriano verso orizzonti esteri più allettanti. Questa è causa ed effetto della crisi in generale e della situazione italiana in particolare. L'incapacità del Paese di trattenerne i suoi cervelli, ma anche le sue "braccia qualificate", ha costi veramente alti. L'investimento in capitale umano perso per l'espatrio ammonta, secondo alcuni calcoli Istat, a circa un miliardo di euro all'anno, senza contare il valore dei brevetti realizzati all'estero dai ricercatori, oltre alla capacità imprenditoriale e agli spiriti innovativi dissipati. Confindustria denuncia quotidianamente un altro grande ostacolo per i giovani e per le start-up il meccanismo di partecipazione ai bandi pubblici. La loro impostazione richiede di corredare alla domanda di partecipazione i fatturati dei tre anni antecedenti al bando di gara: è inconcepibile chiedere fatturati ad un'azienda avviata da poco tempo o a un'azienda costituita da giovani appena laureati che non possono avere a disposizio-

10° CONVEGNO AIOP GIOVANI

## RITORNO DAL FUTURO: quale?

**PROGRAMMA**

**15:00** Gabriele Pelissero  
*presentazione delle giornate assembleari*

**Moderata** Federica De Vizia, *giornalista Rai*

**15:30** Silvio Ontario  
*Coordinatore Giovani AssoBiomedica*  
Nicola Chionetti  
*Coordinatore Anci Giovani*  
Filippo Delle Piane  
*Presidente Ance Giovani*  
Domenico Musumeci  
*Presidente Aiop Giovani*  
Ilaria Lani  
*Responsabile Politiche giovanili CGIL*  
Raffaele Marcello  
*Università Chieti-Pescara e Napoli*  
on. Giuseppe Castiglione  
*Sottosegretario alle Politiche Agricole (PdL)*  
Ivan Lo Bello  
*Vice Presidente Confindustria*  
on. Giuseppe Berretta  
*Sottosegretario alla Giustizia (PD)*

**17:45** Conclusioni

**18:00** Premio Osservatorio ICT-AIOP  
*Consegna il prof. Claudio Vella*  
*Codirettore scientifico Osservatorio ICT Sanità del Politecnico di Milano*

**Roma**  
**30 maggio**  
**2013**  
**ore 15:00**

**SALA MEDICI**  
**Sheraton Hotel**  
**Via del Pattinaggio, 100**

## Dicono di noi...

*La rassegna stampa quotidiana a cura dell'Ufficio stampa di Aiop nazionale e tutta la pubblicitaria (con il prezioso contributo di Image Building) di un anno di attività dell'Associazione. Il primo a guida del presidente Pelissero.*

Gabriele Pelissero, eletto presidente nazionale il 19 maggio 2012, ridà nuovo slancio anche alla comunicazione esterna come si può evincere dalla selezione degli articoli più importanti del monitoraggio degli organi di informazione (da maggio a luglio 2012) che abbiamo collezionato come primo contributo ad "inform@iop" (12 settembre 2012). Programma del presidente Pelissero, rinnovo delle cariche di vertice dell'Associazione e "position paper" a proposito della spending review sono gli argomenti oggetto di interviste e di approfondimento di molte testate nazionali e regionali, specialistiche e non. I commenti alla spending review nazionale e le conseguenze sulla Lombardia sono state oggetto dell'intervista del professor Pelissero con Corriere della Sera (5 luglio) per il taglio del 2% ai privati, come previsto dalla spending review e consegna del position paper al Ministro Balduzzi. E poi ancora interviste del Presidente con Ansa, Adnkronos e La Repubblica, sui tagli della spending review. Il 7 luglio ancora un'intervista del professor Pelissero per Healthcare Europa sulla sanità italiana. I commenti sul nuovo tariffario nazionale con conseguente riduzione dei rimborsi caratterizzano invece

l'inizio dell'autunno 2012: intervista del professor Pelissero con Corriere della Sera (16 ottobre 2012) sui tagli nei rimborsi di alcune prestazioni previste all'interno del tariffario nazionale. Le osservazioni al decreto Balduzzi (standard ospedalieri), con focus sulla presunta chiusura delle strutture private sotto gli 80 posti letto. Diverse le interviste del presidente Pelissero: con l'agenzia Ansa per un commento sul rischio di chiusura di 257 strutture private accreditate, a causa dei requisiti del decreto Balduzzi. Con il Corriere della Sera (16 novembre) sempre sullo stesso decreto Balduzzi, che prevede la chiusura delle strutture private accreditate che hanno meno di 80 posti letto per acuti; e poi ancora con Radio 101, rubrica "Primo Piano" per un commento al decreto Balduzzi. Il rischio di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale è stato invece argomento di un'altra intervista con ANSA, per commentare le dichiarazioni del presidente del Consiglio Mario Monti in tal senso. In occasione della presentazione del decimo Rapporto "Ospedali&Salute" (4 dicembre 2012) si è poi avuta la consacrazione a pieno titolo del presidente Pelissero come comunicatore, esperto internazionale ed opinion leader su Sanità pubblica e privata. Interviste ed interventi, cor-

ne tali dati per mancanza di curriculum imprenditoriale. In questa maniera diventa automatica la loro esclusione avviando così un circolo vizioso che non permetterà mai a loro di partecipare a tali gare e probabilmente a non avviare mai i loro business. L'immobilismo e l'impermeabilità del mondo politico dimostrano la sostanziale incomprensione delle cause che sono alle radici del problema: quella che si sta vivendo non è solo una crisi economica ma prima ancora etica e culturale. La classe politica da troppi anni ha abbracciato la politica d'abbandono, ossia un modello di semplice amministrazione del presente, espungendo di fatto il futuro dalla propria considerazione. Il titolo di un articolo di qualche mese fa del Sole 24 ore "Crisi, giovani

senza futuro e politici senza qualità" racchiude in sé il momento che stiamo vivendo. E ciò che noi giovani dobbiamo assolutamente evitare è immedesimarci al protagonista de "L'uomo senza qualità" di Robert Musil. Il protagonista Ulrich Anders, trentenne della Vienna del 1913, pur essendo dotatissimo e avendo infinite, disparate qualità, è infatti un uomo che attende, che non vuole agire, ovvero che non osa darsi all'azione. È il giovane in crisi, che comincia a dubitare della realtà e avverte la profonda e incolmabile distanza tra la realtà circostante e il proprio spirito. Un giovane tagliato fuori dal mondo di ieri ma senza alcun appiglio cui aggrapparsi per costruire il suo futuro. ■

## Dedalus per la Sanità Privata

- Sistemi Informativi Ospedalieri
- Contabilità e logistica
- Laboratori e servizi diagnostici
- RIS-PACS
- Sistemi di Reparto e Cartella Clinica
- Sale Operatorie e percorsi di cura

**Dedalus**  
HEALTHCARE SYSTEMS GROUP

www.dedalus.eu  
tel. + 39 06 70453539

## AIOP GIOVANI / CORSO DI FORMAZIONE 2013

Parlare in pubblico:  
presentazione  
ad alto impatto

di Giulia De Leo



**C**astagneto Carducci (Livorno), nella splendida sede del Hotel Tombolo, struttura costruita nel 1931 dalle Società Elettriche del Nord ed originariamente destinata a colonia vacanze per i figli dei propri dipendenti, oggi accoglie un complesso unico nel genere delle "Talasso SPA". Ci ha ospitati per il nostro V corso di formazione intitolato "Parlare in pubblico: presentazione ad alto impatto", tenuto dalla Dale Carnegie Training di Milano. Gli obiettivi del corso, ambiziosi e molteplici, malgrado i tempi ristretti dedicati alla formazione, purtroppo solo due giorni, sono stati raggiunti nel segno della qualità e dell'interesse, con argomenti nuovi ed accattivanti come quello di apertura: "Come suscitare nell'interlocutore una prima impressione positiva". Le lezioni sono proseguite trattando temi quali: aumentare la credibilità, presentare informazioni complesse, comunicare con maggiore impatto, motivare gli altri all'azione, rispondere a situazioni di pressione e, in ultimo, ispirare le persone a scegliere il cambiamento. Paradigma e fondamento di tale programma per noi e per i nostri coach, così amano definirsi gli insegnanti, sono stati i principi e le metodologie del Dale Carnegie course, abbinati all'utilizzo di tecnologie video.

Il metodo Dale Carnegie, partendo da precisi punti di forza, piuttosto che dal classico perfezionamento delle aree di miglioramento, si rivela attraverso l'interazione dinamica con i partecipanti, il coinvolgimento attivo e le sessioni di lavoro veloci, che senza dubbio si attestano come i veri e propri marchi di fabbrica di questo corso e di tutti i programmi.

Al corso hanno partecipato i primi trenta iscritti al programma che hanno imparato a pianificare, gestire e dialogare con un'intera platea, ma anche con loro stessi, nell'ottica del ruolo che ricoprono o ricopriranno nelle rispettive aziende. Capire cosa dire è il primo fondamentale passo verso il traguardo di una corretta comunicazione, necessaria ad instaurare un rapporto, si spera empatico, con il pubblico che ci guarda, senza mai dimenticare che l'approfondita conoscenza della platea è il segreto per una buona comunicazione in pubblico.

Il corso, oltre ad aver raggiunto le mete prefisse, ancora una volta ha costituito l'occasione per favorire l'incontro e la conoscenza tra gli eterogenei componenti del gruppo giovani, consentendo, peraltro, ad alcune personalità più riservate di far bella mostra di doti istrioniche inaspettate.

Al raggiungimento dell'ottimo risultato ha di certo contribuito anche la location, tanto che, oltre che nelle aule, il gruppo si è ritrovato e consolidato anche nelle splendide grotte saline riservateci per l'occasione dalla direzione della Spa. Mens sana in corpore sano amavano dire i nostri progenitori e così è stato: i numerosi test video hanno rilevato un progressivo miglioramento delle prestazioni oratorie dei nostri giovani, accompagnato da evidenti segni di rilassamento fisico e mentale, che hanno favorito la distensione dei tratti del viso e delle membra. Convinti che un bel sorriso sia il miglior avvio di una buona comunicazione, non possiamo che augurarci un caloroso arrivarci al prossimo corso di Aiop Giovani. ■

→ [Inform@iop n.36]

## AIOP LAZIO

## Accolto il ricorso



J. FARONI

**I**l Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza) con l'Ordinanza del 13 aprile 2013 ha accolto la richiesta di sospensiva avanzata dall'Aiop Lazio e da altre 29 strutture sanitarie contro il decreto dell'ex commissario Bondi che stabiliva un taglio retroattivo del 7% sul budget del 2012 delle strutture private convenzionate.

La stessa Jessica Faroni, presidente dell'Aiop Lazio, commenta così questo risultato: "Le strutture sanitarie private del Lazio vogliono contribuire alla spending review, ma non possono essere 'uccise' come voleva fare l'ex commissario alla Sanità del Lazio, Enrico Bondi, che voleva un taglio del 7%.

La sospensione del Consiglio di Stato è l'inizio di una nuova stagione, anche se in Italia per continuare a lavorare si deve ricorrere sempre alle vie legali".

"Oggi alla guida della Regione Lazio - prosegue la Faroni - c'è un'amministrazione con cui si può finalmente dialogare. Può iniziare una stagione di collaborazione diversa dalla precedente. Ci si deve rendere conto che la crisi economica in Italia è forte e tutti i posti di lavoro sono a rischio. Ma - conclude - sono fiduciosa per quello che ci attende nei prossimi mesi". ■

→ [Informaiop n.33]

## AIOP CAMPANIA

Prestazioni erogabili in regioni di confine  
soggette a preventiva autorizzazione

**I**n data 8 aprile 2013 è stato pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania il decreto del Commissario ad acta n° 156 del 31/12/2012.

Con tale provvedimento la Regione Campania, con lo scopo di limitare i ricoveri di pazienti residenti in Campania in strutture ospedaliere ubicate in regioni di confine (Lazio, Molise, Puglia e Basilicata), ha individuato cinque DRG ad alto rischio di non appropriatezza, per i quali ritiene già soddisfacente l'offerta sanitaria regionale, subordinandone l'erogazione nelle regioni indicate ad una preventiva autorizzazione della ASL di residenza del paziente, che dovrà essere pertanto adeguatamente giustificata.

Pertanto, le prestazioni di cui ai DRG 036, 039, 042, 256 e 503, a far data dall'1/1/2013, potranno essere erogate nelle sopra citate regioni di confine soltanto in presenza di specifica autorizzazione rilasciata da una Commissione della ASL appositamente istituita; in assenza di tale autorizzazione le prestazioni saranno ritenute non remunerabili e non riconoscibili in sede di compensazione della mobilità sanitaria tra le regioni.

Il decreto commissariale 156 inoltre, aggiorna le tariffe per le prestazioni di pronto soccorso non seguito da ricovero erogate a pazienti non campani, anche a mezzo ambulanze ed elisoccorso e ne regola la rilevazione dei flussi (file G), al fine di addebitare i relativi costi alle regioni di provenienza dei pazienti.

La Sede Aiop Campania ha inviato il provvedimento al proprio Consulente Legale per una opportuna valutazione sugli effetti applicativi dei suoi contenuti. ■

→ [Informaiop n.32]

## AIOP MOLISE

Sbloccati 118 milioni  
per la sanità molisana

**L**a notizia è arrivata al termine dei lavori per la verifica degli adempimenti del Piano di rientro sanitario, che ha coinvolto a Roma il Presidente della Regione Molise, Paolo di Laura Frattura, il direttore generale dell'ente, Antonio Francioni, un pool di dirigenti dell'Assessorato regionale alla Sanità, i commissari Filippo Basso e Nicola Rosato, oltre al nuovo soggetto attuatore dell'Asrem, Carmine Ruta e ai rappresentanti dell'advisor Kpmg.

Ne risulta che i 118 milioni di euro sbloccati a favore della Regione Molise, di cui 55 provenienti dal Fondo per le aree sottoutilizzate (FAS) e 66 a valere sulle premialità del Fondo sanitario nazionale. Il Presidente della Regione Molise, Paolo di Laura Frattura ha commentato così questa notizia: "Sono contento dell'esito di questa verifica. Lo sblocco di queste risorse, richiesto e preteso da anni da chi ha precedenti e a loro mai concesso, è ascrivibile anche a una diversa credibilità ed a una maggiore affidabilità, che abbiamo dimostrato ai Tavoli ministeriali".

→ [Informaiop n.34]

AIOP VENETO  
Ricorsi al Tar

**D**ue i ricorsi al Tar promossi dall'Aiop regionale insieme alla Casa di cura Pederzoli e dall'Aris Veneto insieme all'ospedale Sacro Cuore di Negrar, per altrettante delibere dell'Ulss 22 di Bussolengo che, in forza di un parere della Regione, chiede la restituzione delle tariffe già saldate agli ospedali privati convenzionati per le prestazioni di risonanza magnetica alla colonna vertebrale, effettuate dal 2008 al settembre 2011.

Di fronte alla scelta dell'azienda sanitaria di procedere al ricalcolo di quanto già versato, i due ospedali veronesi e altre strutture ospedaliere e ambulatoriali venete hanno manifestato il loro disaccordo ricorrendo al tribunale amministrativo regionale. ■

→ [Informaiop n.33]

## Dicono di noi...

→ CONTINUA DA PAG.3

redati dai dati aggiornati del Rapporto, del professor Gabriele Pelissero vengono pubblicati il 5 dicembre su Avvenire, Corriere della Sera, Provincia di Cremona, QN, Il Sole 24 Ore, l'Unità, Cittadino di Lodi, Gazzetta di Parma, Giornale di Sicilia, Il Gazzettino, Leggo. E poi ancora tutte le più importanti Agenzie (Ansa, Agi, AdnKronos) hanno seguito e "coperto" l'evento con diversi lanci, proponendo analisi e tesi di Aiop, oltre ai dati aggiornati, contenuti nel volume.

Anche i media digitali ed il web (Avvenire.it, Quotidiano sanità.it, Il Mondo.it, Lettera43.it) hanno analizzato e commentato il 10° Rapporto Aiop, dando ampio spazio all'intervento del Presidente nazionale.

E poi ancora gli specializzati come Il Sole 24 ore Sanità, Panorama della Sanità, Quotidiano Sanità, Sanità-News, Dire Sanità hanno pubblicato sia l'intervento integrale del presidente Pelissero sia la sintesi del Rapporto con tutte le tabelle esplicative.

Radio ed emittenti televisive (nazionali e locali) hanno seguito la manifestazione ed invitato il professor

**RASSEGNA STAMPA  
ASSEMBLEA 2012**

SCARICA IL PDF  
SUL TUO SMARTPHONE O TABLET

 2,5MB



oppure digita sul tuo browser:  
www.aiop.it/documenti/RS2012.pdf

---

**RASSEGNA STAMPA  
PRESENTAZIONE 10° RAPPORTO**

SCARICA IL PDF  
SUL TUO SMARTPHONE O TABLET

 2MB



oppure digita sul tuo browser:  
www.aiop.it/documenti/RS10rapp.pdf

---

**L'AIOP IN TV E RADIO  
MAGGIO 2012-MAGGIO 2013**

VEDI TUTTI I VIDEO  
SUL TUO SMARTPHONE O TABLET





oppure digita sul tuo browser:  
www.aiop.it/sito/rappmultimedia.aspx

Pelissero a diverse trasmissioni: Radio Città Futura, Rainews24.rai.it, Rai Uno - Domattina, intervista Presidente e resoconto Rapporto su TG5, intervista insieme a Ignazio Marino per commentare il Rapporto e i tagli in sanità su Repubblica TV.

Dal maggio 2012 ad oggi quindi l'Aiop ha svolto, soprattutto tramite la voce del suo Presidente nazionale, per tutti i media nazionali e stranieri, un ruolo da interlocutore privilegiato per gli argomenti attinenti la Sanità: politica sanitaria a tutti i livelli (auspici e richieste per il nuovo anno - Il Sole 24 Ore Sanità del 7 gennaio 2013); mobilità extraregionale (Donna Moderna del 23 gennaio 2013); riforme necessarie per salvare il Ssn (editoriale sul mensile Classe Medica di febbraio 2013).

Per tutto il periodo del Governo Monti, con il ministero della Salute affidato al ministro Balduzzi, spesso l'Aiop ha partecipato con interventi di suoi autorevoli rappresentanti a Focus su riforme e stato dell'arte del Ssn (Panorama della sanità - 18 feb-



braio 2013; MF - 30 aprile 2013; mensile Aboutpharma - maggio 2013).

E poi ancora dopo le elezioni Politiche di febbraio 2013, i temi sui quali il presidente Pelissero è stato interpellato hanno riguardato l'incertezza politica in attesa del nuovo governo e i nuovi tagli al Ssn (Il Sole 24 Ore Sanità - 5 marzo 2013) e i debiti della PA con focus sulla sanità (Il Sole 24 Ore - 26 marzo 2013 e Il Sole 24 Ore - 20 aprile 2013). Possiamo concludere perciò, senza ombra di dubbio, che l'attenzione riservata da tutti gli organi di informazione ad Aiop, in questo primo anno di attività con al vertice il professor Gabriele Pelissero, è stata molto precisa, puntuale, trasversale, completa e qualificata. ■ (mrl)

SCARICA IL MAGAZINE IN PDF  
SUL TUO SMARTPHONE O TABLET

## aiopmagazine

IL FOGLIO DEI SOCI AIOP

Anno II - n. 5 • GIUGNO 2013

Direttore Responsabile:

Gabriele Pelissero

Coordinamento Editoriale:

Maria Rosaria Lanciano, Alberta Sciacchi

Coordinamento operativo:

Maria Rosaria Lanciano

Redazione: Franco Bonanno, Angelo Cassoni,

Maria Rosaria Lanciano, Filippo Leonardi, Patrizia

Salafia, Fabiana Rinaldi, Alberta Sciacchi.

Progetto grafico e impaginazione:

Andrea Albanese

In attesa di registrazione al Tribunale di Roma

Editore: SEOP srl - via di Novella, 18, Roma

Direzione: 00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67

tel. 063215653 - fax. 063215703

Internet: www.aiop.it

e-mail: uffstamp@aiop.it

Stampa: Eurolit s.r.l. - Roma