



CARI LETTORI,
la maggior parte degli articoli di **AiopMagazine** indicano, in chiusura, il numero di **Informaiop**, la newsletter della Sede nazionale Aiop, in cui è possibile trovare la versione integrale dell'articolo con la documentazione di riferimento allegata. Perché tale documentazione possa essere recuperata anche dai lettori di Aiop Magazine, basta digitare in internet **newsletter.aiop.it** (senza www all'inizio). Si aprirà quindi la pagina dell'ultimo numero della newsletter. In alto, la sezione **"Archivio"** contiene tutti i numeri, basta cliccare su quello ricercato e comparirà la newsletter con tutti i suoi articoli.

A PAG. 2

Un'impresa non da poco!

di Alberta Sciachi

Nel complesso iter attuativo della Direttiva 2011/24 concernente l'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera, la Commissione in collaborazione con gli Stati membri ha delineato le condizioni per la costituzione dei punti di contatto nazionali, destinati a mettere a disposizione del

→ PAG. 2

A PAG. 3

Criticità finanziarie del sistema sanitario

Lo studio è stato presentato dal prof. Marcello Degni, autore della ricerca, docente di Contabilità Pubblica all'Università di Pisa. Alla manifestazione ha partecipato anche Nicola Zingaretti, candi-

→ PAG. 3

EDITORIALE

di Gabriele Pelissero

Superare l'anomalia della "Riforma sanitaria Grilli-Balduzzi"

Ricorderemo il governo Monti come un periodo che, per la sanità, l'Italia ha conosciuto una straordinaria, forte centralizzazione statalista e burocratica. In questo intervallo di quasi sedici mesi, il settore ha visto il tentativo di introdurre una riforma sanitaria di impatto simile a quella fatta dal DLgs 229/199 o a quella del DLgs 502/192. Con una grande differenza: mentre le due precedenti riforme erano comunque frutto di un ampio dibattito parlamentare - ma anche culturale, che aveva coinvolto tutti gli attori professionali ed economici del settore - che aveva prodotto due corrispondenti leggi-delega molto puntuali e articolate (L. 23/10/1992, n.421, e L.30/11/1998, n.419), la "riforma Grilli-Balduzzi" è stato il risultato finale di una fase politica ben diversa, nella quale le ragioni di bilancio dello Stato, vere o presunte, hanno avuto precedenza assoluta sulle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale, in cui anche i più semplici diritti e conquiste civili vedono una compressione causata da "motivi di ordine pubblico". Questa analisi può apparire esagerata, ma è facilmente dimostrabile.

I pilastri legislativi su cui si regge questa "riforma" sono due: il decreto sulla spending review (DL 6/7/2012, n.95) e il decreto Balduzzi (DL 13/9/2012, n.158). I due decreti hanno originato, tra l'altro: 1. Il taglio lineare quantitativo di 4,7 miliardi di euro al fondo sanitario (dopo i 7,95 miliardi di euro ereditati dalla manovra Tremonti dell'estate 2011); 2. l'abbattimento del tariffario nazionale delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero



(Dm 18/10/2012, con un risparmio medio atteso di 238 milioni di euro); 3. Il tentativo di revisione dell'offerta ospedaliera in Italia (decreto sugli standard ospedalieri, con un abbattimento atteso di 20.000 posti letto pubblici e privati, al momento bloccato in Conferenza Stato Regioni); nei tre provvedimenti è da sottolineare il parere negativo espresso dai Presidenti regionali.

La dimostrazione della visione burocratica e centralistica che abbiamo vissuto sta nell'iter legislativo che ha portato all'approvazione dei

due decreti di "riforma" e che occorre tenere bene a mente. I decreti cui facciamo riferimento sono due decreti legge, nati dunque "per motivi di necessità e urgenza", cui non ha corrisposto alcun dibattito, né scientifico, degli addetti del settore, né parlamentare, dei rappresentanti della sovranità popolare. Ancora peggio è andata al momento della conversione in legge dei decreti. In entrambi i casi (rispettivamente, L.7/8/2012, n.135, e L. 8/11/2012, n. 189) ciò è avvenuto blindando i provvedimenti con il voto di fiducia (il 7 agosto quello della spending review alla Camera; il 31 ottobre il decreto Balduzzi alla Camera. In entrambi i casi c'era stato il voto di fiducia anche al Senato), che certamente ha salvato la forma procedurale della legge, ma evidenzia un orientamento di fondo indifferente alle ragioni della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

→ [Informaiop n. 22]



NUOVE TARIFFE IN SINTONIA CON LA SPENDING REVIEW SANITARIA...

Nuova mazzata per il Ssn

di Angelo Cassoni



Dopo la mancata condivisione con Società Scientifiche e Associazioni di categoria, l'indifferenza verso le numerose osservazioni delle Regioni e superato l'ultimo scoglio dell'esame della Corte dei Conti, è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale (n.23 del 28/1/2013, suppl. n.8) il DM Salute 18 ottobre 2012. Il testo definitivo intitolato "Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale" aggiorna dopo un colpevole ritardo i precedenti tariffari del 2006 e del 1997, un ritardo che, visti i contenuti peraltro già chiari fin dalle prime bozze circolate la scorsa estate, avremmo volentieri continuato a tollerare. Come abbiamo già avuto modo di sottolineare in altre occasioni, si tratta di una revisione tariffaria tra le più incomprensibili e penalizzanti studiate dal Ministero della salute, ovviamente sotto la spinta del MEF ed in completa sintonia con la logica "lineare", poco universitaria e mol-

to ragionieristica della spending review sanitaria.

Tariffe che mantengono formalmente un aggancio ai costi di produzione, ma solo per quanto riguarda la metodologia di attribuzione e le relazioni di valore tra i vari DRG, e che sono modulate con passaggi successivi sull'entità del valore teorico del DRG base per arrivare facilmente al risultato del taglio programmato. Gran parte delle prestazioni ospedaliere statisticamente più frequenti e non potenzialmente inappropriate (DRG LEA), quelle che sostengono il conto economico delle aziende e determinano la loro sopravvivenza economica, registrano decurtazioni che arrivano in qualche caso fino al 50%, per non parlare dei livelli improponibili e quasi mortificanti di molte prestazioni ambulatoriali.

Un provvedimento ad "invarianza presunta" dei servizi per i cittadini, invarianza che si ricerca in modo subdolo e penalizzante nei confronti del comparto accreditato, tagliando contestualmente budget (vedi la L. 135/12) e tariffe, dato per certo che con il consueto escamotage di deroghe ed aggiramenti delle norme, le strutture pubbliche continueranno ad essere sfiorate dai DRG al massimo per problemi di controllo di gestione e di misurazione di performance dei reparti. Francamente non osiamo immaginare come molte Regioni, anche quelle che non hanno un feeling particolare con il mondo accreditato ma che riconoscono correttamente remunerazioni congrue sulle prestazioni ospedaliere e sulla specialistica, riusciranno a venire a capo del difficile compito di armonizzazione di importi così macroscopicamente distanti senza penalizzare ulteriormente i cittadini sul versante fiscale. Dopo il famigerato regolamento sugli standard ospedalieri momentaneamente in standby, siamo di fronte all'ennesima mazzata sulla tenuta del SSN, sui bisogni dei cittadini che non possono scegliere se ammalarsi o no, e sui

bilanci della parte più efficiente degli operatori della sanità, che non possono scegliere se farsi ripianare le perdite o chiudere l'attività. ■

bilanci della parte più efficiente degli operatori della sanità, che non possono scegliere se farsi ripianare le perdite o chiudere l'attività. ■

bilanci della parte più efficiente degli operatori della sanità, che non possono scegliere se farsi ripianare le perdite o chiudere l'attività. ■

ULTIM'ORA

Costituito il collegio legale per impugnare il tariffario nazionale

A seguito della pubblicazione del Dm 18/10/2012 (tariffario nazionale) sulla Gazzetta Ufficiale del 28 gennaio scorso, il 4 febbraio si è riunito in Aiop un collegio di legali per lo studio e la promozione del ricorso al TAR Lazio contro il suddetto decreto. Il collegio è costituito, oltre dagli avvocati indicati dalla Sede nazionale Aiop (Paolini, Bellini, Ciampoli), da quelli di FederAnisap (Blasi) e di FederLab (Meo).

Le tariffe delle prestazioni per acuti più frequenti nel confronto tra la versione del DM 18 ottobre 2012 e quella precedente del 2006 - (DRG non potenzialmente inappropriati confrontabili nelle versioni HCFA 10.0 del 2006 e CMS 24.0 del 2012, con esclusione delle prestazioni di alta complessità)

DRG	Tariffa ministeriale 2006	Tariffa ministeriale 2012	Differenze % 2006/2012
012	4.033,01	2.850,00	-29,3%
047	1.884,55	1.051,00	-44,2%
087	3.163,30	3.802,00	20,2%
088	2.885,44	1.600,00	-44,5%
125	1.737,36	2.142,00	23,3%
127	3.091,51	3.052,00	-1,3%
139	1.894,36	974,00	-48,6%
143	2.244,52	1.399,00	-37,7%
189	1.844,78	855,00	-53,7%
211	4.264,90	6.099,00	43,0%
219	2.767,69	4.405,00	59,2%
223	2.391,71	3.041,00	27,1%
225	2.275,51	2.759,00	21,2%
227	1.950,14	1.555,00	-20,3%
229	1.530,78	1.266,00	-17,3%
245	2.109,21	1.038,00	-50,8%
311	2.061,18	2.350,00	14,0%
323	2.773,37	1.372,00	-50,5%
339	1.587,07	1.062,00	-33,1%
359	2.549,75	3.027,00	18,7%
371	2.359,69	2.092,00	-11,3%
373	1.489,46	1.272,00	-14,6%
379	2.056,01	1.376,00	-33,1%
381	1.348,99	989,00	-26,7%
410	1.838,07	1.792,00	-2,5%
430	2.934,51	1.942,00	-33,8%
479	3.889,44	4.742,00	21,9%

due decreti di "riforma" e che occorre tenere bene a mente. I decreti cui facciamo riferimento sono due decreti legge, nati dunque "per motivi di necessità e urgenza", cui non ha corrisposto alcun dibattito, né scientifico, degli addetti del settore, né parlamentare, dei rappresentanti della sovranità popolare. Ancora peggio è andata al momento della conversione in legge dei decreti. In entrambi i casi (rispettivamente, L.7/8/2012, n.135, e L. 8/11/2012, n. 189) ciò è avvenuto blindando i provvedimenti con il voto di fiducia (il 7 agosto quello della spending review alla Camera; il 31 ottobre il decreto Balduzzi alla Camera. In entrambi i casi c'era stato il voto di fiducia anche al Senato), che certamente ha salvato la forma procedurale della legge, ma evidenzia un orientamento di fondo indifferente alle ragioni della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Ci auguriamo quindi che il Parlamento e il Governo, che saranno espressione della volontà popolare dopo il 24-25 febbraio, si pongano il problema dell'anomalia della "riforma sanitaria Grilli-Balduzzi" e decidano per il governo politico del sistema. In sanità, come per altri settori importanti del sistema Paese, la parentesi del Governo tecnico non è stata un'esperienza che gli italiani ricorderanno con piacere. ■

ISTITUZIONI / 1

SENTENZA DEL CONSIGLIO DI STATO SULLA RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DI UNA STRUTTURA SANITARIA

Il Consiglio di Stato ha depositato, lo scorso 29 gennaio, la sentenza n. 550 del 29/1/2013, che riveste indubbiamente carattere generale in quanto afferma il principio secondo cui, una struttura sanitaria, che chiede l'autorizzazione all'esercizio della relativa attività in regime privato, non è soggetta alla valutazione di compatibilità con il fabbisogno.

Il testo completo della sentenza si può scaricare da inform@iop.n.22

→ [Informaiop n.22]



RAPPORTI INTERNAZIONALI

I PUNTI DI CONTATTO NAZIONALI PER INFORMARE I PAZIENTI SULL'OFFERTA SANITARIA NELL'UE

Un'impresa non da poco!

di Alberta Sciachi

Nel complesso iter attuativo della Direttiva 2011/24 concernente l'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera, la Commissione in collaborazione con gli Stati membri ha delineato le condizioni per la costituzione dei punti di contatto nazionali (a norma dell'art. 6 della Direttiva stessa), destinati a mettere a disposizione del pubblico le informazioni relative all'offerta sanitaria.

“Per consentire ai pazienti di esercitare i loro diritti in materia di assistenza sanitaria transfrontaliera, i punti di contatto nazionali dello Stato membro di cura forniscono loro le informazioni relative ai prestatori di assistenza sanitaria”, specificando i seguenti punti: legislazione in vigore; standard di qualità e sicurezza; disposizioni su vigilanza e valutazione degli erogatori; meccanismi di tutela e procedure per eventuali denunce e ricorsi; copertura per la responsabilità professionale; tutela della 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 dalla Direttiva; rendere noti i termini e le condizioni dei rimborsi; assicurare l'accesso alla car-



tella clinica. I prestatori di assistenza devono da parte loro fornire indicazioni su: opzioni terapeutiche; disponibilità, qualità e sicurezza dell'assistenza erogata; fatture ed informazioni trasparenti sui prezzi; status di autorizzazione o iscrizione; copertura assicurativa per la responsabilità professionale. In campo europeo, inoltre, i punti di contatto nazionali saranno tenuti a facilitare lo scambio di informazioni, fornendo, su richiesta ai pazienti, le coordinate dei punti di contatto di altri Stati membri e cooperando sia tra di loro, sia con la Commissione. Tutti i dati devono, peraltro, essere facilmente accessibili, se del caso anche per via informatica.

La Direttiva stabilisce, infine, che: “Gli Stati membri garantiscono che i punti di contatto nazionali consultino le organizzazioni dei pazienti, i prestatori di assistenza sanitaria e le assicurazioni sanitarie.” Si tratta di un aspetto importante per il settore privato al fine di garantire la diffusione di un'informazione completa, corretta, obiettiva e simmetrica di tutta l'offerta nazionale disponibile, pubblica e privata accreditata, nell'interesse prioritario dei cittadini europei.

→ [Informaiop n°20]

ISTITUZIONI / 2

VIA LIBERA AL PIANO NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE

Obiettivo: innovare i percorsi di cura, cambiare le modalità d'intervento e aggiornare le linee guida della clinica.

Dopo il via libera dalla Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni il testo ministeriale per il Piano nazionale per la salute mentale passa ora all'attenzione delle commissioni competenti per poi tornare al vaglio dei governi locali prima del definitivo disco verde.

L'obiettivo è innovare i percorsi di cura, cambiare le modalità d'intervento e aggiornare le linee guida della clinica. Accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto, percorsi a differente intensità assistenziale i punti qualificanti del Piano. Previsti anche servizi flessibili e orientati alle necessità delle persone, livelli di assistenza garantiti dalla Asl e dai distretti e non solo dal dipartimento salute mentale e poi servizi dedicati per i disturbi neuropsichici in infanzia e adolescenza e percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o comunitarie.

Tutte le attività previste dal Piano prevedono interventi agli esordi, nella quotidianità (disturbi comuni) e graduati per disturbi gravi, persistenti e complessi.

Il testo completo del Piano è allegato a inform@iop.n.20.

→ [Informaiop n.20]

APPROFONDIMENTI/1

L'intervento di Giovanni Bissoni(*) alla presentazione del Rapporto Aiop 2012



GIOVANNI BISSONI

Il Presidente dell'Agenzia Sanitaria Nazionale segue l'intero Servizio sanitario nazionale e dà la sua lettura del "momento" particolarmente critico per il Servizio sanitario nazionale

SSN come un grande patrimonio di questo paese. Cercherò di dare una mia lettura su quello che è successo e delle possibili azioni per cercare di superare questa situazione difficile. Fino a ieri noi eravamo dentro ad un sistema così fatto: c'è un Fondo sanitario nazionale che, come richiamava il Presidente Pelissero, sia che lo confrontiamo con l'Europa, sia che lo confrontiamo più ampiamente con

tutti i paesi dell'OCSE, si colloca non ai posti alti (abbondantemente al di sotto della metà, siamo ormai al 16°-17° posto sui 22 paesi dell'OCSE). Si era costruita così una linea d'intervento che ricorderete: Fondo sanitario nazionale, regioni che ci stanno dentro e chi non ci sta dentro paga il di più con tasse e ticket aggiuntivi. E questa è un'acquisizione che probabilmente in questa manovra [spending review, n.d.c.] si è un po' persa, molto spesso si usano dati di spesa non del SSN, ma di una parte del paese, e si sottende che in realtà la spesa eccedente non sta dentro il Fondo sanitario nazionale, ma fuori e se la pagano le Regioni che sfiorano. Evidentemente le manovre sono costruite a partire dal Fondo sanitario nazionale; la ricerca delle inefficienze cioè non è fatta a partire dalla spesa del Lazio, ma è fatta a partire dalla regione Veneto, dalla Lombardia, Emilia Romagna, Toscana. Siamo certi che il sistema

complessivamente abbia i margini per quel recupero di efficienza che era stato dato? D'altra parte, se il problema dello Stato è quello di ridurre il suo impegno diretto nella spesa pubblica, è evidente che il suo intervento diventa inevitabilmente un taglio lineare. E' evidente che è stata enfatizzata la ricerca di un efficientamento per dare un contributo più generale alla manovra di spesa pubblica che il paese ha fatto; d'altra parte sulla sanità è un po' più facile per qua-

percepiti dal cittadino e per lo Stato, diventano, evidentemente, manovre più abbordabili che in altri settori. Una volta si diceva: “Se si interviene lo si fa solo sulla farmaceutica e abbiamo chiuso la partita”. Questa volta ce n'è per tutti: un 30% sul personale (blocco dei turn-over, blocco dei contratti); il 30% circa nell'ambito dei beni e servizi; il 30% nell'ambito della farmaceutica e un 10% circa nelle entrate delle compartecipazioni. Io sono fra coloro che difficilmente riten-



lunque governo rispetto ad altre spese; perché se si fa una manovra analoga sul mondo della scuola, la mattina successiva è immediatamente percepita dai dei cittadini. Sulla sanità, i provvedimenti vanno attuati, ci sono di mezzo le Regioni, e non sono in discussione i livelli di assistenza (come si dichiara) ma solo l'efficientamento. I risvolti della manovra poi sono diluiti nel tempo e non immediatamente

gono che queste manovre possono portare a quegli impatti finanziari, se vogliamo mantenere fermo il diritto dei cittadini ad avere riconosciuti i loro livelli essenziali di assistenza. Su beni e servizi, fatta appunto la premessa che richiamava il professor Pelissero, e che cioè i margini sono molto diversi, temo però abbiamo fatto un errore di impostazione generale. Qual è questo errore? Ho sempre

detto e condiviso che quello della sanità non è un mercato, nel senso che quello delle prestazioni sanitarie non può funzionare con regole di mercato classiche. Ritengo però che dentro il SSN ci sia un'area significativa che deve usare le regole del mercato. L'acquisizione dei beni e dei servizi non sanitari deve usare le regole di mercato. Da questo punto di vista c'è un'arretratezza forte del sistema pubblico nell'organizzare la domanda di questi beni e servizi. Penso che piuttosto che andare immediatamente alla ricerca di un prezzo di riferimento, debba essere data un'attenzione molto più forte nel costruire un sistema di mercato vero: il pubblico deve strutturarsi secondo una logica di mercato. Da questo punto di vista i margini sono molto diversi, perché ci sono molte regioni che hanno esattamente strutturato la loro capacità di beni e servizi secondo questa logica di mercato: hanno aggregato la domanda; hanno definito quali sono i capitolati d'appalto. Hanno cominciato ad uscire dalla situazione in cui anche un bene così delicato come una protesi, non può essere né la protesi che costa di meno ma neanche quella che il singolo professionista soggettivamente ritiene che sia la più adatta per il SSN.

L'altro aspetto è quello relativo alla riorganizzazione ospedaliera. Ritengo che 3,7 posti letto per mille abitanti sia una dotazione di posti letto gestibile da questo SSN; ma non facile perché 3,7 posti letto diverrebbe una delle dotazioni più rigorose d'Europa. Se vogliamo che questi 3,7 posti letto non si traducano in un ulteriore allungamento delle liste di attesa - i

→ segue a pag. 4

AIOP LAZIO/ PRESENTATO LO STUDIO SUI PIANI DI RIENTRO

Criticità finanziarie del sistema sanitario



Si è tenuto a Roma, il 31 gennaio scorso, il Convegno di presentazione dello studio "Criticità finanziarie (e non solo) del sistema sanitario", a cura del Centro Studi regionali.

Interessante studio, che esamina gli effetti dei piani di rientro della Regione Lazio 2007-2012, è stato presentato dal prof. Marcello Degni, autore della ricerca, docente di Contabilità Pubblica all'Università di Pisa. Alla manifestazione ha partecipato anche Nicola Zingaretti, candidato alla presidenza della Regione Lazio per il Partito Democratico, presentato dalla Presidente Aiop Lazio, Jessica Faroni. Nel suo intervento, Zingaretti ha evidenziato come non esista un modello laziale di tutela della salute. "E' necessario - ha aggiunto - provare insieme a passare dalla crisi alla ricostruzione, scrivere insieme un Piano Sanitario Regionale di costruzione del modello laziale. Punto di partenza dovrà essere l'esigenza di tutela della salute, diametralmente opposto all'approccio ragionieristico degli ultimi anni e in particolare con la gestione commissariale."

INCONTRO CON FRANCESCO STORACE

Il 6 febbraio, la Presidente Aiop Lazio, Jessica Faroni, ha invitato i soci laziali per un incontro con il candidato alla Presidenza della Regione Lazio, per il Centro-destra, Francesco Storace che nel suo intervento ha parlato a lungo della sua passata gestione regionale, sostenendo che quanto c'è di buono nella sanità laziale è frutto dei suoi provvedimenti. ■



→ [Informaiop n. 22 e 23]

RSA

Firmati due Accordi per la successione dei contratti a termine e l'apprendistato

Il 27 dicembre, a Roma, è stato firmato tra la Sede nazionale Aiop e l'Organizzazione sindacale UGL-Sanità un accordo relativo alla disciplina della durata dell'intervallo tra un contratto a termine e il successivo nell'ambito del CCNL delle RSA Aiop del 22 marzo 2012.

L'accordo fa riferimento a quanto previsto dal DLgs 368/2001, come modificato dalle leggi n.92/2012 e 134/2012, che avevano demandato alla contrattazione collettiva la possibilità di ridurre i periodi di riassunzione dei contratti a termine da 60-90 a 20-30 giorni. Aiop e UGL, preso atto delle problematiche legate alla gestione delle competenze e del loro reperimento, hanno prospettato la riduzione delle finestre previste per l'istituto contemplato nell'art.20 del CCNL RSA Aiop.

In particolare, UGL Sanità ha posto l'esigenza di preservare la professionalità e l'occupabilità dei lavoratori assunti a tempo determinato e l'Accordo del 27 dicembre potrebbe essere un valido strumento finalizzato a questo scopo.

Lo stesso giorno, le parti hanno redatto un Accordo di regolamentazione dell'istituto dell'apprendistato condividendo l'esigenza di avvalersi di uno strumento contrattuale che consenta l'inserimento dei giovani nel mondo del lavoro, contemperando le esigenze specifiche delle RSA Aiop con la possibilità di incentivare l'occupazione. Entrambi gli Accordi sono in vigore dal 1° gennaio 2013. ■

(La notizia è stata comunicata ai Soci con circ. AIOP n.4 del 7/1/2013)

→ [Informaiop n. 19]

EVENTI

FRANCO BONANNO ALLA CONSULTA DEI PRESIDENTI CONFINDUSTRIA

Nel quadro convulso di fine legislatura, il settore dell'ospedalità privata rischia di essere molto danneggiato dai contenuti di un decreto che dovrebbe essere emanato a breve dal Ministero della Salute relativamente alla qualificazione ospedaliera.

Il provvedimento penalizza circa 254 strutture che dovrebbero uscire dal Servizio sanitario nazionale, per un totale di



14.000 posti letto, con conseguenze negative anche dal punto di vista occupazionale. Un'impostazione così rigorista è certamente dovuta ai tecnici più che alla politica che, purtroppo, si muove in base alle indicazioni dei tecnici. Basta leggere, al riguardo, una recente relazione del

Ministero della Salute sulle tariffe delle prestazioni, laddove testualmente afferma che gli effetti finanziari conseguenti all'introduzione di nuovi valori tariffari si possono stimare va-

lorizzando solo i ricoveri ospedalieri per acuti erogati dalle strutture private accreditate con il Ssn. E', infatti, questa la componente di attività la cui remunerazione costituisce un costo a carico dello stesso Ssn mentre, per quanto riguarda le strutture pubbliche, costituisce solo una forma di trasferimento di risorse finanziarie tra enti del Ssn. Che cosa voglia dire questa relazione non si capisce bene, ma la sostanza è la seguente: il costo è solo del privato, che viene pagato esclusivamente a prestazione, mentre il costo dell'ospedale pubblico, pagato a piè di lista, non ha alcuna importanza perché rappresenta un trasferimento di risorse da una cassa all'altra del Ssn. Questi sono principi ed atteggiamenti che dobbiamo assolutamente sconfiggere a livello di funzionari del Ministero della Salute perché altrimenti la sanità privata è destinata a morire. ■

→ [Informaiop n. 20]

VITA ASSOCIATIVA

A Roma la prossima Assemblea nazionale Aiop



Le giornate Assembleari si svolgeranno dal 30 maggio al 1° giugno 2013 a Roma presso lo Sheraton Roma Hotel (EUR - Viale del Pattinaggio, 100).

Il programma di massima sarà il seguente: giovedì 30 maggio, alle ore 14.30 si terrà il Convegno organizzato da Aiop Giovani; venerdì 31 maggio, alle ore 10.00 il Convegno Aiop Nazionale. Sabato 1 giugno, alle ore 9.30 si terrà la XLVIII Assemblea generale annuale che quest'anno oltre ad avere le attribuzioni di routine quali le deliberazioni concernenti sia la relazione annuale che quella relativa ai bilanci consuntivo e preventivo dell'esercizio è

anche chiamata al completamento di alcune cariche sociali: la nomina di due Componenti effettivi e di tre supplenti del Collegio dei Probiviri per la durata di anni uno (anno 2013);

la nomina di un Componente effettivo e di tre supplenti del Collegio dei Revisori dei Conti per la durata di anni due (anni 2013 e 2014); la nomina di un Consigliere Nazionale per la durata di anni due (anni 2013 e 2014).

La cena sociale è prevista per la sera del 31 maggio. Saranno inviate al più presto le comunicazioni di carattere organizzativo, anche sui programmi d'intrattenimento sia per gli accompagnatori, durante i lavori, sia per gli associati, al termine di essi. Sarà infine fatta pervenire in tempo utile una scheda dettagliata sulle modalità di svolgimento e di partecipazione all'appuntamento assembleare.

(La lettera di comunicazione del Presidente Nazionale prof. Gabriele Pellissero è già stata inviata ai Soci con prot.71 del 31/1/2013) ■

[Informaiop n. 22]

APPROFONDIMENTI/2

RINNOVATE LE AUTORIZZAZIONI GENERALI PRIVACY 2013

Il Garante per la privacy, lo scorso 13 dicembre - con comunicazione il 28 dicembre sul proprio sito internet - ha rinnovato, tra le altre, le autorizzazioni al trattamento dei dati sensibili e giudiziari che saranno efficaci dal 1° gennaio sino al 31 dicembre 2013. Tali dati riguardano anche i rapporti di lavoro, la salute e la vita sessuale, i dati genetici, e quelli relativi a ricerca scientifica, e sono in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

In linea generale le autorizzazioni non recano significative modifiche rispetto a quelle scadute il 31/12/2012, di cui era stata data comunicazione con circolare prot. 625/2011, apportando solo le necessarie integrazioni derivanti da modifiche normative intervenute nei settori considerati.

La notizia è stata comunicata ai Soci con circ. AIOP n.3 del 7/1/2013. Su inform@iop n. 19 è disponibile il testo dell'Autorizzazione n. 2/2012 - Autorizzazione al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale - 13 dicembre 2012 (GU n. 3 del 4-1-2013) ■ → [Informaiop n. 19]

NUOVE REGOLE SULLA FATTURAZIONE IN VIGORE DAL 1/1/2013

Il Decreto Legge 11-12-2012, n. 216, "Disposizioni urgenti volte a evitare l'applicazione di sanzioni dell'Unione europea" (GU n. 288), che recepisce le nuove regole sulla fatturazione contenute nella "Direttiva Fatturazione" 2010/45/UE, è confluito, in sede di approvazione, nell'art. 1, commi da 324 a 335, della Legge di stabilità 2013 (i.e. Legge 24-12-2012, n. 228 - GU n. 302 del 29-12-2012). Al riguardo il prof. Chinellato ha redatto un parere riepilogando le principali novità relative alle regole di fatturazione e ai relativi adempimenti operativi a partire dal 1/1/2013. (Il parere in questione è stato trasmesso ai Soci con circ. AIOP n.5 dell'8 gennaio 2013 ed il testo è disponibile anche su inform@iop n. 19) ■ → [Informaiop n. 19]

AGENDA AIOP

GENNAIO 2013

giovedì 24 gennaio
Conferenza Stato-Regioni

lunedì 28 gennaio alle 10.30
Incontro Aiop-Aconet-Dedalus per il nuovo portale AIOP

giovedì 31 gennaio ore 10.30
Gruppo di lavoro Rapporto 2013 (Cassoni)

giovedì 31 gennaio ore 15.30
Convegno AIOP Lazio (Roma, NH Leonardo da Vinci)

FEBBRAIO 2013

lunedì 4 febbraio ore 11.00
Incontro con Anisap e legali sul decreto tariffario nazionale

martedì 5 febbraio ore 9.30
Comitato Esecutivo

mercoledì 6 febbraio ore 16.00
Roma, Convegno AIOP Lazio (incontro con Storace-Destra)

giovedì 7 febbraio
CONFERENZA STATO-REGIONI

giovedì 14 febbraio ore 15.30
Bruxelles, UEHP - Direttivo e incontro del Tesoriere con i Revisori dei conti

venerdì 15 febbraio ore 9.30 - 18.30
Bruxelles UEHP - Assemblea generale

giovedì 21 febbraio ore 10.30
Commissione di valutazione FONTER Settore socio-sanitario (Leonardi, Cassoni)

domenica 24 lunedì 25 febbraio
ELEZIONI POLITICHE 2013

martedì 26 febbraio ore 12.30
Comitato Esecutivo

**AIOP CALABRIA****Ipotesi di remunerazione per PPI**

MASSIMO MIRAGLIA

Con la possibilità di accedere alla rete di emergenza tramite i PPI (punti di primo intervento), le strutture private accreditate calabresi si pongono il problema della remunerazione delle prestazioni. Nei giorni scorsi, il dr. Massimo Miraglia, Presidente AIOPI Calabria, ha inviato una approfondita nota al riguardo. Sulla scorta delle considerazioni svolte sarà importante e necessario continuare a confrontarsi al tavolo aperto presso la struttura commissariale, che sta lavorando attivamente, costantemente e con grande spirito di concretezza e collaborazione.

→ [Informaiop n.23]

AIOP SARDEGNA**Delibera sulla spendig review**

ANDREA PIRASTU

Con la delibera della G.R.N. 49/4 del 17/12/2013 la Regione Sardegna, in riferimento alla legge sulla spendig review (DL n.95/2012), ha deciso di applicare una decurtazione del 1,17% a tutti i singoli contratti stipulati per l'anno 2012, ai sensi dell'art. 8 - quinquies del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto da soggetti privati accreditati di prestazioni sanitarie per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza specialistica ambulatoriale. Sull'argomento, il Presidente Aiop Sardegna, Andrea Pirastu, ha chiesto un parere all'avv. Antonello Angioni.

→ [Informaiop n.22]

AIOP LOMBARDIA**Gestione documentazione sanitaria e socio-sanitaria**

DARIO BERETTA

Con Delibera di G.R.n. 4659 del 9 gennaio 2013 è stato approvato il "Manuale di gestione della documentazione Sanitaria e Socio-Sanitaria", che sarà operativo per le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate operanti nel settore sanitario e socio-sanitario dopo l'approvazione definitiva del titolare e massimario di scarto da parte della Soprintendenza Archivistica per la Lombardia. Tale documento è composto da due sezioni: la documentazione sanitaria e socio sanitaria e la gestione documentale (titolario e massimario di scarto).

→ [Informaiop n.21]

EVENTO/95° SIMPOSIO FONDAZIONE ARTURO PINNA PINTOR**Il diritto alle cure socio-sanitarie per le persone anziane non autosufficienti o con demenza senile**

PLINIO PINNA PINTOR

Nel corso del 95° Simposio dal titolo "Il diritto alle cure socio-sanitarie per le persone anziane non autosufficienti o con demenza senile", tenutosi sotto l'egida della Fondazione A. Pinna Pintor, Fondazione Promozione Sociale, CIPES e Comune di Torino, si è ritenuto utile proporre agli organi legislativi ed amministrativi, regionali e comunali di competenza, il riconoscimento della priorità per garantire l'esigibilità dei diritti sancito dalle norme legislative in vigore. In sintesi l'accordo e l'impegno delle istituzioni da sottoscrivere potrebbe essere su questi punti:

1. Il sostegno dell'anziano non autosufficiente è una priorità etico politica.
2. La distribuzione delle risorse economiche e umane deve considerare a tutti i livelli questa priorità.
3. La sostenibilità dell'onere economico e la relativa ripartizione si deve basare sul principio che è parso condivisibile dagli interventi al simposio che l'anziano non autosufficiente è da considerare un soggetto affetto da malattia psico-fisica "senectus ipsa est morbus".
4. Altri aspetti minori potrebbero facilmente trovare l'accordo fra le varie istituzioni (il sanzionamento).

→ [Informaiop n.22]

EVENTI**A Genova il XIII Congresso Nazionale S.I.C.O.O.P.**

La SICOOP (Società Italiana Chirurghi ortopedici dell'ospedale privata - www.sicoop.it), presieduta dal dottor Augusto Palermo, annuncia il suo XIII Congresso Nazionale dal titolo: "Relive Surgery: approccio multidisciplinare e innovativo alla patologia ortopedica", che si terrà a Genova il 21-22 giugno 2013. → [Informaiop n.23]

AIOP TRENTO**Rinnovo del Consiglio Provinciale dell'AIOP per il triennio 2013-2015**

CARLO STEFANELLI

L'assemblea dell'AIOP della provincia di Trento si è riunita il 9 gennaio 2013 per esaminare la difficile situazione della realtà ospedaliera nazionale e provinciale e per procedere al rinnovo dei vertici dell'associazione. In particolare è stata espressa una valutazione fortemente negativa sui tagli disposti dall'assessorato della Provincia Autonoma di Trento che vanno a colpire soprattutto l'attività svolta dai reparti di medicina interna delle case di cura provinciali, mettendone a repentaglio la stessa sopravvivenza, in una realtà che, rispetto a quella nazionale, vede la presenza del privato accreditato già ridotta percentualmente ai minimi termini. Si temono gravi conseguenze anche sui livelli occupazionali negli ospedali privati in quanto la contrazione delle risorse assegnate per lo svolgimento di attività sanitaria pubblica accreditata abbinata al continuo incremento delle spese gestionali crea una situazione economicamente insostenibile. In questo contesto di difficoltà, l'associazione ha rinnovato gli organi statutari eleggendo il nuovo consiglio provinciale per il triennio 2013-2015 che è risultato composto da Carlo Stefanelli (Presidente confermato), Lorenzo Saiani, Antonella Guarnati e Claudio Toller. → [Informaiop n.20]

**AIOP GIOVANI LAZIO****Il video del convegno "Aiop Evolution 2.0. Il futuro della sanità: il ruolo dei social network."**

Sul sito Aiop Giovani www.aiop-giovani.it/attivita/287 è stato pubblicato il video integrale del Convegno dello scorso 3 dicembre 2012 dal tema: Aiop Evolution 2.0. Il futuro della sanità: il ruolo dei social network. Nel sito, che contiene anche le slides, foto e la rassegna stampa, è possibile vedere direttamente il filmato dei singoli interventi accedendo al relativo link del relatore. → [Informaiop n.19]



GUARDA IL VIDEO SUL TUO SMARTPHONE O TABLET

APPROFONDIMENTI/1**Intervento di Bissoni alla presentazione del Rapporto Aiop 2012**

→ segue da pag. 2

ricoveri programmati, per esempio - o che lascino alcuni pazienti senza la possibilità di un posto letto, noi abbiamo bisogno di sviluppare quei servizi territoriali che oggi, molto spesso, in molte realtà del paese non ci sono. Si ricorre all'ospedale perché spesso sul territorio non c'è la capacità di presa in carico di un paziente cronico e magari quel paziente, magari per una complicità, ha bisogno di un ricovero in ospedale. Possiamo evitare l'ospedale nel momento in cui, evidentemente, c'è un servizio alternativo.

Torna il tema della programmazione sanitaria, per tanto tempo abbiamo pensato che la competizione nel virtuale mercato dei servizi sanitari avrebbe definito automaticamente la

programmazione degli ospedali. Da questo punto di vista io penso che si apra un altro spazio nella programmazione dei servizi a gestione pubblica e privata perché se di reti si tratta, non possono che essere integrate; perché non possiamo pensare di costruire due reti sulla base della ragione sociale di chi le gestisce e quindi abbiamo un terreno molto forte di integrazione nell'ambito della programmazione sanitaria.

Cosa diversa è il tema della partecipazione del cittadino, dove probabilmente abbiamo bisogno di fare un po' di chiarezza. La partecipazione del cittadino è già molto alta: siamo uno dei sistemi universalistici a più alta spesa privata d'Europa. Il primo problema è di dare un po' di ordine a questo meccanismo perché una cosa è parlare di mutualità integrativa, una cosa è parlare di mutualità sostitutiva che sarebbe evidentemente la rottura di quei principi che

questa mattina così bene sono stati evidenziati come bene comune appartenente a tutti i soggetti del SSN. Fra l'altro voglio dire che se c'è un momento in cui qualcuno può pensare che si può costruire la seconda o terza gamba del SSN, quel momento è tutto tranne che un momento di crisi come questa: dove tiriamo l'asticella per decidere chi sta fuori del sistema? Tutto ciò avviene in una situazione in cui il ceto medio ormai è piombato in una forte crisi, una situazione in cui sarebbe drammatico pensare di affrontare in maniera privata il finanziamento di un servizio come il SSN. Allora, una parte delle decisioni spetta al nostro paese, un'altra spetta in sede europea e io sono fra coloro che ritengono che il rigore abbia bisogno di avere una marcia in più di equità e di sviluppo perché altrimenti entriamo in quella spirale negativa da cui non usciamo. A me sembra importante che ci sia

questa disponibilità a partecipare alla fase delicata che abbiamo davanti tenendo fermi alcuni principi e fra questi c'è quello di considerare bene comune il servizio pubblico. Se ciascuno saprà fare la sua parte, sarà giusto chiedere alla politica che si assuma le sue responsabilità: sarebbe davvero difficile arrivare a quell'appuntamento senza avere introdotto davvero le innovazioni che sono possibili e penso che in questa situazione di crisi noi ce la dobbiamo mettere tutta perché quelle innovazioni, quando non mettono in discussione i livelli essenziali di assistenza, ma ricercano maggiore efficienza, siano un atto dovuto di fronte alla crisi che stiamo attraversando. ■

(*) Intervento fatto lo scorso 3 dicembre 2012; il testo è uno stralcio dell'intervento, non rivisto dall'autore.

→ [Informaiop n.18]

aiopmagazineIL FOGLIO DEI SOCI AIOP
Anno II - n. 2 FEBBRAIO 2013**REDAZIONE**

Direttore Responsabile:
Gabriele Pelissero
Coordinamento Editoriale:
Maria Rosaria Lanciano, Alberta Sciachi
Coordinamento operativo:
Maria Rosaria Lanciano
Redazione: Franco Bonanno, Angelo Cassoni, Maria Rosaria Lanciano, Filippo Leonardi, Patrizia Salafia, Alberta Sciachi.
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

SEDI REGIONALI

Abruzzo
via Fonte Coppa, 7
65013 Città Sant'Angelo - (PE)
085/4227271 085/4227543
segreteria@aiop-abruzzo.it

Basilicata
C.C. Luccioni - via Mazzini, 52
85100 POTENZA
0971/411190 0971/410956
clinicaluccioni@tin.it

Calabria
Piazza Matteotti, 2 - 88100 CATANZARO
0961/742992 0961/746925
aiopcalabria@newvideo.net

Campania
Riviera di Chiaia, 105 - 80122 NAPOLI
081/2488303 081/681009
www.aiopcampania.it
info@aiopcampania.it

Emilia Romagna
Via Barberia, 13 - 40123 BOLOGNA
051/227829 051/223897
www.er-aiop.com
aioper@er-aiop.com

Friuli Venezia Giulia
via F. Severo, 19 - 34133 TRIESTE
040/3171219 040/300298
aiop@salustrieste.it

Lazio
Via Lucrezio Caro, 63 - 00193 ROMA
06/3222671 06/3230213
www.aioplazio.it
aioplazio@aioplazio.it

Liguria
Gruppo Villa Maria - corso Garibaldi, 11
48022 LUGO (RA)
0545/909705 0545/909776
es@gruppoillamaria.it

Lombardia
Viale Timavo, 24 - 20124 MILANO
02/6682000 02/6686118
associazione.mi@aioplombardia.it

Marche
Via Maggini, 116 - 60127 ANCONA
071/2814152 071/2839338
info@aiopmarche.it

Molise
Ist. Neuromed - via Atinense, 18
6077 POZZILLI IS
0865/929367 0865/929276
studiolegaledesantis@gmail.com

Piemonte
Via Carlo Alberto, 44 - 10121 TORINO
011/535574 011/539385
aiop@inrete.it

Puglia
Via Capruzzi, 238 - 70124 BARI
080/5424385 080/5561526
aiop_rp@tin.it

Sardegna
Via Caboni, 17 - 09127 CAGLIARI
070/302510 070/304713
aiop_sardegna@libero.it

Sicilia
Via G. La Farina, 3 - 90141 PALERMO
091/6259511 091/345057
www.aiopsicilia.it aiopreg@tin.it

Toscana
Via Lorenzo il Magnifico, 29 - 50129 FIRENZE
055/4633028 055/490821
aiop.toscana@tiscali.it

Prov. Autonoma Trento
CC Villa Bianca - Via Piave, 78 - 38122 TRENTO
0461/916000-3-416 0461/916874
cstefanelli@villabiancatrento.it

Prov. Autonoma Bolzano
c/o Casa di cura Bonvicini Via Pacher, 12
39100 BOLZANO
0471/442700 0471/270191
cdcbonvicini@tin.it

Umbria
CC Porta Sole - piazza Michelotti, 4
06122 PERUGIA PG
075/575999 075/5734147
presidenza@aiopumbria.it

Veneto
Via G. Gozzi, 53/55 - 30171 MESTRE (VE)
041/5321901 041/2597008
www.aiopveneto.it
info@aiopveneto.it

Valle D'Aosta
Ist. Clinico Valdostano - loc. Breyan 1
11010 Saint Pierre (AO)
016592701011 01659270444
presidenza@clincicasanguandenzio.com