

## **RASSEGNA STAMPA Mercoledì 11 dicembre 2013**

La sanità che funziona. Da Fiaso il secondo "Libro Bianco della Buonasanità"

**QUOTIDIANO SANITA'**

Sanità, una pessima debitrice

**ITALIA OGGI**

Costi standard sanitari nell'ingorgo di fine anno

**IL SOLE 24 ORE**

Chiusura piccoli ospedali, Cassi (Cimo): serve riorganizzazione qualitativa

**DOCTORNEWS**

"Rinunciamo a curarsi 5 milioni di italiani"

**LEGGO**

La sanità secondo l'Aiop, l'11° rapporto: "Milioni di italiani in fuga dalla sanità per colpa dei tagli e della crisi". Per fermarli serve "più" privato

**QUOTIDIANO SANITA'**

Osservatorio Fiaso. La buona sanità è in rimonta al Sud

**LEGGO**

# quotidianosanità.it

Martedì 10 DICEMBRE 2013

## La sanità che funziona. Da Fiaso il secondo *'Libro Bianco della Buonasanità'*

***Le best practice selezionate hanno riguardato per lo più l'assistenza domiciliare e le modalità organizzative. Coinvolte 37 aziende sanitarie. La parte del leone la fa ancora l'Emilia Romagna, con 25 buone pratiche, seguita dalle Marche, con 12 ma nel complesso si assiste ad una rimonta del Sud, dove si collocano il 18,7% delle esperienze, due anni fa localizzate quasi esclusivamente al Nord.***

La sanità? Non è solo 'mala'. Anzi, crescono sempre di più le aziende che investono nelle buone pratiche stando attente ai costi. Questo il quadro che emerge dalla seconda raccolta di esperienze aziendali del *"Libro Bianco della Buonasanità"*, presentato oggi a Roma e che raccoglie 75 esperienze selezionate dal Comitato Scientifico (composto da esperti delle istituzioni, del mondo accademico e delle rappresentanze dei cittadini) dell'Osservatorio FIASO (la Federazione di Asl e Ospedali) sulle buone pratiche sanitarie. Una pubblicazione realizzata grazie anche alla collaborazione della redazione dell'agenzia giornalistica Ansa e al contributo della Glaxo Smith Kline. Al Libro Bianco, infatti, si affianca la messa in rete di oltre 200 buone pratiche selezionate dall'Osservatorio FIASO e accuratamente classificate in modo da renderle facilmente consultabili e quindi più facilmente esportabili su tutto il territorio nazionale.

La maggior parte delle esperienze selezionate dall'Osservatorio FIASO sulla "buonasanità" ha riguardato l'integrazione socio-sanitaria e la presa in carico delle malattie croniche (27%), tema sempre più strategico per Aziende ed assistiti. Mentre al secondo posto ci sono le modalità organizzative, gestionali, formative e valutative che connotano la politiche del personale (25%). Seguono le buone pratiche tese a migliorare le strategie e gli strumenti correlati alle performance clinico-assistenziali e gestionali (24%), il rapporto medico-paziente (19% delle esperienze), i mutamenti nel ruolo e nelle funzioni dell'operatore infermieristico nei servizi ospedalieri e territoriali (5%). In tutto sono state coinvolte 37 Aziende, circa il 23% in più rispetto al 2011. Buonasanità in rimonta al Sud

Mentre le politiche di welfare sembrano sempre più orientate verso il "mettere soldi in tasca" per assistere chi è più fragile, la ASL 4 di Prato dimostra quanto sia molto più produttivo offrire servizi alle persone. E così, con soli mille euro ad anziano, riesce a garantire l'assistenza domiciliare agli ultra sessantacinquenni soli e non autosufficienti, formando anche le badanti e abbattendo le più costose giornate di ricovero. A Trento invece si è puntato sul sapere degli utenti dei servizi di salute mentale e dei loro familiari, che con l'esperienza favoriscono il rapporto dei pazienti con gli operatori, migliorando l'adesione alle terapie; fatto tutt'altro che frequente nel campo del disagio psichico e mentale. Poi c'è chi, come a Bologna, ha creato una banca del latte materno per il nutrimento sicuro dei nati prematuri. O l'Ospedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia, che dotando i ricoverati di semplice braccialetto con codice a barre è riuscito ad abbattere gli errori in corsia, soprattutto nella somministrazione di farmaci. Il polo ospedaliero del Santo Spirito a Roma si è calato invece nella realtà multi-etnica di oggi e ha trovato il modo di garantire l'assistenza religiosa alle persone di altri credi. Tutto questo mentre si diffonde le esperienze dei PDTA, i Percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali, che per le principali patologie individuano gli accertamenti e le cure più appropriate per i pazienti. Un modo per migliorare gli standard di assistenza eliminando al contempo gli sprechi.

“Il Libro bianco della Buonasanità – sottolinea il Presidente di FIASO, **Valerio Fabio Alberti** - è il contributo che come Aziende offriamo in tempi di crisi al Paese, per dimostrare con i fatti che è ancora possibile coniugare buona qualità dei servizi e sostenibilità economica”.

Lo dimostra il fatto che la maggior parte delle esperienze selezionate dall'Osservatorio FIASO sulla “buonasanità” ha riguardato l'integrazione socio-sanitaria e la presa in carico delle malattie croniche (27%), tema sempre più strategico per Aziende ed assistiti. Mentre al secondo posto ci sono le modalità organizzative, gestionali, formative e valutative che connotano la politiche del personale (25%). Seguono le buone pratiche tese a migliorare le strategie e gli strumenti correlati alle performance clinico-assistenziali e gestionali (24%), il rapporto medico-paziente (19% delle esperienze), i mutamenti nel ruolo e nelle funzioni dell'operatore infermieristico nei servizi ospedalieri e territoriali (5%). In tutto sono state coinvolte 37 aziende, il 23% in più circa rispetto allo scorso anno. E' importante rimarcare anche che in oltre il 70% dei casi le esperienze sono state adottate in forma stabile dalle aziende.

La parte del leone la fa ancora l'Emilia Romagna, con 25 buone pratiche, seguita dalle Marche, con 12 ma nel complesso si assiste ad una rimonta del Sud, dove si collocano il 18,7% delle esperienze, due anni fa localizzate quasi esclusivamente al Nord. Anche se nel settentrione sono state selezionate il 56% delle esperienze e nel centro poco più del 25%. Al Sud la piccola Basilicata, con 4 best practice è seconda solo alla Sicilia (5 esperienze) tra le regioni del Sud e delle Isole.

Rispetto alla presa in carico dell'assistito e all'integrazione socio-sanitaria, le numerose esperienze segnalate da FIASO mostrano come sia oramai una realtà sempre più diffusa quella della continuità assistenziale, ossia dei servizi capaci di prendersi cura del paziente dal momento del suo ricovero fino al post dimissioni, attraverso équipe multidisciplinari di professionisti sanitari che agiscono anche a domicilio. **E sempre più numerose sono le iniziative per migliorare il rapporto medico-paziente. Che significa consenso alle cure e quindi minor contenzioso sanitario, all'origine di quella medicina difensiva che ci espone a rischi inutili e provoca almeno 10 miliardi di sprechi l'anno.**

Alberti, Presidente FIASO e Maruggi, Vice-Presidente e Coordinatore dell'Osservatorio: “La Buonasanità passa per l'autonomia delle Aziende”

“Le esperienze e i progetti innovativi realizzati in questi anni dimostrano come sia possibile fare Buonasanità anche in tempi di crisi” sottolinea il Presidente di FIASO, Valerio Fabio Alberti. “Risultati – ha proseguito - che sarebbe stato impossibile conseguire senza un management all'altezza e la dedizione del personale sanitario. Spesso costretto a lavorare in condizioni non agevoli ma sul quale è fondamentale puntare anche in futuro attraverso forme che incentivino meglio merito e professionalità”.

“Al di là dei campanilismi – sottolinea a sua volta **Giampiero Maruggi**, Vice Presidente FIASO e Coordinatore dell'Osservatorio - la raccolta selezionata dimostra che è possibile fare buonasanità anche al Sud perché la discriminante non è geografica ma gestionale.” “Senza dimenticare – ha aggiunto - come ciò avvenga mentre le mai sopite tendenze centralistiche trovano nelle esigenze di bilancio l'occasione per riprendere slancio, mortificando quell'autonomia di gestione senza la quale un'Azienda non può essere tale.”

Osservatorio Cerved group sui pagamenti di p.a., partecipate e fornitori a giugno 2013

# Sanità, una pessima debitrice

## Il Ssn non ha liquidato l'82% delle fatture scadute

DI ROXY TOMASICCHIO

**G**li interventi di sblocco del debito della Pubblica amministrazione (stimato da Bankitalia in 91 miliardi di euro per il 2012) non hanno sortito ancora gli effetti sperati: p.a., partecipate e aggiudicatari di gare della p.a. non saldano le loro fatture, o le liquidano in tempi sempre più lunghi. Ed è la sanità il settore meno virtuoso in termini di puntualità nei pagamenti. È la foto scattata da Cerved group, grazie a Payline, database sui pagamenti di oltre 2 milioni di operatori economici.

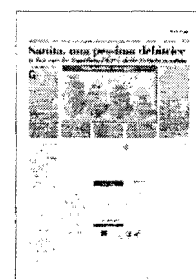
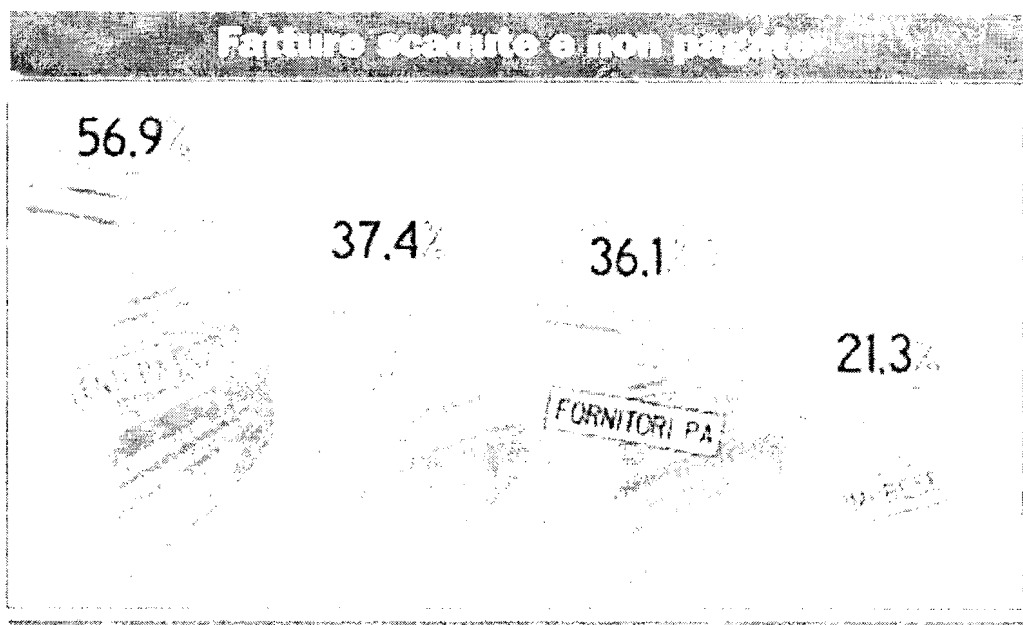
**I pagamenti.** Oltre la metà (57%) delle fatture emesse dalla p.a. e scadute non sono state liquidate. Non va meglio tra le partecipate (37% di fatture non saldate), né tra gli aggiudicatari di gare della

p.a. (36%). Il dato si riferisce a giugno, in linea con le informazioni del Mef, secondo cui i primi stanziamenti previsti dalle nuove norme sono stati liquidati a luglio. Quadro a tinte fosche anche quello che emerge prendendo in considerazione non il numero di fatture, ma il valore di quelle partite: gli **enti pubblici hanno da saldare il 61% del valore delle fatture, le partecipate il 33% e i fornitori della p.a. il 31%.**

**I settori.** Esaminando gli enti pubblici per tipologia, si confermano le difficoltà del sistema sanitario nazionale che, nel secondo trimestre dell'anno, non è riuscito a pagare l'82% delle fatture scadute (78% in valore). Tra le partecipate, invece, si rileva un divario di fatture non liquidate in due settori: i servizi, all'interno del quale c'è la sanità (risulta

non saldato il 68% delle fatture, il 62% in valore) e le utility (28% in termini numerici e il 30% a valore). La percentuale di fatture non pagate di fornitori è eterogenea in riferimento ai settori. Tuttavia le maggiori difficoltà si registrano tra società che operano nei servizi (spesso fornitori di enti del Ssn), nella logistica-trasporti e nelle costruzioni.

**I tempi.** È di 51 giorni in media (108 compresi i tempi pattuiti) il ritardo con cui gli enti pubblici hanno saldato le fatture. Media che sale, per le partecipate, a 62 giorni (131 gg.). Per i fornitori è di 36 giorni (101 gg.). E pensare che la direttiva europea 2011/7/UE del 16 febbraio 2011, recepita in Italia dal dlgs 192/2012, stabilisce che il termine entro cui la p.a. deve pagare i suoi fornitori è di 30 giorni (60 in casi particolari).



## Nuovi benchmark

Costi standard  
sanitari  
nell'ingorgo  
di fine anno

Roberto Turno

■ Un benchmark tra tutte le regioni migliori per i conti e i fondamentali di gestione nel 2012, per fare poi il «benchmark del benchmark». Nel pasticciaccio della legge di stabilità le regioni, almeno quelle del Nord, speravano che potesse finire anche il cambio delle regole attuali per la determinazione dei costi standard sanitari. Il tam tam tra i governatori è andato avanti sotto traccia in queste settimane, in parte (ma solo in parte) attutendo le resistenze soprattutto del Sud. E secondo alcuni anche dei ministeri dell'Economia e della Salute. Ma la mancata convocazione della Stato-regioni di domani, dalla quale si attendeva anche il via libera al riparto dei 107 miliardi del 2013 per la sanità, rischia seriamente a questo punto di far saltare anche solo la possibilità di inserire la riforma almeno già nella manovra di bilancio per il prossimo anno. Riforma (eventuale) che allora – situazione politica permettendo – potrebbe finire in uno dei classici provvedimenti che puntualmente arrivano a ridosso di Capodanno.

Benchmark tra asle e ospedali, punto e a capo. L'ospitalità nella legge di stabilità della riforma per cambiare le regole del gioco sui costi standard sembra essere diventata solo una speranza. Almeno al momento. Anche a dispetto delle dichiarazioni fatte una settimana fa da più governatori dopo l'ultimo incontro tra il Governo e le regioni. I tempi infatti si assottigliano sempre di più: la prossima Stato-Regioni sarà spostata alla settimana prossima, mentre per la legge di stabilità si avvicina il momento della scelta degli emendamenti, prima in commissione Bilancio, poi in aula. Dove la ex legge Finanziaria è atte-

sa teoricamente da lunedì prossimo, salvo non improbabili rinvii. Come dire: per la formalizzazione dell'eventuale emendamento sui nuovi costi standard sanitari gli spazi diventano di ora in ora sempre più stretti. Col risultato che un ripescaggio della riforma potrebbe avvenire solo con un diverso veicolo legislativo magari di fine anno.

Insomma, un rompicapo. Che si accompagna anche ai tempi per l'accordo tra Governo e regioni sul «Patto per la salute», che **Beatrice Lorenzin** contava di incassare entro fine anno, se non addirittura sotto Natale: il fatto è che la trattativa non è affatto decollata e per l'intesa finale circola sempre più l'ipotesi di un rinvio addirittura verso la fine di gennaio. Stessa sorte, ovvero tempi diluiti anche se stavolta sembrerebbe soltanto di una settimana, per il riparto dei fondi sanitari di quest'anno: dalla Salute (e dall'Economia) non è ancora arrivata alcuna proposta. Proposta che, peraltro, i governatori dovrebbero poi discutere fra di loro per far quadrare un benchmark che altrimenti, se applicato alla lettera, rischierebbe di penalizzare troppo alcune regioni «vecchie». Come, si dice, la Liguria e forse anche la Basilicata. Di qui la necessità di operare alcune correzioni di rotta, utilizzando quote di premialità accantonate dagli esercizi precedenti. E questo perché anche le regioni cosiddette «ricche», che in questi anni hanno in parte ceduto qualcosa per quelle più in difficoltà, ormai non ce la fanno più a perdere quote di finanziamento. E il benchmark, purché sia, diventa oggi per loro un salvagente indispensabile. Con buona pace per la solidarietà, almeno quella che c'era stata fino all'anno scorso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Chiusura piccoli ospedali, Cassi (Cimo): serve riorganizzazione qualitativa

Sarebbero 175 gli ospedali con meno di 120 posti letto a rischio chiusura. In questi giorni, l'ipotesi di una decisione governativa in tal senso è tornata in primo piano e ha subito alimentato le prese di posizione, specialmente quelle contrarie espresse da molte Regioni. C'è però chi fa un discorso più articolato, come il presidente nazionale Cimo-Asmd **Riccardo Cassi**: «Un ospedale deve avere certi requisiti in termini di reparti, dotazioni e numero adeguato di medici che vi lavorano. Il problema non si può ridurre al numero di posti letto, ma alla capacità di un ospedale di accogliere tutte le patologie, se aperto sulle 24 ore con un pronto soccorso». È da questa premessa che deve prendere avvio un intervento complesso: «Una riorganizzazione della rete ospedaliera è necessaria, ma in senso più qualitativo che quantitativo; tenere aperti ospedali che non hanno requisiti minimi è pericoloso; inoltre, se l'ospedale ha un bacino d'utenza piccolo, non può arrivare a un numero di interventi tale da mantenere la professionalità dei medici che vi lavorano». Secondo Cassi, molti di questi ospedali possono essere trasformati in strutture più utili al fabbisogno della popolazione, tuttavia «in alcune Regioni stiamo assistendo ad accorpamenti di ospedali lontani, con un unico direttore di struttura e organici sottodimensionati, una cosa folle». L'intervento è impegnativo e dovrebbe essere fatto in tempi brevi, «perché se ne parla da tanti anni e solo l'inefficienza delle regioni e soprattutto il clientelismo locale hanno impedito una vera ristrutturazione della rete». Come superare queste resistenze? «L'incarico compete alle Regioni, che conoscono la realtà locale, ma il ministero dovrebbe disporre interventi sostitutivi laddove queste fossero inefficienti nell'attuare i piani di riorganizzazione. Le Regioni in piano di rientro sono state controllate solo sul piano economico ma se si taglia senza obbligare a fare delle ristrutturazioni si priva la popolazione di servizi. Peraltro occorrono anche risorse; produrranno risparmio e servizi migliori, ma nell'immediato occorre investire nelle strutture».

**Renato Torlaschi**

# «Rinunciano a curarsi 5 milioni di italiani»

*L'Associazione ospedalità privata: colpa di tagli e crisi  
Boom del ticket sui farmaci: + 63% dal 2011 al 2012*

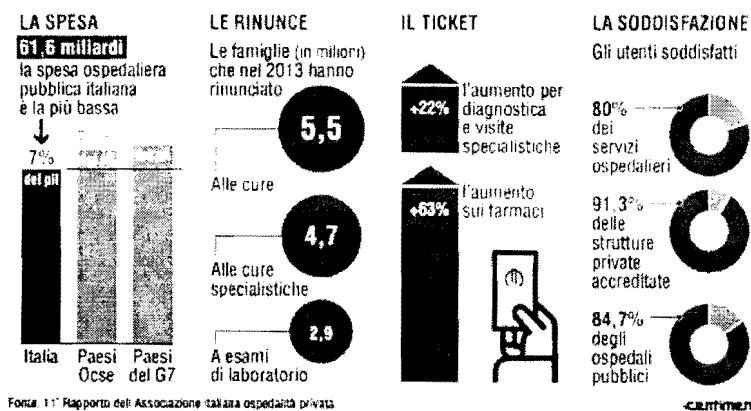
**Focus**

## RAPPORTO AIOP

Spesa per le strutture tra le più basse dell'Ocse  
Ma l'80% degli utenti si dichiara soddisfatto

Cinque milioni e mezzo di famiglie che rinunciano alle cure dentarie, 3 che evitano di sottoporsi ad esami di laboratorio e 4,7 che posticipano la visita dello specialista. E poi ticket sanitari per diagnostica e visite specialistiche aumentati del 22% dal 2009 al 2012. Altissimo l'incremento del ticket sui farmaci, pari al 63%, così come il ricorso al pagamento delle prestazioni intramoenia incrementato del 51% dal 2011 al 2012. Sono le cifre dell'11° Rapporto dell'Associazione Ospedalità Privata.

## IL FENOMENO AI RAGGI X



## LORENZIN

Non si può rinunciare alla prevenzione i costi sociali sarebbero altissimi

Antonio Caperna

ROMA - Un quadro fatto di luci e ombre, dove non mancano aree di inefficienza e forti disequilibri nella capacità di erogare prestazioni in quantità e qualità adeguata. Una situazione spinge lo stesso Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, ad affermare che «non possiamo permetterci non solo di rinunciare alle cure, ma neanche di rinunciare agli strumenti di prevenzione, perché non prevenire significa avere un costo molto ma molto più pesante sul sistema sanitario quando poi bisogna affrontare malattie sia nella fase acuta che in quella cronica. Abbiamo disinnescato il problema dei ticket - aggiunge il Ministro - impedendone l'aumento che avrebbe disincenti-

vato ulteriormente le cure e la prevenzione».

La ricetta di Gabriele Pelisseri, presidente Aiop, che rappresenta 491 strutture in cui si ricoverano ogni anno più di un milione di degenti e dove lavorano a 12 mila medici, 26 mila infermieri e 32 mila operatori, è di «fermare per prima cosa i disinvestimenti nella spesa sanitaria pubblica», dato che è già la più bassa tra i Paesi Europei e rischia di declassare la nostra sanità in fascia B. La spesa ospedaliera pubblica italiana, infatti, è pari a 61,6 miliardi di euro, la più bassa (7% del Pil) rispetto alla media dei Paesi Ocse (7,8%) e dei Paesi del G7 (8%). Dall'indagine emergono tutti i numeri della sanità. I posti letto sono 211 mila, di cui il 70% è costituito da ospedali pubblici e il 30% da ospedali privati accreditati. Sono invece 1.125 complessivamente le strutture ospedaliere italiane, che producono 67,9 milioni di giornate di degenza, dove la-

vorano 650 mila addetti e si curano 14 milioni di pazienti. Un sistema che ha però risentito di una lunga stagione di tagli lineari e che necessita di un processo di riqualificazione.

Secondo l'Aiop due sono le strade da seguire in questo percorso: «Il riconoscimento di un finanziamento equo per tutti gli operatori, sia pubblici che privati», nel momento in cui questi ultimi, che rappresentano il 27,3% dell'attività complessiva, costano solo il 14,4% della spesa totale. La seconda strada, per l'Ospedalità Privata, una categoria che rappresenta 51.800 posti letto di cui l'88% attualmente accreditati con il SSN, «è quella della trasparenza e della semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali, a partire dall'obbligo di bilanci confrontabili per tutti gli ospedali pubblici». Tra Manovra Tremonti 2011, Spending Review 2012 e Legge di Stabilità 2013, spiega Pelisseri, «nell'arco di un triennio

il taglio è stato di 4,5 miliardi l'anno, su una spesa sanitaria pubblica di 112,9 miliardi». Bisogna puntare, invece, su una riqualificazione della spesa, «risparmiando sulle inefficienze per colmare alcune crepe», come la sottotariffazione delle prestazioni dell'ospedalità privata, stimata essere di circa il 20% rispetto agli ospedali pubblici. Infine un richiamo a un tema spinoso: «Non tutti i piccoli ospedali sono uguali tra loro e vanno chiusi - conclude Pelisseri - vanno distinti quelli che rappresentano un peso per la comunità e quelli che sono frequentati e apprezzati dai cittadini».

riproduzione riservata ®



**La sanità secondo l'Aiop, l'11° rapporto: "Milioni di italiani in fuga dalla sanità per colpa dei tagli e della crisi". Per fermarli serve "più" privato**  
*Sempre meno risorse e il carico sui cittadini aumenta. Solo i ticket sono incrementati del 22% per visite e analisi e del 63% per i farmaci. E così sono sempre di più gli italiani che rinunciano o rimandano le cure. Che fare? Per l'ospedalità privata la ricetta è una: "Più soldi al privato convenzionato e meno all'ospedale pubblico e trasparenza nella gestione".* **RAPPORTO.**

10 DIC - Nel corso del 2013 in Italia 5,5 milioni di famiglie hanno rinunciato o rimandato le cure dentarie, 4,7 milioni di famiglie hanno rimandato o rinunciato a visite specialistiche e 2,9 milioni di famiglie hanno rimandato o rinunciato a esami di laboratorio. E' quanto segnala l'11° rapporto 'Ospedali & Salute' dell'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop) che è stato presentato oggi a Roma.

Lo studio evidenzia poi che l'intervento economico prolungato sulla spesa pubblica ha portato e sta portando a una stretta progressiva sul fronte dei pazienti che assume aspetti molteplici: la lievitazione dei ticket sanitari (22% dal 2009 al 2012) per la diagnostica e le visite specialistiche, l'aumento dei ticket dei farmaci (63% dal 2009 al 2012), l'incremento del ricorso al pagamento delle prestazioni intramoenia (51% dal 2011 al 2012), la lievitazione delle addizionali Irpef regionali (dal 2009 al 2012 ha toccato punte del 77%).

L'analisi contiene però anche proposte operative per migliorare il quadro del Ssn- Secondo AioP, "se dalla spesa per gli ospedali pubblici si potessero eliminare 4 miliardi di inefficienze, si scenderebbe da 52,7 miliardi a 48,1 miliardi, mentre se quella per i privati accreditati aumentasse da 8,9 miliardi a 10,6 miliardi, si arriverebbe ad una spesa complessiva di 58,7 miliardi, invece degli attuali 61,6, con un risparmio del 4,6% rispetto ad oggi".

Aiop denuncia quindi che è in atto un "lento processo di erosione del nostro sistema sanità, un sistema che rappresenta un patrimonio non solo in termini strutturali, ma anche in termini di servizi e professionalità che operano nel complesso ospedaliero, a cui si aggiunge l'insieme di dotazioni e attività nel campo scientifico e tecnologico".

Il Ssn è infatti caratterizzato da 211.000 posti letto (70% ospedali pubblici, 30% ospedali privati accreditati), 1.125 strutture ospedaliere che producono 67,9 milioni di giornate di degenza, 650.000 addetti e da 14 milioni di pazienti che ogni anno entrano in una struttura ospedaliera, insieme ai parenti e agli accompagnatori. E con una spesa ospedaliera pubblica pari a 61,6 miliardi di euro, in un quadro generale di spesa sanitaria che risulta la più bassa (7% del PIL), rispetto alla media dei paesi Ocse (7.8% del PIL) e dei paesi G7 (8% del PIL), "diventa sempre più difficile sostenere il sistema e purtroppo, l'idea che le inefficienze sanitarie delle Regioni si possano affrontare riducendo il flusso di denaro resta radicata, al punto che il Documento di Economia e Finanza 2013 ipotizza una discesa della spesa



sanitaria pubblica dal 7,1% del PIL del 2012, al 6.7% del PIL nel 2017”.

Tuttavia non mancano anche i segnali positivi. Oggi, per la prima volta “dopo una lunga stagione di tagli lineari, possiamo dire che il disinvestimento in sanità sembra essersi fermato: nessuna manovra di cassa potrà mai garantire efficientamento e riqualificazione quanto potrà farlo un processo di profonda riforma strutturale del sistema”. Secondo Aiop sono due le strade principali da seguire in questo percorso riformatore: la prima è il riconoscimento di un finanziamento equo per tutti gli operatori, pubblici e privati, dove questi ultimi, che rappresentano il 27,3% dell'attività complessiva, costando però solo il 14,4% della spesa totale, sono soggetti a una sottotariffazione del 20% circa rispetto agli ospedali pubblici, che beneficiano tra l'altro del contributo da parte delle Regioni per ripianare i disavanzi di bilancio, colmando quindi le sacche di inefficienza. La seconda consiste nell'inserire una forte dose di trasparenza e semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali, a partire dalla compilazione obbligatoria di bilanci trasparenti e confrontabili per tutti gli ospedali pubblici. “Assicurato un finanziamento equo e misurabile – afferma il presidente Aiop **Gabriele Pelissero** – in relazione alla qualità e alla quantità delle prestazioni erogate, sarà finalmente possibile dare un vero contenuto al principio di responsabilità degli amministratori e contemporaneamente ridurre i vincoli burocratici che limitano l'autonomia manageriale. Nei mesi a venire seguiremo le proposte della seconda spending review – conclude – nell'auspicio che, in accordo con il ministro Lorenzin, si possa attivare un risparmio tutto interno al sistema per liberare risorse che in esso devono essere reinvestite”.

### ***Approfondimenti:***

■ **Pelissero (Aiop):** “Il numero di posti letto non può essere criterio per chiudere Case di cura”

■ **Lorenzin:** “Sprechi sanità da attribuire a errori della governance. Servono nuove misure di controllo”

■ **Bissoni:** “Costruire nuovi processi di revisione della spesa”

### **Bissoni: “Costruire nuovi processi di revisione della spesa”**

**10 DIC** - “Accentuare i processi di innovazione e costruire processi di revisione della spesa che modalità del tutto differenti da quelle registrate tra 2011 e 2013”. E’ la ricetta formulata da **Giovanni Bissoni**, presidente dell’Agenas, per mettere fine all’impasse che ha caratterizzato il Ssn negli ultimi anni. “Serve un diverso mix tra ospedale e territorio – prosegue – perché raggiungere la quota di 3 posti letto ogni mille abitanti è una sfida che siamo certamente in grado di vincere”. In quest’ottica bisogna ripartire da “una maggiore integrazione tra pubblico e privato, per sviluppare una nuova distribuzione tra le varie attività”. E per mantenere il sistema in equilibrio “non si può non tener conto del concetto di aziendalizzazione. Dobbiamo quindi lavorare per ottenere bilanci chiari e dettagliati all’insegna della trasparenza che costituisce il mattone essenziale per garantire un’efficace rendicontazione degli obiettivi da raggiungere”.

**OSSERVATORIO FIASO****La buona sanità è in rimonta al Sud**

ROMA - Le pratiche di buona sanità' sono in rimonta al Sud. E' questa l'istanfanea che emerge dalla seconda raccolta di esperienze aziendali del Libro Bianco della Buonasanita', che raccoglie 75 esperienze selezionate dall'Osservatorio FIASO (la Federazione di Asl e Ospedali) sulle buone pratiche sanitarie. Nel Libro bianco, in collaborazione con l'Agenzia ANSA, la maggior parte delle esperienze selezionate ha riguardato l'integrazione socio-sanitaria e la presa in carico delle malattie croniche con un'attenzione sempre maggiore all'assistenza a domicilio (27%), mentre al 2° posto ci sono le modalita' organizzative, gestionali, formative e valutative che connotano la politiche del personale (25%).

**(A.Cap.)**