

Il valore sociale dell'ospedalità privata nella sanità pluralista

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.



Il valore sociale dell'ospedalità privata nella sanità pluralista

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

Il Rapporto è stato realizzato da un gruppo di lavoro del Censis diretto da Francesco Maietta e composto da Cassandra Castro, Vittoria Coletta e Vera Rizzotto.

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 3.0 Italia*
(CC-BY-NC-ND 3.0 IT)

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/it/legalcode>

Indice

1. L'importanza sistemica del valore sociale creato dall'ospedalità privata	pag. 9
1. Un sistema in evoluzione indeciso sul cambiamento	» 9
2. Ostacolare il pluralismo nell'ospedalità distrugge valore sociale	» 10
2. Le condizioni per una buona ospedalità	» 15
1. Efficienza, qualità, stimolo alla buona competizione e aderenza alle aspettative più avanzate dei cittadini: i componenti del valore sociale	» 15
2. Fare meglio con meno	» 17
3. Stimolo alla competizione virtuosa, più alta sensibilità alle aspettative più avanzate	» 18
4. Mai più monopolio pubblico	» 18
5. Un rischio da evitare	» 21
6. Penalizzare il privato, una tentazione autolesionista da oltrepassare	» 22
3. Rispondendo alla crisi del Servizio sanitario	» 25
1. Lo scenario e le sue traiettorie	» 25
2. L'identikit inatteso del reale rapporto tra italiani e sanità	» 27
2.1. Mettersi dalla parte dei cittadini	» 27

2.2. Risparmiare e spendere per la sanità non è più un'eccezione	pag. 28
2.3. Alcuni dati utili	» 34
4. Il virtuoso pluralismo nell'ospedalità	» 41
1. Le irreali retoriche sull'ospedalità e il loro realissimo costo	» 41
2. Cittadini e operatori privati pagano il costo del <i>downgrading</i> ospedaliero	» 44
3. Una penalizzazione ingiustificata	» 47
4. Alcune indicazioni emerse	» 51
5. Il punto di vista della classe dirigente locale: i consiglieri regionali e i temi chiave della sanità	» 53
1. Il senso dell'indagine	» 53
2. Sì al federalismo sanitario, ma non tutti sono d'accordo	» 55
3. A ognuno il suo... le disparità da riconoscere	» 58
4. Il positivo giudizio sulla presenza del privato accreditato nel Servizio sanitario	» 59
6. La radice storica del valore sociale	» 65
1. Un'interpretazione trasversale all'evoluzione storica	» 65
2. La strategicità del privato nella sanità nel tempo	» 67
2.1. Gli anni dell'ostilità ideologica e della resilienza	» 67
2.2. La legittimità conquistata e la voglia di essere attore sistemico	» 71
2.3. Dalle ristrettezze del nuovo millennio al radicale cambio di scenario indotto dalla crisi	» 76
7. Le cose da cui ripartire	» 83
1. Risorse sufficienti per un Servizio sanitario efficiente: il punto di vista degli italiani	» 83

1.1. Tutelare il Servizio sanitario come istituzione vuol dire farlo funzionare meglio	pag. 83
1.2. Le spese per la salute sono un investimento	» 84
1.3. La sanità conta anche nelle scelte politico-elettorali	» 86
2. Ulteriori punti fermi	» 87
3. Perché l'ospedalità privata è oggi e per il futuro un protagonista primario del Servizio sanitario	» 89
Bibliografia	» 91

1. L'importanza sistemica del valore sociale creato dall'ospedalità privata

1. Un sistema in evoluzione indeciso sul cambiamento

Il Servizio sanitario italiano stenta sempre più a mantenere la promessa universalista dell'eguale tutela della salute per tutti ovunque, come dimostrano la lunghezza delle liste di attesa, le rilevanti differenze territoriali nell'accesso e nella qualità delle prestazioni, l'aumento di rinunce o rinvii delle cure, l'elevata e socialmente regressiva spesa sanitaria privata.

Uno stato di fatto che per gli italiani non mette in discussione il Servizio sanitario come istituzione e che tuttavia richiede interventi in grado di innalzare in tutti i territori le performance.

Una sfida non facile, visto che il divario evidente tra spesa sanitaria pubblica e fabbisogni dei cittadini è destinato ad ampliarsi per effetto delle persistenti misure di taglio o contenimento della spesa pubblica e della dinamica crescente dei fattori socio-demografici, tecnologici, di stili di vita ed epidemiologici che spingono in alto la domanda di servizi e prestazioni.

Eppure negli anni post-crisi, segnati dall'erosione evidente della copertura e della spesa pubblica, è cresciuta la potenza operativa e la *social reputation* di un modello diverso di sanità e di welfare in generale, connotato dal pluralismo degli operatori nell'erogazione dei servizi come nel finanziamento.

Se il pluralismo non è certo una novità, tuttavia oggi può giocare un ruolo molto più rilevante anche rispetto al passato recente, come un'opportunità molto concreta sulla quale puntare per invertire la con-

trazione dei livelli di tutela che amplia le disparità sociali e moltiplica le insicurezze.

L'ipotesi di un Servizio sanitario a più pilastri è oggi avvertito come un modello che può riampliare la copertura sociale purché, per esempio dal lato dei provider di servizi e prestazioni, siano finalmente aperti spazi agli operatori con più alta capacità gestionale, in grado di contribuire in modo decisivo a innalzare la redditività delle risorse, pubbliche e private, utilizzate.

Un obiettivo, quest'ultimo, sistemico e strategico, che impone una ridefinizione non solo degli approcci socio-culturali, ma degli aspetti regolatori e operativi, rompendo una volta per tutte le tante resistenze al pieno dispiegarsi dell'azione di tutti i soggetti pubblici e privati che, da sempre, sono presenti nella sanità italiana.

Ed è qui che emerge tutta la potenza del settore ospedaliero come esempio paradigmatico di un modello diverso di sanità che, se posto nelle condizioni di esprimersi compiutamente, metterebbe in campo soluzioni praticabili e sostenibili all'attuale deriva di erosione della tutela sanitaria.

2. Ostacolare il pluralismo nell'ospedalità distrugge valore sociale

La logica “un settore, due protagonisti: pubblico e privato” non è una novità per l'ospedalità, perché è inscritta nel suo Dna sin dall'istituzione e prima implementazione del Servizio sanitario nazionale.

In fondo, non sarebbe stato possibile mantenere la promessa fatta dalla Riforma sanitaria di garantire le cure ospedaliere a tutti gli italiani senza i posti letto del privato accreditato.

Tuttavia, il pluralismo formale in ambito ospedaliero si è dovuto scontrare nel tempo con un contesto di volta in volta ostile o, almeno, non amichevole verso i privati, dalle resistenze ideologiche delle prime fasi del Servizio sanitario nazionale, mai completamente abbandonate, ai più recenti stringenti vincoli finanziari e operativi.

Oggi però è ineludibile consentire alle strutture private accreditate di dispiegare la creazione di valore sociale indotta dalla propria azio-

ne, perché così può generare benefici crescenti per i cittadini e per il funzionamento del sistema.

E la ragione di tale affermazione diventa evidente considerando i componenti dell'azione delle strutture ospedaliere private a cui ascrivere la creazione di valore sociale:

- la capacità di *fare meglio con meno*, cioè la capacità messa in campo da sempre e che oggi diventa indispensabile, delle strutture private accreditate di garantire prestazioni di più alta qualità gestendo in modo più efficiente le risorse disponibili. Prestazioni ospedaliere che incontrano più alta soddisfazione dei cittadini e che, rispetto alle strutture pubbliche, hanno un dispendio inferiore di risorse. Non a caso erogano una quota pari al 28% delle prestazioni ospedaliere e assorbono il 15% della spesa ospedaliera totale;
- la funzione sistemica di stimolo ai *competitor* pubblici, che se non protetti e tutelati con meccanismi di risanamento surrettizio di inefficienze e risultati negativi sarebbero costretti a misurarsi con operatori che nel concreto dimostrano che con determinate risorse si possono garantire prestazioni di qualità più alta e/o che è possibile generare una tutela più alta per i cittadini con le risorse esistenti. Questa componente del valore sociale potrebbe dispiegare benefici molto più alti se solo si emancipasse la buona competizione pubblico-privato dagli accorgimenti regolatori o di altro tipo che proteggono l'ospedalità pubblica dai suoi risultati e scaricano di fatto i costi degli aggiustamenti sui privati accreditati;
- la capacità di interpretare bisogni e aspettative personalizzati di cittadini sempre più informati, consapevoli, evoluti, attenti alla qualità delle prestazioni e che vogliono esercitare la libertà di scelta, rivolgendosi alle strutture e ai medici di cui hanno fiducia e che erogano prestazioni di qualità più alta. La capacità delle strutture ospedaliere private di mettere in campo soluzioni più rispondenti alle esigenze più evolute e qualificate della domanda è antica, ma oggi assume un più alto valore sociale.

Emerge dal racconto dell'evoluzione dell'ospedalità privata incastonata nell'evoluzione del rapporto degli italiani con la salute e la sanità, e più ancora nello stato attuale del rapporto tra fabbisogni dei cittadini e offerta ospedaliera che far operare nel miglior modo pos-

sibile i diversi soggetti non è un'opzione ideologica contrapposta a quella antitetica del monopolio statale, piuttosto è uno stato di fatto inscritto nella materialità quotidiana del settore, che per dispiegare tutti i suoi effetti benefici ha bisogno di veder oltrepassate una volta per tutte le diverse forme di penalizzazione delle strutture private, consentendogli di dispiegare tutta la potenza del valore sociale che la loro azione può creare.

Più prestazioni di più alta qualità con le risorse esistenti nel Servizio sanitario, stimolo a far meglio alle strutture pubbliche e messa in campo di soluzioni più personalizzate in risposte alle aspettative più mature dei cittadini: sono benefici che rendono evidente come il pluralismo degli operatori e la loro azione siano oggi il modo migliore di interpretare l'obiettivo prioritario di bloccare l'erosione della tutela pubblica, riempiendo la piattaforma di copertura sanitaria e restituendo sicurezza sociale agli italiani.

A questo proposito, risultati significativi emergono dall'indagine su un *panel* di 100 consiglieri regionali, un pezzo significativo di classe dirigente locale con elevate responsabilità nella sanità regionalizzata. Infatti le opinioni sono molto differenziate territorialmente:

- nel giudizio sugli esiti del federalismo sanitario con positiva valutazione al Nord, negativa al Sud e, in misura minore, anche al Centro;
- sulle soluzioni per fronteggiare le differenti performance delle sanità regionali con la richiesta di penalità e premi da parte dei consiglieri del Nord e del Centro, e quella di un Fondo perequativo da parte di quelli del Sud e isole.

Le opinioni dei consiglieri regionali sono invece tendenzialmente omogenee nel valutare molto positivamente la presenza degli operatori privati nei diversi settori della sanità, in particolare nell'ospedaliero, perché integrano l'offerta pubblica e perché sono portatori di modelli di buona gestione.

E le opinioni dei consiglieri regionali riflettono quelle delle comunità di riferimento, rendendo evidente che è ormai radicata nella cultura sociopolitica di pezzi significativi di classe dirigente e nella cultura sociale collettiva più ampia, la percezione che gli operatori privati non sono ospiti inattesi o indesiderati del Servizio sanitario, ma protagonisti a tutto tondo generatori di valore sociale, la cui azione consente di

ampliare l'offerta di servizi e prestazioni sanitarie di più alta qualità, e stimola anche gli operatori pubblici a fare altrettanto.

Ne emerge un quadro senza ambiguità in cui la creazione di contesti normativi, regolatori e di riconoscimento economico che favoriscano il dispiegarsi della buona competizione tra strutture ospedaliere, a prescindere dalla loro forma giuridica, diventa un obiettivo socialmente rilevante, funzionale a una sanità migliore, sostenibile e, soprattutto, più capace di rispondere ai fabbisogni sanitari dei cittadini.

Occorre chiudere una fase di feroce taglio dell'offerta ospedaliera, troppo spesso non fondato sulle reali esigenze delle comunità di riferimento, e di concentrazione del costo degli aggiustamenti sulle strutture private accreditate.

E oggi il settore ospedaliero è nelle condizioni di operare fino in fondo secondo logica e pratica di un modello pluralista organizzato e trasparente, mostrando che il Servizio sanitario può ancora tenere fede alla sua promessa a cui gli italiani tengono moltissimo: una sanità per tutti, ovunque, quando serve.

2. *Le condizioni per una buona ospedalità*

1. Efficienza, qualità, stimolo alla buona competizione e aderenza alle aspettative più avanzate dei cittadini: i componenti del valore sociale

Quali sono i componenti del valore sociale dell'ospedalità privata, che ne connotano l'azione e che generano benefici ben oltre il suo perimetro?

Più alta efficienza, più alta qualità percepita, stimolo per gli altri soggetti dell'ospedaliero e aderenza ai bisogni di personalizzazione dei cittadini: ecco l'origine del valore sociale che l'ospedalità privata crea e che ne spiega la persistenza nel lungo periodo in un ambiente tradizionalmente ostile, un tempo in modo ideologico e oggi sul piano dell'operatività.

Da sempre l'ospedalità privata rispetto a quella pubblica ha mostrato di saper fare meglio con meno, con performance mediamente migliori; e questa capacità di unire efficienza e qualità gli consente di esercitare un ruolo sistemico di stimolo verso il meglio anche per gli ospedali pubblici, costretti a misurarsi con soggetti che nel concreto mostrano che è possibile con le risorse disponibili far coesistere economicità e qualità.

Esiste poi una sorta di *fil rouge* del valore sociale dell'ospedalità privata che attraversa le fasi della sua presenza nel Servizio sanitario: una capacità di seguire le punte più avanzate di evoluzione della cultura della domanda sanitaria dei cittadini; infatti, di fronte alla crescente

attenzione alla qualità e alla personalizzazione la risposta dell'ospedalità privata è stata più veloce e più incisiva, in linea appunto con quella maturazione della domanda sanitaria che, utilizzando la libertà di scelta e la capacità di selezionare le informazioni, va a cercare le soluzioni che reputa più adatte alle proprie esigenze.

Ecco svelato per il settore ospedaliero il nesso tra privati e creazione di valore sociale, che nasce dai risultati della propria gestione e dall'esercizio della funzione di stimolo al miglioramento delle performance complessive del sistema.

Il pluralismo nel Servizio sanitario italiano, e in particolare nell'ospedaliero, è un dato costitutivo, che lo caratterizza sin dalle sue origini, che è stato decisivo per rendere concreto quell'universalismo promesso che altrimenti sarebbe rimasto sulla carta.

E d'altro canto è ormai convinzione condivisa trasversalmente che il monopolio pubblico, anche in ambiti a forte connotazione sociale come la sanità, finisca per penalizzare proprio quei gruppi sociali che un sistema universalista dovrebbe tutelare di più.

Retoriche come centralità del paziente, umanizzazione del servizio, più qualità e più efficienza, restano vuoti annunci, se non incastonate in un processo sociale ed economico che stimoli le organizzazioni, a prescindere dalla loro forma giuridica, a massimizzare le azioni che tendono a quei risultati, a cominciare da un uso oculato ed efficiente delle risorse funzionale alla più alta spinta alla qualità.

E allora se efficienza e qualità sono esiti della capacità intrinseca dell'ospedalità privata di utilizzare al meglio le risorse, con modelli organizzativi, funzionali e operativi adeguati, la competizione che attiva con la sua presenza è un aspetto strutturale, sistemico, che genera un beneficio sociale più ampio, che impatta anche sui pazienti che si recano nelle strutture pubbliche.

Con una metafora si potrebbe dire che l'ospedalità privata opera come una lepre che corre in avanti e stimola tutti a rincorrerla così che tutti finiscano per raggiungere punti più avanzati nei sentieri; se così è, impallinare la lepre piuttosto che rincorrerla finirebbe per essere la più autolesionista delle azioni.

Piuttosto si tratta di mettere la lepre nelle condizioni di realizzare nelle migliori condizioni possibili la sua corsa, amplificando gli effetti

della sua esistenza e della sua azione, che tradotto vuol dire che sarebbe utile mettere l'ospitalità privata nelle migliori condizioni possibili di operare come pungolo competitivo.

Penalizzare l'ospitalità privata o addirittura pensare di fare della sanità un tutto pubblico omogeneo, senza diversità soggettuali e organizzative, finirebbe per ridurre drasticamente il tasso di performance di tutto il sistema.

2. Fare meglio con meno

È indiscutibile che la sanità, più di altri settori, ha subito gli effetti della scure indotta dalla crisi; più in generale è da tempo evidente che la spesa pubblica per la salute per andare dietro alla dinamica dei bisogni sanitari, è destinata a crescere in modo rilevante.

Pertanto, il taglio della spesa pubblica o, più ancora, il suo non adeguamento in relazione ai fabbisogni, al di là della crisi, è un dato strutturale con cui fare i conti e che, tra l'altro, impone di massimizzare la redditività delle risorse esistenti.

E questo è il compito reale di strutture, servizi e operatori del Servizio sanitario italiano, affinché sia garantita quella copertura sanitaria che pur con notevoli criticità e differenze territoriali resta un grande risultato italiano.

Ecco perché è fondamentale considerare il contributo degli operatori in relazione a questo obiettivo, che segnala in che misura contribuiscono a garantire copertura e qualità in assenza di crescita delle risorse.

Essere in grado di svolgere una gestione efficiente non è solo un titolo di merito generico, ma è il modo concreto per contribuire a un obiettivo prioritario del Servizio sanitario, visto che in tempi di risorse non crescenti o declinanti è l'unico modo per continuare a garantire copertura sanitaria sufficiente.

E a questo proposito, troppo spesso si dimentica che le strutture di diritto privato operano per il 90% all'interno del Servizio sanitario nazionale in regime di accreditamento, cioè sono attori a tutto tondo di quel sistema che deve garantire universalismo, e tale presenza risale all'istituzione del Servizio sanitario.

In questa chiave l'ospedalità privata svolge un ruolo interno, da co-protagonista, che si materializza nella capacità di erogare prestazioni di qualità a costi più bassi, ed è pertanto un motore, anzi uno dei principali motori, di razionalizzazione del sistema, in linea con quell'esigenza oggi centrale per la spesa pubblica di *fare di più, meglio, con meno*.

Eccoci al cuore del paradosso dell'ospedalità privata: continua a subire ostracismi culturali e sociopolitici, nonché penalizzazioni operative, poi però nel concreto è l'interprete migliore dell'esigenza primaria di questa fase della sanità e di quella pubblica in particolare: garantire l'erogazione di indispensabili prestazioni sanitarie, quali sono quelle ospedaliere, con un'efficienza votata alla qualità.

3. Stimolo alla competizione virtuosa, più alta sensibilità alle aspettative più avanzate

Quanto in precedenza esposto rende evidente il nesso efficienza-qualità come volano della creazione di valore sociale, e testimonia come l'ospedalità privata interpreti bene l'obiettivo sistemico di *fare meglio con meno* e grazie al concreto operare delle sue strutture convenzionate consente all'offerta, nei limiti penalizzanti fissati dalla normativa, di provare a ridurre il deficit rispetto al fabbisogno, mostrando un rapporto input-output quali-quantitativo migliore rispetto al pubblico.

Meno evidenti sono gli altri due componenti del valore sociale dell'ospedalità privata:

- il primo rinvia alla potenza sinora parzialmente espressa, che potrebbe dare molto alla sanità italiana, di stimolo ai *competitor* pubblici. Fare le cose per bene, anzi meglio, innesca potenzialmente uno stimolo a migliorare anche per i *competitor*, mediante un meccanismo emulativo, imitativo che i meccanismi della competizione, se non sono bloccati o rallentati artificialmente, attivano. In pratica, la potenza di questo componente della creazione di valore sociale potrebbe essere moltiplicata emancipando la competizione pubblico-privato dai tanti accorgimento regolatori che finiscono

per scaricare i costi sul privato. Consentire alle strutture private convenzionate di dispiegare la loro efficienza operativa e rimuovere gli accorgimenti vari che consentono all'ospedalità pubblica di allentare la morsa della buona gestione avrebbe benefici effetti sulla capacità del Servizio sanitario di garantire copertura dei fabbisogni;

- il secondo è legato alla capacità del privato di interpretare esigenze di cittadini informati, evoluti, responsabili che apprezzano la possibilità di scegliere e cercano una qualità più alta e personalizzata. Il nesso tra esigenze più evolute e qualificate della domanda e soluzioni messe in campo dal privato è antico e al contempo di grande contemporaneità.

4. Mai più monopolio pubblico

Si è già rilevato che il pluralismo della sanità non è una novità recente, ma è inscritto nel suo Dna, come in quello del welfare in generale; allo stesso tempo, a livello ideologico, sociopolitico e anche pratico, si è tentato di negare questa caratteristica, provando quasi a rimuoverla o comunque di neutralizzarla penalizzandola.

Malgrado quest'attitudine, all'uscita dalla fase di crisi la sanità italiana, come altri ambiti del welfare, è sempre più pluralista come dimostrano la dimensione rilevante della spesa sanitaria privata che si affianca a quella pubblica, lo sviluppo nuovo e originale della sanità integrativa e il persistente rilevante ruolo che i privati, inclusa l'ospedalità, giocano dentro al Servizio sanitario nazionale.

La moltiplicazione dei soggetti non è un'opzione ideologica che si contrappone a quella antitetica del monopolio statale, ma è uno stato di fatto quotidianamente vissuto dalla nostra sanità e in generale dal welfare; va sottolineato il fatto che nel sistema operano una pluralità di provider con ragione giuridica differente, pubblica, privata, *not for profit* che hanno dato risultati importanti ampliando la gamma di scelte dei cittadini, stimolando l'innovazione per effetto dell'interazione e della competizione di obiettivi, culture professionali e organizzative diversificate.

E il pluralismo tende a svilupparsi anche dal lato del finanziamento, con la coesistenza di una pluralità di fonti, pubblici da fiscalità generale e/o da contribuzione, privati puri e privati intermediati dall'assicurativo e dalla mutualità.

Tutto converge a dichiarare conclusa ogni forma di monopolio statale che pertanto non può più sopravvivere come obiettivo sociopolitico: nel socioassistenziale gli operatori non profit sono stati moltiplicatore di innovazione perché stimolo a cambiare approcci professionali e operativi, e così più di recente nel settore sanitario si è andata registrando una proliferazione di provider privati capaci di erogare a prezzi sostenibili servizi ammortizzando le difficoltà di accesso al settore pubblico.

E allora appare in tutta la sua connotazione passatista l'azione esplicita o strisciante di penalizzazione dell'ospedalità privata, perché non comprende il valore sociale specifico del suo contributo in un contesto pluralista, visto che sono operatori che tramite l'istituto dell'accredimento stanno dentro i confini del Servizio sanitario di cui ampliano l'offerta di posti letto, stanno sui mercati interamente privati e potrebbero diventare tra i protagonisti migliori delle risposte assistenziali alla nuova domanda proveniente dalla mutualità.

Se il pluralismo è un orizzonte di rilancio della sanità e del welfare, gli operatori privati, in particolare dell'ospedaliero, ne sono componente costitutiva e vitale perché danno un contributo decisivo alla capacità di riempiare la copertura pubblica valorizzando nella massima misura possibile le risorse che dalle diverse fonti soddisfano la domanda di salute.

Ecco perché riconoscere la natura pluralista della sanità significa attrezzarsi per consentire ai suoi effetti positivi di dispiegarsi, cominciando con il riconoscere la piena legittimità di tutti gli operatori, non solo retoricamente ma rimuovendo i meccanismi che ai vari livelli sono penalizzanti; è così che si potrebbe arrivare a dispiegare gli effetti positivi di un sistema che riconosce la molteplicità dei soggetti e gli consente di operare massimizzando il valore sociale della propria azione, senza doversi sistematicamente difendere da iniziative penalizzanti.

Se non si opera di conseguenza cresce il rischio del consolidamento di un pericoloso pluralista indefinito, non organizzato, che troppo

spesso costringe i cittadini a un doppio esborso, di tasse e di tariffe per l'acquisto delle prestazioni nel privato.

5. Un rischio da evitare

È fondamentale capire perché il welfare e la sanità pluralista sono l'ecosistema più adatto a fare da piattaforma di moltiplicazione del valore sociale dell'ospitalità privata.

Come noto, il requisito più importante assunto dal welfare è la configurazione articolata, con soggetti e processi diversificati, discrezionali e spontanei. È una lunga deriva del pluralismo che coinvolge organizzazione, erogazione dei servizi e finanziamento e che ormai va dispiegando in modo visibile i suoi effetti. Ed è questo l'asse portante di un welfare capace di rispondere alla complessità dei problemi e che più che di riforme risolutive ha bisogno di puntuali interventi di facilitazione o almeno di non penalizzazione delle sue componenti vitali.

La sanità e l'ospedaliere analizzate nel lungo periodo esprimono esperienze e elementi che raccontano di una buona interazione tra pubblico e non pubblico, con schemi trasferibili in altri contesti e che soprattutto hanno mostrato grande resilienza in un contesto istituzionale, culturale e finanziario troppo spesso poco amico, se non apertamente ostile.

Il quadro è però fatto anche di ombre poiché sono visibili interventi normativi, regolatori, di finanza pubblica che sono stati orientati a esigenze distanti da quelli di promuovere il modello di welfare più funzionale, e motivati piuttosto dall'esigenza di contenere o ridurre la spesa pubblica, con una deresponsabilizzazione finanziaria e operativa dello Stato nelle sue diverse articolazioni a cui ha fatto da pendant la già più volte citata maggiore esposizione finanziaria e di *care* delle famiglie e reti informali, con un evidente tendenza di spese e responsabilità.

Per questo oggi si è dinanzi a un pluralismo incompleto, che in molti casi assume non il volto virtuoso dello strumento che amplia la copertura, ma di un meccanismo quasi forzoso penalizzante per le famiglie, costrette a operare con pratica di supplenza, in condizioni avverse.

E il Sistema sanitario ne è il paradigma, con la crescita di spesa e offerta privata di servizi e prestazioni in risposta al contenimento della spesa pubblica.

Il racconto della sanità italiana di questa fase indica la strategicità dello schema multidimensionale, per incrementare la redditività delle risorse pubbliche e private attivate, e così ampliare la copertura e la sicurezza sociale.

Le soluzioni messe in campo a livello sociopolitico e istituzionale devono misurarsi con questa realtà andando oltre tecnicismi che finiscono per misurarsi poco con la realtà vissuta da cittadini e operatori.

Non è sufficiente una dichiarazione di generico apprezzamento della logica multipolare del Sistema sanitario, perché l'esito concreto non può che essere l'addio alle pratiche penalizzanti gli operatori privati che, di fatto, continuano a costellare il concreto operare del settore dell'ospedalità in Italia nelle sue articolazioni regionali.

6. Penalizzare il privato, una tentazione autolesionista da oltrepassare

Ecco il punto essenziale di cui oggi c'è assoluto bisogno per ri-ampliare la copertura del Servizio sanitario: rimuovere a ogni livello quei fattori che di fatto sconfessano il pluralismo, penalizzando alcuni soggetti non sulla base dei risultati, ma della forma giuridica della proprietà.

Il tema della penalizzazione di fatto degli operatori privati non è una novità perché i grandi tornanti normativi, soprattutto nella fase di prima applicazione sono stati sempre, o quasi sempre accompagnati da una propensione penalizzante per il privato.

Nella fase attuativa della Riforma istitutiva del Servizio sanitario nazionale quando molto forte era la spinta anti privatistica e per il monopolio pubblico; nelle riforme dei primi anni Novanta, dove sebbene l'onda "tutto pubblico" non fosse più così radicale sul piano ideologico, nell'operatività non si ebbero cambiamenti decisivi, viste le difficoltà nate dal neoregionalismo e dalle modalità di finanziamento. Poi la Riforma Bindi (d.lgs. 229/99) di fine decennio subordinò il finan-

ziamento dei servizi sanitari alle compatibilità di spesa pubblica, scaricando sugli operatori privati *in primis* tagli e tetti di spesa pubblica.

Poco dopo l'ondata devolutiva della riforma costituzionale che spaccettò *governance* e gestione delle risorse tra le Regioni costringendo gli operatori a un perenne *tour* dei vari servizi sanitari regionali per ogni aspetto della loro attività. Si è quindi approdati all'evidenza di una spesa pubblica incontrollabile il cui contenimento viene sistematicamente scaricato sul privato lasciando le strutture pubbliche di fatto libere di andare avanti con meccanismi di risanamento praticamente a piè di lista e con modalità non oculate di utilizzo delle risorse.

È vero che contenuto e orientamento del rapporto dei responsabili politici della sanità con il privato variano tra le Regioni, con la coesistenza di contesti ad alta penalizzazione e altri che provano a valorizzare il ruolo del privato, ma il tema coinvolge tutti: nella sanità pluralista non possono più esserci zone franche dove le regole sono diverse per operatori dello stesso settore.

3. Rispondendo alla crisi del Servizio sanitario

1. Lo scenario e le sue traiettorie

Perché l'articolazione istituzionale, organizzativa, funzionale e finanziaria del Servizio sanitario e in generale del welfare è oggi una necessità e non un'opzione ideologica?

Occorre partire dallo stato di fatto, dalla sanità quotidianamente vissuta dagli italiani per la quale è ormai certificato il *gap* tra fabbisogni sanitari e offerta del Servizio sanitario, in particolare della componente pubblica. E va fissato che tale *gap*:

- non solo esiste, ma senza opportune soluzioni è destinato a crescere;
- indietro comunque non si tornerà più, vale a dire che non ci sarà mai più una spesa pubblica per la sanità in grado di star dietro a livello e composizione della domanda sanitaria.

Del resto, si è rilevato che il modello nasce in modo spontaneo, per erosione del pubblico e sviluppo del privato e del non profit, dall'erogazione dei servizi al finanziamento.

È anche esito della reazione al rattrappimento della tutela indotto dai tagli di spesa pubblica, un modo spontaneo, operativo per temperare rassicurazione individuale e sostenibilità finanziaria, personalizzazione e coesione comunitaria, ricostruendo quella sensazione di sicurezza senza la quale sarà molto difficile un ciclo di rilancio della crescita.

La sanità pluralista avrà il non facile compito di bloccare l'erosione della protezione sociale evidente nell'asimmetria tra bisogni sociali e offerta di servizi e interventi, cui ascrivere il razionamento di bisogni e

la pressione finanziaria sulle famiglie, costrette a tappare i buchi della rete di tutela.

Come si vedrà nel merito, le famiglie rispondono all'insicurezza diffusa accumulando *cash* securizzante per affrontare di tasca propria i costi relativi a eventi avversi, con un'individualizzazione dei rischi sociali.

La salute, più ancora che altri grandi rischi sociali dalla vecchiaia all'inabilità alla non autosufficienza, è l'ambito più toccato dalla nuova insicurezza, in cui è forte la percezione delle persone della necessità di dover mettere in campo risorse proprie per coprire i costi economici.

Nella percezione collettiva cresce il convincimento che la sanità sia in grado di garantire prestazioni di base, lasciando tutto il resto a carico dei budget familiari. Così la sanità diventa paradigmatica perché vive alte difficoltà di accesso al pubblico per la lunghezza delle liste di attesa, un significativo incremento della spesa sanitaria privata e quote importanti di persone che rinunciano alle cure.

Lo spostamento di spesa verso il privato penalizza le famiglie con minore risorse e amplia le disuguaglianze sociali con il rischio che il Servizio sanitario, come il welfare nel suo insieme, subisca una mutazione genetica da fattore di integrazione dei redditi e generatore di sicurezza sociale a pesante voce di spesa per le famiglie che crea insicurezza sociale.

È il modo perverso con cui sotto la retorica dell'universalismo formale vive una feroce selettività di fatto nell'accesso alle prestazioni, che legittima le idee di una selezione discrezionale, un universalismo selettivo che si propone come risposta alle criticità della sanità.

Alternativa al razionamento formale o di fatto attuale diventa allora un approccio più attento e vitale al pluralismo oltrepassando una volta per tutte ogni penalizzazione del privato nelle sue diverse modalità operative, riconoscendo il valore dei soggetti *for profit* e *not for profit*, comunque non pubblici, per un nuovo ciclo espansivo della tutela sociale dalla malattia.

Lo sviluppo dei pilastri non pubblici deve diventare un'opzione sociale, politica e istituzionale consapevole, perché in grado di contribuire a un nuovo welfare efficace e sostenibile.

Come si è visto, l'ospedalità dimostra che consentire al privato di dispiegare la sua azione consentirebbe anche di innalzare la redditività dei flussi di spesa pubblica e privata già in movimento e che pesano sui bilanci familiari come tasse e come spesa privata.

Sarebbe un modo praticabile di riampiare la copertura sanitaria, ponendo un argine alla dinamica regressiva e perversa di un Servizio sanitario minimo sempre più minimo.

In sintesi, si può dire che il Servizio sanitario italiano, pluralista fin dalla sua istituzione, ha troppo a lungo sofferto anche per un pregiudizio negativo verso il privato, un tempo ideologico e oggi più economico, e che ha assoluto bisogno di essere oltrepassato, assumendo senza alcuna ambiguità la logica paritaria.

È una tappa evolutiva decisiva perché il Servizio sanitario torni a dare tutela, sicurezza, e anche un contributo allo sviluppo economico e alla creazione di occupazione nuova e di qualità.

E l'ospedalità è uno degli ambiti in cui questo processo virtuoso di piena legittimazione del pluralismo potrebbe moltiplicare il valore sociale creato, con benefici evidenti per i cittadini.

Ma per capire la potenza innovatrice di queste idee occorre guardare con realismo estremo alla situazione attuale, cioè capire dal punto di vista dei cittadini che le retoriche sull'universalismo garantito solo dal pubblico rendono la sanità inadeguata, e moltiplicano di fatto le disparità, penalizzando i gruppi sociali più deboli.

2. L'identikit inatteso del reale rapporto tra italiani e sanità

2.1. Mettersi dalla parte dei cittadini

Esiste un vizio antico di molti esperti, operatori e responsabili del Servizio sanitario di leggerne le dinamiche attuali e storiche in modo autoreferenziale, come una colossale macchina organizzativa che si sviluppa secondo linee proprie, quasi fosse avulso dal contesto socio-economico, culturale, di stili di vita delle persone e comunità per le quali opera.

È invece fondamentale definire con attenzione lo stato attuale, le contraddizioni sociali e le aspettative degli italiani nel loro rapporto con la salute e la sanità, e il modo in cui quest'ultimo si incastona negli stili di vita, nei comportamenti e nelle opinioni dei cittadini.

Infatti, la crisi ha modificato profondamente gli stili di vita, non solo quindi i bilanci pubblici e le relative esigenze di finanziamento, ma la quotidianità delle famiglie italiane di cui il rapporto con la salute e la sanità è un ambito vitale.

Questo scenario è decisivo rispetto a ogni considerazione sul Servizio sanitario e i suoi diversi settori. Se si alimenta l'idea che tutto sommato l'offerta del Servizio sanitario va bene così come è oggi, e che la spesa privata è esito di inapproprietezze, allora la scure sulla sanità è pienamente giustificata; se invece si guarda con attenzione alle scelte degli italiani su redditi, consumi e risparmi e, anche, alle scelte e decisioni degli italiani su salute e sanità, con la volontà di comprendere il significato sociale profondo, allora si colgono segnali decisivi sulla direzione da scegliere per dare sanità migliore e più sicurezza ai cittadini.

2.2. Risparmiare e spendere per la sanità non è più un'eccezione

C'è stato un tempo in cui la sanità era un ambito altamente tutelato, dove gli italiani potevano contare su un formidabile meccanismo di protezione dai rischi relativi alla malattia.

Il Servizio sanitario italiano resta altamente performante e tuttavia è visibilmente in difficoltà di fronte alla convergenza di processi quali la ridotta disponibilità di risorse pubbliche e le crescenti difficoltà di accesso alle strutture pubbliche, l'invecchiamento e la cronicità con relativo decollo dei fabbisogni sanitari, e le più elevate aspettative dei cittadini su qualità di professionisti e servizi.

L'incremento della spesa sanitaria privata, *out of pocket*, è stato indotto dall'intreccio tra difficoltà del pubblico e balzo in alto delle aspettative dei cittadini, nel senso che non ci si limita a ricorrere al privato quando la porta d'accesso al pubblico è stretta o bloccata, ma

entrano in gioco anche esigenze più avanzate, mature, di richiesta di qualità dei cittadini.

Le spese private associate in vario modo alla salute e alla malattia sono ormai consistenti; peraltro le patologie croniche generano costi continuativi e difficilmente compressibili, e la percezione diffusa che in caso di insorgenza di una patologia si potrebbe essere comunque costretti a metter mano, pur in presenza della copertura pubblica, alle proprie risorse ha generato una diffusa insicurezza che è tra le ragioni primarie del nuovo risparmio fatto di *cash* securizzante.

I dati indicano che per gli italiani tra le priorità che spiegano la necessità di tenere in forma liquida le risorse prevale il richiamo alle spese sanitarie private indicate dal 73,4% degli intervistati che gli attribuiscono la massima priorità¹. Tenere *cash* a scopo securizzante in caso di problemi di salute è più importante che avere soldi per aiutare i figli o per assicurargli un'adeguata educazione o per far fronte alle spese di tutti i giorni o, ancora, per usarli per una vecchiaia serena (tab. 1).

Tab. 1 – Le priorità degli italiani per il cash cautelativo (val. %)

	<i>Val. %</i>
Sostenere spese sanitarie	73,4
Aiutare economicamente i figli	71,1
Assicurare un'adeguata formazione per i figli	69,9
Far fronte alla spese di tutti i giorni	66,7
Destinarli a forme integrative della mia futura pensione	40,4
Aspettare migliori condizioni per poter effettuare investimenti più redditizi	39,4
Aumentare i consumi	33,4

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

Fonte: Censis-Aiop, *Il valore sociale dell'ospedalità privata nella sanità pluralista*, 2018

Il mare di *cash* precauzionale delle famiglie, incrementato in misura rilevante rispetto all'inizio della crisi, ha come ragione primaria la paura di dover fronteggiare spese relative alla salute e alla sanità. È

¹ Indagine Censis-Aiop, *Il valore sociale dell'ospedalità privata nella sanità pluralista*, 2018.

questo l'indicatore più forte della nuova insicurezza sanitaria, assolutamente sconosciuta in questa dimensione dalle generazioni precedenti e si potrebbe dire fino all'esplosione della crisi.

Il nesso tra insicurezza rispetto al rischio malattia e accumulo di *cash* è oggi strategico perché dice che la promessa dell'universalismo del diritto alla salute nella materialità del quotidiano non è più credibile al punto che le famiglie reagiscono modificando la gestione di redditi e patrimoni.

Quindi, la sanità italiana, pur restando tra le più performanti al mondo, non trasferisce ai cittadini quella sensazione di sicurezza e copertura in caso di malattia in grado di emanciparli dall'ansia di avere soldi da parte per rispondere ai costi che i bisogni sanitari potrebbero generare.

E allora non può sorprendere che tra le famiglie che hanno dovuto affrontare spese sanitarie private spicca la quota che non è riuscita a coprirle con il proprio reddito, ma ha dovuto fare ricorso ai propri risparmi:

- il 61% delle famiglie ha utilizzato il reddito familiare per coprire le spese sanitarie private;
- il 32,1% ha dovuto far ricorso al proprio risparmio;
- il 4,4% ha chiesto aiuti alla rete familiare e di amicizie e un ulteriore 1,6% ha chiesto prestiti a banche, istituti di credito ecc. (tab. 2)².

Il dato di grande interesse è che la copertura delle spese sanitarie private ha richiesto un più ampio ricorso al risparmio tra le famiglie meno abbienti tra le quali ben il 36% ha finanziato le spese sanitarie private con il risparmio, quota che scende al 29,5% per il ceto medio (dato comunque elevato) e al 15,8% tra gli abbienti.

Ecco svelato un meccanismo sociale particolare, che incide pesantemente sul tenore di vita delle famiglie: al ridursi del reddito si amplia la necessità di dar fondo ai risparmi per coprire le spese sanitarie private.

² *VII Rapporto Rbm-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata*, 2017.

Tab. 2 – Fonti di finanziamento delle famiglie per le spese impreviste per la salute, per ceto sociale di appartenenza (*)
(val. %)

	Lei si sente di appartenere a un ceto:			Totale
	Basso	Medio	Alto	
Reddito familiare	55,4	68,9	84,2	61,9
Risparmi	36,0	29,5	15,8	32,1
Aiuti da amici, parenti, conoscenti	6,8	0,6	–	4,4
Prestiti in banca, altri istituti	1,8	1,0	–	1,6
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

(*) I dati sono relativi alla quota di intervistati che hanno dovuto affrontare spese sanitarie impreviste.

Fonte: VII Rapporto Rbm-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata, 2017

Così il risparmio cautelativo per coprire spese sanitarie possibili tende a diventare una componente strutturale dell'allocazione delle risorse delle famiglie e, per quelle meno abbienti, la disponibilità di risparmio utilizzabile subito per pagare la sanità che acquistano è indispensabile, visto che i flussi di reddito non sono sufficienti.

La spesa sanitaria così assume un volto regressivo, e più penalizzante per i redditi più bassi; infatti essa costringe a metter mano non solo al reddito ma al risparmio, e l'esperienza di massa di queste situazioni potenzia la propensione a tenere *cash* securizzante.

L'esito di questa deriva privatistica della spesa per la sanità è una disuguaglianza sociale aggiuntiva che i dati evidenziano con nettezza; infatti, se si considerano gli italiani che hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi per fronteggiare le spese sanitarie private emerge la relazione inversa con il livello socioeconomico, poiché si passa dal 19,9% tra i meno abbienti, al 7,6% tra quelli con condizione media al 3,2% tra i benestanti (tab. 3).

Redditi insufficienti a coprire le spese sanitarie obbligano a ricorrere al risparmio, e gli italiani per esser pronti in caso di insorgenza di nuove spese sanitarie tendono a tenere fermo *cash*, pronto a essere utilizzato in caso di bisogno.

Il quadro regressivo si completa con il fatto che il 42,1% delle famiglie meno abbienti ha avuto difficoltà nel pagare prestazioni sanitarie acquistate direttamente, laddove nelle famiglie con condizione media è stato il 18,4% e tra quelle più abbienti, benestanti il 9,7% (tab. 4).

Analogamente regressivo è il meccanismo della spesa sanitaria relativo all'indebitamento legato al finanziamento delle spese sanitarie che coinvolge il 7,6% delle famiglie meno abbienti, l'11,7% di quelle con condizione media e il 3,2% per le più abbienti.

Altro indicatore significativo di spesa sanitaria privata penalizzante per chi più ha bisogno e/o ha meno risorse emerge dal fatto che, come rilevato, la spesa sanitaria privata non coinvolge solo ed esclusivamente i benestanti alla ricerca della sanità migliore, ma è parte dei budget familiari dei gruppi sociali a minor reddito, visto che circa il 75% di essi e il 76,6% dei malati cronici hanno dovuto affrontare spese sanitarie di tasca propria.

Tab. 3 – Italiani che hanno dovuto utilizzare tutti i propri risparmi per sostenere spese sanitarie, per classe/ceto sociale di appartenenza (val. %)

	<i>Lei si sente di appartenere a un ceto:</i>		<i>Totale</i>
	<i>Basso</i>	<i>Medio</i>	
<i>Sì</i>	19,9	7,6	14,1
<i>No</i>	80,1	92,4	85,9
<i>Totale</i>	100,0	100,0	100,0

Fonte: VII Rapporto Rbm-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata, 2017

Tab. 4 – Italiani che hanno avuto difficoltà nel pagare spese sanitarie di tasca propria, per classe/ceto sociale di appartenenza (val. %)

	<i>Lei si sente di appartenere a un ceto:</i>		<i>Totale</i>
	<i>Basso</i>	<i>Medio</i>	
<i>Sì</i>	42,1	18,4	31,5
<i>No</i>	57,9	81,6	68,5
<i>Totale</i>	100,0	100,0	100,0

Fonte: VII Rapporto Rbm-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata, 2017

Inoltre, la spesa sanitaria *out of pocket* pro-capite per età mostra un trend crescente nel ciclo di vita: fatta 100 la spesa sanitaria privata pro-capite degli italiani per i *Millennials* il numero indice è pari a 63,5, per i *Baby boomers* a 98,5 e per gli anziani a 146³.

Invecchiando aumenta la spesa per servizi e prestazioni sanitarie da acquistare sul mercato privato o con ticket.

Inoltre, fatta 100 la spesa sanitaria privata pro-capite degli italiani, quella di una persona non autosufficiente è pari a 212,1; vale a dire che le patologie che intaccano la piena autonomia nel quotidiano, moltiplicano la domanda sanitaria e obbligano a spendere di più di tasca propria.

Invecchiando e/o ammalandosi si paga di più *out of pocket*: è così visibilmente azzerato ogni universalismo, con costi della malattia non mutualizzati ma individualizzati e affrontati con risorse proprie.

Ecco il meccanismo perverso della spesa sanitaria privata che si è ormai consolidato nel corpo sociale e nella distribuzione del benessere economico e sociale nella popolazione: i ceti meno abbienti sono esposti tanto quanto quelli benestanti al razionamento dell'offerta pubblica e pertanto, laddove il bisogno sanitario lo richiama, sono costretti a metter mano al proprio portafoglio per acquistare prestazioni nel privato, cosa che inevitabilmente provoca impatti socialmente regressivi.

Questa situazione non è assolutamente casuale, ma è anche esito di scelte di spesa pubblica in sanità che hanno oscillato tra tagli evidenti, soprattutto nelle Regioni in Piano di rientro alle prese con condizioni debitorie importanti, e mancati adeguamenti che si sono riflessi nei meccanismi occulti di razionamento, di cui la lunghezza delle liste di attesa è il più conosciuto.

2.3. Alcuni dati utili

Le decisioni di spesa dei cittadini sono esito di una molteplicità di fattori di contesto e soggettivi che rendono sempre complessa ogni comparazione, tanto più quando va fatto tra voci di spesa pubblica e privata.

³ *VII Rapporto Rbm-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata*, 2017.

In sanità il problema è ancora più complesso perché tradizionalmente la disponibilità di dati è stata soggetta a oscillazioni, ritardi, aggiustamenti *ex post*, con persistenza di differenze a seconda della fonte, né va dimenticato che la spesa sanitaria privata delle famiglie è comunque esito di un'indagine di popolazione con tutta la complessità del caso.

Tuttavia nel tempo si è registrata una sostanziale condivisione tra esperti e operatori su alcune dinamiche:

- la spesa pubblica per la sanità di certo non è su un sentiero di crescita;
- la spesa privata, sia pure con oscillazioni ridotte, nel medio periodo va crescendo.

Un riferimento importante consiste nell'analisi delle voci pubbliche e private come quote della spesa sanitaria totale. Analizzando la distribuzione della spesa totale dal 2010 al 2016 si rileva un'evidente tendenza verso il privato, infatti (tab. 5)⁴:

- la quota di spesa sanitaria pubblica è passata dal 78,5% del totale al 75,8% con una differenza percentuale di -2,7;
- la spesa privata è ovviamente salita degli stessi punti percentuali passando da 21,5% a 24,2%.

Al di là delle dinamiche specifiche, legate anche alla struttura dei consumi degli italiani che sta cambiando molto rapidamente, è chiaro che per la salute il finanziamento delle prestazioni pesa di più sui budget privati di quanto facesse alcuni anni fa.

Non è quindi una forzatura ideologica rilevare che il fenomeno chiave da capire consiste proprio nella dinamica ascensionale della spesa per la salute delle famiglie con incidenze sconosciute in passato.

Ed è una sorta di indicatore quotidiano, materiale, tramite il quale milioni di famiglie italiane stanno facendo apprendistato dell'erosione della sanità a monopolio statale e a spesa pubblica, e dell'evidente articolazione crescente del sistema, non più solo dal lato dei provider di servizi ma anche da quello delle fonti di finanziamento.

Gli ormai rilevanti flussi di risorse private sono utilizzate sia per acquistare su mercati privati servizi e prestazioni sia per integrare con forme varie di *copayment* le risorse pubbliche.

⁴ Istat, *Contabilità nazionale*, 2006, 2011, 2016.

Tab. 5 – La spesa sanitaria pubblica e privata in Italia, 2005-2016 (v.a. in milioni di euro correnti, val. % e diff. % e var. ai prezzi reali)

Anni	Spesa pubblica		Spesa privata		Spesa sanitaria totale	
	v.a. mln €	% su spesa totale	v.a. mln €	% su spesa totale	v.a. mln €	% su spesa totale
2005	96.519	77,5	28.040	22,5	124.559	100,0
2010	112.795	78,5	30.954	21,5	143.749	100,0
2016	111.928	75,8	35.682	24,2	147.610	100,0
<i>Diff. %</i>						
2005-2010		+1,0		-1,0		
2010-2016		-2,7		+2,7		
2005-2016		-1,7		+1,7		

Fonte: Istat, *Contabilità nazionale*, 2006, 2011, 2016

Troppo spesso, infatti, si dimentica che i cittadini mettono mano a risorse proprie non solo quando si recano sui mercati privati pagando le prestazioni per intero, ma anche per accedere a prestazioni coperte dal Servizio sanitario cui contribuiscono con ticket e altre forme di compartecipazione (tab. 6).

A questo proposito dai dati emerge che la compartecipazione totale dei cittadini è cresciuta con un tasso medio annuo pari al 5,9% nel periodo che va dal 2008 al 2016, passando da 1,7 miliardi di euro a 2,9 miliardi di euro. Nello stesso periodo si verifica un balzo in alto dei ticket per farmaci con addirittura +133,8% e un robusto aumento della compartecipazione per altre prestazioni sanitarie (del +15,9%).

In generale la spesa sanitaria privata è mal percepita dai cittadini poiché viene vissuta come una duplicazione, giacché alle risorse pubbliche della fiscalità devono aggiungere ulteriori risorse proprie.

D'altro canto, ci sono pezzi ulteriori di spesa sanitaria privata all'interno di altre spese delle famiglie, a cominciare da quella per l'assistenza ai non autosufficienti con patologie croniche, che si stima sia pari a circa 9 miliardi di euro annui solo per le retribuzioni delle badanti. Al suo interno si annida una componente di spesa sanitaria inappropriata che risponde sempre a fabbisogni di tipo sanitario e sociosanitario, come per esempio le prestazioni infermieristiche erogate da tante badanti.

Tab. 6 – Compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria pubblica, anni 2008-2016 (v.a. in milioni di euro correnti, val. %, var. % reali)

<i>Anni</i>	<i>Compartecipazione per prestazioni sanitarie (v.a. mln € correnti)</i>	<i>Ticket sui farmaci (v.a. mln € correnti)</i>	<i>Totale compartecipazione (v.a. mln € correnti)</i>	<i>% compartecipazione sulla spesa sanitaria pubblica</i>
2008	1.143	647	1.790	1,6
2016	1.347	1.539	2.886	2,6
Var. % reale: 2008-2016	15,9	133,8	58,5	
Tasso di crescita medio annuo reale: 2008-2016	1,9	11,2	5,9	

Fonte: Corte dei Conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, 2009, 2017; Istat *Contabilità nazionale*, 2009, 2017

Le spese sanitarie esplicite e implicite insieme ad altre spese per welfare per quote rilevanti di famiglie pesano ormai molto o abbastanza sul budget familiare contribuendo in molti casi a farlo traballare.

Certo la spesa sanitaria privata non è una novità dei nostri giorni, risale indietro nel tempo, sia come spesa diretta per l'acquisto di prestazioni a pagamento intero, sia come compartecipazione per l'accesso a prestazioni nel Servizio sanitario.

Si pensi, per esempio, ai ticket sui farmaci che, in alcune fasi sono stati particolarmente onerosi; e d'altro canto, risale indietro nel tempo anche una motivazione più soggettiva, evoluta, personalizzata di spesa privata legata alla volontà dei cittadini di scegliere strutture o medici di fiducia.

Una spesa privata motivata dalla voglia di costruire percorsi di autotutela modulati sulle proprie specifiche esigenze e aspettative, un welfare fai-da-te, personalizzato, che i gruppi sociali con maggiore disponibilità economica, laddove ne hanno le opportunità, tendono a praticare.

E tuttavia, guai a sottovalutare l'impatto di trasformazione radicale del contesto generale e di quello specifico della sanità della grande crisi del 2008 che ha modificato l'intensità e il peso relativo delle motivazioni della spesa privata per la sanità e per il welfare in generale.

Non si può non rilevare l'arretramento evidente dei confini dell'intervento pubblico, e l'ampliarsi del *gap* tra fabbisogni sanitari e sociosanitari e offerta pubblica; un arretramento che emerge appunto dal confronto tra dinamiche dei fabbisogni sanitari in evidente decollo e pubblica in evidente stallo, se non arretramento.

Il *VII Rapporto Rbm-Censis* mostra la crescita degli italiani che dichiarano di aver fatto ricorso alle strutture e ai servizi privati perché l'attesa nel pubblico era troppo lunga: il 62,5% come dato medio nazionale e il 72,9% nelle regioni del Sud e isole.

È un razionamento occulto della domanda indotto dalla lunghezza delle liste di attesa che ha raggiunto livelli nuovi, attivando lo spostamento di cittadini verso il privato per molte prestazioni, con relativo incremento dell'associata spesa sanitaria privata.

In sintesi, la spinta alla spesa privata indotta più da esigenze di supplenza delle carenze del pubblico che dalla voglia di personalizzare

l'acquisto delle prestazioni emerge dalla dinamica simmetrica di spesa privata e numero di persone costrette a rinunciare a prestazioni sanitarie per ragioni economiche: due variabili che crescono in parallelo certificando che anche la sanità oggi contribuisce ad ampliare le disuguaglianze sociali, con la differenziazione delle possibilità di accesso alle prestazioni di cui si ha bisogno.

Resta, con peso nettamente minore, anche il ruolo della componente motivazionale più soggettiva del ricorso al privato come meccanismo di scelta legato alle preferenze, ed è interessante che siano i *Millennials* ad avere più forte tale voglia di personalizzazione del rapporto con la sanità.

4. *Il virtuoso pluralismo nell'ospedalità*

1. **Le irreali retoriche sull'ospedalità e il loro realissimo costo**

L'ospedalità è in sanità uno degli ambiti più bersagliati dagli esiti di decisioni formalmente fondate su analisi dei dati sociodemografici ed epidemiologici e in realtà indotte nella loro materiale applicazione dall'egemonia di fatto di un approccio ragionieristico alla sanità stessa.

Esempio eclatante è il taglio drastico del settore applicato in modo intenso e lineare sui posti letto ospedalieri con una determinazione continuativa nel tempo, senza attenzione alla composizione dei fabbisogni ospedalieri delle comunità coinvolte.

Prendendo in considerazione un indicatore generale come il tasso di ospedalizzazione si rileva che è passato da 192,8 per 1.000 nel 2008 a 156,2 per 1.000 nel 2013 a 140,9 per 1.000 nel 2016. Anche i ricoveri sono ovviamente in caduta libera con -25,6% tra 2008 e 2016 e -8% tra 2013 e 2016 (tab. 7)⁵.

La caduta dei tassi di ospedalizzazione per regione varia tra il caso del Veneto, il cui tasso di ospedalizzazione è pari a 130 per 1.000 e nel periodo 2013 e 2016 si è ridotto di -2,2 punti e il caso della Puglia dove la il tasso di ospedalizzazione è pari a 135 per 1.000 con -30,9 punti percentuali (tab. 8).

Anche le giornate di degenza negli ospedali pubblici e privati accreditati si sono ridotte in quattro anni da quasi 68 milioni del 2011 a 61,1 milioni del 2015, con -10%.

⁵ Ministero della Salute, *Rapporto Sdo 2016*, 2017.

Tab. 7 – Ricoveri e tassi di ospedalizzazione in Italia, 2000-2016 (v.a., val. per 1.000, var. % e differenze)

<i>Anni</i>	<i>Ricoveri (*) (v.a.)</i>	<i>Tassi di ospedalizzazione (per 1.000 ab.)</i>
2000	12.320.050	212,1
2008	11.677.375	192,8
2013	9.450.176	156,2
2016	8.692.371	140,9
<i>Var.%</i>		
2000-2016	-29,4	
2008-2016	-25,6	
2013-2016	-8,0	
<i>Diff.</i>		
2000-2016		-71,2
2008-2016		-51,9
2013-2016		-15,3

(*) Totale dei ricoveri ospedalieri, escluso nido

Fonte: Ministero della Salute, *Rapporto Sdo 2016*, 2017

I dati riflettono la contrazione discrezionale della capacità ricettiva degli ospedali, i cui parametri sono indicati dal Dm 2/4/2015, n. 70, che ha fissato in 2,7 per 1.000 i posti letto ospedalieri, lontano dalla media dei Paesi europei dell'Ocse per i quali è pari a 4 posti letto per acuti per 1.000 abitanti.

Peraltro, questo potente *downsizing* è stato praticato in nome di una sanità più territoriale, cioè più adeguata ai bisogni dei cittadini, ma in realtà non ha fatto che generare un ulteriore fenomeno di razionamento sanitario.

Infatti, la prima importante penalizzazione di questo taglio orizzontale del settore ospedaliero ha colpito i cittadini alle prese con un'offerta sottodimensionata rispetto alle proprie esigenze.

Sui territori sono rimaste strutture ospedaliere pubbliche e private amputate nei posti letto a fronte di una domanda di prestazioni ospedaliere di certo non in declino; anche perché in parallelo non si sono sviluppati quei servizi territoriali e di continuità assistenziale che avrebbero dovuto prendere di fatto il posto dell'ospitalità.

Tab. 8 – *Andamento dei tassi di ospedalizzazione per regione, 2013-2016 (val. per 1.000 abitanti, differenze)*

<i>Rank</i>	<i>Regioni</i>	<i>Diff. tassi di ospedalizzazione 2013-2016</i>	<i>Tassi di ospedalizzazione (per 1.000 ab.) 2016</i>
1	Veneto	-2,2	130,0
2	Basilicata	-7,1	140,8
3	Marche	-7,6	145,6
4	Sardegna	-7,8	157,1
5	Lombardia	-8,1	132,5
6	Toscana	-8,9	134,8
7	Friuli V. Giulia	-10,0	140,7
8	Emilia Romagna	-11,5	152,0
9	Umbria	-11,5	149,2
10	Piemonte	-11,5	138,2
11	Bolzano	-11,7	153,3
12	Trento	-12,0	152,7
13	Liguria	-15,4	166,0
14	Abruzzo	-18,5	153,5
15	Valle d'Aosta	-18,8	173,0
16	Campania	-19,7	163,0
17	Calabria	-19,7	131,0
18	Molise	-24,2	161,0
19	Lazio	-25,7	144,3
20	Sicilia	-29,1	121,0
21	Puglia	-30,9	135,0
	Italia	-15,3	140,9

Fonte: Ministero della Salute, *Rapporto Sdo 2016, 2017*

Esito evidente è stato l'allungamento delle liste di attesa e una difficoltà di accesso che è ormai esperienza diffusa, anche se con intensità diversa nei vari territori.

Altro aspetto che è importante focalizzare è che la politica di tagli ha toccato il settore ospedaliero in modo visibilmente differenziato poiché, a seguito del perverso gioco di allentamento della pressione per la razionalità economica sugli ospedali pubblici e della persistenza

della stessa pressione su quelli privati, questi ultimi hanno pagato il costo più alto dell'epocale disimpegno del Servizio sanitario dall'ospedale.

Taglio dei posti letto, divario tra fabbisogno ospedaliero reale e offerta e pressione sugli operatori privati accreditati sono conseguenze diverse della scelta di disimpegno del Servizio sanitario dall'ospedale.

2. Cittadini e operatori privati pagano il costo del *downgrading* ospedaliero

I dati strutturali raccontano che il sistema ospedaliero italiano è fatto di due pilastri (tab. 9)⁶:

- il pubblico con 465 unità per 138.377 posti letto e rapporto posti letto per ospedale pari a 298;
- il privato con 591 unità, 58.714 posti letto e 99 posti letto per ospedale.

In termini di giornate di degenza, delle 61,1 milioni in un anno ben il 71,7% è relativo a strutture pubbliche, mentre il 28,3% ha riguardato ospedali privati; così la spesa pubblica ospedaliera è per l'86,4% destinata alle strutture pubbliche e per il 13,6% a quelle private accreditate, che peraltro hanno subito una contrazione (tab. 10).

Gli ospedali pubblici inclusi gli assimilati⁷ sono il 52,1% del totale, mentre gli altri ospedali privati, intesi come case di cura accreditate, sono il 47,9%; la distribuzione tra le due tipologie è tendenzialmente equilibrata nelle varie regioni, tanto da poter parlare di un sistema misto. In sette regioni l'equilibrio è migliore, nelle restanti vi è una certa prevalenza di strutture pubbliche.

In termini di posti letto il sistema vede il 79,1% nel pubblico e il rimanente 20,9% nel privato, con una notevole articolazione regionale che va dai casi di picchi di offerta pubblica come Liguria o Veneto, a

⁶ Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Quindicesimo Rapporto annuale 2017, 2018.*

⁷ Per “assimilati” si intendono Policlinici universitari privati, Irccs privati, Ospedali ecclesiastici classificati, Presidi Asl ed Enti di ricerca.

casi di più alte quote di posti letto in strutture private accreditate come in Campania, Calabria e anche nel Lazio e in Emilia Romagna.

In generale, si constata una relativa stabilizzazione della distribuzione dei posti letti tra pubblico e privato, minacciati però da persistenti processi di riduzione dell'ospedaliero che non sembrano essersi emancipati dalla propensione a colpire e penalizzare il privato, costringendolo ad assorbire la gran parte dei costi e delle penalizzazioni.

Tab. 9 – Numero di ospedali e di posti letto in ospedali pubblici e privati accreditati, 2014 (v.a.)

<i>Ripartizioni geografiche</i>	<i>Ospedali pubblici</i>			<i>Ospedali privati accreditati</i>		
	<i>N. ospedali</i>	<i>N. posti letto</i>	<i>Posti letto per ospedale</i>	<i>N. ospedali</i>	<i>N. posti letto</i>	<i>Posti letto per ospedale</i>
Nord	151	71.778	475	242	27.809	115
Centro	98	25.532	261	125	12.640	101
Sud	216	41.067	190	224	18.265	82
Totale	465	138.377	298	591	58.714	99

Fonte: Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Quindicesimo Rapporto annuale 2017*

Tab. 10 – Numero di giornate di degenza negli ospedali pubblici e privati accreditati, per area geografica, 2014-2015 (v.a. in milioni e val. %)

<i>Area</i>	<i>N. di giornate di degenza negli ospedali pubblici</i>				<i>N. di giornate di degenza negli ospedali privati accreditati</i>			
	<i>2014</i>		<i>2015</i>		<i>2014</i>		<i>2015</i>	
	<i>v.a. in mln</i>	<i>val. %</i>	<i>v.a. in mln</i>	<i>val. %</i>	<i>v.a. in mln</i>	<i>val. %</i>	<i>v.a. in mln</i>	<i>val. %</i>
Nord	23,2	52,3	22,5	51,4	8,1	46,6	8,3	47,7
Centro	8,0	18,0	8,2	18,7	4,0	22,9	4,0	23,0
Sud	13,2	29,7	13,1	29,9	5,3	30,5	5,1	29,3
Totale	44,4	100,0	43,8	100,0	17,4	100,0	17,4	100,0

Fonte: Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Quindicesimo Rapporto annuale 2017*

In generale, il settore ospedaliero, malgrado le sforbiciate e la penalizzazione del privato è ancora oggi un settore con un *pluralismo di fatto* che lo rende comunque un esempio paradigmatico dell'articolazione di tipologie di operatori, requisito strutturale fondante della nuova fase di welfare.

La potenza di questo pluralismo, e al contempo i rischi cui è esposto, sono più chiari laddove si analizza il percorso che nel periodo più recente ha portato all'articolazione attuale.

Come rilevato, il settore ospedaliero è stato epicentro di una retorica che ha saldato la deospedalizzazione dell'offerta sanitaria alla necessità di adeguarla alla nuova epidemiologia fatta più di cronicità che di acuzie, e necessitante più di continuità assistenziale sul territorio, e residenzialità per lungodegenti che di ospedali per acuti.

Su questa base, ovviamente, si sarebbe dovuto assistere a un transfert, che mai è avvenuto nel modo annunciato, di risorse monetarie, umane e fisiche dall'ospedale ai servizi sul territorio e, in particolare, ai servizi domiciliari. I dati indicano che in quattro anni, dal 2010 al 2014, si è avuta una riduzione⁸:

- del numero di istituti pubblici e assimilati e istituti privati intesi come case di cura accreditate da 1.163 a 1.056, -9,2%;
- delle case di cura private accreditate da 529 a 506, -4,3%;
- dei posti letto complessivi da 214.548 per 70.307.758 di giornate di degenze a 197.091 posti letto per 61.156.735.

Come rilevato, a questa strategia di sistematico ridimensionamento non ha fatto da contraltare il potenziamento dei servizi sul territorio, con effetto netto un peggioramento dell'assistenza e del grado di copertura; e una pressione più alta sulle residue strutture ospedaliere, soprattutto da parte di pazienti anziani alle prese con bisogni sanitari per i quali non sono stati attivati localmente i servizi verso i quali sarebbero dovute andare le risorse tolte agli ospedali.

A vincere è stata una concezione ragionieristica e astratta della salute e della sanità, in cui i fabbisogni sanitari contano poco e a prevalere sono le concrete esigenze di vincolo di bilancio pubblico e le

⁸ Indagini Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Decimo Rapporto annuale 2012, 2013; Quindicesimo Rapporto annuale 2017, 2018.*

relative concrete possibilità di finanziamento; in sostanza, le priorità di bilancio pubblico e finanziarie dettano il ritmo di crescita e/o smantellamento della sanità e dei suoi settori.

Il taglio dell'ospedaliero, oltre a essere indifferente alla composizione dei fabbisogni nei rispettivi bacini di riferimento, ha attuato una selezione interna al settore nella distribuzione di costi e penalità dei tagli stessi; infatti, tra i due soggetti protagonisti del sistema, c'è stato un taglio diseguale, poiché per quanto possibile ha prevalso la priorità della tutela del flusso di risorse alle strutture pubbliche piuttosto che alle private, senza che questa allocazione preferenziale fosse radicata nelle concrete performance e dotazioni strutturali e funzionali.

Ecco il segreto dei meccanismi che continuano ad allentare sulle strutture pubbliche la morsa del buon utilizzo delle risorse con forme di ripiano dei buchi variamente mascherati che rendono opaco e intelligibile il costo per i cittadini delle inefficienze e soprattutto caricano sugli operatori privati accreditati la gran parte del costo dell'aggiustamento strutturale del settore.

Si può dire quindi che il *downsizing* ospedaliero di posti letto e spesa pubblica penalizza in primo luogo i cittadini e, all'interno della matrice dei provider, quelli privati accreditati.

3. Una penalizzazione ingiustificata

L'analisi comparata delle concrete performance delle strutture ospedaliere pubbliche e private non evidenzia ragioni sostanziali che motivino l'opzione di fatto per il pubblico; è pertanto legittimo dire che preme sugli operatori privati e non quelli pubblici per raggiungere gli obiettivi di dimagrimento del settore ospedaliero per ragioni di tipo ideologico o, molto più probabilmente, perché ci sono enormi difficoltà nel praticare l'efficienza all'interno degli ospedali pubblici.

Le rigidità di vario tipo che connotano l'ospedalità pubblica porta quasi naturalmente a premere sugli operatori privati per garantire gli obiettivi di ridimensionamento annunciati e perseguiti con intenzionalità nel tempo.

Ne esce fuori che l'opzione pubblicistica nell'ospedaliero è oggi lontana dalle reali esigenze e aspettative dei cittadini.

A questo proposito, alcuni indicatori dell'annuale *Rapporto Ospedali & Salute* consentono di avere un quadro molto preciso⁹. Infatti, tra coloro che hanno usufruito dei servizi ospedalieri nei dodici mesi precedenti l'intervista per il 2017 è emerso che (tab. 11):

- per le strutture private accreditate quelli molto o abbastanza soddisfatti sono stati il 96,2% con una differenza di +5,1 punti percentuali rispetto al 2013;
- per gli ospedali pubblici i soddisfatti sono stati l'85,9%, con -3,2 punti percentuali;
- per gli ospedali privati i soddisfatti sono stati il 92,1%, con +7,6 punti percentuali.

Nelle singole aree geografiche gli ospedali privati accreditati hanno sistematicamente giudizi più positivi rispetto agli ospedali pubblici, con un divario tra le due quote di soddisfatti che raggiunge il suo picco nel Sud e isole con +23,1 punti percentuali, poi al Nord-Est con +9,4 punti percentuali, al Centro con +5,9 punti percentuali e al Nord-Ovest con +4 punti percentuali.

La soddisfazione dei cittadini che hanno avuto concretamente a che fare con le strutture ospedaliere, pur in un contesto di valutazioni complessivamente elevate, è sempre a vantaggio delle strutture accreditate, con quel divario così alto e significativo nelle regioni meridionali.

Ulteriore indicatore utile per capire le buone performance qualitative delle strutture accreditate e della loro attrattività verso i pazienti emerge dal ruolo che esercitano nelle regioni che hanno importazione di pazienti ospedalieri da altre regioni; infatti, dalla Lombardia all'Emilia Romagna le quote di pazienti ospedalieri che arrivano da altre regioni e che si rivolgono a strutture del privato accreditato sono particolarmente elevate, a testimonianza di una riconosciuta capacità operativa che incontra l'apprezzamento dei cittadini.

E sempre da dati di indagine del *Quindicesimo Rapporto Ospedali & Salute* si rileva che l'erosione dell'offerta ospedaliera pubblica

⁹ Indagine Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Quindicesimo Rapporto annuale 2017*, 2018.

lascia scoperti fabbisogni ospedalieri dei cittadini e che nel settore il privato, in particolare quello accreditato, esercita anche una funzione di supplenza, perché non trovando accesso al pubblico molti cittadini deviano verso di esso.

Tab. 11 – Soddisfazione degli utenti italiani per i servizi ospedalieri negli ultimi 12 mesi, per tipologie di strutture ospedaliere, per area geografica (val. %)

<i>Utenti soddisfatti</i>	<i>Nord-Ovest</i>	<i>Nord-Est</i>	<i>Centro</i>	<i>Sud e isole</i>	<i>Totale</i>
Ospedale pubblico	93,1	82,4	91,8	75,5	85,9
Ospedale privato accreditato	97,1	91,8	97,7	98,6	96,2
Clinica privata	95,6	92,1	97,8	82,6	92,1
Diff. % soddisfazione privato accreditato - pubblico	+4,0	+9,4	+5,9	+23,1	+10,3

Fonte: Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Quindicesimo Rapporto annuale 2017*

I dati dell'indagine indicano che sono il 40% gli italiani che dichiarano di essersi rivolti a strutture ospedaliere accreditate e un ulteriore 20% a strutture private a seguito di disagi derivanti dall'accesso alle strutture pubbliche o a problemi inerenti alla qualità delle prestazioni di questi ultimi.

Nel periodo 2015-2017 risulta aumentata la quota di intervistati che indica quale ragione del ricorso a ospedali privati accreditati la minore attesa per le prestazioni (dal 42% al 44,6%), e al contempo cresce e di molto anche il richiamo alla maggiore fiducia nella struttura accreditata e nei medici che vi operano (dal 20,9% al 29,3%).

Anche gli indicatori strutturali convergono a smentire l'esistenza di una base materiale nelle performance che motivi la tendenza ad avvantaggiare l'ospedalità pubblica rispetto a quella privata: quest'ultima infatti mostra indubbiamente attenzione per la qualità delle prestazioni e anche la capacità di affrontare una casistica complessa, come emerge dal cosiddetto "peso medio" che indica in modo sintetico il livello di complessità delle patologie trattate, appunto la casistica.

Ebbene per le strutture private accreditate l'indicatore è aumentato nel tempo, ed è sistematicamente superiore a quello delle strutture

pubbliche; inoltre, l'analisi territoriale mostra che in tutte le regioni, tranne che nelle province autonome, l'indicatore delle strutture accreditate è superiore a quello delle strutture pubbliche.

I dati smentiscono ogni lettura semplificatoria, e per certi aspetti demonizzante, del privato accreditato, e forniscono indicazioni molto utili su quanto la penalizzazione del privato finisca per allontanare il sistema dagli obiettivi di efficienza e anche di più alta qualità per i cittadini. A questo proposito diverse conferme arrivano dall'analisi dei dati relativi alle quote di spesa ospedaliera in relazione alle giornate di degenza:

- le strutture ospedaliere pubbliche assorbono l'86,4% della spesa pubblica per ospedali ed erogano il 71,7% delle giornate di degenza;
- il privato accreditato ha una spesa dedicata del 13,6% e garantisce giornate di degenza pari al 28,3% del totale.

Il dato delle strutture accreditate mostra plasticamente che sono connotate da una capacità gestionale più alta in termini di efficienza, con costi relativamente inferiori che vuol dire, in estrema sintesi, che le risorse di cui dispone rendono molto di più.

E un altro indicatore soggettivo di grande rilievo sempre reso disponibile dal *Quindicesimo Rapporto Ospedali & Salute* riguarda il grado di legittimità sociale del privato nell'ospedaliero, che è uno dei presupposti strategici su cui si fonda la necessità che sia oltrepassata la penalizzazione sistematica dell'attore privato dentro al Servizio sanitario.

Di seguito i dati:

- l'86,6% degli italiani ritiene che lo Stato debba utilizzare al meglio tutte le strutture ospedaliere presenti sul territorio, pubbliche e private, per consentire al cittadino di esercitare la libera scelta sulla base delle sue esigenze;
- l'85,9% è convinto che l'ospedale accreditato sia parte integrante del sistema ospedaliero, e quando si sceglie dove ricoverarsi non conta il tipo di proprietà dell'ospedale, ma altri fattori più legati alle esigenze delle persone;
- il 77,7% è convinto della necessità di promuovere campagne di informazione per far conoscere al cittadino il suo diritto di scelta, poiché sono troppo poco conosciute le opportunità di ricovero legate all'ospedalità privata accreditata.

Sono dati particolarmente elevati che mostrano l'avvenuta piena legittimazione sociale del privato accreditato come protagonista di primo piano dell'ospedaliero, in netto contrasto quindi con le pratiche di fatto discriminatorie e penalizzanti che nel concreto operare dei servizi sanitari regionali tendono a entrare in gioco.

E, d'altro canto, il punto di vista degli italiani destabilizza un'altra delle retoriche dure a morire, quella che associa la gestione privata a un efficientismo orientato alla sola massimizzazione del rendimento economico nell'utilizzo delle risorse, a tutto danno dell'utente del servizio, cioè il paziente.

È la convinzione che le imprese private mettano al centro solo ed esclusivamente l'efficienza economica dei processi, l'utilizzo intenso e con redditività delle risorse, senza attenzione per la qualità dell'offerta e meno ancora per il punto di vista dei pazienti. In tal modo, poiché la sanità non è un servizio qualunque, si finirebbe per penalizzare il contraente più debole e vulnerabile, cioè i pazienti.

Ebbene i dati strutturali e di opinioni degli italiani smentiscono questa retorica, e al contempo offrono solida base alla necessità di valorizzare il pluralismo del settore, viste le performance delle strutture private accreditate e il buon giudizio sociale di cui godono.

4. Alcune indicazioni emerse

Occorre tirare le fila di questa lettura che porta a dire che si è in presenza di un sistema con due protagonisti. L'ospedalità è oggi paradigmatica del pluralismo necessario del Sistema sanitario, che va valorizzato, incentivato e che invece vive zoppo, con penalizzazioni immotivate, passatiste, spesso rese non facili da affrontare perché non esplicitate o addirittura affiancate da una retorica fintamente valorizzante il privato.

Penalizzazioni spesso innestate nella regolazione quotidiana o in modalità di finanziamento dei due protagonisti, pubblico e privato, diverse di fatto e che consentono agli ospedali pubblici di sfuggire ai meccanismi stringenti della nuova economicità.

I comportamenti reattivi dei cittadini peraltro ammortizzano in alcuni casi l'evidenza di un pubblico meno efficiente, come nel caso del

vero e proprio esodo che si verifica in alcune regioni dove l'ospedalità è veramente poco apprezzata dai cittadini.

Nel concreto, l'ospedalità mostra paradigmaticamente che tutto ciò che si frappone al pieno dispiegarsi del pluralismo e quindi all'azione dei soggetti non pubblici finisce per ridurre la capacità del sistema di dare risposte adeguate ai fabbisogni sanitari dei cittadini.

5. Il punto di vista della classe dirigente locale: i consiglieri regionali e i temi chiave della sanità

1. Il senso dell'indagine

La sanità può essere considerata come il primo dei più importanti ambiti di vita collettiva a ricevere un'organizzazione federalista, visto che è del 1972 il provvedimento di trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative per la sanità e l'assistenza ospedaliera, con relativi uffici e personale, ed è solo di qualche anno successiva la trasformazione degli ospedali in enti strumentali delle Regioni.

Poi è stato un lungo, e non sempre lineare, processo di ampliamento delle competenze regionali sino alla Riforma del Titolo V del 2001 che ha attribuito alle Regioni la potestà legislativa in sanità, fatta salva la determinazione dei principali fondamentali in capo allo Stato.

Da allora i rapporti Stato centrale-Regioni non hanno cessato di essere altamente complessi, segnati dalla ricerca di un equilibrio reso ancor più instabile dalle urgenze di finanza pubblica.

Di certo l'ampia devolution sanitaria ha condotto a problematiche inedite per i cittadini e anche per gli operatori privati, alle prese con l'evidente frammentazione regionalistica dei Servizi sanitari che li costringe a un'estrema articolazione della propria iniziativa in ciascun ambito, vista la molteplicità di contesti e interlocutori.

Un aspetto sul quale poco si è riflettuto riguardo all'organizzazione istituzionale della sanità consiste nel fatto che essa chiama in causa direttamente le classi dirigenti regionali, delle quali hanno ampia vi-

sibilità pubblica i governatori, visibilità molto parziale gli assessori regionali e visibilità praticamente nulla i consiglieri regionali.

Eppure questi ultimi sono un pezzo significativo di classe dirigente regionale, membri dei Consigli regionali che hanno funzioni legislative, competenze amministrative e di controllo sul Presidente della Giunta e sulla Giunta regionale, approvano i bilanci, dispongono inoltre di poteri di indagine e inchiesta e, in generale, di indirizzo politico.

In generale, quindi, è evidente che il Consiglio regionale e i suoi membri possono giocare un ruolo importante rispetto alle dinamiche della sanità regionale, cosa che ne rende di grande interesse il punto di vista.

Quali che siano le connesse dinamiche relazionali e di potere tra Presidente, Giunta e Consiglio, è chiaro che i Consigli regionali sono anche un'espressione politica importante delle comunità locali che le esprimono. Da qui il notevole interesse dell'inedita e originale indagine promossa dal Censis su un *panel* di 100 consiglieri regionali, cui è stata somministrata una scheda semi-strutturata che ha consentito di rilevare il loro punto di vista su aspetti altamente significativi della sanità, così da poter enucleare indicazioni più ampie sulla loro cultura sociopolitica e gli orientamenti in materia.

In particolare, sono stati affrontati tre grandi temi afferenti alla sanità e che riguardano:

- il giudizio sui risultati raggiunti sinora dall'esperienza del federalismo sanitario;
- le possibili soluzioni alle persistenti disparità territoriali;
- il ruolo delle strutture private accreditate in ambito sanitario.

Come rilevato, si tratta di tre grandi ambiti di riflessione sociopolitica su cui i 100 consiglieri regionali sono stati chiamati a esprimersi, permettendo così di costruire un inedito ritratto dei loro orientamenti sociopolitici sulla sanità.

È pertanto un'originale occasione per dare voce a protagonisti potenzialmente di primo piano, o comunque istituzionalmente importanti, delle sanità regionali.

2. Sì al federalismo sanitario, ma non tutti sono d'accordo

Dati di indagine relativi al punto di vista dei cittadini sul federalismo sanitario mostrano nel tempo una decrescente valutazione positiva, con ormai margini ridottissimi rispetto alla valutazione negativa, e una diversità territoriale rilevante con il Nord che esprime un giudizio molto positivo, il Centro con valutazione tendenzialmente negativa e, più ancora, il Sud e isole in grande maggioranza convinto che l'esperienza sia fallimentare.

Dall'indagine sul *panel* di consiglieri regionali emerge che il 62% di essi valuta positivamente l'esperienza della devolution sanitaria di contro al 39% che invece ne ha espresso un giudizio negativo (tab. 12).

Pur considerando che le quote del *panel* per area geografica consentono una lettura più qualitativa che statistica, tuttavia è utile rilevare che al Nord l'80% dei consiglieri regionali interpellati valuta positivamente l'esperienza del federalismo sanitario, ma sia al Centro (il 46,7% esprime giudizio positivo e il 53,4% negativo) sia al Sud e isole (ben il 72% esprime giudizio negativo, di contro al 28% con giudizio positivo) prevalgono i giudizi negativi.

Gli orientamenti dei cittadini, quindi, si riflettono in quelli dei consiglieri regionali, con forse l'eccezione delle regioni centrali dove la valutazione finale non è così netta come al Nord, molto positiva, e al Sud e isole, molto negativa.

Riguardo alle motivazioni dei giudizi espressi è emerso che:

- la valutazione positiva è per il 32% dei consiglieri regionali legata alla capacità del modello federalista di creare una sanità più vicina ai bisogni reali dei cittadini e per il 30% alla sua capacità di fare emergere le diverse performance regionali;
- il giudizio negativo, invece, per il 31% dei consiglieri intervistati è dettato dal fatto che il federalismo ha ampliato le distanze pregresse tra le regioni, mentre il 7% resta convinto che le cose andrebbero meglio se il potere fosse più concentrato al centro.

Tab. 12 – Opinioni dei consiglieri regionali sul federalismo sanitario (val. %)

<i>Per quanto concerne la tutela della salute, come valuta l'esperienza del "federalismo sanitario"?</i>	<i>Nord</i>	<i>Centro</i>	<i>Sud</i>	<i>Totale</i>
<i>Positivamente</i>	80,0	46,7	28,0	62,0
di cui:				
– perché la sanità si è avvicinata ai reali bisogni	41,7	33,3	8,0	32,0
– perché ha consentito di evidenziare le diverse performance regionali	38,3	13,3	20,0	30,0
<i>Negativamente</i>	20,0	53,3	72,0	38,0
di cui:				
– perché ha aumentato le distanze tra le Regioni	18,3	33,3	60,0	31,0
– andrebbe meglio con più potere al centro	1,7	20,0	12,0	7,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Censis-Aiop, *Il valore sociale dell'ospitalità privata nella sanità pluralista*, 2018

I dati sono di estremo interesse e mostrano l'articolazione dei riferimenti sociopolitici che sono a fondamento di valutazioni analoghe; non si può infatti non sottolineare il significato profondamente diverso delle due motivazioni a supporto della positiva valutazione degli effetti dello spostamento del baricentro della responsabilità sulle Regioni. Ne emergono approcci sociopolitici diversi:

- da un lato ci sono coloro che associano la positiva valutazione alla capacità del federalismo sanitario di creare una sanità più vicina ai bisogni dei cittadini che rinvia alla convinzione che, al di là delle criticità eventualmente esistenti, vince il valore aggiunto della nuova vicinanza tra sanità e cittadini che dovrebbe garantire un'attenzione più alta ai fabbisogni delle comunità di riferimento;
- dall'altro invece si collocano i consiglieri regionali per i quali il federalismo sanitario ha il grande merito di avere fatto chiarezza perché ha reso evidente in modo semplice e impressivo un processo storicamente radicato di elevata variabilità delle performance regionali, che non può e non deve essere più sottaciuto o nascosto. In questo caso, quindi, vince l'idea che le traiettorie della sanità regionali devono poter seguire ritmo e direzione che gli sono proprie, e che il tutto debba avvenire in un contesto di trasparenza che renda visibili intensità e ragioni delle differenze.

- La distribuzione delle motivazioni per area geografica, poi, fa emergere altre considerazioni di interesse poiché tra i consiglieri regionali:
- delle regioni del Nord, è alta l'adesione a entrambe le ragioni della positiva valutazione, in linea con l'idea che il federalismo è una soluzione molto positiva che ha generato valore aggiunto, sia di prossimità tra sanità e comunità, sia di trasparenza esplicitando le differenze regionali;
 - delle regioni del Centro, tra i quali prevalgono i giudizi negativi legati soprattutto all'ampliarsi delle disparità di performance regionali e, al contempo, resta alta la quota convinta che tutto sommato la maggiore vicinanza tra sanità e comunità di riferimento sia un risultato positivo;
 - delle regioni meridionali, che ascrivono al federalismo sanitario la responsabilità di aver ampliato ulteriormente le differenze tra le sanità regionali. Ed è più diffusa la convinzione che se la responsabilità prima fosse in capo al potere centrale la sanità sarebbe migliore.

Negli orientamenti sociopolitici dei consiglieri regionali che emerge dalle valutazioni sul federalismo sanitario si riflette la spaccatura tra aree geografiche visibile anche nella cultura sociale collettiva degli italiani.

Ma è interessante l'approfondimento sulle motivazioni poiché, per esempio, il richiamo, come ragione del positivo giudizio sul federalismo, alla visibilità che ha dato alle traiettorie regionali diversificate è presumibilmente il presupposto di una propensione per l'*accountability* politica e operativa dei responsabili regionali, oltre che espressione della convinzione che la trasparenza delle diversità potrebbe innescare un meccanismo emulativo che nella visione dei consiglieri regionali che la condividono dovrebbe essere strutturato con meccanismi di premialità e penalizzazione.

Si può dire che nei consiglieri regionali che esprimono un positivo giudizio sugli esiti del federalismo sanitario c'è non tanto la positiva visione degli spazi genericamente conquistati da un'istanza istituzionale diversa dallo Stato centrale, piuttosto l'idea che il modello regionalista sia più efficace, perché tagliando le distanze tra sanità e comunità di riferimento e rendendo trasparente le diverse performance può essere a fondamento di meccanismi più capaci di

creare una sanità adeguata ai fabbisogni dei cittadini e più capace di utilizzare le risorse.

Quel che colpisce è la lettura radicalmente opposta del rapporto tra federalismo e diversità della sanità regionale perché per i consiglieri regionali del Nord è totale trasparenza; al contrario, per i consiglieri regionali del Meridione e, anche, del Centro il federalismo non ha solo svelato le disparità ma le ha rese più ampie e, per questo, il giudizio è negativo.

3. A ognuno il suo... le disparità da riconoscere

La centralità delle differenze regionali impone di approfondire il punto di vista dei consiglieri regionali su esse. Peraltro, le differenze regionali sono una costante nella vicenda della sanità italiana, e tradizionalmente si sono mosse lungo la direttrice Nord-Sud, con la riarticolazione degli ultimi anni tra Regioni in Piano di rientro e Regioni che non hanno vissuto e/o non stanno vivendo tali piani di ristrutturazione.

Oggi però le disparità nelle performance dei servizi sanitari regionali, che significa diversità di copertura reale e di qualità dei servizi per i cittadini risultano socialmente ancor più rilevanti viste le crescenti diseguaglianze, di cui quella territoriale è una componente significativa.

In quest'ottica, è utile capire che lettura danno i consiglieri regionali delle diversità di performance delle sanità regionali, a partire dall'analisi delle loro opinioni sui meccanismi da attivare per fronteggiare tali differenze.

L'indagine infatti ha verificato il punto di vista dei consiglieri sulle possibili soluzioni per contenere o addirittura ridurre le differenze nelle sanità regionali, chiedendo esplicitamente se andrebbero affrontate con un sistema di premi e penalità o piuttosto attivando un Fondo perequativo.

Come rilevato, sono due soluzioni che oltre a indicare l'opzione per modalità operative distinte, rinviano a interpretazioni diverse del significato profondo delle diversità di performance regionali.

La distribuzione delle opinioni dei consiglieri regionali intervistati mostra una tendenziale dicotomia (tab. 13):

- il 56% ritiene che occorre premiare chi funziona bene e penalizzare chi non funziona adeguatamente;
- il 44% ritiene che occorre attivare un Fondo di perequazione per le regioni in maggior difficoltà.

Come rilevato, sono due punti di vista contrapposti che alludono a letture molto diverse delle ragioni delle diversità nelle sanità regionali: nel primo caso è evidente il richiamo a una sorta di responsabilità diretta dei servizi sanitari regionali, dai livelli apicali a quelli più operativi, che rende legittimo e utile un premio per chi ottiene risultati da buone performance e una penalità per chi non lo fa, con ricadute sui cittadini, così da presumibilmente attivare una sorta di *accountability* politica dei responsabili rispetto alle comunità di riferimento.

È di fatto una versione più estrema della logica del federalismo, coerente con la convinzione che il suo contributo positivo in sanità è iscritto anche nell'aver reso più trasparenti e intellegibili le differenze di performance.

La logica del Fondo di perequazione, invece, si pone presumibilmente dal punto di vista dei cittadini delle Regioni più fragili e meno performanti, nella convinzione che in ultima analisi non si possa non attivare una forma ampia di solidarietà su scala nazionale, mediante un meccanismo trasparente di redistribuzione.

Si può ipotizzare che i consiglieri che condividono la soluzione perequativa siano anch'essi perfettamente consapevoli che ci sono diversità che chiamano in causa la capacità gestionale e di management, e che dovrebbe essere oggetto di *accountability*, e tuttavia vince la convinzione che le performance rinviando anche, e forse soprattutto, a diversità nei fabbisogni legati alla diversa composizione sociodemografica ed epidemiologica a cui ascrivere in ultima istanza le diversità.

Inoltre, viene rifiutata l'idea che gli eventuali deficit di gestione politica e manageriale debbano, tramite un meccanismo penalizzante, ricadere sui cittadini delle regioni meno performanti che più hanno bisogno di sanità. In sostanza, emerge il timore che colpire con penalità le sanità regionali e le relative comunità di riferimento significhi attivare una sorta di moltiplicatore del disagio e delle difficoltà.

Tab. 13 – Opinioni dei consiglieri regionali sulle differenze tra le sanità regionali (val. %)

<i>Come andrebbero affrontate le differenze tra le sanità regionali?</i>	<i>Nord</i>	<i>Centro</i>	<i>Sud</i>	<i>Totale</i>
Premiando chi funziona e penalizzando chi non funziona	68,3	60,0	24,0	56,0
Con fondi di perequazione per chi si trova in difficoltà	31,7	40,0	76,0	44,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Censis-Aiop, *Il valore sociale dell'ospitalità privata nella sanità pluralista*, 2018

Nel primo caso la logica federalista viene portata alle estreme conseguenze con un meccanismo di grande rigidità che non può che premiare i migliori, cioè le regioni che stanno e fanno meglio, che sono anche quelle che beneficiano di una base migliore visto che la sanità, come altri ambiti di welfare e di azione collettiva, è esito di processi storici di accumulazione, di condensazione sociopolitica e, in una certa misura, di maturazione degli approcci dei cittadini e delle comunità locali.

L'analisi per ripartizione geografica del punto di vista dei consiglieri regionali su questo tema evidenzia che al Nord il 68% degli intervistati è favorevole al meccanismo di premialità e penalizzazioni, al Centro la quota scende al 60%, mentre è ben il 76% dei consiglieri regionali del Sud e isole a dichiararsi favorevoli all'attivazione di un Fondo di perequazione per chi si trova in difficoltà. Dall'analisi dei dati quindi emerge che:

- nella frazione della classe dirigente rappresentata dai consiglieri si va radicando in modo maggioritario al Nord e, sia pure con minore intensità, al Centro una cultura della specificità regionale da riconoscere e premiare o punire, rompendo gli schemi perequativi che, alla fine hanno storicamente operato come meccanismi unificanti;
- tra i consiglieri regionali del Meridione prevale in modo univoco e assolutamente coerente la convinzione che la responsabilità regionale in sanità non possa che ampliare le differenze consolidate e che solo processi di redistribuzione su base nazionale delle risorse possano sanare le diversità.

È un tema decisivo in cui gli orientamenti sociopolitici dei consiglieri riflettono in modo speculare le convinzioni delle rispettive comunità di riferimento; al Nord conquista ampio consenso la convinzione che la responsabilità regionale debba arrivare sino in fondo, senza contare su paracadute o scialuppe di salvataggio di ultima istanza, neanche con una distribuzione perequativa *ex post* delle risorse economiche. Anche in sanità, come in altri ambiti, ognuno deve fare da sé, fronteggiando gli esiti, a ogni livello, della propria azione.

A questa visione, ma con un approccio meno radicale, tendono a dare la propria adesione anche i consiglieri regionali delle regioni del Centro, non così positivi nel valutare gli esiti del federalismo sanitario, e tuttavia anch'essi convinti che se si vogliono affrontare le differenze di performance tra le sanità regionali occorre attivare meccanismi di responsabilizzazione con relative conseguenze che finiscono per colpire anche i cittadini.

Pur preoccupati per le disparità sanitarie regionali, i consiglieri delle regioni del Centro ritengono che solo applicando un meccanismo che trasformi in premi o penalità gli esiti di tali differenze si può attivare un percorso di attenuazione delle stesse differenze. Non quindi una perequazione *ex post* come risposta alle differenze tra le sanità regionali, ma un sistema di incentivazione alla buona performance.

I consiglieri regionali del Meridione sono assolutamente arroccati su un orientamento antifederalista, solo in parte più centralista, piuttosto animato dalla richiesta di meccanismi perequatori nazionali, cioè modelli di gestione delle risorse che le ridistribuiscono verso le comunità che dispongono di sanità meno performanti.

4. Il positivo giudizio sulla presenza del privato accreditato nel Servizio sanitario

La terza area di indagine ha riguardato la presenza e il ruolo delle strutture private accreditate nel Servizio sanitario, in linea con le normative di riferimento e, più ancora, con la crescente rilevanza della funzione di queste strutture.

Sul piano normativo, è noto che le strutture private, in particolare quelle ospedaliere, sono componenti costitutive del Servizio sanitario nazionale sin dalla sua Riforma istitutiva del 1978, e inoltre dagli anni Novanta in poi la legittimità sociopolitica è di molto cresciuta, pur con tutte le criticità evidenziate.

È stato quindi chiesto ai consiglieri regionali esplicitamente un punto di vista motivato sulla presenza di strutture sanitarie private accreditate con il Servizio sanitario.

I risultati consentono di sgomberare il campo dalla persistenza di approcci ideologici, *niet* pregiudiziali che considerano gli operatori privati, le imprese del *for profit* come illegittime in contesti pubblici.

Solo il 3% dei consiglieri regionali intervistati fa esplicito riferimento alla necessità che la normativa non consenta in alcun modo agli operatori privati di agire nell'alveo del Servizio sanitario con formule di accreditamento. La preclusione ideologica è quindi assolutamente residuale, una sorta di testimonianza di culture politiche visibilmente passatiste (tab. 14).

Il 63,3% dei consiglieri valuta positivamente la presenza del privato accreditato, focalizzando il contributo specifico in termini di valore aggiunto che garantiscono al Sistema sanitario. Il dato è ovviamente esito delle dichiarazioni soggettive dei consiglieri, delle opinioni che hanno maturato e che hanno esplicitato in sede di intervista.

Sono componenti della cultura sociopolitica soggettiva, che è importante perché evidenzia gli orientamenti su cui presumibilmente i consiglieri costruiscono e conquistano il consenso e che, almeno sul piano delle intenzioni, ne guidano l'azione in sede istituzionale e politica.

Il dato più rilevante è che il giudizio positivo sulla presenza delle strutture private accreditate è trasversale alle aree geografiche: il 59% al Nord, il 53,3% al Centro e l'80% al Sud e isole.

In netta contrapposizione su significato e modalità operative del federalismo, i consiglieri regionali delle diverse aree geografiche convergono sulla positiva valutazione del ruolo esercitato dai privati accreditati. Assolutamente residuale in tutte e tre le aree geografiche è la contestazione ideologica di legittimità di fondo della loro presenza, espressa attraverso la richiesta di un cambio normativo che ne vieti l'attività.

Tab. 14 – Giudizio sulla presenza delle strutture private accreditate in ambito sanitario (val. %)

Come giudica la presenza delle strutture private accreditate in ambito sanitario?	Nord	Centro	Sud	Totale
<i>Positivamente</i>	59,0	53,3	80,0	63,3
di cui:				
– perché ampliano l’offerta e garantiscono efficienza gestionale	42,6	40,0	56,0	45,5
– perché incentivano la buona gestione	16,4	13,3	24,0	17,8
<i>Negativamente</i>	41,0	46,7	20,0	36,7
di cui:				
– le risorse pubbliche dovrebbero andare alle strutture pubbliche	36,1	46,7	20,0	33,7
– la legge non dovrebbe proprio consentirlo	4,9	0,0	0,0	3,0
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Censis-Aiop, *Il valore sociale dell’ospitalità privata nella sanità pluralista*, 2018

Consentono ulteriori riflessioni le motivazioni con cui i consiglieri regionali esprimono giudizi pro o contro le strutture private accreditate, da cui risulta che per il:

- 45,5% tali strutture ampliano l’offerta e garantiscono efficienza gestionale;
- 17,8% incentivano buona gestione, stimolando gli altri operatori a farlo nella logica della competizione.

Sono entrambi aspetti che alludono a esiti che in assenza del privato accreditato il Sistema sanitario presumibilmente non riuscirebbe a generare.

Infatti la copertura sanitaria pubblica senza l’integrazione del privato accreditato è visibilmente corta rispetto ai fabbisogni; tale *gap* tra offerta solo pubblica e fabbisogni sanitari, pur con dimensione diversa nei territori, è rilevabile ovunque, cosa che rende il privato accreditato una componente ineludibile per dare risposte ai cittadini, altrimenti il razionamento sanitario sarebbe molto più intenso e diffuso.

I consiglieri regionali hanno un’idea precisa del ruolo del privato accreditato, lo reputano strategico perché costituisce un’integrazione necessaria e appropriata dell’offerta pubblica, non un soggetto che so-

stituisce o si sovrappone ad altri; e la sua presenza consente per i consiglieri regionali di ridurre, se non addirittura in alcuni casi tappare, i buchi, della rete di tutela sanitaria.

L'altro aspetto che i consiglieri regionali sottolineano è quello sistemico di stimolo verso il meglio che le strutture private accreditate esercitano nel sistema rispetto al pubblico; in tale ottica, la loro buona gestione, efficiente e di più alta qualità, può avere effetti imitativi, evidenziando che è possibile garantire buona qualità del servizio con le risorse disponibili, mettendo in campo risultati visibili e comparabili, che non consentono ad alcuno di scartare dalla buona gestione con argomentazioni pretestuose.

I consiglieri regionali quindi indicano che il significato sociale della presenza e azione del privato accreditato è quello di mostrare nel concreto che si può fare, che la gestione efficiente e verso la qualità dei servizi, al di là della forma giuridica della struttura, è obbiettivo concretamente praticabile.

Nel complesso emerge un'idea della sanità che ha come pilastro condiviso il pluralismo degli operatori, le necessità quindi di consentirgli e di operare senza vincoli o intralci, certi che l'articolazione è un valore che può rendere la sanità migliore.

6. La radice storica del valore sociale

1. Un'interpretazione trasversale all'evoluzione storica

Il valore sociale dell'ospedalità privata non è legato in via esclusiva alle attuali difficoltà della sanità pubblica, e non è un semplice portato di condizioni estemporanee, magari quelle accelerate dalla crisi con i tagli dei bilanci pubblici che non torneranno più ai livelli pregressi e soprattutto non riusciranno a finanziare per intero il flusso di servizi e prestazioni necessarie per rispondere ai fabbisogni sanitari. Il suo valore sociale è inscritto in un percorso storico da protagonista del Servizio sanitario nazionale nelle sue diverse fasi:

- quella iniziale segnata dal superamento delle mutue, dalla Riforma istitutiva del Servizio sanitario nazionale e dalla sua implementazione, quando di fronte a un universalismo che ampliava la platea dei beneficiari sino a includere tutti i cittadini, solo la presenza della componente privata di posti letto ospedalieri consentì di mantenere la promessa della sanità per tutti;
- quella delle riforme delle riforme connotata da una cultura sanitaria più matura degli italiani alla ricerca anche di qualità e personalizzazione, in cui la specifica capacità dell'ospedalità privata rispetto a quella pubblica di andare oltre la standardizzazione mediocrizzante dell'offerta consentì di offrire soluzioni alle nuove esigenze di ampi gruppi sociali. E l'ospedalità privata continuò anche in tale contesto a svolgere la sua funzione sociale nel Servizio sanitario malgrado un improvviso ritorno anche in ambito normativo di accenti anti-privatistici e neo-monopolistici;

- quella del crescente intervento prima di contenimento e poi di taglio della spesa sanitaria pubblica, in cui le misure sbattono contro l'impermeabilità dell'ospitalità pubblica e finiscono per strizzare quella privata che, tuttavia, utilizza la sfida del *fare meglio con meno* garantendo un'offerta di qualità più alta a costi più bassi.

Al di là del carattere convenzionale della ripartizione in tappe, il dato forte che emerge dal racconto dell'evoluzione dell'ospitalità privata è che si parla di un protagonista da sempre del Servizio sanitario nazionale, che ha contribuito al mantenimento della promessa originaria della sanità per tutti, perché ha garantito uno stock di posti letto di qualità a costi più bassi, integrando in modo decisivo l'offerta pubblica.

E questo ruolo da protagonista positivo, attivo, coinvolto del Servizio sanitario si è svolto in un clima più o meno apertamente ostile, dai furori ideologici degli anni Settanta al lento riconoscimento dei venti anni successivi fino alla piena legittimità affiancata però da una minaccia vitale sul piano operativo rappresentata dalla moltiplicazione di norme e regolamenti altamente penalizzanti, pronti a trasferire sui privati tutto il costo della tenuta dei bilanci pubblici.

E il valore sociale dell'ospitalità privata è stato anche esito di una straordinaria capacità di adattamento a mutamenti normativi, di responsabilità istituzionale, *governance*, obiettivi che ha condizionato pesantemente l'azione della sanità italiana, con un di più di penalità per gli operatori privati.

Allora il racconto dell'evoluzione dell'esperienza dell'ospitalità privata incastonata nell'evoluzione del Servizio sanitario impone un primo essenziale riconoscimento reputazionale: non è un ospite inatteso o sgradito o improvvisato, ma un interprete significativo, di primo piano, degli obiettivi migliori della sanità italiana, a cominciare dal contributo originario a mantenere la promessa della sanità per tutti, a cui non sarebbe stato possibile dare corso senza il contributo dell'ospitalità privata.

E arrivando con un balzo ai giorni nostri, è evidente che nel nuovo contesto di risorse pubbliche insufficienti rispetto ai fabbisogni dei cittadini, il valore sociale dell'ospitalità privata va visto in relazione alla capacità consolidata e di lungo periodo di produrre prestazioni di qualità a costi più bassi, a volte nettamente più bassi, del pubblico.

È l'efficienza per la qualità il nucleo essenziale del valore sociale dell'ospitalità privata oggi, che se posto come riferimento per tutti gli attori a prescindere dalla loro natura giuridica, può diventare uno straordinario motore di *upgrading* della nostra sanità, contraendo il *gap* tra offerta con risorse pubbliche e domanda sanitaria.

In generale, la chiave di lettura che emerge dal racconto è che oggi ridefinire il ruolo dell'ospitalità privata, riconoscerne le capacità specifiche e renderla motore di una modernizzazione ineludibile dell'ospitalità in generale, non vuol dire arrendersi al privato o spianare la strada al profitto privato nel pubblico, ma riconoscere il ruolo che un protagonista storico e da sempre del Servizio sanitario italiano oggi può giocare.

Un capovolgimento copernicano della percezione dell'ospitalità privata che la vera storia del suo ruolo nella nostra sanità impone e che consentirebbe di sanare lo iato tra percezione ormai desueta della sanità privata, che persiste in taluni ambienti, la sua storia e il suo ruolo reale, massimizzando il contributo che oggi e nel prossimo futuro potrà dare.

2. La strategicità del privato nella sanità nel tempo

2.1. Gli anni dell'ostilità ideologica e della resilienza

Nella sanità italiana, in particolare nell'ospitalità, esiste una radice antica del ruolo dei privati, che risale alla fase di crisi del sistema mutualistico che precede l'istituzione del Servizio sanitario nazionale del 1978.

Lo sviluppo economico del Paese e la corsa al benessere incrementava anche la domanda di prestazioni sanitarie che, da un lato richiedeva un'integrazione di offerta da parte dei privati rispetto alla capacità del pubblico, e dall'altro generava una pressione sugli enti mutualistici alle prese con un improvviso balzo in alto dei costi delle prestazioni da sostenere. Già in quella fase risulta evidente che l'ospitalità privata esercita almeno due funzioni che attraverseranno i decenni, muteranno forme, ma non verranno mai meno e che sono costitutivi del suo valore sociale:

- era una componente quantitativa significativa e irrinunciabile della sanità in una fase di ampliamento dell'accesso alla sanità di quote di popolazione sino ad allora escluse. Più cresceva l'accesso alla sanità più cresceva la strategicità del privato ospedaliero;
- già allora gli erogatori privati, nel confronto con gli ospedali pubblici, sono più efficienti e più capaci di dare qualità e attenzione alle esigenze personali. Una offerta quindi meno standardizzata ma più personalizzata.

In quella fase l'ospedalità privata sotto assedio sociopolitico prende consapevolezza della sua ineludibilità. Così l'epoca, dal punto di vista degli operatori privati, è segnata:

- da un lato, dal clima sociopolitico ostile con una volontà di eliminare l'ospedalità privata;
- dall'altro dall'indispensabilità dei 200.000 posti letto che l'ospedalità privata garantisce in una fase di crescente domanda di ospedalità da parte soprattutto di persone sino a poco tempo prima senza copertura sanitaria.

Negli anni Settanta l'ostilità verso l'ospedalità privata tendeva a manifestarsi in tanti modi, non ultimo con interventi normativi chiaramente penalizzanti, come quando l'estinzione del sistema mutualistico si accompagnava alla possibilità per le Regioni di stipulare convenzioni con policlinici universitari, Iress e solo come ultima *ratio* con gli ospedali privati; un attacco evidente all'equiparazione tra case di cura private ed enti ospedalieri in violazione di principi costituzionali delle relative normative.

Il passaggio della responsabilità ospedaliera dagli enti quasi in bancarotta alle Regioni, ormai protagoniste del nuovo corso istituzionale, si univa alla modifica delle modalità di finanziamento. Si passava dalla retta di degenza fondata sul costo complessivo dell'assistenza ospedaliera prestata e definita dalla dirigenza dell'ospedale, al Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera ripartita tra le Regioni sulla base della popolazione.

In questa fase l'ospedalità privata riesce, anche a costo di accettare soluzioni onerose, ad affermare la sua esistenza e strategicità dentro la sanità italiana, e tutto ciò, come detto, in un clima socialmente e culturalmente molto ostile.

E nella fase di istituzione del Servizio sanitario che il conflitto politico-ideologico e culturale assume una veste operativa stringente, perché la legge 833/1978 crea la sanità per tutti, universalistica, elimina ogni distinzione di gestione per tipologie di prestazioni, e crea l'organizzazione e la *governance* centrata sulle Usl fondate su base territoriale e dipendenti dai Comuni. Ma il tema chiave era che il carattere pubblico del Servizio sanitario nazionale dipendesse dall'accesso universale o anche dalla pubblicizzazione di tutti i provider.

La pressione sociopolitica e anche di una parte non indifferente dell'opinione pubblica andava nella direzione di un monopolio pubblico, a cui però veniva contrapposta da filoni culturali di altro orientamento una versione pluralistica della sanità, peraltro più in sintonia anche con i tanti contributi che le grandi correnti culturali, politiche, sociali avevano dato.

Nelle argomentazioni a supporto dell'azione dei privati in sanità, inclusi quelli dell'ospedalità, c'è un'evidente, straordinaria contemporaneità fatta di un richiamo alla centralità dei bisogni del cittadino e della sua libertà di scelta, all'attenzione dei cittadini per la qualità del servizio piuttosto che alla natura giuridica del soggetto che eroga il servizio.

Tuttavia, l'offensiva tendeva a moltiplicarsi su vari piani, non ultimo nei tentativi penalizzanti di applicazione di aspetti della legge 833, per esempio sul convenzionamento delle strutture private religiose e non.

Di fatto, il conflitto sociopolitico e di cultura sociale collettiva si sposta nell'*iter* di attuazione della Riforma sanitaria, in cui comunque si registra un pieno coinvolgimento dell'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop)¹⁰ a testimonianza del più generale riconoscimento del ruolo dell'ospedalità privata.

E ciò avviene anche perché l'ospedalità privata punta a mostrare nel concreto il nucleo essenziale del suo valore sociale: saper fornire prestazioni di elevata qualità a costi più contenuti del pubblico e al

¹⁰ L'Aiop è un'associazione di categoria che rappresenta gli ospedali e le case di cura private, accreditate e non, presenti in tutte le regioni italiane, le quali occupano quasi 70.000 addetti e con l'11% degli operatori dell'intero sistema che si prendono cura del 15% dei pazienti.

contempo garantire la libertà di scelta dei cittadini come previsto dalla Costituzione.

La prima fase di attuazione della Riforma negli anni Ottanta è anche di contestuale emergenza di contraddizioni che nel tempo diverranno sempre più critiche. In primo luogo la dinamica dei costi che non trova corrispondenza nella qualità delle prestazioni, associato all'elefantiasi del Sistema sanitario pubblico in termini di dipendenti internalizzati e relativi costi, che finivano per assorbire i budget pregiudicando investimenti di più lungo periodo.

Va detto che il regolamento del convenzionamento che introduceva una classificazione delle strutture private in quattro classi era un modo potente di validare la funzionalità e l'efficienza delle strutture private che, una volta convenzionate, erano per il cittadino identiche al pubblico dal punto di vista dell'assenza di oneri di spesa.

Tuttavia, le tecniche di costruzione delle diarie di degenza e in generale il finanziamento per l'ospedalità convenzionata costringevano quest'ultima a lavorare sotto pressione, con il perenne problema della scarsità di risorse, posto che la sfida della qualità ed efficienza non poteva minimamente essere allentata.

La fase successiva all'attuazione della Riforma è connotata non solo dall'attenzione crescente all'efficienza della spesa in termini di ammontare e qualità delle prestazioni, ma sempre più alla concreta possibilità di accesso alle prestazioni a cui si ha diritto.

È così che inizia quel paradosso dell'universalità formale che corrisponde a una disuguaglianza di accesso sostanziale, e al contempo si esalta l'esclusività o quasi del pubblico, la spesa per l'acquisto di prestazioni nel privato da parte dei cittadini inizia a crescere.

Il tutto in un contesto di forte indebitamento della sanità che negli anni Ottanta ruota intorno a 7 miliardi di lire.

Più in generale, si rileva che l'evoluzione del Servizio sanitario avviene in un contesto di evidente qualificazione della domanda sanitaria, che non trova risposte nel pubblico; da qui una dinamica crescente dell'offerta privata che è legata in parte all'inadeguatezza dell'offerta pubblica e dall'altro anche a una voglia nuova di qualità, personalizzazione in linea con un approccio evoluto alla salute.

Il valore sociale del privato e dell'ospedalità privata ha le sue radici persistenti anche in questa capacità di rispondere a una domanda reale, che diventa domanda di qualità, più matura, consapevole e informata.

Gli anni Ottanta sono quelli del pieno dispiegarsi della cetomedizzazione, con generalizzazione del benessere e crescente attenzione di gruppi sociali, con più alto capitale culturale al benessere olistico, a un'idea più complessa di salute e quindi anche a uno scrutinio più articolato dell'offerta sanitaria, inclusa quella ospedaliera.

D'altro canto trova conferma il valore sociale dell'ospedalità privata, dall'efficienza della capacità di valorizzare le risorse impiegate, se è vero che a metà degli anni Ottanta le giornate di degenza nel privato venivano pagate a una tariffa media pari a 97.000 lire, mentre quelle nel pubblico a una cifra pari a 251.000 lire. Per ogni unità monetaria spesa nel privato per una degenza ne occorrevano 2,51 nel pubblico.

Di fatto, la gestione privatistica mostrava una capacità manageriale e imprenditoriale tale da generare uno stacco evidente sotto il profilo dei costi e delle spese rispetto al pubblico.

Tuttavia, la fissazione di standard e parametri strutturali e funzionali da parte della normativa mise a dura prova la capacità delle strutture private di preservare l'autorizzazione al funzionamento, e tuttavia nella seconda metà degli anni Ottanta sul piano della rappresentanza degli interessi presso il Ministero e le Regioni, il clima sociopolitico cambiò con una visibile erosione delle ideologie avverse al ruolo del privato.

2.2. La legittimità conquistata e la voglia di essere attore sistemico

Negli anni Novanta si registra una presa di coscienza soggettiva dell'ospedalità privata riguardo al ruolo sistemico che assolve e più ancora che potrebbe svolgere se non fosse sottoposta a perenne pressione marginalizzante. Nel mutato contesto sociopolitico i soggetti privati possono presentarsi come i più capaci di dare concretezza alla propensione a innalzare la qualità complessiva del sistema con una più alta efficienza. L'ospedalità privata prova ad assumere un approccio

più sistemico che vertenziale, andando oltre la pura difesa dei propri confini minacciati in modo vitale nella fase precedente.

E l'ospedalità privata tende a proporsi anche come interprete migliore della nuova domanda di qualità delle prestazioni: è una forma di valore sociale che nel tempo acquisterà rilievo, pur nelle successive difficoltà finanziarie della sanità.

È una fase in cui a livello di rappresentanza matura l'attenzione per la *social reputation*, per la percezione nella cultura sociale collettiva dell'ospedalità privata, non più quindi come soggetto di parte, interprete di un interesse specifico, ma come attore sistemico che si sfida su soluzioni che generano più alto valore sociale, pur nel rispetto delle proprie compatibilità e della legittima redditività degli operatori del settore.

D'altro canto gli operatori, come i responsabili politici e del pubblico, erano alle prese con il terribile paradosso rivelato della spesa pubblica per la sanità: una spesa pubblica inferiore in valore pro-capite e in rapporto al Pil rispetto a quella di Paesi omologhi, ma con uno spreco e un'inefficienza nettamente maggiore. Troppi i rivoli inutili, gli utilizzi inappropriati, le inefficienze diffuse.

Diventa poi più pressante la voglia di qualità dei cittadini, ormai portatori in ampi gruppi sociali di una concezione evoluta di star bene e benessere, pronti a metter mano alle proprie risorse pur di comprare prestazioni di qualità.

È in questa fase che gli aspetti tipici di una gestione privatistica, quali le modalità di gestione imprenditoriale fatta di attenzione ai costi, all'efficienza e alla produttività, di capacità di adattarsi a una domanda personalizzata, e anche di un personale più motivato e attento al rapporto con i pazienti diventano altrettanti tasselli di un modello sanitario innovativo da cui non si può prescindere, *in primis* come protagonista del sistema e in secondo luogo come "lepre" che corre in avanti nell'innovazione operativa, gestionale, di rapporto con i pazienti.

Il valore sociale dell'ospedalità privata è tutta dentro questa virtuosa capacità di rispondere alle nuove esigenze della domanda, con modalità per taluni aspetti trasferibili al pubblico, con un beneficio collettivo.

Come rilevato, il clima sociopolitico e la cultura sociale collettiva già negli anni Novanta era assolutamente cambiata rispetto ai tempi di approvazione e promulgazione della Riforma sanitaria, e tuttavia sul piano operativo persistevano meccanismi di penalizzazione di fatto del privato.

Il mutato clima sociale portò anche a un ripensamento profondo dell'operatività della sanità italiana con l'introduzione del concetto di aziendalizzazione riferita alle Usl diventate Asl e chiamate a modificare la gestione della sanità nei territori di competenza.

È la fase in cui si moltiplicano i richiami a un linguaggio e a pratiche di tipo aziendalistico che, in modo a volte semplicistico, si pensa di applicare negli ospedali e in generale nella sanità pubblica.

Sembra sfumare l'idea che la gestione imprenditoriale, privatistica, manageriale sia anche l'esito di culture professionali, meccanismi economici e sistemi di funzionamento capaci di misurarsi con la logica di mercato e con le eventuali conseguenze dei risultati gestionali anche quando sono negativi.

In realtà la nuova Riforma sanitaria, pur esito di una gestazione politica non breve, risente non poco della dinamica crescente della spesa sanitaria pubblica e delle esigenze di finanziamento rese più stringenti sul piano congiunturale dalla crisi economica dell'inizio degli anni Novanta.

In ogni caso è una fase anche di internalizzazione di una modernità di strumenti e linguaggi salutare per la sanità, che di fatto evidenzia una modernità dei soggetti privati.

E almeno nelle enunciazioni e anche in molti suoi articoli le riforme dei primi anni Novanta sembravano orientate a introdurre la piena competizione tra strutture a prescindere dalla forma giuridica, introducendo anche la libertà di scelta della struttura e del medico, rispondendo a una delle più mature e sentite esigenze dei cittadini.

È nell'operatività che tornano pratiche più tradizionali, poco in linea con la piena legittimazione annunciata dei soggetti privati; così, per esempio, talune forme di verifica del rispetto di parametri di performance si rivelano di fatto penalizzanti per le strutture private.

In pratica, emergono troppi aspetti che, al di là della retorica, finivano per preservare il pubblico e abbattersi sul privato accreditato.

Con questa riforma poi diventa più complesso il rapporto differenziato con le varie Regioni, dotate di nuovi poteri sul piano finanziario, inclusa anche la possibilità di confermare o rescindere il convenzionamento con le strutture private, in relazione all'ammontare di prestazioni ritenute ottimali o finanziabili.

In ogni caso, pur nello iato tra enunciazioni e operatività, e nella confusione di iniziative regolatorie a volte contraddittorie, il cambio radicale di clima sociale rese l'ospedalità privata protagonista della fase attuativa della nuova riforma, in particolare per gli aspetti che più ne toccano l'operatività, dalla fissazione degli standard alla definizione delle modalità di remunerazione.

E arrivò anche il tempo dei Drg¹¹ e del pagamento a prestazione, un tentativo importante di innovare rispetto alla diaria di degenza, spostando l'attenzione sui costi reali della sanità erogata, e tuttavia anche questa iniziativa si rivelò foriera di criticità, se non altro per l'assenza di un efficace meccanismo di controllo.

In generale, quel che emerge già in questa fase, che come detto è anche di grande modernizzazione della sanità italiana, è una moltiplicazione di strumenti che, alla fin fine non emancipano le sanità regionali da una tendenza pratica a penalizzare le strutture private, laddove quelle ospedaliere pubbliche beneficiano di fatto di risorse a piè di lista.

Il valore sociale dell'ospedalità privata in termini di più veloce adeguamento a una normativa che provava a definire il costo reale degli interventi sanitari in ospedale per le patologie era ancora una volta un fattore differenziante virtuoso rispetto al pubblico più lento e visibilmente in difficoltà e tuttavia non trova quel riconoscimento complessivo, dalla normativa alla concreta regolazione al rispetto dei reali risultati gestionali che solo può massimizzare gli effetti del pluralismo.

Inoltre, un esito decisivo di questa fase è che i criteri ispiratori a livello centrale devono sempre più misurarsi con la regionalizzazione spinta delle competenze, con tutte le conseguenze del caso.

¹¹ Il Diagnosis related group (Drg) è un sistema che permette di classificare tutti i pazienti dimessi da un ospedale in gruppi omogenei di risorse assorbite, consentendo di quantificare il valore economico delle risorse impiegate e di remunerare ciascun episodio di ricovero.

In sostanza, emerge tutta l'ambiguità della condizione dell'ospedalità privata alle prese con gli *stop and go* normativi degli anni Novanta, anche perché, al di là delle intenzioni, *le riforme delle riforme* furono indotte fundamentalmente dalla necessità di mettere sotto controllo la spesa sanitaria finendo per fissare confini stretti per le prestazioni in capo al Servizio sanitario nazionale, attraverso l'indicazione dei Lea da costruire nel concreto e su cui ancorare le risorse pubbliche.

Sul piano più operativo dell'ospedalità si sviluppò la distinzione tra le procedure autorizzative e quelle ovviamente di accreditamento, cioè di erogazione di prestazioni pagate dal Servizio sanitario. Altro dato importante da un punto di vista operativo consisteva nella fissazione di tetti ai volumi di attività delle case di cura private accreditate che si rivelavano fondate né sui bisogni sanitari né sui costi; e questa fissazione rigida dei tetti ai volumi di attività dei privati divenne parte costitutiva della Riforma Bindi (d.lgs. 229/99).

In pratica vinceva un richiamo esplicito alle compatibilità economico-finanziarie come riferimento per la definizione dell'ammontare di prestazioni erogabili tramite le strutture ospedaliere private, senza alcun riferimento ai reali bisogni sanitari dei territori di riferimento.

D'altro canto, l'arrivo del federalismo fiscale spostava in modo potente l'asse della sanità verso le Regioni, con un effetto di differenziazione su molti aspetti che per almeno un decennio ha reso la vita difficile agli operatori della sanità.

Se la Riforma Bindi era comunque marcata da un rigurgito neocentralista e monopolistico, il dato più incisivo era il nesso stretto tra bisogni sanitari, finanziamento pubblico e compatibilità finanziarie dei bilanci pubblici; un approccio ragionieristico pericoloso perché capace di comprimere i bisogni sanitari dei cittadini costretti o a mettere mano alle proprie risorse o a dover accettare lunghe liste di attesa. Ed è questa probabilmente l'origine reale del pericoloso oscillare tra razionamento e disuguaglianze sanitarie, di cui oggi si vedono gli effetti.

2.3. Dalle ristrettezze del nuovo millennio al radicale cambio di scenario indotto dalla crisi

Nel nuovo millennio sono particolarmente visibili mutamenti sociodemografici decisivi per la sanità come l'invecchiamento e l'arrivo di crescenti e consistenti flussi di stranieri.

Spicca nella società italiana prima della grande crisi la propensione di gruppi sociali significativi alla sperimentazione di stili di vita e pratiche sociali non più improntate a consumo compulsivo. La salute è per gli italiani uno degli ambiti in cui più forte è l'attenzione alla pluralità di dimensioni che incidono sulla qualità della vita, con un approccio olistico, di benessere psicofisico.

In questa fase si dispiega la spinta istituzionale del Servizio sanitario per stili di vita salutari, facendoli uscire dalla pura intenzionalità, così come aumenta la partecipazione a programmi di screening in assenza di sintomi e cresce la copertura vaccinale.

Si va radicando una concezione di salute in cui è decisivo l'approccio e l'impegno soggettivo, temperato dalla presa d'atto del ruolo esercitato dai fattori ambientali e da quelli ereditari. La coscienza dei limiti alla potenza del soggetto nella cultura della salute genera la consapevolezza che la buona salute dipende da una molteplicità di fattori, non solo soggettivi.

In questa fase, la capacità di autoregolazione della salute dei cittadini cresce, in linea con la disponibilità di più alti flussi informativi e più alta capacità delle persone di raccogliarli, selezionarli e utilizzarli per scelte che concernono i propri percorsi di prevenzione e cura.

Si afferma un cittadino più informato, maturo, consapevole, attento, portatore di una domanda di qualità dei servizi, in linea con l'idea olistica del proprio benessere.

E pur nella diversità territoriale dei contesti, questo *upgrading* continuato dell'approccio a salute e sanità coinvolge i cittadini delle diverse regioni, non ultime quelle in cui la sanità ha performance non positive.

Infatti uno dei riflessi sistemici di questa cultura sanitaria evoluta emerge dalla frequenza con cui i cittadini utilizzano la libertà di scelta letteralmente votando con i piedi la sfiducia alla sanità della propria

regione o del proprio specifico territorio o semplicemente nei confronti di una determinata struttura o relativo servizio.

Le migrazioni sanitarie crescono, in particolare nell'ospedaliero, come esito del *gap* tra aspettative dei cittadini e soluzioni disponibili nel proprio territorio, con una ricerca della qualità o comunque della fiducia, in sintonia con le nuove sensibilità in tale ambito.

Se la dimensione soggettiva e socioculturale del rapporto con la salute vive una stagione evolutiva, crescono le difficoltà del Servizio sanitario dentro la tenaglia dei vincoli economici e le difficoltà della *devolution* attivata nelle forme estreme dalla Riforma del Titolo V.

I più recenti rapporti del Censis¹² certificano l'accentuarsi di difficoltà tradizionali della sanità quali: lunghezza delle liste di attesa, disparità territoriali nell'offerta sanitaria, mediatizzazione della mala-sanità e, su tutto, il *gap* crescente tra fabbisogni sanitari reali e offerta sanitaria, a cominciare da quella pubblica.

Una asimmetria quali-quantitativa tra offerta e domanda sanitaria unita alla crisi di sostenibilità del Servizio sanitario che impone un radicale ripensamento dei soggetti, dei processi e delle relazioni interne.

Il Servizio sanitario, poi, mostra una pericolosa autoreferenzialità indotta anche dalla pressione crescente della necessità di ripristinare i vincoli di bilancio pubblico. È questo il contesto pre-crisi in cui tutti i soggetti sono costretti a posizionarsi, adeguando culture e pratiche operative.

Dal punto di vista dell'ospedalità privata incombe il rischio di una nuova marginalizzazione dettata non più da un clima sociopolitico avverso, ma da un contesto di *downgrading* della spesa pubblica, variamente motivato e reso ineludibile.

A una retorica pubblica di riconoscimento e valorizzazione del privato in sanità corrisponde una pratica più o meno strisciante, ma non per questo meno dura, di tagli e imposizioni con relativi costi crescenti.

¹² VII Rapporto Rbm-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata, 2017; Rapporto Censis-Assosalute, *La virtuosa evoluzione dell'autoregolazione della salute degli italiani*, 2017; Rapporto Censis-Farindustria, *Gli italiani e la salute*, 2016; Rapporto Censis-Rbm Salute, *Il welfare italiano nel tempo, dal monopolio statale alla piattaforma multipilastro*, 2016.

E proprio a metà del primo decennio del nuovo millennio, il federalismo sanitario attraverso provvedimenti inclusi nella legge finanziaria tende ad assumere una conformazione più precisa, in cui lo Stato incrementa le risorse e al contempo attiva meccanismi di verifica con relative sanzioni per le Regioni inadempienti.

La questione chiave resta però la capacità e la volontà a livello regionale di attivare tagli alla spesa pubblica per gli ospedali sulla base dei fabbisogni sanitari reali delle comunità, e non su valutazioni *ex ante* applicate poi in relazione alla natura giuridica dei provider.

In pratica, anche in tale contesto gli operatori privati sono chiamati a sopravvivere a un cortocircuito istituzionale e funzionale del Servizio sanitario in cui, da un lato il centro bloccava l'erogazione dei finanziamenti in nome dei controlli degli adempimenti regionali, e dall'altro le Regioni entrate in difficoltà finanziaria allungano i tempi di pagamento scaricando sugli operatori il costo del non funzionamento del meccanismo istituzionale e di *governance* della sanità italiana.

Il sistema ospedaliero subisce anche gli choc che nascono nei rapporti politico-sindacali, così in definitiva tutto converge a far cadere i tagli di spesa pubblica sugli operatori privati, tanto che il taglio dei posti letti negli ospedali pubblici non intacca il personale, evidenziando una notevole rigidità in basso della spesa, che inevitabilmente trasferisce sui privati il costo degli aggiustamenti.

In pratica, il federalismo dispiegato diventa un meccanismo in cui la pressione che nasce dal controllo della dinamica della spesa pubblica per la sanità diventa particolarmente intensa, ma praticamente a senso unico, cioè rivolta verso gli operatori privati oggetto di una penalizzazione diffusa che arriva da molte strade, dai tagli a Drg e tariffe, dai lunghi tempi di pagamento e dai tanti obblighi di adeguamento ai parametri per l'accreditamento.

Con la crisi c'è un'improvvisa intensificazione degli esiti di mutamenti economici, sociali e culturali, perché si restringe d'improvviso e drasticamente la capacità del pubblico di intervenire.

Gli indicatori economici crollano e conservano un movimento in negativo: nel 2007-2008 la crisi finanziaria e globale investe pesantemente l'economia nazionale con crolli nella produzione, nei consumi e aggredisce i bilanci pubblici imponendo tagli draconiani.

Al periodo prolungato dei crolli delle variabili socioeconomiche segue la più recente fase dello zero virgola, con indicatori che ripartono dai picchi negativi ma non assumono mai i ritmi di crescita pregressi.

Socialmente si va radicando una diffusa incertezza, e la risposta principale delle famiglie è, come si è visto, fatta di un intenso accumulo di liquidità, che fa crescere il *cash* cautelativo a scopo precauzionale, per rispondere tempestivamente a quei bisogni sanitari e sociali per cui non si sentono più tutelati dal welfare pubblico come in passato.

È una situazione in cui cambia molto il rapporto degli italiani con la propria salute: la malattia e la non autosufficienza diventano i rischi che più preoccupano gli italiani, e la sanità in particolare non opera più come una piattaforma in grado di rassicurarli.

Cresce la convinzione che la qualità dell'offerta sanitaria va peggiorando con il 30,5% degli italiani che dichiara che la sanità della propria regione peggiora, quota nettamente più alta nelle regioni del Sud e isole e in quelle in Piano di rientro.

Si dilata il *gap* tra la spesa sanitaria pubblica sottoposta ai rigori della *spending review* e la dinamica dei fabbisogni sanitari indotta da invecchiamento e cronicità: è così che diventa sempre più percepibile la riduzione della copertura pubblica.

Rattrappimento della sanità pubblica, difficoltà di accesso rese evidenti dalla lunghezza delle liste di attesa, più ampi divari territoriali dell'offerta, contribuiscono a determinare un più intenso ricorso alla sanità privata non accreditata che, in alcuni casi riesce anche a erogare servizi e prestazioni a prezzi competitivi con i ticket del pubblico. In questa fase, per il 62,5% dei cittadini la lunghezza delle liste di attesa nel pubblico ha imposto il ricorso al privato: al Sud e isole è il 72,9% dei cittadini a subire questa condizione e al Centro il 68,9%¹³.

La spesa per la sanità diventa una voce consueta dei budget familiari, con una percezione negativa delle famiglie sul suo impatto sulla tenuta dei budget stessi. È la sanità diseguale, in cui l'accesso alle cure

¹³ VII Rapporto Rbm-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata. Il futuro del Sistema sanitario in Italia tra universalismo, nuovi bisogni di cura e sostenibilità, 2017.

dipende fortemente dal contesto in cui si vive e/o dalla disponibilità di reddito per acquistare direttamente sul mercato privato le prestazioni.

La dinamica divaricante socialmente e territorialmente rispetto alla copertura garantita dal Servizio sanitario avviene in una fase in cui la cultura sanitaria degli italiani è sempre più pervasa da una soggettività consapevole e informata, che tende a fare selezione tra soluzioni pubbliche o private.

Ed è una fase in cui sono decisive le informazioni giuste per valutare il proprio stato di salute, eventuali sintomi e relative patologie e più ancora per capire a chi rivolgersi.

La soggettività ovviamente è veicolo di sviluppo di prevenzione, nell'attenzione agli stili di vita e nel ricorso agli screening e accertamenti vari, in particolare per le patologie oncologiche.

E tuttavia in questa fase emerge anche la fragilità della soggettività di fronte alla moltiplicazione di flussi informativi spesso incontrollati, e la questione dei vaccini segnala la nuova complessità dei temi sanitari affrontati in campo aperto nella nuova fase di sovrapproduzione incontrollata di flussi informativi.

Emerge la profonda ambiguità della soggettività in bilico tra consapevolezza e libero arbitrio, a rischio di finire in un'incontrollata autonomia.

L'informazione sanitaria si presenta con un volto nuovo, non necessariamente virtuoso, pericolosamente autolesionista, laddove serve da supporto o addirittura incoraggia un libero arbitrio che sceglie di emanciparsi da ogni sapere certificato, esperto.

Ecco perché diventano decisivi l'affiancamento e il potenziamento della capacità concreta di praticare autonomia e di esercitare la soggettività da parte dei cittadini nella selezione di comportamenti sanitari o nel rapporto con i servizi da scegliere.

Nella proliferazione incontrollata dei flussi informativi, diventa prioritaria la capacità di mettere le persone nelle condizioni di esercitare le opportunità di scelta, tema chiave anche per il settore dell'ospedalità, in cui non sono così trasparenti le possibilità di optare per il pubblico o per il privato all'interno del Servizio sanitario.

Si arriva così ai giorni nostri, già descritti in precedenza, in cui la promessa dell'universalità lascia il posto a disparità reali tra i cittadini.

Una fase in cui diventa evidente che ogni tentativo esplicito o surrettizio di privilegiare le strutture pubbliche genera un ampliamento del *gap* tra offerta sanitaria e fabbisogni dei cittadini, penalizzando i più fragili.

7. Le cose da cui ripartire

1. Risorse sufficienti per un Servizio sanitario efficiente: il punto di vista degli italiani

1.1. Tutelare il Servizio sanitario come istituzione vuol dire farlo funzionare meglio

Esiste un consenso diffuso degli italiani rispetto al ruolo istituzionale e sociale del Servizio sanitario che apprezzano e a cui non sono disposti assolutamente a rinunciare.

Gli italiani infatti hanno fiducia nel Servizio sanitario come istituzione per il significato simbolico che continua ad avere, e perché è il contesto in cui la promessa di una sanità realmente per tutti deve trovare risposta.

Se l'attaccamento al Servizio sanitario come istituzione è trasversale alle aree geografiche, la valutazione del suo funzionamento è diversificata per regione in relazione alla più volte richiamata diversità di performance.

Punto di partenza è quindi la centralità del Servizio sanitario, che non può essere messa in discussione, e al contempo la consapevolezza diffusa che è indispensabile farlo funzionare meglio, più in linea con bisogni e aspettative di tutti i cittadini a prescindere dalla propria residenza.

Solo un salto di qualità sistemico condiviso e territorialmente diffuso potrà consentire al Servizio sanitario di mantenere la sua promessa di dare eguale tutela sanitaria senza differenze di alcun genere.

Riguardo all'ospedalità, è vero che oggi presenta tassi di soddisfazione degli italiani particolarmente elevati, dal pubblico al privato accreditato, al privato, e tuttavia sono visibili anche in questo caso le diversità territoriali e quelle tra tipologie di provider.

Proprio la moltiplicazione delle diversità di performance in sanità impone di individuare soluzioni perché la performance complessiva delle sanità regionali si innalzi, mettendo in parallelo in moto un'omogeneizzazione verso l'alto della qualità, che strappi i cittadini delle regioni tradizionalmente dotate di sanità meno performanti alla necessità di metter mano alle proprie risorse in modo massiccio o votare con i piedi recandosi in altre regioni, se non addirittura all'estero.

Far funzionare meglio la sanità è quindi il primo punto di partenza, che non significa mettere in discussione il Servizio sanitario come istituzione, ma piuttosto valorizzare al suo interno gli attori e i processi che possono dare un alto contributo a questo obiettivo.

Ciò significa guardare con occhi molto pragmatici a tutti i protagonisti della sanità e dell'ospedaliero. Nello specifico vuol dire partire dal contributo concreto che possono dare all'obiettivo di far funzionare meglio il Servizio sanitario nelle varie regioni: ogni altro criterio è deviante e in ogni caso asimmetrico rispetto alla priorità indicata.

1.2. Le spese per la salute sono un investimento

L'analisi dell'evoluzione nel tempo e in particolare negli anni post crisi di spesa pubblica e privata della sanità introietta l'arretramento strutturale della copertura pubblica e la più alta esposizione dei privati.

L'Italia resta un Paese in cui la spesa pubblica per la salute è inferiore alla media di Paesi omologhi, e i documenti ufficiali pur nella loro ambiguità evidenziano che la tendenza a contenere la spesa pubblica sanitaria è destinata ad approfondirsi, come scelta sociopolitica di lungo periodo.

Le risorse pubbliche sono destinate a restare stabili o addirittura a decrescere, proprio mentre si incrementa la competizione intersettoriale per averle. A oggi la sanità, se non altro in confronto ad altri importanti Paesi europei, esce perdente dalla competizione, e dopo

l'onda della *spending review* è comunque rimasta sul sentiero della non crescita.

Peraltro, la valutazione del livello ottimale di spesa pubblica sanitaria non può essere fatta in astratto o semplicemente sulla base di dati storici, ma va commisurata alla dinamica dei fabbisogni sanitari, che in una società che invecchia è inevitabilmente destinata a crescere.

La scure in questi anni ha colpito, come hanno potuto verificare nella quotidianità le persone che sono entrate in contatto con il Servizio sanitario, soprattutto nelle Regioni in cui più intensa è stata la pressione sui bilanci per aggiustamenti strutturali.

È importante rilevare che la spesa sanitaria dispone di buona *social reputation* rispetto ad altre possibili destinazioni alternative e che un suo adeguamento, almeno rispetto alle esperienze di Paesi analoghi della Ue, è assolutamente indispensabile.

Pur non illudendosi che la spesa sanitaria pubblica possa garantire il finanziamento per tutti i servizi di cui c'è bisogno, tuttavia i cittadini la reputano non un costo ma un investimento.

Infatti da un'indagine del Censis¹⁴ emerge come la quota di coloro che considerano la spesa sanitaria pubblica come un investimento è passata dal 78,5% all'88,8% nel periodo 2005-2017 (tab. 15).

È un dato che esprime una convinzione profondamente radicata nella cultura sociale collettiva, in cui i soldi pubblici per la sanità sono considerati importanti. Peraltro il dato di certo introietta gli esiti dell'esperienza di questi anni segnati dalla più volte citata dinamica crescente della spesa privata che viene vissuta come un peso indotto anche e soprattutto dal ritrarsi della componente pubblica.

E allora non si può sottovalutare quando si approccia un qualsiasi settore della sanità italiana, incluso quello ospedaliero, che per la grande maggioranza degli italiani la spesa pubblica orientata alla sola salute e alla sanità è un investimento strategico, uno dei settori verso il quale orientare l'allocazione delle non crescenti risorse pubbliche,

¹⁴ Rapporto Censis-Assosalute, *La virtuosa evoluzione dell'autoregolazione della salute degli italiani. Racconto di come è cambiato il rapporto con la salute e il farmaco nella società italiana*, 2017.

che anche per questo motivo devono essere utilizzate molto bene e con grande efficienza.

1.3. La sanità conta anche nelle scelte politico-elettorali

Le ricerche del Censis hanno messo in luce come nel tempo sia cresciuta l'attenzione degli italiani ai temi della salute, e quelli relativi all'accesso e alla qualità delle prestazioni sanitarie.

Nella cultura sociale collettiva dei nostri tempi la tutela della salute occupa una posizione centrale, è quasi paradigmatica dei nuovi stili di vita fatti di voglia di benessere psicofisico, attenzione alla complessità dei fattori da cui dipende in generale la quotidiana qualità della vita.

D'altro canto, l'invecchiamento della popolazione, la voglia di preservare la salute con stili di vita salutari e anche il ricorso ad accertamenti sanitari ripetuti e continuativi, come la tendenza a informarsi sul tema sono solo alcuni degli indicatori dell'attenzione che gli italiani hanno per ogni tema che riguarda salute e sanità.

La complessità delle tematiche non disincentiva questa passione nazionale che è ormai radicata da tempo e che è visibile anche in ambiti diversi, poiché dal cibo agli hobby è frequente la valutazione da parte degli italiani dell'impatto che possono avere sulla propria salute.

Tab. 15 – Opinioni sulle spese pubbliche per la salute, 2005 e 2017 (val. %)

<i>Qual è la sua opinione sulle spese pubbliche per la salute?</i>	<i>2005</i>	<i>2017</i>	<i>Diff. % 2005-2017</i>
Sono un investimento perché la salute prevale su tutto il resto	78,5	88,8	+10,3
Sono un costo, che toglie risorse a cose più importanti	21,5	11,2	-10,3
Totale	100,0	100,0	

Fonte: Censis-Assosalute, *La virtuosa evoluzione dell'autoregolazione della salute degli italiani*, 2017

E gli aspetti afferenti alla tutela della salute e alla sanità sono rilevanti anche nelle scelte politico-elettorali degli italiani visto che per

il 30,3% è un tema centrale nella scelta del partito e/o del candidato per il quale votare, per il 50,6% ha un certo peso anche se al fianco di altri temi, per il 7,4% conta poco e per il 7,5% non incide sulle proprie scelte politiche¹⁵.

In ambito politico-elettorale la sanità conta in modo trasversale al corpo sociale e ai territori, a conferma che è uno dei temi sui quali è indispensabile costruire consenso sociale, evitando forzature che rischiano di disattendere le aspettative dei cittadini.

2. Ulteriori punti fermi

Il racconto emerso dalla presente ricerca consente di segnalare una serie di punti fermi da cui ripartire per un buon Servizio sanitario:

- l'articolazione degli attori come caratteristica costitutiva, che nel caso dell'ospedaliero risale alle norme fondative del Servizio sanitario e che oggi è un fattore potente di miglioramento del sistema. I provider pubblici e privati sono entrambi protagonisti irrinunciabili della nostra sanità e, si potrebbe dire, del welfare in generale, come esito di concreti processi di lunga deriva in cui hanno esplicitato la loro ineludibile e positiva funzione sociale;
- la pressione fiscale è a livelli molto elevati, i margini per suoi ulteriori incrementi sono ristrettissimi e privi di ogni consenso sociale o elettorale. Se incremento della spesa pubblica per la sanità deve esserci, non potrà che avvenire senza ingenerare incrementi nella fiscalità. E allora gli ampliamenti della rete di tutela della sanità potranno provenire, oltre che dal recupero di risorse pubbliche già esistenti, da un'efficientizzazione dell'offerta che incrementi la redditività sociale delle risorse impiegate in sanità. Non si potrà più sfuggire a uno scrutinio severo della reale efficienza dei provider, a prescindere dalla loro natura giuridica. Non ci potranno più essere zone franche dalla buona gestione, giubbotti anti-efficientizzazione. Il movimento dovrà necessariamente riguardare tutti, pubblici

¹⁵ Indagine Censis-Aiop, *Il valore sociale dell'ospedalità privata nella sanità pluralista*, 2018.

- o privati che siano, e l'ospedaliero è uno degli ambiti in cui questa dinamica ha urgente bisogno di essere dispiegata;
- si è visto quanto sia radicata nei cittadini la convinzione che il Servizio sanitario sia un pilastro costitutivo del nostro vivere collettivo, da tutelare e migliorare. L'analisi ha evidenziato che oggi stenta a rispondere alla sua *mission* di garantire tutela sanitaria universale, e pertanto è urgente modificarlo proprio per garantire quei servizi di cui c'è realmente bisogno, contenendo le disuguaglianze e restituendo senso di sicurezza alle famiglie. La sanità quindi rischia di cadere nel paradosso di avere poche risorse rispetto ad altri Paesi e al contempo di vedersi attribuire la reputazione di settore che costa e spende troppo per quel che produce. Il paradosso è che poi periodicamente scattano tagli lineari indiscriminati, sulla base di astratti indicatori piuttosto che sui reali bisogni dei cittadini;
 - l'universalismo è un requisito connotante la sanità italiana, non solo perché risponde ai bisogni strettamente sanitari ma perché genera coesione sociale, promuove inclusione e potenzialmente facilita la mobilità verso l'alto che in questa fase storica è particolarmente carente. E avere accesso alle cure a prescindere dalle condizioni economiche è uno dei grandi fattori di distintività del modello sociale italiano a cui la sanità deve continuare a contribuire come ha fatto in passato e che invece oggi stenta a svolgere con una pericolosa internalizzazione di forme di disuguaglianze. E allora diventa vitale il ruolo di tutto ciò che consente di riampliare la rete di tutela, di mettere uno stop alla deriva dimagrante della sanità. E per fare questo non ci possono essere più sprechi e inefficienze;
 - lo sviluppo di cittadini altamente informati, consapevoli, responsabili è uno dei trend chiave della nuova soggettività in sanità. Oggi ha di certo bisogno di un salto di qualità in termini di *empowerment*, se non altro dal punto di vista della qualità delle informazioni rese disponibili e da quello dell'accompagnamento nella selezione delle stesse. Tuttavia l'esercizio diffuso della libertà di scelta in ogni ambito della propria vita e quindi anche in quello così importante della tutela della salute e della sanità è imprescindibile. Questo significa mettere gli operatori di ogni settore sanitario nelle condizioni di agire a parità di regole, creando contesti in cui possa prevalere chi

è più capace di rispondere alle esigenze dei cittadini nel rispetto dei criteri del buon uso delle risorse.

Pluralismo, efficienza, universalità reale e eguaglianza sostanziale nell'accesso alle cure, e libertà di scelta sono altrettanti punti da cui ripartire, sui quali esiste consenso sociale e che sono profondamente radicati nell'evoluzione del rapporto degli italiani con la sanità.

3. Perché l'ospedalità privata è oggi e per il futuro un protagonista primario del Servizio sanitario

Alla luce dei punti da cui ripartire è utile concludere la riflessione sull'ospedalità e sul suo futuro, chiedendosi perché l'ospedalità privata malgrado anni di sostanziale ostracismo e tentativi di marginalizzazione sociopolitica e operativa è riuscita a conservare e, negli ultimi anni, a rilanciare un ruolo da protagonista del Servizio sanitario italiano.

Ecco il quesito chiave al quale la presente ricerca ha dato risposta e che, come si è visto, rinvia a ragioni profonde relative ai comportamenti sanitari e sociali degli italiani. Infatti, le risposte emergono dall'inquadramento del ruolo dell'ospedalità privata all'interno:

- delle lunghe derive evolutive del rapporto degli italiani con la salute e la sanità e del Servizio sanitario nelle sue componenti fondamentali;
- della condizione contemporanea della società e della sanità italiana, dei processi e delle fenomenologie in atto che disegnano il nuovo scenario di domanda e spesa sanitaria e in parallelo di offerta e finanziamento pubblico e privato della sanità.

In generale si può dire che un'esistenza da figlio di un dio minore non ha fiaccato la potenza sociale dell'ospedalità privata, e non è riuscita a scacciarla dal tempio della sanità e del welfare di cui è appunto oggi un protagonista rilevante.

Tenuto conto degli obiettivi prioritari del Servizio sanitario per il prossimo futuro risulta decisivo il passaggio a un modello pluralista pieno e compiuto, in cui le componenti del valore sociale dell'ospedalità privata possano dispiegare tutti i loro effetti, contribuendo a restituire tutela sanitaria e sicurezza sociale ai cittadini.

Bibliografia

- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Primo Rapporto annuale 2003*, FrancoAngeli, Milano, 2004.
- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Secondo Rapporto annuale 2004*, FrancoAngeli, Milano, 2005.
- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Terzo Rapporto annuale 2005*, FrancoAngeli, Milano, 2006.
- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Quarto Rapporto annuale 2006*, FrancoAngeli, Milano, 2007.
- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Quinto Rapporto annuale 2007*, FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Sesto Rapporto annuale 2008*, FrancoAngeli, Milano, 2009.
- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Settimo Rapporto annuale 2009*, FrancoAngeli, Milano, 2010.
- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Ottavo Rapporto annuale 2010*, FrancoAngeli, Milano, 2011.
- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Nono Rapporto annuale 2011*, FrancoAngeli, Milano, 2012.
- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Decimo Rapporto annuale 2012*, FrancoAngeli, Milano, 2013.
- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Undicesimo Rapporto annuale 2013*, FrancoAngeli, Milano, 2014.
- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Dodicesimo Rapporto annuale 2014*, FrancoAngeli, Milano, 2015.
- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Tredicesimo Rapporto annuale 2015*, FrancoAngeli, Milano, 2016.

- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Quattordicesimo Rapporto annuale 2016*, FrancoAngeli, Milano, 2017.
- Aiop-Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema, *Ospedali & Salute. Quindicesimo Rapporto annuale 2017*, FrancoAngeli, Milano, 2018.
- Aiop, *Nella storia della Sanità italiana. 50 anni di Aiop*, Iasa Edizioni, Trento, 2016.
- Censis, *La domanda di salute in Italia*, FrancoAngeli, Milano, 1989.
- Censis, *Il futuro dell'ospedale. Modelli e prospettive nell'evoluzione del Sistema sanitario*, FrancoAngeli, Milano, 1993.
- Censis, *La domanda di salute negli anni Novanta. Comportamenti e valori dei pazienti italiani*, FrancoAngeli, Milano, 1998.
- Censis, *Forum della Ricerca Biomedica. Italiani e sanità: divisi sulla devolution, uniti sull'ospedale*, 2004.
- Censis, *Forum della Ricerca Biomedica. Quattro sfide per il federalismo sanitario: etica, qualità, partecipazione e pluralismo*, 2004.
- Censis, *Forum della Ricerca Biomedica. Spesa sanitaria e trend demografici*, 2006.
- Censis, *Forum della Ricerca Biomedica. Idee per una sanità migliore. Federalismo, spesa sanitaria, qualità dei servizi*, 2011.
- Censis-Ministero della Salute, *Aspettative e soddisfazione dei cittadini rispetto alla salute e alla sanità*, 2010.
- Censis-Farmafactoring, *Il Sistema Sanitario in controluce. La spesa delle regioni e le regole del federalismo*, Franco Angeli, Milano, 2011.
- Censis-Farmafactoring, *Il Sistema sanitario in controluce. Sostenibilità economica e qualità dell'assistenza*, FrancoAngeli, Milano, 2012.
- Censis-Farmindustria, *Gli italiani e la salute. La storia e le prospettive di una trasformazione attraverso i 50 Rapporti Censis*, 2016.
- Censis-Assosalute, *La virtuosa evoluzione dell'autoregolazione della salute degli italiani. Racconto di come è cambiato il rapporto con la salute e il farmaco nella società italiana*, 2017.
- Censis-Rbm Salute, *I Fondi Sanitari tra integrazione, sostituzione e complementarietà*, 2013.
- Censis-Rbm Salute, *Sanità, Previdenza e Assistenza: prospettive evolutive per il Welfare Integrativo*, 2014.
- Censis-Rbm Salute, *Costruire la nuova sanità integrativa. Contrattazione Collettiva Nazionale, Soluzioni Aziendali e Approccio Territoriale*, 2015.
- Censis-Rbm Salute, *Oltre l'attuale welfare integrativo. Rinnovare la Previdenza Complementare e la Sanità Integrativa*, 2016.
- Censis-Rbm Salute, *Il Servizio Sanitario Nazionale e le Forme Sanitarie Integrative, nella prospettiva di un Secondo Pilastro in Sanità*, 2017.

- Censis, *VII Rapporto Rbm-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata. Il futuro del Sistema sanitario in Italia tra universalismo, nuovi bisogni di cura e sostenibilità*, 2017.
- Censis, *VII Rapporto Rbm-Censis sulla Sanità Pubblica, Privata e Intermediata. Il Sistema sanitario in Italia: come coniugare Sostenibilità, Equità e Promozione della Salute*, 2018.
- Censis, *42° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Censis, *43° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, FrancoAngeli, Milano, 2009.
- Censis, *44° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, FrancoAngeli, Milano, 2010.
- Censis, *45° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, FrancoAngeli, Milano, 2011.
- Censis, *46° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, FrancoAngeli, Milano, 2012.
- Censis, *47° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, FrancoAngeli, Milano, 2013.
- Censis, *48° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, FrancoAngeli, Milano, 2014.
- Censis, *49° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, FrancoAngeli, Milano, 2015.
- Censis, *50° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, FrancoAngeli, Milano, 2016.
- Censis, *51° Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, FrancoAngeli, Milano, 2017.
- Corte dei Conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, 2009.
- Corte dei Conti, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, 2017.
- Istat, *Contabilità nazionale*, 2006.
- Istat, *Contabilità nazionale*, 2009.
- Istat, *Contabilità nazionale*, 2011.
- Istat, *Contabilità nazionale*, 2017.
- Istat, *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, 2013.
- Ministero della Salute, *Rapporto Sdo 2016*, 2017.

VAI SU: www.francoangeli.it

**PER SCARICARE (GRATUITAMENTE)
I CATALOGHI DELLE NOSTRE PUBBLICAZIONI
DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI:
PER FACILITARE LE TUE RICERCHE.**

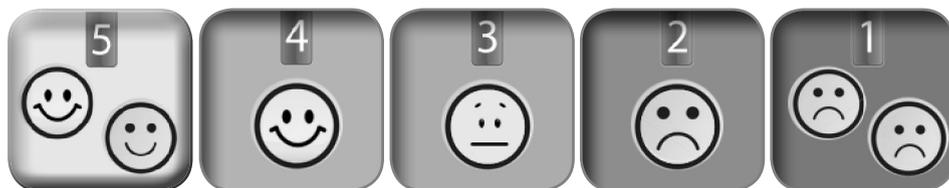
Management & Marketing
Psicologia e psicoterapia
Didattica, scienze della formazione
Architettura, design, territorio
Economia
Filosofia, letteratura, linguistica, storia
Sociologia
Comunicazione e media
Politica, diritto
Antropologia
Politiche e servizi sociali
Medicina
Psicologia, benessere, auto aiuto
Efficacia personale, nuovi lavori



FrancoAngeli

Copyright © 2018 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788891774590

QUESTO LIBRO TI È PIACIUTO?



Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/latuaopinione.asp



**VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?**



Seguici in rete



Sottoscrivi
i nostri feed RSS



Iscriviti
alle nostre newsletter

FrancoAngeli

Un settore, due protagonisti: pubblico e privato.

È la logica inscritta nel Dna del Servizio sanitario sin dalla sua istituzione, tuttavia il suo significato in questa fase sta subendo una mutazione qualitativa legata all'evoluzione dei bisogni sanitari e di tutela degli italiani e alle nuove difficoltà con cui si confronta la sanità italiana.

L'ospedalità è forse l'ambito in cui è più evidente la nuova situazione che rende il privato non più un soggetto di cui limitare l'operatività o su cui far cadere i costi di ogni contenimento finanziario, ma un protagonista a tutto tondo in grado di mettere a disposizione risorse decisive come l'efficienza e la propensione alla qualità.

L'ospedalità privata nel tempo ha saputo ritagliarsi un ruolo significativo

e oggi si presenta come il soggetto più in grado di fare meglio con meno, rispondendo alle più alte aspettative dei cittadini e contribuendo quindi anche ad una migliore performance del Servizio sanitario.

Il racconto dell'evoluzione dell'ospedalità privata

è il racconto di come è cambiato il rapporto degli italiani con la salute e la sanità e, più ancora, di come è auspicabile diventerà la sanità del futuro, in linea con le crescenti esigenze degli italiani.

