



EDITORIALE

DI BARBARA CITTADINI

Il Sistema sanitario nazionale compie 40 anni



È un compleanno importante, che ci deve rendere orgogliosi e che, nel celebrarlo, dovrebbe, altresì, renderci ancora più responsabili rispetto a quanto occorre fare per preservarlo, custodirlo ed efficientarlo.

Il 23 dicembre 1978 nasceva il SSN. Si tratta di una data importante, una scelta di civiltà, che ha caratterizzato il nostro Paese, perché ha reso concreto e reale il principio universalistico e solidaristico dell'assistenza sanitaria: non solo un fattore di progresso e cultura illuminata ma, anche, qualcosa che, ancora oggi, non tutti gli Stati hanno e che, quindi, distingue in positivo l'Italia.

Mi piace ricordare quanto disse il ministro, Tina Anselmi, che promosse e rese legge il SSN: "Esisteva - spiegò Anselmi parlando della vicenda della legge istitutiva - un'adesione di fondo a quel principio sul quale è stata costruita la Riforma del Sistema sanitario italiano: l'adesione ai valori su cui costruire la tutela e il diritto del cittadino ad avere una garanzia da parte dello Stato per quanto riguarda la sua integrità. Per costruire un sistema che assumesse, come suo valore fondante, la tutela della persona".

Si tratta di parole che indicano, chiaramente, il valore del SSN e il motivo per il quale sentiamo il dovere di coltivare un bene prezioso che c'è stato dato in custodia, avendo consapevolezza delle difficoltà e delle criticità che, oggi, sono evidenti e che rendono necessaria una manutenzione, che può e non deve lasciare indifferenti tutti gli stakeholders di sistema.

Occorre, quindi, senza indugi, pensare a una sua revisione o, ove non fosse possibile, a una sua riforma.

Guardiamo prima alla realtà e poi alle soluzioni.

È possibile sintetizzare le criticità che l'attuale SSN registra in, almeno, quattro punti:

- un defianziamento che, in questi ultimi anni, è stato costante e ingravescente e che non consente più di garantire un'offerta sanitaria coerente con i bisogni della popolazione;
- la difficoltà di gestione del Sistema, che si sostanzia in fenomeni come le liste d'attesa;
- inaccettabili disparità di accesso al sistema e di offerta in base alle regioni di appartenenza;
- rischio, altrettanto reale, di veder profilarsi disuguaglianze sociali gravi e inaccettabili.

È sufficiente qualche numero statistico per comprendere meglio.

Stando ai dati ISTAT, la rinuncia a visite o accertamenti specialistici per problemi di liste di attesa, riguarda circa 2 milioni di persone, mentre sono oltre 4 milioni le persone che vi rinunciano per motivi economici.

È evidente che non è questo il SSN che era stato immaginato dal legislatore, che il Paese vorrebbe e del quale i cittadini hanno bisogno. Anche perché, nonostante i "sintomi" di un SSN che non riesce a dare una risposta compiuta ai cittadini, esistono, anche, fulgidi esempi che indicano alcuni livelli d'eccellenza dello stesso in molti ambiti.

Al riguardo non si può non rilevare l'esiguità dei fondi destinati al SSN rispetto al Pil, così come non si possono non registrare scelte di politica sanitaria, che non consentono innovazione e sviluppo del settore, che sono presupposti indispensabili, perché il nostro sistema mantenga quei livelli di qualità, che l'hanno sempre caratterizzato.

Tutto questo delinea un orizzonte preoccupante. Riteniamo, invece, che il nostro SSN debba essere non solo valorizzato, ma potenziato.

Si tratta di una necessità ormai ineludibile, ineluttabile e imprescindibile.

Il Governo deve assumere piena consapevolezza dell'importanza cruciale, per l'assetto sociale del Paese, di un SSN che sia all'altezza delle aspettative di un'Italia moderna e civile.

A tal fine servono, innanzitutto, maggiori risorse per invertire la tendenza al

defianziamento ma, anche, la consapevolezza che occorre tenere, al contempo, nella dovuta considerazione, le fragilità territoriali e socioeconomiche così come la virtuosità delle realtà che utilizzano le risorse con maggiore efficacia.

A questo proposito, deve essere affrontato il problema irrisolto delle differenze territoriali, che sono state aggravate dai Piani di rientro che avrebbero dovuto essere Piani di contenimento della spesa e riqualificazione dell'offerta e che invece, sono stati, esclusivamente, Piani di contenimento della spesa fine a se stessa. Sono state maggiormente impoverite, dal punto di vista dell'offerta sanitaria, quelle Regioni che, in ragione di misure straordinarie che hanno finito per diventare strutturali,

➔ CONTINUA A PAG. 2

Presentazione rapporto Ospedali&Salute 2018

Mercoledì 16 gennaio 2019 verrà presentata la sedicesima edizione di Ospedali&Salute, il Rapporto annuale che AIOP affida per la sua realizzazione alla società di ricerca Ermeneia e che si contraddistingue 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.



L'evento si svolgerà presso il Senato della Repubblica - Chiostro del Convento di Santa Maria Sopra Minerva - Sala Capitolare - Piazza della Minerva 38, Roma.

RIABILITAZIONE - LA NUOVA NORMATIVA

L'appropriatezza in ambito riabilitativo



DARIO BERETTA
SERGIO CRISPINO
Coordinatori della Commissione nazionale
Aiop Riabilitazione/Lungodegenza



Nel novembre del 2017, il Ministero della Salute ha posto all'attenzione delle Società scientifiche e delle Associazioni del settore lo schema di decreto elaborato ai sensi con l'articolo 9-quater comma 8 del decreto legge 19 giugno 2015, convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015, n. 125, recante disposizioni urgenti in materia di enti territoriali, per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio, per la razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale, nonché le norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali. Norme e disposizioni finalizzate anche ad individuare i criteri di appropriatezza dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera.

Nei giorni immediatamente successivi a quell'incontro, Aiop ha predisposto per lo stesso Ministero due diversi contributi: uno contenente le prime osservazioni sulla bozza di decreto ed un secondo con ulteriori riflessioni basate anche sui risultati di una rilevazione dei dati relativi a 2.750 schede di dimissione ospedaliera dell'attività 2016.

Dopo circa un anno, durante il quale i soggetti chiamati in causa in quel primo contatto non hanno ricevuto alcun riscontro sull'evoluzione del testo in esame, viene comunicata dalla Direzione della Programmazione sanitaria l'intenzione di incontrare nuovamente Società ed Associazioni al fine di esaminare una bozza aggiornata del decreto denominato "Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera", unitamente ad un secondo documento in corso di definizione intitolato "Individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione ospedaliera".

Pur prendendo atto che il nuovo testo del decreto ha in parte recepito alcune delle osservazioni e delle proposte presentate dalle Associazioni sulle tematiche emerse durante il primo confronto, la versione attuale del documento risulta influenzata da una attività di integrazione esterna che ne ha modificato significativamente alcuni contenuti. Rispetto al testo dello scorso anno, infatti, si entra ora decisamente nel merito dei diversi livelli di complessità del regime di ricovero riabilitativo, con una riclassificazione delle varie tipologie che incide conseguentemente anche sulla valorizzazione delle prestazioni. C'è da osservare, inoltre, che per il lavoro di sostanziale in-



tegrazione del testo del decreto e per la sua armonizzazione con il correlato provvedimento sui percorsi appropriati nella rete di riabilitazione, gli uffici ministeriali si sono affidati al supporto di un gruppo di esperti appartenenti - tranne che in un caso - all'area pubblica, non tenendo nella dovuta considerazione la preponderanza, stimata intorno al 75%, del ruolo del settore accreditato rispetto alla produzione complessiva delle prestazioni di ambito riabilitativo. In occasione dell'incontro tenutosi poi lo scorso 21 novembre tra Mini-

stero e rappresentanti delle Società e delle Associazioni, abbiamo evidenziato quelle che secondo Aiop sono le più importanti criticità riscontrate: la definizione dell'appropriatezza valutata solo sulla base della SDO dell'evento acuto e non sulla documentazione della cartella clinica, da cui deriva la necessità di introdurre una specifica SDO riabilitativa; l'impossibilità di rappresentare l'appropriatezza anche tenendo conto delle patologie concomitanti, con il riferimento a qualsiasi MDC indipendentemente da quella di ap-

HEALTH AT GLANCE 2018

La sanità in Europa analizzata dall'Ue e dall'Ocse

L'Unione europea, in collaborazione con l'Ocse, ha pubblicato l'edizione di Health at Glance 2018, in cui viene esaminata la situazione della sanità in Europa al fine di sostenere gli Stati membri nel migliorare la tutela della salute e le performance dei sistemi sanitari. La ricerca, molto ampia e dettagliata, analizza alcuni trend, considerati di primaria importanza nel contesto di...

➔ CONTINUA A PAG. 2

STUDY TOUR AIOP GIOVANI - ISRAELE 2018

L'eccellenza del Tel Aviv Sourasky Medical Center

Israele ha una spesa sanitaria pari al 7.3% del PIL (ben al di sotto dell'8,9% dell'Italia), una spesa sanitaria pro capite di \$PPP 2'834 (in Italia \$PPP 3'542) e un rapporto di 2.2 posti letto per acuti ogni mille abitanti (in Italia 3 per mille abitanti). Ciononostante, l'aspettativa di vita è però in linea con il nostro Paese, attestandosi a circa 80 anni per gli uomini e 84 anni per le donne.

➔ CONTINUA A PAG. 3

SANITÀ INTEGRATIVA

Resoconto sull'attività della Commissione

Negli ultimi anni Aiop ha aumentato l'attenzione dedicata alle attività di sanità integrativa che vedono come protagonisti molti dei nostri associati. La Presidente Barbara Cittadini, che ha voluto confermare l'assetto della nostra Commissione, ha promosso personalmente la nascita di un evento - "Gli Stati generali della sanità integrativa" (in via di organizzazione per il prossimo febbraio 2019)

➔ CONTINUA A PAG. 4

HEALTH AT GLANCE 2018

La sanità in Europa analizzata dall'Ue e dall'Ocse



ALBERTA SCIACHI
Ufficio Rapporti Internazionali Aiop

L'Unione europea, in collaborazione con l'Ocse, ha pubblicato l'edizione di Health at Glance 2018, in cui viene esaminata la situazione della sanità in Europa al fine di sostenere gli Stati membri nel migliorare la tutela della salute e le performance dei sistemi sanitari. La ricerca, molto ampia e dettagliata, analizza alcuni trend, considerati di primaria importanza nel contesto di una condizione generale in cui l'aumento dell'aspettativa di vita è rallentato considerevolmente in molti Paesi. Anche in ambiti in cui si registrano miglioramenti delle terapie, come gli infarti e vari tipi di cancro, persistono però differenze significative nelle percentuali di sopravvivenza non solo tra vari Paesi, ma anche tra diversi ospedali all'interno di una stessa nazione. È sempre più necessario, dunque, sviluppare un'assistenza sanitaria e una prevenzione che riducano le morti evitabili grazie ad interventi più efficaci. Per superare gli aspetti maggiormente problematici, garantendo un'efficace tutela della salute della popolazione, i sistemi sanitari non solo devono diventare più efficienti, ma anche mettere al centro i pa-



zienti e i cittadini. In tale prospettiva, l'Unione e l'OCSE hanno attivato una collaborazione con i singoli Stati finalizzata a superare i gap riguardanti i dati relativi all'esperienza dei pazienti e agli outcome. A tale riguardo, gli aspetti più problematici emersi in questi ultimi anni riguardano l'accesso ai servizi sanitari e i bisogni sanitari disattesi in conseguenza delle liste di attesa, che colpiscono le classi economicamente più svantaggiate. La ricerca analizza, in particolare, i tempi lunghi che si registrano per l'accesso alla chirurgia elettiva, peggiorati negli ultimi anni in seguito alla rapida crescita della domanda. Si tratta di fenomeni

politamente rilevanti, perché nell'Unione europea i cittadini, nel rispetto dei loro diritti sanciti dal Pilastro Sociale Europeo, devono poter accedere ai servizi sanitari dove e quando ne hanno necessità.

I sistemi sanitari, a loro volta, devono pertanto, diventare più flessibili per adattarsi alla rapida evoluzione dei bisogni, riducendo gli sprechi a vantaggio della sostenibilità. Attualmente, infatti, risulta che fino ad un quinto della spesa potrebbe essere riallocato per un uso migliore. La trasformazione digitale della sanità, inoltre, è una componente chiave del Mercato unico digitale, che offre grandi po-

tenzialità nel migliorare la gestione dei sistemi.

Questa edizione di Health at Glance contiene poi una sezione dedicata alla salute mentale, considerata una priorità, dato che il costo tota-

le di questo settore, tenendo conto anche dall'occupazione e dalla produttività ridotte di chi è affetto da tali problemi, è stimato circa al 4% del PIL, equivalente a 600 miliardi di euro l'anno. ■



➔ SEGUE DALLA PRIMA

Il Sistema sanitario nazionale compie 40 anni

hanno proceduto ad una forte deospedalizzazione, senza tener conto degli effetti che questa scelta avrebbe determinato, e puntato sulla medicina del territorio che non è mai "decolata". Tutto questo ha lasciato i pazienti senza risposta dalle strutture ospedaliere che sono state, drasticamente, ridimensionate. Per altro, nelle Regioni dove, invece, l'assistenza territoriale funziona si è compreso che questa svolge una nobile funzione che, però, non è assimilabile a quella degli ospedali: le due realtà non sono fungibili.

Le Regioni in Piano di rientro e/o commissariate hanno, inoltre, assistito ad un incremento della mobilità sanitaria passiva non solo perché la loro offerta sconta delle differenze qualitative con quelle delle, cosiddette, Regioni non in Piano di rientro, ma perché gli ospedali, per rispondere alle esigenze di razionalizzazione della spesa, sono stati ridimensionati e i cittadini per trovare una risposta ai loro bisogni assistenziali, se possono, si recano in altre Regioni, o fanno fronte alle loro esigenze con risorse proprie o rinunciano alle cure, con costi sociali che nel medio lungo periodo peseranno sul Paese.

Per quanto attiene l'offerta della componente di diritto privato del SSN, si rileva che questa è "congelata", in termini economici, al 2011 meno il 2% in tutte le Regioni da una norma, a nostro avviso incostituzionale, ed in alcune re-

altà, addirittura al 2007. Scelta che ha depotenziato una componente di Sistema e, incontrovertibilmente, aumentato il gap tra i bisogni sanitari della popolazione e la capacità dello Stato di darvi risposta.

In questo quadro, ritengo che, oltre all'entità delle risorse necessarie, occorrerebbe avere riguardo ad una visione riformatrice, condivisa da tutte le componenti del SSN.

Bisogna avere la piena consapevolezza che un ulteriore, eventuale, defianziamento della sanità pubblica in Italia comporterebbe l'aumento delle disparità territoriali, un'ulteriore riduzione delle condizioni di equità e un venir meno dell'universalità del Servizio sanitario.

Questo è, in effetti, quanto sta già accadendo: con una spesa sanitaria alla soglia del 6,6% sul Pil, è a rischio la capacità del SSN di garantire prestazioni adeguate, coerenti con il progresso scientifico e con le esigenze della popolazione.

Il SSN deve avere riguardo non solo al mantenimento dell'universalità ma, anche, imprescindibilmente alla ricerca e all'innovazione, che nel nostro settore sono presupposti indispensabili per garantire prestazioni di reale qualità agli italiani.

Il SSN ha oggi due esigenze: quella che vengano aumentate le risorse per mantenere il suo carattere universalistico e quella di definire le sue priorità sani-

tarie, quali le liste d'attesa, l'aumento delle cronicità dovute all'invecchiamento della popolazione e la necessità di investire in innovazione e ricerca. Perché questi obiettivi possano realizzarsi, è necessario mantenere la natura mista pubblico-privata del SSN, eliminando i vincoli normativi, che impediscono alle Regioni di avere piena facoltà di programmazione della spesa sanitaria, con la facoltà di ricorrere a tutti gli erogatori accreditati con il SSN, a parità di remunerazione delle prestazioni fornite.

È improcrastinabile l'esigenza di aumentare l'offerta di servizi erogati per ovviare al problema delle liste di attesa, consentendo ai cittadini di operare la

libertà di scelta del luogo di cura e implementare l'erogazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza.

Il governo deve assumere consapevolezza che va rimosso il tetto imposto dal DL 95 del 2012, anche per consentire il rinnovo dei contratti nazionali per quei lavoratori che lavorano nella componente di diritto privato del SSN. A mio avviso, andrebbe recuperato il principio ispiratore della norma.

Chi ha la responsabilità delle scelte e, quindi, quella di mantenere il nostro sistema universalistico e con un'offerta mista, dovrebbe tornare ad immettere risorse nel sistema, verificandone l'appropriato utilizzo.

La componente di diritto privato e quella di diritto pubblico dovrebbero lavorare insieme sinergicamente, nell'interesse comune di garantire una risposta

compiuta, in termini quali-quantitativi ai cittadini.

La componente di diritto privato, maggiormente elastica nei suoi processi organizzativi e decisionali, dovrebbe essere posta nella condizione di essere pro-attiva nell'individuazione di soluzioni, che consentano di assorbire fasi critiche di erogazione delle prestazioni. Tutto questo dovrebbe essere perseguito tenendo conto che i cittadini scelgono, dimostrando di apprezzare un sistema ospedaliero misto, basando la propria libera scelta non sulla natura giuridica della struttura di cura, ma sul livello di efficienza e di efficacia delle prestazioni sanitarie che questa garantisce.

Potremmo dire che i numeri, che per loro natura, hanno una forza tale che non necessitano, ulteriori, argomentazioni, dimostrano che le nostre strutture garantiscono prestazioni di elevato standard clinico, si avvalgono di alte professionalità e impegnano meno del 7% delle risorse che il SSN assegna all'attività ospedaliera, con indicatori di performance sovrapponibili a quelli delle strutture pubbliche. Cito un dato solo: le nostre strutture garantiscono il 24% dei ricoveri ordinari per acuti e il 75% dei ricoveri per riabilitazione. Ma, anche tenendo conto di tutto questo, senza l'adozione di politiche sanitarie adeguate la rete Aiop da sola, non sarà in grado di garantire l'universalità delle prestazioni.

Dopo 40 anni il SSN deve essere rinnovato, non annientato. Aiop, come sempre, è pronta a fare la sua parte. ■



BARBARA CITTADINI ALL'EVENTO ORGANIZZATO DAL MINISTERO DELLA SALUTE PER I 40 ANNI DEL SSN, CON PADRE VIRGINIO BEBBER E NINO CARTABELLOTTA

STUDY TOUR AIOP GIOVANI – ISRAELE 2018

L'eccellenza del Tel Aviv Sourasky Medical Center

GAIA GAROFALO
Presidente Aiop Giovani LazioMASSIMO FIORELLA
Vice Presidente Aiop Giovani Lazio

Israele ha una spesa sanitaria pari al 7,3% del PIL (ben al di sotto dell'8,9% dell'Italia), una spesa sanitaria pro capite di \$PPP 2'834 (in Italia \$PPP 3.542) e un rapporto di 2.2 posti letto per acuti ogni mille abitanti (in Italia 3 per mille abitanti). Ciononostante, l'aspettativa di vita è però in linea con il nostro Paese, attestandosi a circa 80 anni per gli uomini e 84 anni per le donne, la qualità degli outcomes è considerevole e l'attività di ricerca e sviluppo è tra le più importanti al mondo. Le specificità che rendono questo possibile sono emerse chiaramente durante le varie visite a centri di ricerca e strutture ospedaliere svoltesi durante lo Study Tour, e in maniera evidente durante la giornata trascorsa al Tel - Aviv Sourasky Medical Center, anche noto in Israele come Ichilov. Mercoledì 7 novembre la delegazione AIOP Giovani si è recata presso il Tel-Aviv Sourasky Medical Center. La struttura, fondata nel 1914, 34 anni prima della nascita dello Stato di Israele che, con i suoi 1471 posti letto rappresenta il secondo ospedale del Paese e ha il più grande Pronto Soccorso di tutto lo Stato in termini di accessi. Il Tel-Aviv Sourasky Medical Center sorge su un'area di 250.000 metri quadri, è l'ospedale di riferimento di un'area che comprende 400.000 residenti e nel 2017 vi si sono recati 1,8 milioni di pazienti e sono nati 12.000 bambini. L'ospedale è composto da 4 edifici principali: Ichilov General Hospital (Ospedale generale), Lis Maternity and Women's Hospital (Ospedale specializzato per le donne), Dana-Dwek Children's Hospital (Ospedale pediatrico) e Rehabilitation Hospital (Ospedale di riabilitazione). La struttura nel suo insieme



comprende anche un'area sotterranea specializzata in caso di attacchi chimici e biologici che è stata inaugurata nel 2011, è costata \$110 milioni di cui \$45 milioni donati dal miliardario israeliano Sammy Ofer e può essere convertita in un'area con 750 posti letto in caso di attacchi terroristici. Durante la visita della delegazione, iniziata con un meeting con il CEO Prof. Rommi Gamzu, sono state elencate le peculiarità dell'ospedale, a cui è seguita poi una visita dei reparti di neurochirurgia, neurologia, trauma center, stroke unit, ricerca ed emergenza-urgenza. È subito emersa la peculiarità forse più interessante, vale a dire il raggruppamento in macro aree che consente al Sourasky un'efficientamento in ter-

mini di risorse, sia umane che economiche, ed un beneficio in termini di qualità delle cure. La neurochirurgia, la neurologia, stroke unit, psichiatria, trauma center neurologico e riabilitazione neurologica sono infatti tutti raggruppati in un unico grande dipartimento, affidato alla direzione del Prof Nir Giladi, che ha introdotto la delegazione agli strumenti telematici di analisi e controllo del dipartimento, alla cartella clinica digitale che segue il paziente durante tutto il ciclo di vita, e ha spiegato le tecniche organizzative che consentono a Ichilov, sebbene ospedale pubblico, di avere risultati economici positivi. Tali risultati sono resi possibili anche dal tipo di organizzazione, e dal fatto che ogni ca-



po dipartimento sia responsabile non solo della parte clinica, ma anche della tenuta economica dello stesso, e dal fatto che ogni rapporto tra unità diverse del Sourasky sia necessariamente regolato da uno scambio di flussi finanziari, per rendere ogni dipartimento controllabile dal punto di vista dei costi e della marginalità. Il Tel-Aviv Sourasky Medical Center gode di un'ottima reputazione internazionale nel campo della ricerca, infatti all'interno dell'ospedale vi è un'università e nel 2016 ha fatto domanda per 14 nuovi brevetti. Dal punto di vista economico, nel 2017 ha fatturato oltre ILS 2.7 Bln, ossia circa \$750 Mln/Euro 660 Mln, di cui circa il 90% del fatturato è finanziato tramite le principali as-

sicurazioni pubbliche, mentre la restante parte è divisa quasi equamente tra il finanziamento, tramite le assicurazioni private, il turismo sanitario (oltre Euro 20 Mln nel 2017) e le donazioni. Infine, nell'ospedale lavorano 6.400 dipendenti di cui 1.300 medici e 2.200 infermieri e si caratterizza per un modello patient-centered care, e da un dialogo costante tra i dipartimenti per acuti e riabilitazione e i laboratori di ricerca. Ad Ichilov infatti, la ricerca è guidata dalle necessità dei pazienti ricoverati nei vari reparti, e le due anime del centro, la R&D e l'assistenza medica, viaggiano di pari passo. Ecco spiegato il "miracolo" israeliano. ■

➔ SEGUE DALLA PRIMA

La nuova normativa sull'appropriatezza in ambito riabilitativo

partenza della diagnosi principale; il declassamento della maggior parte dei casi di riabilitazione ortopedica come riabilitazione estensiva (cod. 56c); la temporalità come criterio assoluto di appropriatezza, con una distanza temporale che è stata portata, tra l'altro, a 15 giorni per il ricovero ordinario ed a 14 per il day hospital; l'insostenibilità del limite del 15% dei ricoveri da domicilio, con un limite percentuale che non può assolutamente rappresentare un criterio di esclusione per pazienti la cui complessità andrebbe valutata invece in base alle condizioni reali;

la ulteriore penalizzazione derivante dall'innalzamento della decurtazione dal 40% al 60% da operare sulle degenze oltre soglia, che non tiene conto della prioritaria necessità di una stabilizzazione della condizione clinica di molti pazienti; i rischi sul versante occupazionale derivanti dalle conseguenze sui tempi di assistenza e sulla remunerazione di grandi volumi di attività che verrebbero considerati appropriati solo come riabilitazione estensiva. Proprio per queste ragioni, Aiop ha aderito tempestivamente alla richiesta del Ministero della Salute per la realiz-

zazione di un Position paper attraverso il quale rappresentare puntualmente, con argomentazioni tecnico-scientifiche, l'impatto che le nuove norme potrebbero avere sulla presa in carico di una tipologia di pazienti caratterizzati da complessità e fragilità importanti, se non estreme. Il nostro documento, oltre alle considerazioni generali sul testo del decreto e su quello dei percorsi della rete, fornisce infatti osservazioni e proposte specifiche sulla penalizzazione che verrebbe operata nei confronti dei pazienti neurologici, sui limiti posti ai ricoveri riabilitativi di

afezioni ad andamento cronico progressivo ed a quelli caratterizzati da nuovi eventi vascolari non osservati nell'ospedale inviante. Evidenzia inoltre le problematiche rilevate rispetto alle quattro direttrici rappresentate dalle MDC oggetto dell'analisi specifica del decreto: la MDC 1 sulla riabilitazione neurologica, la MDC 4 sulla riabilitazione respiratoria, la MDC 5 sulla riabilitazione cardiologica e la MDC 8 sulle riabilitazioni ortopedica e reumatologica, alle quali il decreto associa gruppi esclusivi di codici ICD-9-CM di diagnosi e procedura e la cui presenza

singola o combinata nella SDO del ricovero acuto determina l'attribuzione alle citate sotto-classificazioni del codice 56.

Ma il documento vuole anche legittimamente sottolineare le conseguenze sfavorevoli che si potrebbero determinare sugli aspetti gestionali di strutture con dotazioni tecniche e professionali commisurate alle necessità di una riabilitazione di livello intensivo e costrette, loro malgrado, a misurarsi in massima parte con una attività ridimensionata ed a tariffe inique dalle caratteristiche molto prossime alla lungodegenza. ■

**REPORT ATTIVITÀ AIOP
DICEMBRE**

lunedì 3 dicembre ore 10:30
Incontro OOSS Comm. Ristretta per rinnovo CCNL

lunedì 3 dicembre ore 12:00
Riunione di redazione AiopMagazine dicembre

mercoledì 5 dicembre ore 9:30
Incontro OOSS per rinnovo CCNL

mercoledì 5 dicembre ore 15:00
Commissione Aiop sanità integrativa

giovedì 6 dicembre ore 9:30
COMITATO ESECUTIVO

giovedì 6 dicembre ore 9:30
UEHP - Riunione del Board (Sciachi)

giovedì 6 dicembre ore 14:30
CONSIGLIO NAZIONALE

mercoledì 12 dicembre ore 11:00
Ministero della Salute
Celebrazione anniversario Istituzione Ssn (Cittadini)

giovedì 13 dicembre ore 10:30
CdA Caimop (E.Miraglia, Bonanno)

giovedì 13 dicembre Potenza, ore 11:00
Assemblea Aiop Basilicata

venerdì 14 dicembre ore 12:00
Riunione di redazione AiopMagazine gennaio

13-14 dicembre Firenze
Motore Sanità "I percorsi della cronicità"
Patrocino Aiop (Biagi)

lunedì 17 dicembre Bologna, ore 16:00
Presentazione Bilancio Sociale Aiop ER (P.Rosati)

martedì 18 dicembre ore 15:00
COMITATO ESECUTIVO

mercoledì 19 dicembre ore 11:00
Incontro con BDO elaborazione Bilancio Sociale (Orta, Leonardi, Cassoni)

venerdì 21 dicembre ore 15:00
Consulta Aiop Giovani Triveneto

aiopmagazine

IL FOGLIO DEI SOCI AIOP
ANNO VII - N. 12 - DICEMBRE 2018

Direttore Responsabile:

Gabriele Pelissero

Direttore Editoriale:

Filippo Leonardi

Coordinamento di redazione:

Fabiana Rinaldi

Redazione:

Angelo Cassoni, Patrizia Salafia, Alberta Sciachi,

Andrea Albanese, Annagiulia Caiazza,

Andrea Ortolani, Fabiana Rinaldi

Segreteria operativa:

Sonia Martini, Stefano Turchi

Progetto grafico e impaginazione:

Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma

n. 533 del 23/1/2003

Editore: AIOP

via Lucrezio Caro, 67 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 10 dicembre 2018

AIOP TOSCANA
La Regione Toscana impone tetti di spesa anche per l'alta complessità
Non rispettate le regole e la programmazione concordate sino al 31/12/2019


FRANCESCO MATERA
Presidente regionale

Nonostante l'approvazione della Delibera di G.R.T. del 3.04.2017 "Determinazione dei tetti della mobilità interregionale per l'acquisto di prestazioni da soggetti privati e accreditati e approvazione delle azioni di ottimizzazione" per il quadriennio 2016-2019, la Regione Toscana nel mese di novembre torna a modificare ed imporre nuove regole alla programmazione sanitaria senza alcuna preventiva concertazione con le Organizzazioni di categoria. Non è bastata la "diffida e messa in mora" inviata da AIOP ed indirizzata alla Regione Toscana per bloccare l'adozione della Delibera n. 1220/2018 dell'8.11.2018 "Determinazione dei tetti massimi per l'acquisto di prestazioni dalle strutture sanitarie private accreditate", con cui è stata revocata e sostituita la precedente Delibera n. 343, operando un vero e proprio stravolgimento della intera regolamentazione sanitaria regionale, tra l'altro in netta controtendenza con le scelte prese in Regioni come la Lombardia ed il Veneto, dove sono stati previsti tetti "aperti" alla alta complessità. In buona sostanza, la Regione Toscana, con la D.G.R.T. n. 1220 cit., ha definito in via autoritativa i tetti massimi da assegnare ai singoli erogatori, comprendenti sia l'attività di specialistica ambulatoriale che di ricovero senza distinzione per provenienza del paziente, prendendo come base del calcolo la produzione dell'anno 2017 poi abbattuta, in ragione dell'inappropriatezza dei ricoveri medici e della potenziale dispersione di risorse verso altre Regioni. L'effetto è dirompente ed



obbliga a dichiarare lo stato di crisi dell'intero settore. Difatti, oltre a comportare un'importante riduzione complessiva dei budget rispetto all'anno di riferimento (2017) di circa 13milioni di euro e rispetto all'anno in corso (2018) di oltre 20milioni di euro, impedisce alle Strutture di poter sviluppare ed incrementare la propria attività ed i servizi erogati, nonché di mantenere la sostenibilità degli investimenti in corso e l'attuale stato di occupazione del personale. Ma non è tutto, le Strutture sanitarie rischiano di vedersi imporre ulteriori abbattimenti legati sia alla possibilità riconosciuta alle AUSL in sede negoziale di diminuire i budget, sia al fatto che i pagamenti dovuti per le prestazioni erogate ai pazienti

extraregionali sono considerati quali acconti e sottoposti a conguaglio in ragione dell'effettiva copertura della mobilità interregionale, con conseguenti eventuali riaddebiti. Aiop Toscana non ci sta e, con il coinvolgimento e l'ausilio della Sede nazionale, ha già fornito agli Associati assistenza legale per contestare le determinazioni regionali preannunciando già alla Regione Toscana l'imminente notifica dei Ricorsi al TAR Toscana per l'annullamento della citata Delibera, con richiesta di sospensione. Per le Strutture toscane si prospetta, quindi, si da subito un periodo di incertezza e di instabilità, ma l'Associazione sarà alla guida delle azioni che saranno intraprese a tutela di tutti gli associati. ■

SANITÀ INTEGRATIVA
Resoconto sull'attività della Commissione


FRANCESCO BERTI RIBOLI
Coordinatore della Commissione
Aiop Sanità integrativa

Negli ultimi anni Aiop ha aumentato l'attenzione dedicata alle attività di sanità integrativa che vedono come protagonisti molti dei nostri associati. La Presidente Barbara Cittadini, che ha voluto confermare l'assetto della nostra Commissione, ha promosso personalmente la nascita di un evento - "Gli Stati generali della sanità integrativa" (in via di organizzazione per il prossimo febbraio 2019) - che si propone l'ambizioso obiettivo di fare il punto sullo stato dell'arte, ovvero sulle situazioni che riguardano questo importante segmento economico. Per questo motivo, nei prossimi giorni vi verrà sottoposto un questionario che la nostra Sede nazionale invierà direttamente agli associati e alle Sedi regionali per raccogliere informazioni relative alle Vostre attività in questo settore, con lo scopo di creare, dai risultati ottenuti, una banca dati di cui nessuno, se non Aiop, può disporre in Italia. Vi chiedo perciò, ringraziandovi in anticipo, di dedicare grande attenzione alla redazione dei prospetti che riceverete. Diventa

infatti per noi fondamentale, prima di ogni altro ragionamento, mappare la situazione attuale. "Contarci e sapere su chi possiamo contare" è l'obiettivo preliminare di un percorso che vogliamo gestire per affermare la sostenibilità e la correttezza del sistema, a patto che tutti gli attori rispettino regole del gioco condivise. La Commissione nazionale Aiop sanità integrativa sta

(Aris, Federanisap, Agespi) e i provider di assistenza e assicurativi. E chiunque abbia da offrire un contributo positivo alla nostra iniziativa. Nel maggio 2017 era stata sottoscritta un'ipotesi di accordo tra AIOP Lazio e uno dei player più importanti (RBM Previmedical), dalla cui firma non è derivata l'auspicata soluzione delle problematiche affrontate. Anche a seguito di quella

ve alla definizione di importanti accordi. Così non possiamo dire di RBM Previmedical, ma confidiamo di poter avviare un accordo quadro a livello nazionale, salvo dover identificare un altro tipo di percorso. In ogni caso, vogliamo rammentare che solo l'unione fa la forza: l'attività di definizione delle regole del gioco - coordinata dalla Sede nazionale, con il prezioso aiuto delle territoriali - deve essere unica e di rispetto delle reciproche esigenze, non potendo prescindere, a regime, dalla condivisione di un linguaggio comune (nomenclature). Certamente, non possiamo definire i nostri partner soggetti giuridicamente e patrimonialmente "fragili", che ci propongono accordi già sbilanciati in partenza e non rispettano le minime regole di correttezza commerciale (ad es., tempi di pagamento), mirando a una continua rinegoziazione al ribasso dei listini. La situazione è sotto controllo, monitorata dalla Commissione preposta ma, come detto, abbiamo bisogno del contributo di ogni associato per aiutarci a comprendere come migliorare le modalità di interlocuzione. Tutto quanto sopra è fondamentale per le nostre strutture, per chi in esse lavora, per chi a noi si rivolge. ■



dunque lavorando con grande impegno anche alla preparazione dell'evento che non sarà, desidero ricordarlo ancora una volta, un punto di arrivo, ma un momento di partenza, di monitoraggio di dati e situazioni e di conoscenza e confronto coi partner che vogliono accompagnarci in questo percorso. Fra questi, le Associazioni come noi

situazione, la Commissione è stata chiamata a elaborare una serie di documenti condivisi con le altre Associazioni di categoria di cui sopra, per avviare l'identificazione dei soggetti con cui interloquire. A oggi, Fasi e Unisalute hanno dato effettivo riscontro al nostro appello. Stiamo ragionando con altri Enti e questo dovrebbe portare a bre-