



DAL 28 AL 30 MAGGIO A ROMA

Assemblea Nazionale Aiop 2015

Quest'anno le giornate assembleari ci vedranno impegnati dal 28 al 30 maggio e si svolgeranno a Roma presso il Parco dei Principi Hotel (Via Frescobaldi, 5). Il programma di massima sarà il seguente:

- 28 maggio alle 15.00 - Convegno Aiop Giovani
- 29 maggio alle 10.00 - Convegno Aiop Nazionale
- 29 maggio alle 15.30 - Incontro con le Società Scientifiche dell'Ospedalità Privata
- 30 maggio alle 10.30 - 51ª Assemblea Generale Annuale

Per maggiori informazioni e prenotazioni vedi circolare Aiop n.244 del 13 marzo 2015 (www.aiop.it/circolari)



IT.DRG

La sfida dei "DRG italiani"



Lo sviluppo di un sistema di classificazione tutto italiano costituirà anche l'occasione per una applicazione finalmente generalizzata e più equa delle tariffe?



di Angelo Cassoni

Avent'anni dall'introduzione della classificazione a DRG mutuata dal programma statunitense Medicare, il Ministero della salute rilancia il progetto dei DRG italiani, provando ad affrancarsi dalla dipendenza da un sistema non proprietario e ponendo fine alla discontinua rincorsa ai suoi aggiornamenti viceversa regolari e programmati. Sperando che si realizzino anche le condizioni per svincolarsi dall'equivoco dei tanti sottosistemi di codifica e di tariffazione regionali. Con il progetto It.DRG l'Italia si propone di transitare dalla lista dei 12 tra i 33 Paesi

OSCE con sistemi DRG o DRG like che ne hanno semplicemente adottato uno, a quella dei dieci developers (tra i quali Stati Uniti, Francia, Regno Unito, Canada e Australia), scavalcando la fascia intermedia dei c.d. adattatori (soprattutto i Paesi scandinavi). Vent'anni, appunto, da quando nell'aprile del 1994 si cominciò a parlare, per la prima volta concretamente, dell'introduzione di un nuovo sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere e specialistiche. Si passava così al Diagnosis Related Groups che classifica i pazienti in gruppi ritenuti significativi dal punto di vista clinico ed omogenei in termini di quantità e tipo di

risorse assistenziali consumate, adottando il modello Medicare in versione HCFA 10.0.

Gli aggiornamenti tariffari intercorsi nel frattempo si sono basati su uno dei due possibili approcci metodologici per l'attribuzione dei costi ai DRG, quello del cost modelling (detto anche a cascata o *top-down*) con l'utilizzo delle metodologie RAPIDS e CAMS associate a statistiche allocative statunitensi. Gli It.DRG si avvarranno, al contrario, di statistiche allocative nazionali e di un approccio combinato al case-mix costing: di tipo bottom-up per la stima dei costi diretti per caso trattato e per la definizione di statistiche allocative e fattori correttivi dei pesi relativi; di tipo *top-down* per il calcolo dei costi pieni per classe di casi trattati e dei pesi relativi. La fase *bottom-up* vedrà tra i 60 ospedali protagonisti anche due strutture AIOP, gli Istituti Ospedalieri Bresciani (BS) e la Casa di cura Pineta Grande (CE).

Nessuna anticipazione è trapelata in merito al numero dei raggruppamenti, anche se si può ipotizzare un incremento significativo rispetto ai 538 della versione attualmente in uso, la CMS 24.0. Si conoscono invece le classificazioni internazionali che verranno utilizzate per costruiri

EDITORIALE

di Gabriele Pelissero

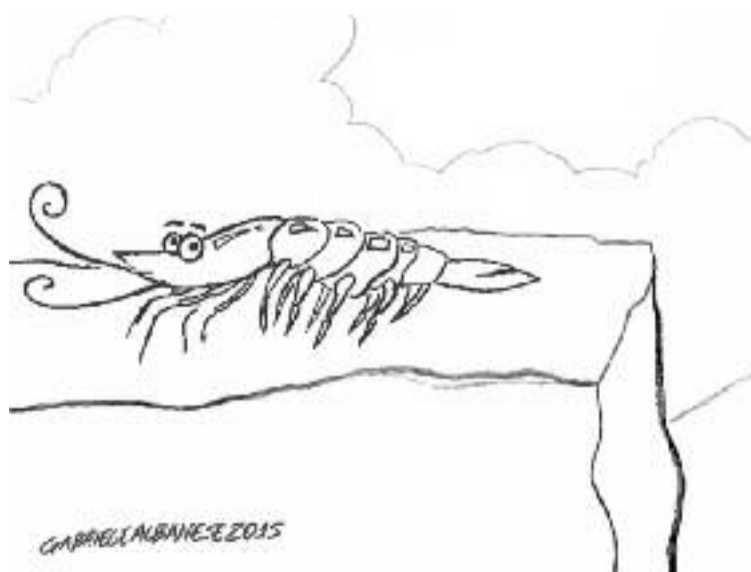
Il passo del gambero



Strana storia quella del Regolamento sugli standard ospedalieri. Previsto dalla legge n.311 del 2004, per garantire un efficientamento generale della rete ospedaliera italiana, ma solo otto anni dopo, con il decreto legge n.95 del 2012, abbiamo assistito al suo avvio. La prima bozza del 21 dicembre 2012 è stata partorita nel pieno del clima di spending review dei tagli lineari del sistema sanitario. Concordata con le Regioni solo il 5 agosto 2014, non supera un primo controllo del Consiglio di Stato (6/11/2014) e anche quello del mese successivo (23/1/2015) presenta così tanti rilievi formali che solo incomprensibili "ragioni di Stato" ne consentono il via libera. Ma non è finita qui, perché occorreranno ancora due mesi per la firma del Ministro Lorenzin, e ai primi di aprile 2015 mancano ancora dei passaggi per la pubblicazione definitiva in Gazzetta Ufficiale. Ma come mai questo parto così difficile? Forse perché è pesante per chiunque riconoscerne la paternità. Il provvedimento, seppur migliorato in alcune parti rispetto al testo originario, ne conserva le finalità di razionamento del sistema e una impostazione storicamente e scientificamente superata.

Sono tre le principali critiche sui contenuti del provvedimento e riguardano: il modello di programmazione proposto; il dimensionamento qualitativo della rete ospedaliera e l'utilizzo di standard qualitativi. Sul primo aspetto, l'impostazione del modello ricalca quella della cosiddetta legge Mariotti (legge n. 132 del 1968), che già negli anni '70 era stata criticata per la sua rigida visione "top-down", in cui una struttura centrale definisce tutte le caratteristiche organizzative del sistema ospedaliero, da attuare meccanicamente in sede locale. Riguardo al secondo aspetto, il dimensionamento basato sui p.l. ha poco senso rispetto allo strumento più preciso rappresentato dai DRG. Anche l'obiettivo di 3 p.l. per mille abitanti (per acuti), è certamente sottodimensionato rispetto alla media dei Paesi UE simili all'Italia. Quando poi si associa a questo obiettivo quello del tasso di saturazione del 90%, si ipotizza, di fatto, il taglio di ulteriori p.l. in una rete che con ogni probabilità diventa insufficiente. Riguardo poi all'aspetto degli standard qualitativi, il modello proposto, di pochi grandi ospedali regionali, non è più un riferimento nei Paesi avanzati. Le reti ospedaliere oggi sono molto più articolate, e vengono perfino realizzate in molti Paesi piccole strutture di alta qualità ad assetto dipartimentale, con poche decine di p.l. e tecnologia d'avanguardia. D'altra parte, se l'obiettivo prefissato è quello della qualità, perché cercare di chiudere le strutture private sotto i 60 posti letto ed escludere gli ospedali pubblici delle stesse dimensioni? E se fosse stato quello dell'efficienza, perché escludere ancora le piccole strutture sanitarie pubbliche capaci di assorbire enormi costi fissi?

E' possibile immaginare un nuovo approccio al tema della rete ospedaliera, con una impostazione funzionale basata sui volumi di prestazioni; con una autonomia organizzativa che responsabilizzi veramente tutti i gestori anche sul dimensionamento quali-quantitativo della rete di offerta. E' ancora difficile immaginare la sorte soprattutto applicativa di questo provvedimento, improvvidamente utilizzato già da alcune Regioni - guarda caso - per penalizzare la rete ospedaliera privata accreditata. Ma è molto diffusa la sensazione che costringerà il nostro SSN al passo del gambero. E non ne avevamo bisogno. ■



re i DRG; per le diagnosi si farà riferimento ad una ICD-10-IT e per interventi e procedure ad una versione italiana revisionata della ICD-9-CM 2007.

Il timing del progetto prevede per quest'anno la rilevazione e l'elaborazione dei dati di attività degli ospedali selezionati e per il 2016 la predi-

sposizione dei prodotti finali, tra i quali spiccano i pesi relativi per DRG, ultimo step prima della definizione di un nuovo sistema tariffario che ci auguriamo più equo e dall'applicazione generalizzata, anche in vista del completamento del percorso di certificazione dei bilanci degli ospedali pubblici. ■



CONFERENZA EUROPEA UEHP A MILANO IL 17 E 18 SETTEMBRE

L'Europa richiede una sanità più moderna



di Alberta Sciacchi

L'Uehp e l'Aiop hanno deciso di organizzare congiuntamente una Conferenza europea, che si svolgerà a Milano presso il Centro Congressi dell'Ospedale San Raffaele il prossimo 17 e 18 settembre. Si tratta di un evento importante, che affronta un tema di grande interesse per le istituzioni centrali dell'Unione: "La modernizzazione dei sistemi sanitari. Quali investimenti per sistemi sostenibili, efficienti ed accessibili per i cittadini europei". L'argomento è in linea con gli obiettivi del programma UE 2014-2020 e con gli studi del panel internazionale di esperti, organo consultivo ufficiale della Direzione generale sanità della Commissione. In effetti, le iniziative di riforma introdotte nei sistemi nazionali degli Stati membri sono determinate dalla necessità di trovare un equilibrio tra welfare e modernizzazione, crisi economica e sostenibilità, mettendo anche a

Il tema scelto per l'evento di Milano consente inoltre, di affrontare numerosi argomenti di diretto interesse per le Associazioni nazionali dell'ospitalità privata, che saranno esaminati approfonditamente nelle varie sessioni in cui si articolerà la Conferenza

confronto le performance dei modelli sanitari europei, come stanno già facendo la Commissione stessa e numerosi think-tank internazionali. Il tema scelto per l'evento di Milano consente inoltre, di affrontare numerosi argomenti di diretto interesse per le Associazioni nazionali dell'ospitalità privata, che saranno esaminati approfonditamente nelle varie sessioni in cui si articolerà la Conferenza: investimenti in innovazione, tecnologia ed informatica sanitaria, efficacia delle cure e cost-effectiveness, confronto tra modelli sanitari europei, efficienza nel comparto ospedaliero pubblico e privato, mobilità di pazienti ed operatori e tutela dei diritti relativi ad equità di accesso, libertà di scelta, qualità dei servizi, sicurezza dei pazienti.

L'ampio ventaglio dei temi affrontati è destinato a suscitare l'attenzione e la partecipazione di numerosi stakeholders: rappresentanti di alto livello della Commissione e del Parlamento europeo, membri dell'Health Policy Forum, organizzazioni rappresentative di pazienti e medici, industrie sanitarie, manager ed erogatori di servizi sanitari, a cominciare dai membri dell'ospitalità privata europea. La Conferenza si svolgerà in concomitanza con l'Expo di Milano, a cui i partecipanti potranno ottenere un accesso agevolato, e sarà seguita, il pomeriggio del 18 settembre, da una seduta del Consiglio nazionale. Con una circolare sono state comunicate ulteriori informazioni e precisate le modalità di partecipazione. ■

Voi ci mettete la cura...
al resto ci pensiamo noi!

www.sysdat-sanita.it



 Sys-Dat Sanità srl
Saronno (VA) - Roma
Tel. 02.90718.1

PUBBLICITÀ REDAZIONALE

LA TRE GIORNI ASSEMBLEARE DI ROMA

Le società Scientifiche si stringono la mano

Il prossimo 29 maggio, tra i vari appuntamenti che caratterizzeranno le tre giornate assembleari, si svolgerà il convegno che vedrà protagoniste le Società scientifiche, tra cui la Fisopa, la Siap e l'Arso. La tavola rotonda verterà sulla presentazione agli associati del ruolo assunto nel corso del tempo da queste Società, che hanno come mission quello di fornire agli organi istituzionali e non, i propri studi e analisi nelle materie di cui sono protagoniste. Queste realtà, che si radicano all'interno dell'ospitalità privata, rappresentano l'eccellenza delle specializzazioni sanitarie e proprio l'occasione dell'Assemblea nazionale permetterà di essere ulteriormente conosciute ed apprezzate, andando a creare un raccordo e un rafforzamento del network tra queste e le strutture associate Aiop. ■ (MP)

PUBBLICAZIONI

Tra i maggiori gruppi d'interesse in sanità c'è l'Aiop



di Matteo Prugnoli

Nel terzo numero della "Rivista Italiana di Politiche Pubbliche" del 2014 è stato affrontato il tema relativo ai Gruppi di interesse in Sanità e alle strategie di lobbying utilizzate in difesa del settore. Il motivo per il quale gli autori hanno voluto dedicare un intero capitolo alla filiera della salute, da considerarsi come quarto settore produttivo alle spalle dell'agricoltura e dell'ICT, è da ricollegarsi, oltre ai 10 punti che questa ricopre all'interno del Pil, anche ai 2.8 milioni di addetti che vi lavorano.

L'indagine, della durata di un anno e curata da Federico Toth e Marco Di Giulio, ha avuto come merito quello di studiare varie Associazioni di categoria (Aiop, CittadinanzAttiva, Federfarma), Federazioni (Fiaso, Ispasvi e Fnomceo) e Sindacati (Anaa-Assomed, Cimo-Asmd, Cgil Medici) rappresentanti di tutti gli interessi che ruotano intorno al settore. Il modo in cui le risorse organizzative sono distribuite tra i vari gruppi, come questi si mettono in contatto con altre sfere organizzative, burocratiche e politiche e il rapporto con le lobby indirette sono i punti intorno ai quali ruota il capitolo.

In particolare, per Aiop si è evidenziato come la redazione annuale del Rapporto "Ospedali&Salute" abbia inciso notevolmente sulla conoscibilità e sulla autorevolezza verso l'esterno dell'Associazione e come questo venga utilizzato, dati alla mano, per richiedere una quota maggiore del budget sanitario. La possibilità, inoltre, di potersi interfacciare direttamente con i decision makers, attraverso audizioni negli organi istituzionali, oltre a costituire un riconoscimento tangibile simile ad una sorta di attestato istituzionale, permette all'Aiop di poter raggiungere risultati altrimenti impossibili da realizzare.

Infine, il governo clinico e il contenimento della spesa farmaceutica sono alcuni degli altri temi che prendono corpo all'interno della pubblicazione, rendendo il documento un vero e proprio vademecum generalistico, da cui poter trarre spunto per futuri approfondimenti. ■



Infine, il governo clinico e il contenimento della spesa farmaceutica sono alcuni degli altri temi che prendono corpo all'interno della pubblicazione, rendendo il documento un vero e proprio vademecum generalistico, da cui poter trarre spunto per futuri approfondimenti. ■

APPROFONDIMENTI

Le quattro "R" per il diritto alla salute: Reti, Regole, Risorse e Risultati

In occasione di un'intervista rilasciata al Quotidiano della Calabria lo scorso 9 aprile, Enzo Paolini, Presidente dell'Aiop Calabria ha analizzato lo "stato di salute" della sanità pubblica, concentrando la sua attenzione sulla realtà calabrese. Nonostante dal 2011 molte strutture siano state costrette a riconvertirsi per continuare a stare sul mercato, Paolini propone una ricetta per riqualificare il servizio sanitario regionale. Di seguito pertanto, vi proponiamo uno stralcio delle sue dichiarazioni.

Sembra che la sanità si sia finalmente messa in moto. Come primo atto i commissari hanno presentato il documento sulla rete ospedaliera. Qual è il suo punto di vista?



Il mio punto di vista è quello di un cittadino, o se vogliamo, del Presidente regionale di una associazione di categoria che auspica un miglioramento del servizio sanitario pubblico, nel quale opera-

no, dovendo osservare le medesime regole, sia i gestori pubblici che quelli privati e le regole valide per tutti - sono quelle che garantiscono la qualità e la sicurezza dei cittadini. Altre non ne conosco.

Il suo solito refrain sulla parità tra gestori pubblici e gestori privati. Ma non considera che le strutture pubbliche hanno servizi che il privato non ha. Basti pensare alle riaz-

nimazioni, al pronto soccorso. E questi servizi non sono, come si dice, tariffabili.

Intanto non è vero che il privato non offra, anche ora, questo tipo di servizi. Vi sono strutture private che l'assicurano e che sono inserite nel contesto del cosiddetto servizio 118. La differenza - lo dico senza intento polemico - è che non sono pagate. La domanda però è giusta. Sono poche le strutture private che garantiscono servizi come Utic, rianimazione e pronto soccorso, mentre, secondo me, ogni ambito territoriale dovrebbe avere ad esempio un pronto soccorso di riferimento, in grado di svolgere una funzione hub, cioè di sapere dove e soprattutto come e in quanto tempo destinare il paziente alla struttura più vicina ed idonea. In questo contesto, rinunciare al contributo del privato è una sciocchezza anacronistica e frutto di una subcultura ormai superata. Ma su questo e su tutto il resto stiamo preparando un documento contenente una serie di proposte che abbraccia tutta la gamma dei servizi, dalla riabilitazione, all'acuzie, dalla psichiatria alla ricerca. Lo intitolerò "Le quattro R. Reti, Regole, Risorse, Risultati.

Quindi, ci faccia capire lei propone un privato integrativo o concorrenziale?

Ambedue. A mio avviso un buon governo sanitario deve tendere a coprire l'intero fabbisogno della popolazione mediante l'offerta mista, incentivando l'imprenditore privato ad investire in questi settori ove il pubblico è carente. Una volta assicurata la risposta efficiente, tempestiva e di qualità all'intero fabbisogno non vedo controindicazioni a consentire anche la competitività all'interno di un sistema rigido di regole.

Ma così si corre il rischio di una corsa a chi offre la prestazione al prezzo più basso con possibile scadimento della qualità.

No, nessun rischio se lo Stato svolge bene il suo compito, che è quello di controllare, cioè di un ente che non gestisce, che è terzo rispetto agli ospedali pubblici e privati, e che garantisce il rispetto delle regole che devono valere per tutti, con rigore e intransigenza. Chi non ha i requisiti di qualsiasi tipo, organizzativi, tecnologici, strutturali, o chi non osserva i protocolli fissati perde l'accreditamento. Senza eccezioni.



Ma se i soldi sono sempre di meno come si fa a finanziare un sistema che vuole rilanciarsi?

Intanto, agendo sugli sprechi, che in Calabria sono tanti. E' un compito del governo e sono fiducioso che Oliverio agirà con vigore in questo senso. Il documento di cui ho detto prima contiene una filosofia di fondo. Occorre ribaltare culturalmente il principio secondo il quale il diritto alla salute è condizionato dalle risorse disponibili. Sono le risorse ad essere condizionate dal diritto costi-

tuzionale alla assistenza sanitaria che i cittadini pagano profumatamente attraverso le tasse. Diciamo che lo Stato ha tutti gli strumenti, lotta agli sprechi, potestà tariffaria, controlli, fissazione di budget, per assicurare tutto a tutti nell'ambito delle risorse date. Per rendere possibile ciò, deve svolgere un lavoro complesso e difficile, che si chiama governo. L'unica cosa che non può dire, è che non ci sono i soldi per curare i calabresi. Semplicemente perché non è vero. ■

AIOP GIOVANI

Continue conferme per le Sezioni regionali dell'Aiop Giovani

Considerando che anche l'Aiop Giovani è coinvolta nel processo di rinnovamento delle cariche associative, le Sezioni regionali si sono adoperate in questi mesi per convocare le rispettive Assemblee, in modo da arrivare all'appuntamento nazionale con la nuova Consulta. Si tratta sino ad oggi di riconferme, per figure che al proprio interno hanno trovato nuovamente fiducia per l'opera egre-

giamente svolta e per il valido apporto assicurato nel triennio trascorso. Ne è emerso che Marta Matera è stata nuovamente riconfermata Presidente in Toscana; in Abruzzo, ritroviamo Paolo Baldassarre e Lorenzo Miraglia nel Lazio. L'unica novità, sino ad oggi, è rappresentata dall'elezione di Beniamino Schiavone come nuovo Presidente dell'Aiop Giovani Campania, che andrà a sostituire il Presidente uscente Simone Improta. ■



L'ENERGIA AL VOSTRO SERVIZIO

Grazie all'accordo sottoscritto con **Unogas Energia Spa**, gli associati **Aiop** possono beneficiare di condizioni agevolate per la fornitura di gas istantaneo ed energia elettrica. **Unogas** inoltre offre gratuitamente una consulenza fiscale per l'applicazione corretta delle imposte agevolate su gas naturale, una polizza assicurativa per ogni controllo termico che garantisce un rimborso per ripristinare i dati rubati in caldaia e un referente commerciale dedicato in grado di fornirvi assistenza personalizzata in modo costante e professionale.

Per maggiori informazioni contattate la sede commerciale di Roma: Palazzo Italia Piazzale Marconi, 25 tel: 06-6519209 email: gas.italia@unogasenergia.it

Numero Verde 800-059952 - www.unogas.it

REPORT ATTIVITÀ AIOP
MARZO 2015

Mercoledì 1 aprile ore 12,00
Riunione di redazione AiopMagazine
n.4/2015

Giovedì 2 aprile ore 10,30
Fonter Comitato di valutazione
(Leonardi, Cassoni)

Giovedì 2 aprile ore 15,00
Assemblea elettiva
Aiop Giovani Lazio

Mercoledì 8 aprile ore 10,00
Assemblea elettiva
Aiop Giovani Toscana

Venerdì 10 aprile ore 17,00
Assemblea elettiva
Aiop Giovani Campania

Lunedì 13 aprile, Milano ore 16,00
Gruppo tematico sanità
Confindustria
(Pelissero)

Martedì 14 aprile ore 17,30
Comitato Esecutivo

Martedì 14 aprile ore 17,30
Unogas - Aiop Giovani
(M.Nicchio, B.Schiavone, Rinaldi)

Mercoledì 15 aprile ore 10,00
Consiglio Nazionale

Mercoledì 15 aprile ore 16,00
Assemblea elettiva Aiop Giovani
Trento

Giovedì 16 aprile
Assemblea elettiva
Aiop Giovani Lombardia

Venerdì 17 aprile, Bruxelles ore 10,00
Comitato Direttivo UEHP
(Sciachi)

Venerdì 17 aprile, Perugia ore 15,30
Assemblea elettiva Aiop Umbria

17-18 aprile - Vibo Valentia
Seminario Direttori Confindustria
(Leonardi)

Mercoledì 22 aprile ore 14,30
Comitato Esecutivo

Giovedì 23 aprile, ore 10,30
Fonter Comitato di valutazione
(Leonardi, Cassoni)

Martedì 28 aprile ore 12,00
Riunione di redazione AiopMagazine
n.5/2015

aiopmagazine

IL FOGLIO DEI SOCI AIOP
Anno IV - n. 04 • APRILE/MAGGIO

Direttore Responsabile:
Gabriele Pelissero

Direttore Editoriale:
Filippo Leonardi

Coordinamento di redazione:
Fabiana Rinaldi

Redazione:
Angelo Cassoni, Patrizia Salafia,
Alberta Sciachi, Andrea Albanese

Segreteria operativa:
Sonia Martini, Stefano Turchi

Progetto grafico e impaginazione:
Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma
n. 533 del 23/1/2003

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:** f.rinaldi@aiop.it

Stampa: Grafica Di Marcotullio - Roma

chiuso in redazione il 14 aprile 2015



SCARICA
QUESTO
NUMERO
IN PDF

AIOP LOMBARDIA

Manca la chiarezza nella riforma sanitaria lombarda

Alla proposta di riforma della sanità in Regione Lombardia «mancano tante cose, prima di tutto la chiarezza». Lo ha detto Gabriele Pelissero, Presidente nazionale della Aiop, a margine di un'Audizione in commissione Sanità che si è tenuta a Palazzo Pirelli, dove l'Aiop è stata ascoltata insieme ad Assolombarda e Aris. Interpellato dai giornalisti sull'ultima evoluzione della bozza di riforma che, secondo indiscrezioni, è circolata nella maggioranza durante i giorni scorsi, Pelissero ha definito il testo uno «strumento ancora molto imperfetto». La richiesta di chiarezza riguarda soprattutto le «caratteristiche compositive del modello Lombardia: non c'è un articolo che par-



la degli erogatori di diritto privato». A chi gli ha domandato se fosse dunque da bocciare la proposta della maggioranza, il rappresentante del mondo della sanità privata convenzionata ha risposto che «è un cantiere aperto e noi siamo fiduciosi che venga fuori qualcosa di buono». Anche durante l'Audizione in commissione, il presidente di Aiop ha specificato quali sono i principi dai quali la riforma non dovrebbe prescindere, cioè «libertà di scelta per il cittadino e pluralismo degli erogatori, terzietà dei controlli, trasparenza e separazione netta fra il momento di prescrizione e il momento di erogazione della cura specialistica». ■

→ [Informaiop n.123]

AIOP LIGURIA

Ettore Sansavini riconfermato Presidente

Lo scorso 21 febbraio, in occasione dell'Assemblea regionale annuale, è stato rieletto all'unanimità come Presidente Aiop Liguria per il prossimo triennio, Ettore Sansavini. In quell'occasione, Sansavini ha voluto ricordare quanto è stato fatto, ponendo l'accento sulle azioni intraprese



Ettore Sansavini

per ottenere una maggiore presa di coscienza da parte del Governo regionale in merito ai tagli al Fondo sanitario nazionale, ricordando il maggiore coinvolgimento della categoria rappresentata in Sede regionale nell'attività di lobbying. ■

→ [Informaiop n.119]

AIOP CALABRIA

Una proposta per il rilancio del SSR



Nei giorni scorsi, Enzo Paolini, Presidente Aiop Calabria, ha presentato presso l'ufficio di Unindustria di Catanzaro il "Documento per il rilancio del Servizio Sanitario Regionale", con lo scopo di fornire delle linee guida a cui attenersi per tentare di risolvere il sistema sanitario calabrese.

Vi rimandiamo all'articolo pubblicato su Inform@iop n. 122 per consultare la pubblicazione nella sua versione integrale. ■

→ [Informaiop n.122]

AIOP PIEMONTE

Definiti i tetti di spesa massimi transitori per l'acquisto di prestazioni sanitarie



di Bruna Meloni

Con la delibera n. 43-1272 del 30 marzo 2015, la Regione Piemonte ha autorizzato le strutture sanitarie private ad erogare prestazioni per conto del SSR fino al 30 aprile c.a., per i ricoveri in acuzie e fino al 30 giugno c.a., per le attività ambula-

toriali ed i ricoveri in post acuzie. Tutto ciò, in attesa che si completi l'iter di ridefinizione della rete ospedaliera in atto e che venga approvato il nuovo schema di contratto da sottoscrivere con la propria ASL di competenza. ■

→ [Informaiop n.123]

AIOP TOSCANA

Nasce il polo integrato per la salute della donna



di Vanessa Sbardellati

La Giunta della Regione Toscana con la delibera n.232 del 9 marzo 2015 ha approvato il progetto regionale per la costituzione di un polo integrato per la salute della donna.

Con tale progetto infatti la Regione, in considerazione anche di quanto previsto dalla DGR n.272 del 31/03/2014, con la quale si approvava il riordino della rete chirurgica oncologica toscana per costituire dei centri di senologia, ha stabilito di dare attuazione alla attivazione del polo integrato, con particolare priorità nell'ambito della salute della donna.

AIOP EMILIA ROMAGNA

Bruno Biagi, nuovo Presidente regionale

L'assemblea Aiop dell'Emilia-Romagna nella seduta del 31 marzo scorso ha eletto i propri vertici per il prossimo triennio. Bruno Biagi del Gruppo Villa Maria, già Vice-Presidente regionale, è stato eletto alla Presidenza; mentre Mario Cotti, Presidente regionale uscente e Giuseppe Valastro sono stati nominati nuovi Vice Presidenti. Insieme, guideranno l'Associazione regionale e la rappresenteranno anche in Sede nazionale a Roma, in seno al Consiglio Nazionale, assieme a Gianluca Mantovani, eletto membro effettivo del Consiglio Nazionale per l'Emilia-Romagna. Il Presidente Biagi auspica un mandato di partecipazione e compattezza dell'Associazione che dovrà fornire massimo sostegno agli Ospedali Privati in questa difficile situazione economica. Si ripromette, come primo atto della Presidenza, di incontrare l'Assessore alla Sanità Venturi e di assicurare alla Regione l'impegno Suo e dell'Associazione per avviare una fase innovativa di sinergie e collaborazione.

A livello provinciale sono stati poi designati alla carica di Presidente Provinciale: Giampiero Melani (Piacenza), Cesare Salvi (Parma), Fabrizio Franzini (Reggio-Emilia), Paolo Toselli (Modena), Averardo Orta (Bologna), Gianluca Mantovani (Ferrara), Michela Guerra (Ravenna), Valentina Valentini (Forlì-Cesena) e Enrico Fava (Rimini). ■

→ [Informaiop n.122]

AIOP MOLISE

I privati rappresentano risorse, non costi

Le strutture sanitarie private producono mobilità e riducono i viaggi della speranza



Sulla sanità in Molise "bisogna fare chiarezza". La denuncia è di Raffaele Panichella, Presidente dell'Aiop Molise. "La sanità privata del Molise, contrariamente alle affermazioni provenienti da più parti, rappresenta solo poco più del 15% del finanziamento sanitario (il 13,3 % per l'assistenza ospedaliera ed il 19,6% per l'assistenza specialistica) con un'occupazione di oltre 2.500 dipendenti. Gli ultimi provvedimenti della Regione - prosegue il Presidente nelle sue dichiarazioni fatte all'Ansa - tendono ad infliggere un colpo mortale al comparto, limitando, addirittura, la vera ric-

chezza della nostra Regione: la mobilità attiva per pazienti provenienti da altre Regioni. In tutto il Centro-Nord Italia, le aziende sanitarie non sono sottoposte ad alcun limite, anzi vengono addirittura premiate quando producono un alto tasso di mobilità attiva. Forse, vi è una sottile strategia da parte di poteri centrali di far morire quelle poche strutture sanitarie dell'Italia centrale e meridionale, a vantaggio esclusivo delle Regioni del nord; determinando sempre maggiori disagi sociali legati ai cosiddetti viaggi della speranza". ■

→ [Informaiop n.121]

Ha dato mandato inoltre, alla USL 10 di Firenze di effettuare una prima ricognizione sul territorio di AreaVasta di sua pertinenza, su quali siano le strutture già esistenti ed in possesso dei requisiti richiesti dal presente provvedimento, al fine di poter aderire al progetto in oggetto e di stanziare le risorse necessarie.

È stato in fine demandato alla competente Direzione Generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale il compito di controllare e valutare tale nuovo modello operativo per stabilire se sia opportuna la sua applicazione anche nelle altre aree vaste Toscane. ■

→ [Informaiop n.122]