



A Roma per la presentazione del 15° Rapporto Ospedali&Salute

L'Aiop, in collaborazione con Ermeneia, presenterà alle Istituzioni, agli operatori e agli studiosi del settore il Rapporto annuale sull'attività svolta dagli ospedali pubblici e privati in Italia. Lo studio si sofferma dettagliatamente sull'entità e la qualificazione dei servizi sanitari, sull'evoluzione del settore, sui costi, sulle difficoltà di accesso e sulla qualità percepita dai cittadini. La presentazione si terrà alle ore 10:00 del 17 gennaio 2018 presso il Senato della Repubblica, nella Sala Capitolare del Chiostro del Convento di Santa Maria sopra Minerva, a Roma in Piazza della Minerva, 38.



SCARICA IL PROGRAMMA DELL'EVENTO

ESAMINATO LO SCHEMA DI DECRETO DALLA COMMISSIONE AIOP

Ricoveri di riabilitazione: criteri di appropriatezza o di inappropriatezza?



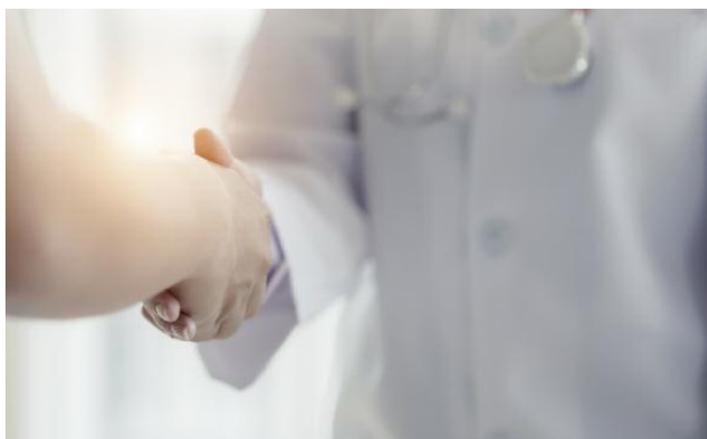
JESSICA VERONICA FARONI
Presidente della Commissione Aiop
Riabilitazione e Lungodegenza

Il 19 novembre scorso la Commissione Aiop ha prodotto una nota che riporta le prime osservazioni in merito allo schema di Decreto prodotto dal Ministero della Salute sulla riabilitazione. È stato innanzitutto evidenziato come non sia possibile basare il giudizio di appropriatezza sulla sola diagnosi: pazienti con stessa prognosi, è noto, possono presentare livelli di disabilità diversi e pertanto, un diverso utilizzo di risorse riabilitative. Così come non può essere utilizzato come parametro assoluto, ai fini della valutazione, la dimissione o meno da un reparto per acuti negli ultimi 30 giorni.

Un errore di valutazione del genere potrebbe portare all'esclusione di pazienti realmente bisognosi di cure riabilitative, come ad esempio i pazienti affetti dal morbo di Parkinson.

Pertanto, il suggerimento dato è che il documento, qualora divenisse decreto, venga considerato solo come un elenco di una serie di indicatori da applicare, i quali però necessitano di una verifica congiunta dei risultati con le équipe multidisciplinari di riabilitazione, accompagnata dall'analisi delle cartelle cliniche dei singoli pazienti.

È stata inoltre evidenziata la grave mancanza di elementi importanti, emersi e avvalorati dagli studi portati avanti da un gruppo di lavoro dell'Emilia-Romagna: la stabilità clinica del paziente, o quanto me-



no un grado di instabilità gestibile da un reparto riabilitativo; la necessità di sorveglianza medico-infermieristica nelle 24 ore; la necessità di trattamento riabilitativo interdisciplinare integrato; la presenza di prognosi riabilitativa favorevole e la presenza di un livello di disabilità che giustifichi una presa in carico in degenza riabilitativa. Abbiamo richiesto di mantenere l'abbattimento della tariffa per le giornate oltre soglia così come determinata nel D.m. del 18 ottobre 2012 (riduzione del 40%) ritenendo la proposta del 60% non corretta e troppo penalizzante. In aggiunta a tutto questo, analizzando l'allegato 3, è stato fatto notare come sia necessario integrare alcuni codici ed è inoltre stato sottolineato come sia indispensabile, ai fini della correlazione clinica, che il reparto per acuti inviante, riporti nella lettera di dimissione i codici diagnosi e procedure, in quanto questi contribuiscono a rendere appropriato il ricovero in riabilitazione.

Tutte le osservazioni presentate al Ministero sono state avvalorate dall'esito delle prime analisi svolte a livello regionale in Campania, e anch'esse successivamente portate all'attenzione del Ministero, in occasione dell'incontro svoltosi il 23 novembre scorso, al quale ha partecipato la Commissione Aiop. Quello che ci preoccupa è che, se questo schema dovesse divenire decreto, il 75% dei ricoveri di riabilitazione, come emerge dal suddetto studio, potrebbe essere ritenuto inappropriato. L'entità è da valutare e quantificare regione per regione, ed è quello che si sta cercando di fare. Infatti, un impatto meno forte potrebbe dipendere dal fatto che in alcune Regioni già sono state applicate politiche restrittive rispetto ai criteri d'accesso dei pazienti in riabilitazione - come ad esempio nel Lazio con il DCA 332/2015 Allegato F. Ciò non elimina la nostra preoccupazione, in quanto gli effetti possono in alcuni casi ridursi, ma non annullarsi. ■

EDITORIALE

DI GABRIELE PELISSERO

La funzione sociale del Rapporto Ospedali&Salute



Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una sempre maggiore attenzione ai dati sanitari ed ai flussi intesi come strumenti utili per garantire un'analisi significativa per una politica sanitaria coerente e utile. Promuovere in questo settore la cultura del dato non è stato facile, e non lo è ancora. Pensiamo alla difficoltà di reperire dati segmentati, come possono essere quelli degli ospedali pubblici a gestione diretta e quindi quelli della spesa ospedaliera. Ancora più scarsi sono i dati effettivi dei bisogni e delle necessità dei pazienti e conseguentemente delle azioni necessarie di ristrutturazione/riorganizzazione dei servizi sanitari. Effetti di questa lacuna sono i principali errori della programmazione sanitaria della P.A. di tipo top-down, come abbiamo più volte segnalato - dalla riforma del 1968 al Dm 70/2015 - che ha colmato la mancanza di dati fruibili con una impostazione ideologicamente influenzata e quindi scarsamente applicabile.

Dare un contributo scientifico alla cultura del dato è stato l'obiettivo del progetto Ospedali&Salute, che Aiop ha promosso nell'estate del 2003, affidandolo alla società di ricerca Ermeneia. Il Rapporto annuale Ospedali&Salute, giunto alla 15ª edizione, si è contraddistinto come uno strumento rivolto alle Istituzioni, agli studiosi del settore, ai media, ma anche ai cittadini, con connotazioni di scientificità e terzietà, per interpretare i fenomeni della sanità attraverso l'analisi dei dati sulla sua consistenza, sulle sue dotazioni tecnologiche, sulle sue performance e sul fronte dell'impegno economico statale destinato a garantire il funzionamento del nostro welfare sanitario. Innanzitutto, quindi, un grande servizio reso alla comunità in termini di conoscenza delle determinanti sociali, economiche e tecniche che modellano e sostengono uno dei migliori si-

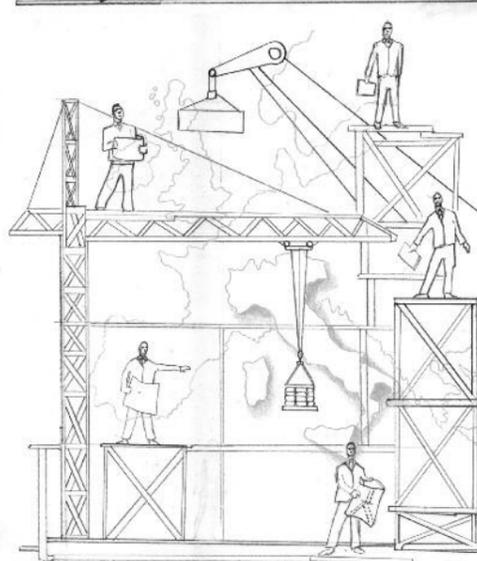
stema di welfare universalistico occidentale; un sistema tanto più performante e sostenibile proprio grazie della presenza qualificata ed efficiente di una importante componente di diritto privato.

Il Rapporto ha cominciato, a partire dal 2009, ad occuparsi anche di inefficienze e sprechi, per individuarne l'origine e proporre soluzioni, al fine di fornire alle limitate risorse assegnate al Ssn un indirizzo di efficientamento reale, teso soprattutto a liberare risorse destinate all'innalzamento della qualità delle cure. Ma il Rapporto si è anche occupato (2015) della dimensione sociale della sanità, poiché è innegabile che all'interno di un sistema che riesce comunque a mantenersi su alti livelli di performance e copertura, l'acuirsi delle difficoltà degli utenti e dei loro familiari è certificato dagli ultimi eclatanti dati sui rinvii e sulle rinunce di quote sempre più importanti di popolazione.

Le due indagini congiunturali presenti all'interno di Ospedali&Salute, quella sulla famiglie e quella sui caregiver, garantiscono un monitoraggio costante di questi fenomeni, oltre ad occuparsi di molti altri aspetti del rapporto tra i cittadini, il servizio sanitario ed il suo apparato di governance.

La diffusione di una cultura del dato - che diventerà sempre più big data analytics - permette, da un lato, di valutare l'assistenza sanitaria prestata (dati gestionali) e, dall'altro, di calcolare le risorse finanziarie utilizzate (dati economici, patrimoniali e finanziari). Dall'analisi dei dati e dal confronto tra le diverse realtà aziendali e regionali, possono emergere eventuali aree di inefficienza e/o di inappropriata, ma anche best practice ed esperienze più performanti da valorizzare nel quadro di revisione dell'attuale organizzazione dell'offerta sanitaria. Anche su questo campo, Aiop conferma la sua volontà di esserci da protagonista. ■

Ospedali&Salute



GABRIELE PELISSERO 2017

RAPPORTI INTERNAZIONALI

Gli ospedali privati d'Europa al Parlamento europeo

Presentata ufficialmente la prima edizione del *Factbook Private Hospitals in Europe: Supporting Sustainable Health Systems*



ILARIA GIANNICO
Segretario Generale Uehp

Lo scorso 7 novembre l'Unione europea dell'ospitalità privata - Uehp - ha presentato ufficialmente la prima edizione del suo Factbook, un compendio dell'ospitalità privata in Europa a supporto di innovazione, qualità e ottimizzazione della performance ospedaliera. L'incontro si è tenuto al Parlamento europeo di Bruxelles, grazie al supporto dell'europarlamentare Françoise Grossetete, Vice Presidente dell'Eurogruppo Epp, da sempre in prima linea sulle questioni legate alla salute dei cittadini europei.

I temi trattati sono stati molteplici, tra cui l'accesso all'assistenza sanitaria, la sostenibilità dei nostri sistemi sanitari, la copertura dei costi da parte dello Stato e delle assicurazioni nei settori pubblico e privato, la più stretta collaborazione con le associazioni dei pazienti, etc. Sebbene i sistemi sanitari europei abbiano caratteristiche comuni, come la copertura universale e l'accesso paritario alle cure, essi sono organizzati e strutturati in modi molto diversi, poiché riflettono la storia, le scelte e le priorità proprie a ciascun Paese.

Purtroppo, finora queste diversità hanno reso difficile mettere a confronto le prestazioni di ciascun Sistema sanitario, evidenziandone punti di forza e debolezza. Solo recentemente tale processo ha iniziato a svilupparsi, sebbene molto lentamente. Tuttavia, è innegabile che i Ssn condividano molti aspetti, primo fra tutti il problema della sostenibilità, data dalla pressione demografica negativa, dalla scarsa crescita economica e dal forte aumento dei costi. Servizi inadeguati, lunghe liste di attesa, anche per malattie gravi e la mancanza di soldi pubblici per investimenti sufficienti in sanità sono solo alcuni dei problemi che l'Uehp ha evidenziato nel suo studio, ritenendo che, per esempio, i partenariati pubblico-privati

in sanità, ed in particolare negli ospedali, costituiscano sicuramente una possibilità per accrescere e migliorare la sostenibilità. I modi in cui tali partenariati pubblico-privati possono svilupparsi sono molteplici ed esistono diverse fonti di capitale privato che possono essere impiegate. Tuttavia, gli ospedali privati sono spesso visti con sospetto, non per la scarsa qualità dei servizi o la bassa produttività, ma per le condizioni di lavoro che offrono e le disparità che

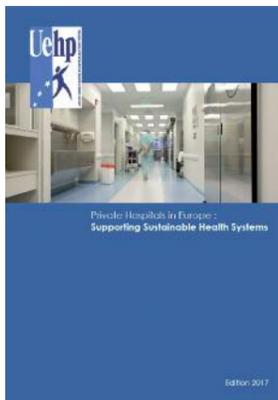


offrono più scelta per i pazienti e tempi di attesa sicuramente più brevi e in molti casi forniscono risultati di qualità uguali o migliori di quelli pubblici a costi più contenuti, ci sono buone ragioni per dare spazio agli ospedali privati in sistemi dove non esistono fino ad ora e per svilupparne di ulteriori nei sistemi in cui già forniscono i loro servizi. Ma per creare una partnership di successo, con tutti i suoi benefici, è anche essenziale che

il sistema tratti gli ospedali privati e gli ospedali pubblici nella stessa identica maniera, su base paritaria, cosa che purtroppo non si verifica nella maggior parte dei Paesi europei analizzati. ■

creano nell'accesso alle cure. Il Factbook dell'Uehp ha dimostrato che gli ospedali privati in Europa non creano disuguaglianze, in quanto il terzo pagante utilizza generalmente lo stesso sistema sanitario pubblico che con-

sente l'accesso agli ospedali pubblici. Pertanto, la disuguaglianza non è creata dalla ownership degli ospedali, ma dal sistema di finanziamento. Poiché gli ospedali privati, che operano a fianco degli ospedali pubblici,



APPROFONDIMENTO GIUSLAVORISTICO

Legittimo il licenziamento per malattia a macchia di leopardo

Tribunale di Roma Sezione Lavoro, Decreto di rigetto del 27 ottobre 2017



AVV. SONIA GALLOZZI
Consulente Giuslavorista Aiop

Il provvedimento in esame affronta il caso di una dipendente, addetta al CUP, licenziata per essersi ripetutamente assentata per malattia "a macchia di leopardo", con una frequenza di una o due volte al mese, spesso di lunedì o anche di venerdì, agganciando le assenze al sabato e alla domenica, avvertendo della sua assenza solo a turno iniziato. L'eccessiva "morbilità", pertanto, ha indotto il datore di lavoro a procedere con la risoluzione del rapporto, poiché impossibilitato a continuare ad utilizzare in maniera proficua l'attività della lavoratrice. Quest'ultima ha impugnato il licenziamento ed il Tribunale di Roma, con il decreto esaminato, ha ritenuto di respingere le domande proposte dalla ricorrente.

Nello specifico, il Tribunale ha espressamente rilevato che "Così ricostruiti i fatti, l'evento malattia, non contestato dalla convenuta, viene qui in rilievo non in sé, ma per le modalità con cui si è manifestato e per gli effetti che esso ha prodotto sull'organizzazione del lavoro, così da far risultare la prestazione lavorativa del tutto antieconomica". Nel caso in esame, dunque, la malattia della ricorrente non è stata considerata di per sé, ma in quanto le assenze in questione, anche se incolpevoli, davano luogo a scarso rendimento, di fatto rendendo



la prestazione non più utile per il datore di lavoro, così incidendo negativamente sulla produzione aziendale. In decreto si legge: "le stesse, infatti, incidevano sulle esigenze di organizzazione e funzionamento dell'azienda, dando luogo a scompensi organizzativi. La convenuta ha, in particolare, dedotto, e sul punto non vi è stata specifica contestazione da parte della lavoratrice, che gli operatori presenti erano tenuti ad accollarsi il lavoro che avrebbe dovuto svolgere la ricorrente (erano previste di media 60 telefonate ad operatore). La convenuta ha poi precisato (ed anche su tale punto non vi è stata contestazione da parte della ricorrente) che tale situazione aveva creato malcontento tra i colleghi che si erano rivolti alla Direzione rappresentando i disagi organizzativi connessi a tale situazione". Lo scarso rendimento, dunque, deve essere ricollegato alla eccessiva morbilità della

lavoratore, valutato il pregiudizio dell'azienda che si è vista privata della prestazione del proprio dipendente quasi sempre di lunedì ed avvertita a turno ormai iniziato, a nulla rilevando la regolarità della certificazione delle assenze, né il superamento di quanto previsto dalla contrattazione collettiva. In ultimo, il Tribunale ha affrontato la questione del repace, statuendo che "a nulla vale il richiamo al c.d. onere di repace, atteso che ben avrebbe potuto il fenomeno assenteistico (con le modalità indicate sopra) presentarsi anche nello svolgimento delle nuove mansioni". Per tutti questi motivi, non essendo la prestazione della lavoratrice proficuamente utilizzabile dal datore di lavoro e, dunque, pregiudizievole per l'organizzazione aziendale, il licenziamento è stato ritenuto pienamente legittimo. ■

La Salute è una bella Impresa

La protezione sanitaria e ospedaliera passa anche da una corretta verifica della sicurezza elettrica e della funzionalità delle apparecchiature elettromedicali.



Verifica sicurezza elettrica



Verifiche funzionali



Verifica periodica bilancieri medici



Isolatura e controllo sistemi di controllo delle temperature



Isolatura e controllo manomani per gas medici



METROLOGIA
MELICCHIO
Laboratorio di Taratura
Strumenti Elettromedicali



Metrologia Melicchio s.r.l.
Laboratorio Metrologico e Verificazione Strumenti
Via L. Moro, 10 - 00144 Roma (RM) - Tel. 06 47811111
www.metrologiamelicchio.com

CONVEGNO AIOP GIOVANI LE SFIDE DI OGGI PER LA SANITÀ DI DOMANI

Dalla prevenzione all'accesso cure, le cinque leve per un Ssn sostenibile



FABIANA RINALDI
Ufficio comunicazione
e relazioni esterne

L'utilizzo di dati e di informazioni, l'innovazione nell'accesso alla sanità, gli investimenti nella prevenzione, la ridefinizione delle modalità di finanziamento e la creazione di una sanità di valore, per cui i costi devono essere sempre in funzione del benessere e certificati dalla mi-



Roma presso la prestigiosa sede della Biblioteca Angelica, Lorenzo Miraglia, Presidente nazionale dell'Aiop Giovani, ha dichiarato come "La costruzione di reti della salute, l'identificazione di strutture modulate sulla complessità delle cure, la diffusione a livello periferico più che la centralizzazione della salute sono argomenti con i quali è ormai inevitabile il confronto". "Proprio attraverso questa ricerca - ha continuato Miraglia - Aiop Giovani vuole affrontare la discussione,



surazione dei risultati di salute raggiunti, sono le cinque leve, secondo l'Aiop Giovani, su cui fare forza per rispondere alla sfida della sostenibilità del Servizio sanitario. In occasione della presentazione della sua seconda pubblicazione *Le sfide di oggi per la sanità di domani: l'evoluzione delle modalità di finanziamento dei sistemi sanitari nazionali*, realizzata quest'anno in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e presentata lo scorso 5 dicembre a

non tanto sotto un profilo demagogico, quanto introducendo uno studio sul punto più nevralgico: l'evoluzione delle modalità di finanziamento dei sistemi sanitari nazionali. In questa direzione speriamo di contribuire proattivamente alla continua innovazione e crescita di uno dei più virtuosi sistemi sanitari nazionali del mondo, quello italiano". La ricerca è partita da un'analisi dello stato dell'arte del Servizio sanitario italiano che, al pari della gran parte

dei Sistemi sanitari internazionali, sta vivendo un periodo di forti pressioni dal punto di vista economico-finanziario: i costi crescono rapidamente e le risorse oggi disponibili non saranno più in grado, nel prossimo futuro, di sostenere la crescente ed esigente domanda di salute dei cittadini. Si è tentato così di studiare in modo analitico le soluzioni implementate nelle differenti realtà, come in Canada, Francia, Germania, Italia, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti d'America, provando a tracciare le linee di una sanità futura. Inoltre, è stata realizzata un'analisi comparativa dei trend sulle principali voci di spesa sanitaria e un'analisi previsionale, fino al 2030, sugli stessi trend di spesa. Sulla base di quanto analizzato, Aiop Giovani ha evidenziato come l'informazione rappresenti un elemento essenziale in sanità e il libero accesso a essa consente scelte più appropriate sia a livello di organizzazione sanitaria sia a livello individuale, aumentando la qualità di vita dei pazienti/cittadini e la produttività dei sistemi sanitari. Questo perché, la condivisione di dati e informazioni ha il potenziale di trasformare la medicina e i sistemi sanitari.

All'evento ha partecipato anche il Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, Walter Ricciardi, che ha dichiarato "Il futuro dipenderà da quanto la politica ascolterà. Quella nazionale ha ascoltato, ha capito che non si può andare sotto un certo livello di finanziamento. Ma se non si modifica l'assetto di governance in alcune realtà, il futuro, continuando a decidere senza misurare, rischia di essere nero". L'auspicio è che la politica tenga conto anche della componente privata del sistema, che ha dimostrato negli anni, anche in quelli più bui dei tagli lineari, continuità di servizio ed efficienza. ■

CONVENZIONI AIOP

Operativa la partnership con Gimbe

L'avvio della collaborazione consente ai responsabili ed ai collaboratori delle strutture associate di accedere all'ampia offerta formativa e consulenziale del piano Gimbe Education. Con la sottoscrizione della convenzione da parte dei rispettivi Presidenti, Gabriele Pelissero e Nino Cartabellotta, è diventata operativa la partnership tra Aiop e Gimbe, la fondazione con sede a Bologna che promuove e realizza attività di formazione e ricerca in ambito sanitario. Le iniziative della fondazione sono rivolte soprattutto al miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità, coinvolgimento degli



utenti ed efficienza, oltre che al trasferimento delle migliori evidenze scientifiche alle decisioni professionali, manageriali e di politica sanitaria. L'avvio della collaborazione consente ai responsabili ed ai collaboratori delle strutture associate di accedere all'ampia offerta formativa e consulenziale del piano Gimbe Education, che propone corsi a catalogo e corsi "in house" con accreditamento Ecm, ma anche attività di coaching e consulenza in tema di programmazione e organizzazione

dei servizi sanitari, clinical governance, valorizzazione del capitale umano e ricerca sanitaria.

I dettagli sulle modalità di accesso, sui contenuti e sulle agevolazioni offerte dal piano, sono consultabili nell'area convenzioni del nostro portale:

www.aiop.it/PergliAssociati/Convenzioni



Trasformare le conoscenze universitarie in opportunità professionali

L'Aiop Giovani ha sottoscritto nel mese scorso una convenzione con l'Università Ca' Foscari di Venezia, permettendo ai giovani associati, ai dipendenti delle strutture sanitarie Aiop e ai loro figli di iscriversi al master universitario di 1° Livello in Diritto dell'Ambiente e del Territorio a.a. 2017/18, giunto alla XX edizione. Sul sito istituzionale sono reperibili tutte le informazioni, agevolazioni, per procedere all'iscrizione on line e per monitorare le relative scadenze.

(www.unive.it/pag/4962 e www.unive.it/pag/4983)

L'Ateneo è disponibile a stipulare apposite convenzioni che prevedano agevolazioni sulla quota di iscrizione o collaborazioni a livello di tirocinio formativo. Il costo del master è deducibile fiscalmente, si consiglia pertanto di verificare fin da subito i benefici fiscali legati alla posizione individuale dell'interessato ed è accreditato, ai fini della formazione obbligatoria permanente degli avvocati, presso l'Ordine degli avvocati di Venezia. ■

REPORT ATTIVITÀ AIOP
DICEMBRE

venerdì 1 dicembre Bologna
ore 10:30
Incontro con Unisalute
(Berti Riboli)

lunedì 4 dicembre
ore 11:00
Incontro con CIMOP

martedì 5 dicembre
ore 11:30
Consulta nazionale Aiop
Giovani

martedì 5 dicembre
ore 14:00
Convegno Aiop Giovani –
Presentazione Libro Ricerca

mercoledì 6 dicembre
ore 10:00
Incontro con Previmedical
(Berti Riboli)

mercoledì 6 dicembre
ore 12:30
Comitato XV Rapporto 2017
(Cassoni)

martedì 12 dicembre
ore 10:30
Convegno "Curiamo la
Corruzione"
(Caiazza)

martedì 12 dicembre Bologna
Presentazione bilancio sociale
Aiop ER
(Cittadini)

mercoledì 13 dicembre
ore 13:00
COMITATO ESECUTIVO

mercoledì 13 dicembre
ore 15:30
CdA Copag

lunedì 18 dicembre
ore 12:00
Riunione Aiopmagazine n. 1
gennaio 2018

lunedì 18 dicembre Aiop
Veneto - Mestre
ore 15:30
Assemblea straordinaria
regionale e Direzioni sanitarie

mercoledì 20 dicembre
ore 9:30
Incontro con Fasi
(Berti Riboli)

AIOP CALABRIA

Proposta sui criteri
per la formazione
dei budget 2018

Nei giorni scorsi l'Aiop Calabria, rappresentata da Enzo Paolini, Presidente regionale, ha inviato al Commissario Scura una nota con allegata la proposta di Aiop sui criteri per la formulazione dei budget per l'anno 2018 approvata dal Direttivo regionale. La proposta in questione è stata realizzata nell'ipotesi di un accantonamento pari al 20% del fondo destinato alle sole strutture che erogano prestazioni per acuti. ■

PRESENTAZIONE BILANCIO SOCIALE AIOP EMILIA-ROMAGNA

1,15 miliardi di euro la ricaduta economica complessiva nel 2016

L'ospitalità privata in Emilia-Romagna ha generato un valore complessivo di 731,6 milioni e un valore aggiunto totale di 469 milioni, distribuito per il 77,6% ai suoi 7.404 occupati. Questi alcuni dei dati emersi durante la presentazione della prima edizione del Bilancio Sociale Aiop Emilia-Romagna tenutasi il 12 dicembre scorso presso il Palazzo Davia Bargellini di Bologna. Nomisma ha curato lo sviluppo metodologico e scientifico di questa prima edizione del Bilancio, presentato con lo scopo di condividere con i cittadini, le Istituzioni regionali, i soci e i

collaboratori, il ruolo che l'ospitalità privata riveste all'interno del territorio regionale sia come fornitore di servizi sanitari di alta qualità, sia come promotore di innovazione e sviluppo. L'analisi aggregata ha coinvolto 44 strutture ospedaliere private Aiop, localizzate in 23 diversi comuni dell'Emilia-Romagna. Le strutture rivestono un ruolo primario nel contribuire all'accessibilità e al corretto funzionamento del Sistema sanitario nazionale, mettendo a disposizione il 25% dei posti letto presenti in regione (5.095 di cui il 94% accreditati con il SSN) e accogliendo il

17,6% dei pazienti dimessi. Il contributo degli ospedali privati è particolarmente rilevante in alcune discipline sanitarie, come nei percorsi di recupero e riabilitativi (67,1% dei pazienti dimessi a livello regionale), cardiocirurgia (55,6%), lungodegenza (41,1%), ortopedia e traumatologia (40,5%). Importante la quota di assorbimento occupazionale diretto con 7.404 addetti tra personale sanitario e non-sanitario, dato in crescita dello 0,7% rispetto al 2015 e del 2,9% rispetto al 2014. A questo va aggiungersi un impatto occupazionale indiretto fatto di lavoratori che, pur non essendo direttamente contrattualizzati dalle strutture sanitarie, prestano il loro servizio in maniera continuativa presso le sedi degli ospedali per mansioni legate a lavanderia, cucina, pulizia, manutenzione, sorveglianza, etc.. Questo aggregato è pari a 658 unità nel 2016 per un effetto moltiplicativo sull'occupazione diretta del 9% circa.

La ricaduta economica delle strutture sanitarie Aiop dell'Emilia-Romagna, cioè l'impatto sui diversi settori dell'economia, è di 1.149 milioni di euro nel 2016: in altre parole, ogni 1.000 euro di risorse stanziato per la sanità si traducono in 1.570 euro nel sistema economico. "Aiop è soddisfatta dei metodi che stanno alla base dell'analisi contenuta nel lavoro di Nomisma che nel suo complesso, ci pare rispecchi l'attività svolta dagli ospedali privati nella Regione. Siamo convinti infatti, che sia importante dare conto del nostro contributo alla società ed al territorio e che, in questo senso, il lavoro svolto rappresenti in modo compiuto ed oggettivo il nostro apporto al Servizio sanitario regionale e, quindi, la misura dell'apporto che siamo in grado di restituire nell'indotto dei vari territori" ha sottolineato Bruno Biagi, Presidente Aiop Emilia-Romagna. ■

AIOP LOMBARDIA

Perplessità sulla riforma lombarda

In occasione del convegno nazionale organizzato da Motore sanità "Modello lombardo. La presa in carico del paziente" e tenutosi nei giorni scorsi a Milano, in cui si è ragionato sulla nuova sfida lanciata dalla Regione Lombardia, che lavora ad una riforma che rilanci, dal punto di vista organizzativo, le risorse investite nella gestione socio-sanitaria, è intervenuto anche Dario Beretta, Presidente Aiop Lombardia. Quest'ultimo ha rilevato come: "Gli erogatori privati hanno delle riserve su questa riforma, anche se aderiscono alle linee regionali per la presa in carico dei pazienti cronici. In Lombardia ci sono ad oggi 294 gestori idonei di cui 40 strutture pubbliche, 210 erogatori privati. Il pubblico rappresenta due terzi di assistenza in regione. Sono 240 mila i pazienti che potrebbero essere seguiti dalle strutture private. I gestori tuttavia, in base alla riforma, devono dotarsi di una struttura con servizi che hanno un costo più alto rispetto alla quota fissa data dalla Regione. Il



ruolo del medico di medicina generale è fondamentale per la buona riuscita della riforma. Per i pazienti pluripatologici chi si prende la responsabilità di individuare e gestire i Pai? Chi fa la verifica dei costi della presa in carico? Chi verifica l'efficacia degli enti gestori? La riforma nel tempo potrà risparmiare sui costi, ma per attivarla servono risorse per l'attivazione di piattaforme informatiche, per formazione case manager ad esempio. I tavoli di lavoro sono aperti, occorre uniformità di attivazione dei servizi". ■

ruolo del medico di medicina generale è fondamentale per la buona riuscita della riforma. Per i pazienti pluripatologici chi si prende la responsabilità di individuare e gestire i Pai? Chi fa la verifica dei costi della presa in carico? Chi verifica l'efficacia degli enti gestori? La riforma nel tempo potrà risparmiare sui costi, ma per attivarla servono risorse per l'attivazione di piattaforme informatiche, per formazione case manager ad esempio. I tavoli di lavoro sono aperti, occorre uniformità di attivazione dei servizi". ■

AIOP UMBRIA

Laboratorio di benchmarking tra sistemi sanitari regionali

Alla sessione relativa ai possibili modelli di integrazione tra pubblico e privato nella gestione delle strutture sanitarie è intervenuta Giulia De Leo, Presidente Aiop Umbria

ANNAGIULIA CAIAZZA
Ufficio giuridico-sanitario Aiop

Il 9, 10 ed 11 novembre si è tenuta a Perugia, presso la Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica, la VII edizione del Laboratorio di benchmarking tra sistemi sanitari regionali, quest'anno dedicato al tema dei nuovi strumenti e prospettive di sviluppo per il governo della spesa sanitaria. I lavori, la cui responsabilità scientifica è stata affidata a Niccolò Persiani, professore di Economia sanitaria presso l'Università di Firenze, si sono articolati in cinque sessioni relative a diversi argomenti: scenario e dati della spesa sanitaria; spesa in conto capitale e finanziamenti degli investimenti; integrazione ospedale/territorio e cronicità; la spesa ospedaliera e l'integrazione pubblico/privato; certificabilità dei bilanci e nuove prospettive del controllo della spesa sanitaria.

Alla sessione relativa ai possibili modelli di integrazione tra pubblico e privato nella gestione delle strutture sanitarie è intervenuta Giulia De Leo, Presidente Aiop Umbria e membro del Comitato

esecutivo nazionale Aiop, che ha chiarito sia il ruolo – in termini quantitativi e qualitativi – dell'ospitalità privata nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, ma anche i limiti che i privati incontrano a causa delle restrizioni imposte dal d.l. Monti (95/2012), dal d.m. Balduzzi (70/2015) e dalla legge di Stabilità del 2016 (art. 1, comma 574). La Presidente De Leo ha quindi ribadito le posizioni di Aiop, sottolineando che questi vincoli si traducono nell'impossibilità per i privati di contribuire maggiormente all'attuazione dei Lea, ma soprattutto nella negazione di risposte più adeguate ai bisogni di salute dei cittadini. Dopo l'illustrazione da parte di alcuni dirigenti regionali, dei modelli di integrazione messi in atto in alcune Regioni, Giulia De Leo si è in particolare soffermata sulla necessità di portare avanti un processo di riorganizzazione e di innovazione nei



GIULIA DE LEO

modelli di gestione e di offerta in sanità. "La programmazione in sanità non può seguire esclusivamente criteri contabili o ideologici, ma deve avere come punto di riferimento primario le necessità concrete dei cittadini. Preso atto dei vincoli di budget esistenti soprattutto nelle Regioni in Piano di rientro, è possibile sperimentare nuovi tipi di contrattazione tra pubblico e privato, che permettano alle Regioni

di avvalersi delle prestazioni offerte dall'ospitalità privata, così da poter erogare i servizi sanitari necessari ai cittadini. A tal fine, la nostra Associazione è pronta a dialogare con le Istituzioni ed offrire concrete proposte operative che, partendo dall'analisi dei bisogni e della necessità, ma anche dei dati e dei flussi economici, permettano di trovare soluzioni efficienti per il nostro Servizio sanitario nazionale". ■