

GABRIELE PELISSERO

Costruire la Sanità del futuro

Sei anni di Presidenza Nazionale Aiop

COLLANA

Aiop

Associazione Italiana
Ospedalità Privata

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

“ Il sistema sanitario, nella continua ricerca del miglioramento, deve garantire equità di accesso e cure di qualità ad ogni persona, tenendo conto, però, dell’insorgenza di nuovi bisogni in relazione a fragilità e cronicità.

È necessario, pertanto, orientare il sistema affinché il contenimento dei costi e la gestione efficiente dei servizi non siano disgiunti dal perseguimento della qualità, sicurezza ed appropriatezza delle prestazioni. Gli sprechi, le inefficienze e le inapproprietezze vanno contrastate con decisione, sia che si verifichino nelle strutture pubbliche ed equiparate, sia in quelle private accreditate, profit o no profit. ”

Beatrice Lorenzin

“ Sappiamo bene che la spesa sanitaria ha una voce importante nel bilancio dello Stato e delle Regioni italiane e dobbiamo essere consapevoli che il nostro impegno nazionale è in linea con i principali competitori europei. Il miglioramento è comunque possibile se si punta su efficienza ed efficacia, mirando al meglio le scelte e recuperando una omogeneità nelle decisioni, superando frammentazioni e logiche localmente circoscritte del sistema attuale. ”

Vincenzo Boccia

L’Associazione Italiana Ospedalità Privata è stata fondata a Roma nel 1966 in rappresentanza di ospedali e case di cura private, accreditate e non, presenti in tutto il territorio nazionale, con l’obiettivo di sviluppare la qualificazione delle strutture associate e di sostenere la collocazione e l’attività nell’ambito dell’organizzazione sanitaria nazionale.

Aiop è nata in un periodo in cui il sistema ospedaliero degli erogatori era per lo più gestito da enti di assistenza e beneficenza. La riforma che si stava aspettando negli anni ‘60 in Italia avrebbe deciso le sorti del settore privato, poiché l’intenzione del governo dell’epoca era quella di dettare, in ambito sanitario, l’organizzazione interna delle strutture, le loro fonti di finanziamento e i rapporti con gli enti nazionali o regionali. È stata questa consapevolezza che ha costituito la spinta necessaria a convincere i responsabili di alcune associazioni a formare un’unica associazione di categoria, che unisse gli ospedali privati e le diverse competenze. Il privato stava per essere relegato a mero complemento del pubblico, Aiop accettò la sfida e si fece “sistema”, col dichiarato intento di risolvere i problemi inerenti alla strutturazione degli istituti di cura facenti parte dell’iniziativa, riguardanti soprattutto, allora come oggi, l’inserimento delle strutture private nell’organizzazione ospedaliera generale del Paese.

Aiop oggi rappresenta più di 500 strutture di ricovero e cura (istituti a carattere scientifico; strutture di alta specialità quali cardiocirurgia, neurochirurgia ed altro; strutture per acuti; strutture di riabilitazione; strutture per lungodegenza post-acuzie; strutture per anziani non autosufficienti; RSA; strutture di recupero funzionale per handicap; strutture per riabilitazione neuropsichiatrica; hospice), presenti in tutte le Regioni italiane.

Le associate Aiop occupano quasi 70 mila addetti e costituiscono l’11% degli operatori dell’intero sistema, si prendono cura del 15% dei pazienti, per una dotazione complessiva di 56.400 posti letto. Il 93% delle strutture Aiop (477), inoltre, opera attualmente nell’ambito del Ssn con una disponibilità di 50.000 posti letto accreditati.



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.

GABRIELE PELISSERO

Costruire la Sanità del futuro

Sei anni di Presidenza Nazionale Aiop

COLLANA

Aiop

Associazione Italiana
Ospedalità Privata

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

RINGRAZIAMENTI

Il lavoro di studio e ricerca sul Sistema Sanitario Italiano che mi ha impegnato in questi anni e che è alla base degli scritti contenuti in questo libro si è giovato della assistenza dei collaboratori della Università di Pavia, del Consorzio Pavese per Studi Post-Universitari nell'aree sanitarie, di Aiop Lombardia e dell'Ospedale San Raffaele, del Gruppo Ospedaliero San Donato, del Gruppo Sanità di Assolombarda, e più recentemente della Fondazione Sanità Futura.

Prezioso come sempre è stato il contributo operativo della mia Segretaria Maria Rosa Biancini.

Il maggior impegno nella ricerca ed elaborazione dei dati è stato sostenuto dalla Sede nazionale Aiop, dall'ufficio studi e in particolare dal suo dirigente Angelo Cassoni, il cui contributo va ben oltre quello che ci si potrebbe aspettare dal più esperto dei ricercatori.

Il direttore generale di Aiop Filippo Leonardi mi è stato vicino con una passione e una generosità davvero rara, ma questo è il suo modo di lavorare che tutti conoscono e apprezzano.

A tutti loro, e a quanti hanno contribuito con stimoli e critiche a farmi correggere e migliorare la mia visione di una realtà così complessa e affascinante quale la Sanità italiana, va la mia sincera riconoscenza.

G. P.

Impaginazione e grafica della copertina: Andrea Albanese.

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

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 3.0 Italia* (CC-BY-NC-ND 3.0 IT)

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-nd/3.0/it/legalcode>

INDICE

Prefazioni

Beatrice Lorenzin, Ministro della salute 7

Vincenzo Boccia, Presidente Confindustria 9

I. Salviamo il Servizio sanitario nazionale 11

II. Il Servizio sanitario nazionale – Quale futuro?. 31

III. La sanità in mezzo alla crisi 47

**IV. Regolamento sugli standard ospedalieri,
il punto di vista dell’Aiop** 65

V. Giro di boa 79

VI. La Sanità italiana, una storia infinita. 95

VII. Il sistema sanitario italiano 143

VIII. Il cappio 165

IX. Il futuro della sanità in Italia 187

Prefazione

di Beatrice Lorenzin
Ministro della salute

Il volume che raccoglie sei anni di scritti di Gabriele Pelissero non è soltanto il giusto riconoscimento di una presenza attiva e stimata nel dibattito nazionale sulla sanità italiana.

È anche un contributo tecnico importante sul ruolo dell'ospedalità privata a servizio della sistema salute del Paese. Si tratta di un settore rilevante per la tutela della salute dei cittadini, che impegna più del 50% della spesa sanitaria pubblica.

Il sistema sanitario, nella continua ricerca del miglioramento, deve garantire equità di accesso e cure di qualità ad ogni persona, tenendo conto, però, dell'insorgenza di nuovi bisogni in relazioni a fragilità e cronicità.

È necessario, pertanto orientare il sistema affinché il contenimento dei costi e la gestione efficiente dei servizi non siano disgiunti dal perseguimento della qualità, sicurezza ed appropriatezza delle prestazioni. Gli sprechi, le inefficienze e le inapproprietezze vanno contrastate con decisione, sia se si verificano nelle strutture pubbliche ed equiparate, sia in quelle private accreditate, profit o no profit.

Tali aspetti emergono con la sua consueta grinta e determinazione in molti degli scritti ed interventi del Presidente raccolti in questo volume.

Il mandato del Presidente Pelissero è stato in questo fortemente caratterizzato: coniugare efficienza e capacità manageriale con attenzione alla persona malata. Il Servizio sanitario nazionale italiano si caratterizza infatti proprio per la sua capacità di integrare all'interno del sistema differenti categorie di erogatori delle prestazioni. Tra questi l'ospedalità privata è inserita in un contesto di regole e di vigilanza, in modo che al centro vi sia sempre la tutela delle persone più fragili, in attuazione del dovere di solidarietà sociale richiesto dalla Costituzione. Al Presidente Pelissero va il mio ringraziamento per aver fatto evolvere la sua Associazione da legittimo rappresentante di interessi a importante interlocutore delle Istituzioni: un percorso a volte non facile ma prezioso per la coesione e la sostenibilità dell'intero sistema sanitario nazionale.

Questi scritti ci ricordano che quella grande costruzione sociale che è il welfare sanitario, è costantemente in equilibrio instabile.

Ciò è vero perché non è certo facile mantenere in vita e far sviluppare un sistema che ha pochi equivalenti al mondo per quanto attiene alla sua capacità di tutelare la salute dei cittadini tutti.

Per affrontare questa continua sfida ci vorrà, negli anni a venire, molta buona politica e molto senso di costruttiva responsabilità negli interlocutori, fra i quali Aiop ha oggi un ruolo rilevante.

Averlo rinforzato con riconosciuto successo è stato un impegno che questi testi ben documentano.

Prefazione

Vincenzo Boccia
Presidente Confindustria

Con grande piacere scrivo in questo volume che testimonia l'impegno del professor Gabriele Pelissero nel corso dei due mandati che lo hanno visto impegnato alla guida di Aiop. Un impegno portato avanti con competenza e passione, facendo della sua esperienza un importante valore aggiunto per l'Associazione e, più in generale per il nostro Sistema. Un sistema che vede gli associati di Aiop protagonisti di un settore, quello dell'ospitalità privata, che rappresenta un fattore strategico di competitività del nostro Paese, anche alla luce delle strette sinergie pubblico-privato che questo genera e sviluppa.

Si tratta di un settore per sua natura delicato in cui l'Italia vanta eccellenze di primo ordine delle quali dobbiamo essere orgogliosi e che meriterebbero di essere maggiormente raccontate, a vantaggio di una più ampia diffusione della conoscenza di un ambito che, ovviamente, desta particolare attenzione nell'opinione pubblica e nei media.

Gli addetti ai lavori sanno bene che la sanità in Italia è ai massimi livelli di qualità nel mondo, che possiamo contare su pra-

tiche, uomini e tecnologie di primo livello, che la spesa complessiva in rapporto al Pil è inferiore a quella di Paesi a noi simili come Francia e Germania, che il suo carattere universale e solidale ci è invidiato da molti. Questi sono punti di forza che non possiamo sottovalutare e che ci impongono di guardare sempre più in alto, verso un miglioramento continuo che riguarda sia il pubblico sia il privato chiamati, inevitabilmente, a collaborare per una reputazione e uno sviluppo che riguarda in generale la sanità del nostro Paese.

Sappiamo bene che la spesa sanitaria ha una voce importante nel bilancio dello Stato e delle Regioni italiane e dobbiamo essere consapevoli che il nostro impegno nazionale è in linea con i principali competitori europei. Il miglioramento è comunque possibile se si punta su efficienza ed efficacia, mirando al meglio le scelte e recuperando una omogeneità nelle decisioni, superando frammentazioni e logiche localmente circoscritte del sistema attuale.

L'obiettivo è dunque quello di fare in modo che la spesa sanitaria in Italia sia vista, nella concezione dei decisori e nella percezione dei beneficiari, come investimento sulla salute, per rendere il Paese più sano e più confidente nel suo futuro.

Il lavoro svolto dall'Aiop, anche con questa pubblicazione, mira al riconoscimento generale dell'eccellenza del nostro sistema sanitario e sottolinea l'importanza di un sistema "giusto" in una sana collaborazione-competizione tra pubblico e privato. Molti passi sono stati fatti, molta strada si può ancora fare insieme, nell'interesse generale del Paese e degli italiani. A Gabriele Pelissero, dunque, il ringraziamento per aver contribuito, con la sua esperienza, a far percorrere ad Aiop passi importanti in questa direzione. Un grazie anche a Barbara Cittadini, Vicepresidente nazionale di Aiop, e rappresentante dell'economia siciliana insieme a tanti amici e colleghi impegnati nel nostro sistema, fra i quali Antonello Montante, Presidente RetImpresa Confindustria.

Salviamo il Servizio sanitario nazionale

In *Ospedali&Salute - Decimo rapporto annuale 2012*, Franco Angeli, Milano, 2013, presentato il 4 dicembre 2012. Al momento della presentazione è ancora in corso, fino al 23 dicembre 2012, la XVI legislatura, durante la quale si sono susseguiti i Governi guidati da Silvio Berlusconi e da Mario Monti. Al momento della presentazione Ministro della salute è Renato Balduzzi.

1. Il vento del cambiamento

Arrivare al decimo anno di un progetto impegnativo come la pubblicazione del Rapporto annuale sul sistema ospedaliero italiano è un risultato che merita indubbiamente un attimo di legittima soddisfazione, unito all'impegno a proseguire in questo servizio reso alla sanità italiana da Aiop, che si unisce a quello ben più rilevante e significativo che ogni giorno le circa 500 Aziende ospedaliere di diritto privato che aderiscono alla nostra Associazione rendono a decine di migliaia di cittadini, che accedono ai nostri istituti ospedalieri ricevendo ottime cure in regime di ricovero ordinario, diurno e ambulatoriale.

Ma la decima edizione di *Ospedali&Salute*, ancora una volta validamente realizzata da Ermeneia con il nostro convinto sostegno, esce in un momento particolarmente critico per il Servizio sanitario nazionale, sicuramente il più difficile della sua più che trentennale storia.

Per questa ragione il Rapporto annuale 2012 si presenta, per così dire, meno immediatamente utilizzabile rispetto alle edizioni precedenti, e al tempo stesso ancora più attuale e tempestivo.

Meno utilizzabile perché, inevitabilmente, i dati che riporta e su cui si fonda sono riferiti all'anno 2011, l'ultimo per il quale sia disponibile una completa documentazione, quando non addirittura all'anno 2010.

Nel passato la sostanziale stabilità del sistema sanitario italiano ha consentito di utilizzare i dati dell'anno precedente per comprendere con più che ragionevole approssimazione le caratteristiche fondamentali del sistema nell'anno in corso. Ma nel 2012 troppe cose sono cambiate nella sanità italiana, e il tumultuoso vento di cambiamento che si è alzato già nella seconda metà del 2011 non si è ancora fermato.

Per questo ha forse meno interesse oggi analizzare attentamente dinamiche direzionali e risultati operativi di una rete

di strutture ospedaliere che sta cambiando in tutti i suoi aspetti fondamentali, dai modelli organizzativi ai metodi di finanziamento. I dati del 2011 ci mostrano una fotografia datata. Ma proprio per questo il Rapporto annuale 2012 diventa così attuale e tempestivo.

Perché i processi in corso sono complessi, e i loro possibili esiti sono estremamente incerti. Opzioni diverse, scelte fondamentali di politica sanitaria, modelli di produzione fra loro alternativi si confrontano ogni giorno in una produzione normativa che dopo anni di ordinaria amministrazione (più o meno felice) è tornata ad esprimersi in modo intenso e tumultuoso.

La sanità è al centro dell'attenzione del governo come non avveniva da anni, e questo ci obbliga ad elaborare una analisi e ad entrare, con il massimo di determinazione, nel dibattito istituzionale che si è avviato.

2. Un sistema sostenibile ed efficace

È noto, e forse perfino troppo spesso ripetuto, che l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) considera il Servizio sanitario nazionale italiano uno dei migliori sistemi al mondo. Come ogni valutazione estremamente sintetica, l'affermazione ha qualche punto debole e può sembrare perfino un po' enfatica.

Ma non vi è dubbio che, pur con le note e gravi differenze regionali, i livelli di qualità delle prestazioni erogate sono spesso buoni, talora ottimi, il grado di soddisfazione espresso dai cittadini è costantemente elevato (come confermano anche i nostri rapporti annuali), il sistema nel suo complesso contiene strumenti di compensazione per le situazioni insoddisfacenti quali il diritto a ricevere cure su tutto il territorio nazionale con una sostanziale libertà di

sceita fra erogatori, e soprattutto è un sistema poco costoso, come viene sinteticamente documentato da tutte le statistiche internazionali.

Basta osservare i dati Ocse riportati in tabella 1.1 per vedere come la spesa sanitaria pubblica italiana si collochi costantemente fra 1 e 2 punti percentuali di Pil al di sotto di quella di Paesi con noi confrontabili, quali Francia e Germania.

Ma ancor di più dobbiamo notare come l'andamento più recente è ancora più virtuoso, con un calo dal 2010 al 2011 della spesa sanitaria pubblica dal 7,2% al 7,1% del Pil (un Pil in diminuzione!).

Se si considera che stiamo parlando di un settore ad alta innovazione tecnologica, che altresì rappresenta un formidabile ammortizzatore sociale in un momento di prolungata crisi economica, dovremmo compiacerci di questo successo italiano.

Naturalmente esistono inefficienze, sprechi ed episodi di mala gestione (a carico di amministrazioni pubbliche e private) ed episodi di malasanià, come avviene in tutti i grandi sistemi sanitari al mondo.

Tutti fattori negativi da individuare capillarmente, e capillarmente eliminare.

Ma questo non toglie che, in termini macro, il sistema sia sano e utile. O, se vogliamo dirlo con altre parole, sostenibile ed efficace.

Un sistema, però, esposto ad una seria e costante minaccia, che era ben evidente già dal 2010 quando scrivevamo, commentando i dati Ocse sulla spesa sanitaria pubblica: «Il problema italiano non è dunque quello di una spesa sanitaria eccessiva, anzi, è invece quello di una spesa sanitaria più che moderata in uno stato con una spesa pubblica complessiva eccessiva»¹.

Enel 2011 il problema si è puntualmente presentato.

¹ G. Pelissero, *La sanità della Lombardia*, Franco Angeli, Milano, 2011.

Tab. 1.1 – Incidenza percentuale della spesa sanitaria pubblica sul Pil (1990; 1995; 2000-2010)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Austria	6,1	7,0	7,6	7,7	7,7	7,8	7,9	7,9	7,8	7,7	7,7	8,2	8,0
Belgio	n.d.	6,5	6,6	6,7	6,7	7,2	7,5	7,4	n.d.	7,1	7,5	8,1	8,0
Danimarca	6,9	6,7	6,8	7,1	7,3	7,8	7,9	7,9	8,1	8,2	8,2	9,3	9,1
Finlandia	6,2	5,7	5,1	5,3	5,6	5,9	6,0	6,2	6,2	6,1	5,9	6,5	6,3
Francia	6,4	8,3	8,0	8,1	8,4	8,6	8,7	8,8	8,7	8,4	8,2	8,7	8,7
Germania	6,3	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	8,1	8,2	8,1	8,0	7,9	8,7	8,6
Grecia	3,5	4,5	4,7	5,3	5,3	5,4	5,1	5,7	5,9	5,8	n.d.	n.d.	n.d.
Irlanda	4,4	4,8	4,6	5,1	5,4	5,7	5,9	5,6	5,5	6,1	6,4	6,9	6,1
Italia	6,1	5,1	5,8	6,1	6,2	6,2	6,6	6,8	6,9	6,7	6,8	7,2	7,2
Lussemburgo	5,0	5,1	5,2	5,6	6,1	6,8	7,3	6,9	6,6	5,4	5,1	6,6	n.d.
Olanda	5,4	5,9	5,0	5,2	5,5	5,8	5,7	n.d.	n.d.	7,3	8,7	9,5	9,6
Portogallo	3,8	4,9	6,4	6,3	6,5	7,1	7,2	7,3	7,1	6,2	6,4	6,9	6,8
Spagna	5,1	5,4	5,2	5,2	5,2	5,7	5,8	5,8	6,0	6,1	6,3	7,0	6,9
Svezia	7,4	6,9	7,0	7,3	7,6	7,8	7,5	7,5	7,4	7,4	7,2	7,7	7,3
Regno Unito	4,9	5,7	5,6	5,8	6,1	6,2	6,6	6,7	6,9	6,9	7,2	n.d.	n.d.
Totale Ue (15)	5,6	6,7	6,6	6,8	7,0	7,1	7,2	7,0	7,0	6,9	7,1	7,8	7,7

Fonte: Ocse (Health Data)

3. Le critiche e tagli alla spesa sanitaria pubblica

Non è questa la sede per ripercorrere e discutere gli eventi macroeconomici di questi anni, e neppure per riesaminare quanto è avvenuto in Italia con l'aggravarsi della crisi della finanza pubblica a partire dal 2011.

Per ciò che ci riguarda, invece, dobbiamo risalire ai primi interventi generali di finanza pubblica attuati all'emergere della crisi per vedere comparire importanti provvedimenti sul Ssn. Ed è con la c.d. legge Salva Italia, legge n. 111/2011, che vediamo i primi tagli, che presto si sommeranno a quelli previsti dal D.l. 95/2012 convertito nella L. 135/2012, e forse (mentre scriviamo) ad ulteriori tagli previsti dalla legge di stabilità 2013, come sinteticamente riportato in tabella 1.2.

Una serie di provvedimenti che determinano una drastica azione di contenimento e riduzione della spesa sanitaria pubblica, giudicata da tutti gli attori del sistema (Regioni, Aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche e private, categorie professionali e organizzazioni sindacali) come praticamente insostenibile e, di fatto, foriera di un vero e proprio "mutamento genetico" della natura universalistica e solidale del Servizio sanitario nazionale italiano.

Ma come nasce l'idea di poter intervenire in modo così drastico nel finanziamento pubblico della sanità?

In effetti un orientamento che accompagna e sostiene questo processo potrebbe essere ritrovato nel Rapporto firmato da Piero Giarda, *Elementi per una revisione della spesa pubblica*². Nella versione dell'8 maggio 2012, in effetti troviamo alcuni passaggi di grande rilevanza.

In primis, al punto 1.4, si afferma:

² *Rapporto sulla spending review - Elementi per una revisione della spesa pubblica*, Piero Giarda, Ministro per i rapporti con il Parlamento e il programma di Governo, 2012.

«se si considera la struttura della spesa per consumi collettivi (la produzione di servizi pubblici ceduti a titolo gratuito al cittadino), vale mettere a confronto la composizione del prodotto di oggi con quella di venti anni fa.

Si rilevano alcuni rilevanti mutamenti che includono:

- una forte crescita della spesa sanitaria che nel 1990 assorbiva il 32,3% del totale della spesa, una percentuale che nel 2009 sale al 37,0%. Nello stesso periodo la spesa sanitaria nel suo complesso aumenta dal 6,2% al 7,5% in quota di Pil;
- un significativo aumento della quota di spesa per la protezione sociale e per i servizi generali; accompagnati da:
- una forte caduta della quota della spesa per l'istruzione, dal 23,1% al 17,7% del totale, con una corrispondente caduta della quota sul Pil;
- una significativa caduta delle quote delle spese per l'ordine pubblico e sicurezza, che si sono ridotte, nel periodo considerato, dall'8,9% al 7,9% del totale.

Questi importanti mutamenti strutturali trovano la propria origine, al pari dell'aumento della quota della spesa per pensioni, nei mutamenti della struttura demografica del nostro Paese che si caratterizza oggi per un aumento della quota di persone anziane e una riduzione dei giovani.

È certo però che essi non sono mai stati esplicitamente riconosciuti nella programmazione del bilancio.

La dinamica della domanda – più persone anziane e meno giovani – non è però sufficiente a spiegare questi andamenti. Essi sono in parte riconducibili al diverso potere negoziale delle parti politiche e dei livelli di governo coinvolti nella lettura dei bisogni della popolazione. La sanità, da un lato trova nei governi regionali (per i quali la spesa sanitaria assorbe circa il 70% della spesa complessiva) potenti interpreti dei bisogni delle popolazioni interessate, ai quali fanno eco gli interessi delle ditte fornitrici di farmaci e di attrezzature sanitarie che incorporano l'innovazione tecnologica».

Tab. 1.2 – Spesa sanitaria: entità dei tagli previsti nel triennio 2012-2014
(Manovra Tremonti 2011, Spending review 2012 e legge di stabilità 2013) (in milioni di €)

Voci di spesa	Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014	
	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11
Ospedaliera accreditata	45,00		90,00		180,00	
Specialistica accreditata	25,00		50,00		100,00	
Totale	70,00		140,00		280,00	
Personale dipendente e conv.				-		163,50
Farmaceutica accreditata	325,00	1.000,00	747,00	1.090,00	747,00	1.090,00
Beni e servizi - Appalti e forniture	505,00	750,00	463,00	1.199,00	393,00	1.199,00
Beni e servizi - Standard posti letto			20,00		50,00	
Beni e servizi - Dispositivi medici		750,00	400,00	817,50	500,00	500,00
Erogatori privati - Prestazioni a funz.			30,00		30,00	
Nuovi ticket				2.180,00		
Totale L.111/11 e L. 135/12	900,00	2.500,00	1.800,00	5.450,00	2.000,00	2.000,00
		Triennio 2012-2014 (L. 111/11 e L. 135/12)		→	12.650,00	
		Legge di stabilità (0,6 mld per il 2013 e 1 mld per il 2014)		→	1.600,00	
		Tagli complessivi triennio 2012-2014		→	14.250,00	

Fonte: dati di spesa come da Provvedimenti di legge citati

La composizione per funzioni dei consumi pubblici 1990-2009

Funzioni	1990		2009			Var. 2009 Su 1990
	Totale P.A.	Amm. Centrale	Amm. Locale	Enti Prev.	Totale P.A.	
Servizi generali	12,8%	5,7%	7,7%		13,4%	+0,6%
Difesa	6,8%	7,1%	0,0%		7,1%	+0,3%
Ordine Pubblico e Sicurezza	8,9%	6,9%	1,0%		7,9%	-1,1%
Affari Economici	5,1%	1,3%	3,1%		4,5%	-0,6%
Protezione dell'Ambiente	2,9%	0,3%	3,0%		3,3%	+0,4%
Abitazioni e Territorio	1,7%	0,1%	1,8%		1,9%	+0,2%
Sanità	32,3%	0,4%	36,4%	0,1%	37,0%	+4,7%
Protezione Sociale	4,2%	0,4%	2,6%	2,0%	5,0%	+0,8%
Attività Ricr., Culturali, di Culto	2,2%	1,1%	1,3%		2,4%	+0,1%
Istruzione	23,1%	13,6%	4,1%		17,7%	-5,4%
Totale	100,0%	36,8%	61,1%	2,1%	100,0%	0,0%

I dati sono incontestabili, ma il punto a nostro giudizio discutibile è rappresentato dall'assenza dell'utilizzo di adeguati benchmark, per valutare la congruità e ragionevolezza delle variazioni descritte.

A tal proposito, dobbiamo rilevare che il confronto fra funzioni così diverse (sanità vs istruzione, ordine pubblico e sicurezza ecc.) ci sembra quanto mai opinabile. La dinamica dei bisogni, il contenuto tecnologico, l'evoluzione delle conoscenze scientifiche sono molto diversi e rendono incomparabili fra loro i comparti.

Solo confrontando sistemi uguali in contesti diversi è possibile valutare correttamente la dinamica della spesa. E per la sanità abbiamo già visto che il confronto con Paesi dell'Unione europea con noi compatibili evidenzia un costante comportamento virtuoso (tabella 1.1).

Il Rapporto Elementi per una revisione della spesa pubblica al punto 3.2 sviluppa ulteriormente il proprio ragionamento introducendo il concetto di "spesa aggredibile" definita come spesa anche "rivedibile" sulla base di interventi che originano dal processo di spending review, i cui contenuti sono così disegnati:

«La struttura, per tipologia di spesa e per livello di governo, è rappresentata nella Tabella A – Questa mostra che la componente di spesa di maggiore rilievo è costituita dalla spesa per acquisto di beni e servizi (135,6 mld.) seguita dalle retribuzioni (122,1 mld.), dai trasferimenti a imprese e contributi alla produzione (24,1 mld.), dai contributi alle famiglie e alle istituzioni sociali (13,2 mld.).

In termini di livello di governo, la quota maggiore è costituita dalla spesa degli Enti sanitari locali con il 33,1%, seguita da Regioni, Comuni e Province (con il 24,3%), da Stato, Enti amministrazione centrale e Enti previdenziali (con il 37,4%) e da Università e altri Enti locali con il 5,2%.

La attribuzione della qualifica di "aggredibile" a un totale di spe-

sa che include, in aggiunta ad altre spese, tutti i costi di produzione dei servizi pubblici, deve essere intesa nel senso che si tratta di una massa di spesa che, negli orientamenti attuali del governo può essere soggetta ad analisi e, se le motivazioni sussistono, può essere sottoposta a riduzione.

La riduzione non può, ovviamente riguardare l'intero, ma solo una (modesta) frazione».

Come si vede, sicuramente nella consapevolezza delle implicazioni inserite nell'aggettivo "aggredibile", l'autore molto correttamente precisa in modo quanto mai chiaro ed esplicito i limiti e la problematicità di un intervento di contenimento della spesa, che per lo studioso esperto può riguardare solo "una (modesta) frazione".

Ma quel dato (33,1% di spesa aggredibile) è forse suo malgrado l'innescò di una sequela di interventi i cui esiti, in parte inaspettati, oggi ci preoccupano fortemente.

4. La spending review e le sue distorsioni

Il percorso che ha condotto al D.l. 95/12, i cui effetti macroeconomici sono riportati in tabella 1.2, è ben noto. L'insediamento di un commissario, le dinamiche fra Ministeri, il Parlamento e le Regioni e i risultati finali sono stati abbondantemente analizzati e commentati.

Il punto di partenza è esplicitato nel già citato Rapporto *Elementi per una revisione della spesa pubblica* al punto 3.1, per il quale la spending review ha l'obiettivo di:

«dare al via a iniziative di contrasto a qualcuna delle anomalie del nostro sistema di finanza pubblica, tra le quali stanno in via prioritaria:

- *l'efficienza organizzativa nella vita ordinaria dell'amministrazione pubblica, a livello centrale, regionale e locale;*

Tabella A – Struttura della spesa pubblica “aggregabile” nel medio periodo (miliardi di euro)

	Stato	Altri Enti A.C.	E. P.	Regioni	Province	Comuni	Sanità	Univ.à e altri enti	Tot.A.P
Retribuzioni Lorde	61,8	2,6	2,2	4,5	1,9	12,8	28,3	7,8	122,1
Consumi intermedi	21,3	3,9	2,9	5,5	3,1	25,3	69,0	4,7	135,6
Contributi produzione	2,9	0,1	0,0	6,3	1,6	2,6	0,0	0,7	14,2
Contributi Ist.Sociali	2,0	0,0	1,0	0,7	1,0	0,7	0,0	0,1	4,8
Contributi Famiglie correnti	1,9	0,0	1,2	0,5	0,3	1,0	0,1	1,5	6,5
Contributi Imprese correnti	0,1	0,3	0,1	0,4	0,0	0,3	0,0	0,2	1,3
Contributi Imprese c/capitale	5,2	0,4	0,0	1,6	0,2	0,9	0,0	0,3	8,6
Contributi Famiglie c/capitale	0,6	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,1	1,9
Tot. Spesa Aggregabile	95,9	7,2	7,4	20,2	7,3	44,2	97,6	15,4	295,1
% Spesa Aggregabile	32,5%	2,4%	2,5%	6,8%	2,5%	15,0%	33,1%	5,2%	100%

- *l'ammodernamento delle strutture di produzione dei servizi pubblici dell'amministrazione centrale ...».*

E poiché è indiscutibile che nel sistema di acquisti (e non solo in quello) delle aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche vi sono delle inefficienze, il punto di partenza della spending review in sanità dovrebbe essere in larga misura, proprio la loro aggressione.

L'applicazione, purtroppo, tende però a generare macroscopiche distorsioni, secondo una sequenza che riportiamo di seguito molto schematicamente:

- a) accettiamo che la determinazione dei maggiori costi di acquisto contenuta nel D.l. 95/12, convertito nella L. 135/12, sia fatta correttamente, e altrettanto correttamente sia determinato il valore del risparmio conseguente alla rinegoziazione dei contratti di acquisto;*
- b) per l'anno 2012 tale valore è quantificato in 505 milioni;*
- c) primo effetto distorsivo: trasformazione di tale importo in taglio lineare, distribuito proporzionalmente fra tutte le Regioni;*
- d) supponendo che metà delle Regioni acquistino al di sopra della mediana, e metà al di sotto, è evidente che le prime dovrebbero operare un taglio solo parziale rispetto all'inefficienza, le seconde dovrebbero tagliare una spesa già efficientata (penalizzazione dei migliori);*
- e) nessuno strumento giuridico noto consente di garantire che le Regioni riducano effettivamente i costi della acquisizione di beni e servizi da parte delle Aziende pubbliche;*
- f) secondo effetto distorsivo: nel caso di incapacità o mancata volontà di ridurre i costi di beni e servizi, gli unici modi per le Regioni per far cassa sono i due seguenti:
 - f1) riduzione dei volumi di acquisti da parte delle aziende pubbliche con conseguente perdita di qualità;*
 - f2) taglio lineare dei budget agli erogatori di diritto privato con conseguente riduzione delle prestazioni/incremento delle liste di attesa;**
- g) terzo effetto distorsivo: trasferimento di una parte della do-*

manda di prestazioni da erogatori privati pagati esclusivamente a tariffa a erogatori pubblici finanziati a costi. In questo caso tutti gli erogatori pubblici in disavanzo (praticamente tutti) incrementeranno il disavanzo (vedi ad esempio la pratica del finanziamento delle Aziende pubbliche).

A tutto questo si aggiungono ulteriori problemi derivanti da iniziative di tipo amministrativo e regolamentare.

Citiamo qui soltanto le due più rilevanti, rappresentate dalla revisione dei tariffari per il pagamento a prestazione dei ricoveri ospedalieri e della attività ambulatoriale, e dalla ridefinizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.

Per ciò che attiene alla tariffazione, dopo l'ingiustificata abolizione dei criteri previsti dal D.lgs. 502/92 ad opera del D.l. 95/12, registriamo con soddisfazione il contenuto dell'art. 2bis del D.l. 158 del 13/9/2012, convertito in legge 8/11/2012, n. 189, che recita:

«... 1. All'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, dopo il comma 17 è inserito il seguente:

“17bis. Con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute è istituita, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, una commissione per la formulazione di proposte, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, per l'aggiornamento delle tariffe determinate ai sensi del comma 15. La commissione, composta da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze e della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, si confronta con le associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale dei soggetti titolari di strutture private accreditate. Ai componenti della commissione non è corrisposto alcun emolumento, compenso o rimborso spese. La commissione conclude i suoi lavori entro 60 giorni dalla data dell'insediamento. Entro i successivi trenta giorni il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra

lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, provvede all'eventuale aggiornamento delle predette tariffe." 2. Il decreto di cui al comma 7bis, primo periodo, dell'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, è adottato entro quindici giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto».

Attraverso il nuovo organismo di consultazione sarà possibile, auspichiamo, pervenire finalmente ad un sistema di tariffazione delle prestazioni coerente ed attendibile. E, come vedremo ciò è per noi strumento fondamentale per un vero rilancio dell'intero Servizio sanitario nazionale.

Per ciò che attiene agli standard ospedalieri, al di là della necessità di correggere tempestivamente alcune indicazioni ingiustificate e insostenibili contenute nella prima bozza, vogliamo dare un meditato contributo richiamandoci ad una visione della programmazione sanitaria capace di promuovere e valorizzare in modo dinamico qualità ed efficienza, ricordando modelli flessibili, ed evitando nella programmazione delle reti ospedaliere e nella gestione dei singoli presidi pubblici e privati le rigidità di impostazione da cui sempre deriva inefficienza e incapacità di rispondere alla domanda di salute.

5. Uscire dal tunnel

Lo scenario invero preoccupante che fin qui abbiamo cercato di ricostruire, con il suo corredo di tagli alla spesa sanitaria pubblica e di provvedimenti collegati spesso contestabili e controversi ha anche visto, occorre ricordarlo, prese di posizione forti ed esplicite a favore del sistema sanitario e delle sue buone ragioni.

Fra gli altri, possiamo ricordare i ripetuti interventi del Presidente della Regione Lombardia Roberto Formigoni e dell'Assessore alla sanità della Regione Emilia-Romagna Carlo Lusenti, nettamente schierati contro le distorsioni della spending review e i tagli alla spesa sanitaria giudicati eccessivi.

E se è diffusa la sensazione che il pendolo della storia si stia spostando verso una rinnovata centralità del Governo nazionale dopo decenni di regionalismo (e anni di federalismo incompiuto), è altrettanto diffusa l'impressione che lo stesso Ministro della salute Renato Balduzzi sia stato a tratti più in sintonia con le ragioni di un sistema sanitario universale e solidaristico che con un orientamento pur presente nel Governo fortemente riduttivo della spesa sanitaria pubblica, anche se l'ultima produzione normativa, e in particolare la prima versione del Decreto ministeriale sugli standard della rete ospedaliera, ha contenuti non condivisibili, che a nostro giudizio produrrebbero gravi danni al Sistema sanitario italiano.

La nostra posizione, vogliamo ancora una volta ribadirlo, è quella che Aiop ha scelto fin dalla nascita il Servizio sanitario nazionale nell'ormai lontano 1978.

Gli imprenditori della sanità, che hanno investito per decenni per dotare il Paese di infrastrutture ospedaliere moderne ed avanzate e che assicurano una parte rilevante del servizio pubblico a costi inferiori rispetto a quelli delle Aziende a gestione diretta e con indici di gradimento elevatissimi, sono e restano convinti che un sistema di welfare sanitario universale, solidaristico e pluralistico nel livello di erogazione delle prestazioni sia un grande patrimonio comune di questo Paese, che deve essere difeso con ostinazione e che reca un contributo determinante alla coesione sociale e alla stessa economia nazionale.

È fuori di dubbio che maggiori livelli di efficienza possono

e debbono essere raggiunti nella gestione delle Aziende sanitarie e ospedaliere di diritto pubblico.

Quelle di diritto privato, è bene ricordarlo, assicurano già oggi il 25% di tutte le prestazioni con il 15% della spesa.

Ma l'obiettivo della maggiore efficienza non può essere raggiunto con interventi congiunturali, non è né può essere solo una operazione "di cassa".

Anzi l'esperienza di gestione delle nostre aziende mostra che l'efficienza si raggiunge anche con opportuni investimenti, e forse quote non marginali dell'inefficienza della sanità pubblica italiana derivano dalla cronica sottovalutazione del costo del sistema, confermata dal basso livello di investimento in sanità dell'Italia rispetto agli altri grandi Paesi dell'Unione europea.

Se vogliamo mantenere, e continuamente migliorare, il sistema sanitario pubblico, se vogliamo salvare questa grande conquista di civiltà, se vogliamo valorizzare il volano economico che l'intera filiera della sanità potenzialmente rappresenta, se vogliamo evitare di scaricare sulle famiglie e sulle aziende italiane il costo dell'assistenza sanitaria che oggi lo Stato si assume in livelli più che accettabili rispetto a quelli europei, dobbiamo invertire la tendenza affiorata negli ultimi due anni, e passare dagli interventi congiunturali a quelli strutturali.

Una vera riforma della sanità italiana è possibile e può essere efficace.

A nostro giudizio può essere realizzata con pochi ma fondamentali interventi.

Il primo è il ritorno al pagamento a prestazione per tutte le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, con tariffe realistiche e con un vero impegno per tutte le Aziende, pubbliche e private, a portare i propri conti economici in pareggio finendo con i disavanzi dichiarati o occulti.

Il secondo è un modello di finanziamento razionale, che

può essere ricercato secondo la modalità dei costi standard, ma che a nostro giudizio potrebbe ben più correttamente essere concepito come l'impegno a pagare tutte le prestazioni appropriate, rese in ogni Regione italiana da tutti gli erogatori pubblici e privati, con un tariffario realmente corrispondente ai costi razionalmente rilevati.

Il terzo è nella istituzione di uno strumento di vigilanza e controllo autenticamente terzo rispetto a tutti gli erogatori pubblici e privati, a reale tutela degli interessi dei cittadini. Con questi, e con pochi altri provvedimenti, si potrebbe a nostro giudizio imprimere una vera svolta di qualità ed efficienza per tutti i sistemi sanitari regionali, ma l'urgenza del momento richiede un ampio e tempestivo intervento preliminare.

I tagli già predisposti dalle leggi esistenti (tabella 1.2) non sono sostenibili, e l'arco temporale della loro implementazione è troppo breve per avviare una vera iniziativa di riforma strutturale.

È necessario che tutti i soggetti interessati, istituzionali e operativi (Regioni, Aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche e private, categorie professionali mediche e non mediche, organizzazioni sindacali) si uniscano da subito in un progetto di salvataggio finanziario del Servizio sanitario nazionale, chiedendo a tutte le forze politiche di impegnarsi in tal senso nella prossima legislatura.

Per questa urgente e indispensabile iniziativa Aiop farà, in modo attivo e convinto, la sua parte.



dicembre 2013

Il Servizio sanitario nazionale Quale futuro?

In Ospedali&Salute - Undicesimo rapporto annuale 2013, Franco Angeli, Milano, 2014, presentato il 10 dicembre 2013. Al momento della presentazione è in corso la XVII legislatura, Presidente del Consiglio è Enrico Letta e Ministro della salute è Beatrice Lorenzin.

1. Una stagione di tagli

Nel mese di novembre 2012, predisponendo il decimo Rapporto annuale *Ospedali&Salute* per presentarlo al pubblico nell'ormai consueto appuntamento dei primi giorni di dicembre, ci trovavamo di fronte a una situazione complessiva che generava allarme e forte perplessità sulla tenuta del Servizio sanitario nazionale, in conseguenza di una serie di pesanti interventi di natura quasi esclusivamente finanziaria avviati dai Governi nazionali a partire dall'anno 2011.

Ancorché ben noti, possiamo ancora una volta ripartire dai contenuti delle leggi 111/2011, 135/2012 e 228/2012 (legge di stabilità 2013) riportati sinteticamente in tabella 2.1: che mostra in tutta la sua impressionante evidenza il peso di una manovra di cassa che, nell'arco di un triennio, prevede un taglio medio di circa 4,5 miliardi di euro all'anno su una spesa sanitaria pubblica di 112,9 miliardi di euro nel 2011, pari al 7,1% del Pil.

Per comprendere la rilevanza, in termini assoluti e percentuali, di tale manovra, abbiamo più volte proposto il confronto con l'azione del Governo della Francia, Paese demograficamente ed economicamente comparabile con l'Italia e anch'esso esposto alle difficoltà della crisi economica mondiale, che per l'anno 2013 ha previsto con la propria Finanziaria della salute un risparmio di 2,4 miliardi di euro a fronte di una spesa sanitaria pubblica di 175,4 miliardi di euro.

Una differenza che non richiede commenti, ma che deve essere motivo di attenta riflessione almeno alla luce di due considerazioni. La prima riguarda l'impatto che la spesa sanitaria ha sull'economia generale di tutti i Paesi sviluppati, e il suo ruolo di riconosciuto volano di crescita e sviluppo, alla pari di pochi altri settori produttivi strategici quali l'informatica e la tecnologia militare.

Tab. 2.1 – Spesa sanitaria: entità dei tagli previsti nel triennio 2012-2014 (Manovra Tremonti 2011, Spending review 2012 e legge di stabilità 2013) (in milioni di €)

Voci di spesa	Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014	
	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11
Ospedaliera accreditata	45,00		90,00		180,00	
Specialistica accreditata	25,00		50,00		100,00	
Totale	70,00		140,00		280,00	
Personale dipendente e conv.				163,50		
Farmaceutica accreditata	325,00	1.000,00	747,00	1.090,00	747,00	1.090,00
Beni e servizi - Appalti e forniture	505,00	750,00	463,00	1.199,00	393,00	1.199,00
Beni e servizi - Standard posti letto			20,00		50,00	
Beni e servizi - Dispositivi medici		750,00	400,00	817,50	500,00	817,50
Erogatori privati - Prestazioni a funz.			30,00		30,00	
Nuovi ticket				2.180,00		
Totale L.111/11 e L. 135/12	900,00	2.500,00	1.800,00	5.450,00	2.000,00	2.000,00
			Triennio 2012-2014 (L. 111/11 e L. 135/12)	→	12.650,00	
			Legge di stabilità (0,6 mld per il 2013 e 1 mld per il 2014)	→	1.600,00	
			Tagli complessivi triennio 2012-2014	→	14.250,00	

Fonte: dati di spesa come da Provvedimenti di legge citati

La seconda riguarda la prospettiva a breve e medio termine di una crescente esposizione del settore sanitario alla competizione internazionale, almeno nell'ambito dell'Unione europea. Competizione che avrà come epicentro la capacità di stare al passo con lo sviluppo tecnologico in particolare nella diagnostica, nell'attività ospedaliera e nella farmaceutica, e che resisterà sempre meno ai tentativi protezionistici degli Stati.

Per queste considerazioni, che ben mostrano la grave potenzialità di danno sistemico generata da una rilevante e improvvisa contrazione della spesa sanitaria pubblica, e che si assommano al richiamo al diritto fondamentale alla salute e al valore del Servizio sanitario nazionale come ammortizzatore sociale nella perdurante crisi economica, abbiamo lanciato lo scorso anno, proprio nell'occasione della presentazione pubblica del decimo Rapporto *Ospedali&Salute*, un pressante appello a fermare il disinvestimento nel Servizio sanitario nazionale, ponendo fine alla stagione dei tagli lineari indiscriminati ed evitando il collasso del sistema di welfare sanitario italiano, che nella purtroppo scarsa consapevolezza di molti rappresenta uno dei migliori successi del nostro Paese dal punto di vista sanitario, sociale ed economico.

2. Luci ed ombre

Affermare che il Ssn italiano rappresenta un successo può sembrare un paradosso, al limite della provocazione, se il problema viene esaminato subendo l'impatto emotivo delle continue denunce di malasànità o sulla base dei trend dei diversi settori di spesa pubblica.

Ma si tratta di impressioni superficiali e non sufficientemente approfondite.

L'effetto emotivo di una singola vicenda di malasanità è enorme, ma in realtà questi episodi riguardano una minima frazione del totale delle prestazioni erogate, e il più delle volte sono prive di conferma in sede giudiziaria, tanto da porre anche nel nostro Paese il problema di un crescente "parassitismo giudiziario" che esprime la ricerca non di giustizia ma di risarcimenti o più frequentemente di transazioni, accettate da istituzioni e professionisti consapevoli del danno di immagine di una lunga vertenza, non riparabile dalla frequente assoluzione da ogni accusa.

Bisogna invece leggere le statistiche di gradimento nei confronti del sistema sanitario, di cui anche *Ospedali&Salute* è ricca, per rilevare gli alti livelli di soddisfazione dei cittadini.

Se poi confrontiamo il trend di spesa sanitaria pubblica con quello dei Paesi dell'Unione europea con noi comparabili, rileviamo dai dati Ocse che l'Italia si colloca costantemente, fin dal 1990, al di sotto della spesa di Paesi quali Francia, Germania, Austria, Belgio, Danimarca, Olanda, Svezia, Regno Unito, e che la forbice fra molti di questi Paesi e l'Italia si è allargata negli ultimi anni.

E stiamo parlando di un settore di attività a rapido tasso di innovazione e ad alto contenuto tecnologico.

Il nostro giudizio sul Ssn, in generale positivo, deriva dunque dall'osservazione che in sanità complessivamente manteniamo nel nostro Paese un buon livello di consenso dei cittadini con una spesa pubblica bassa. Ma accanto a queste luci vi sono anche ombre che non si debbono tacere. E queste, sempre in estrema sintesi, sono rappresentate dall'esistenza di non piccole aree di inefficienza, che distorcono la corretta finalizzazione della spesa sanitaria pubblica utilizzandola per lo più per attivare strutture e assunzioni di personale non necessarie e che non riescono ad operare sul mercato con l'acquisto di beni ai prezzi migliori o co-

munque ragionevoli, e da forti disequilibri nella capacità di erogare prestazioni in quantità e qualità adeguata alla domanda.

Criticità diffuse ma indubbiamente distribuite in modo disomogeneo nei diversi sistemi regionali, dovute a cause complesse e molteplici ed esasperate dai tagli sulle risorse finanziarie che abbiamo ricordato.

3. Una cura sbagliata

L'esistenza di criticità non marginali, e il crescere di un deficit cronico nella spesa sanitaria delle Regioni, si sono posti negli ultimi anni con forza all'attenzione del Governo e dell'opinione pubblica, aprendo la stagione dei Piani di rientro e dei commissariamenti.

Si è avviato così in molte Regioni un percorso travagliato e non di rado contraddittorio, caratterizzato da una forte attenzione alle dinamiche di cassa e da qualche tentativo di riorganizzazione, magari volenteroso ma per lo più privo di un approccio strutturale organico.

Questo percorso ha fra l'altro evidenziato, ancora una volta, come nella governance dei sistemi sanitari regionali italiani vi sia spesso ancora bisogno di alta qualificazione professionale e approfondite competenze in materia di organizzazione sanitaria.

Spesso infatti le difficoltà nei percorsi di risanamento non derivano dalla mancata capacità di scegliere fra le poche opinioni di fondo che il sistema offre, ma dalla insufficiente presenza di una diffusa cultura dell'amministrazione sanitaria, incarnata in dirigenti e funzionari preparati e motivati.

Ma le difficoltà e i limiti evidenziati dall'esperimento dei Piani di rientro si sono drammaticamente acuiti con la svol-

ta rappresentata dagli interventi legislativi degli anni 2011 e 2012, di cui abbiamo ricordato la rilevante portata, che si sono sostanzialmente caratterizzati come mera operazione di sottrazione di cassa.

E il taglio del finanziamento, in assenza di interventi strutturali per altro inattuabili in tempi così ridotti, ha stressato gravemente il sistema, che a distanza di due anni mostra evidenti, in molte Regioni, le prime significative difficoltà ad assicurare i Livelli essenziali di assistenza, come dimostrano le liste d'attesa crescenti e diffuse, ovviamente ancora una volta differenziate in relazione ai livelli di efficienza e qualità dei diversi sistemi regionali.

L'86,9% dei *care-giver* intervistati per il Rapporto 2013 dichiara la presenza di liste di attesa troppo lunghe, con un'accentuazione del fenomeno nel Mezzogiorno, dove peraltro si concentrano le Regioni soggette a Piano di rientro. Purtroppo, l'idea che le inefficienze sanitarie delle Regioni si possono affrontare riducendo il flusso di denaro resta radicata, al punto che il *Documento di economia e finanza 2013*, tabella II.2-2 ipotizza una discesa della spesa sanitaria pubblica dal 7,1% del Pil nel 2012 al 6,7% del Pil nel 2017, con un valore assoluto di spesa nel 2017 di 119,7 miliardi a fronte dei 112,9 del 2011. A queste condizioni, il livello tecnologico e qualitativo della sanità italiana non avrebbe nessuna possibilità di confrontarsi con i Paesi dell'Europa dei 15.

È per queste ragioni che il nostro appello a fermare il disinvestimento nel Servizio sanitario nazionale resta attuale e impellente, unito alla forte sollecitazione a riprendere il percorso delle riforme strutturali da troppo tempo abbandonato, per correggere le distorsioni e avviare un percorso virtuoso senza penalizzare ulteriormente i cittadini e la filiera produttiva della sanità italiana.

E ciò anche alla luce della semplice ma fondamentale considerazione che un'alternativa realistica oggi non esiste.

Nel mondo, infatti, l'unica variante sperimentata rispetto all'assicuratore universale rappresentato dal Ssn è quella di articolare la copertura sanitaria in più assicuratori.

Oggi il costo per la copertura per ogni cittadino italiano è di circa 1.850 euro.

L'uscita dall'assicuratore unico comporterebbe la restituzione di tale somma ai cittadini che non ne fruiscono più.

È possibile perdere qualche milione di assicurati e mantenere in vita il Ssn?

Nell'attuale situazione no!

Inoltre la migliore assicurazione individuale possibile non costerà mai meno di 2.200/2.500 euro all'anno per persona.

C'è questa disponibilità di risorse nelle famiglie italiane?

Nell'attuale situazione no!

E infine se venisse meno la copertura universale del Ssn non ci sarebbe contratto collettivo di lavoro che non lo pretenderebbe dal datore di lavoro.

C'è questa possibilità per le imprese italiane?

Nell'attuale situazione no!

Dunque la strada è obbligata: dobbiamo salvare il Servizio sanitario nazionale fermando il disinvestimento nella spesa sanitaria pubblica e affrontando una volta per tutte le vecchie e nuove criticità.

E dobbiamo avere la capacità di comprendere e il coraggio di affermare che i guadagni di efficienza, pur necessari, non deriveranno mai dalle manovre di cassa.

E che la salvaguardia dei sistemi sanitari regionali italiani non potrà derivare da antistoriche manovre protezionistiche, rappresentate dall'imposizione di "gabbie sanitarie" nelle quali rinchiudere i malati che cercano in un'altra Regione le cure che non trovano o non gradiscono nella propria.

Solo la ripresa di un coerente percorso riformatore, che è possibile e attuabile anche in tempi brevi, può portare sulla strada dell'efficienza e della qualità, e solo rendendo i siste-

mi sanitari regionali migliori si potranno affrontare le derive gestionali che hanno generato i deficit cronici e i limiti di qualità nell'offerta di prestazioni che allontanano gli utenti e che generano conflitti e contenziosi.

Ma prima di tutto occorre tappare la falla e fermare il disinvestimento nel Servizio sanitario nazionale.

4. La luce in fondo al tunnel

È con queste premesse, e con queste condizioni, che la notizia di un ulteriore pesante taglio alla spesa sanitaria inserito nella bozza della legge di stabilità 2014 diffusosi il 14 ottobre ha generato una vastissima preoccupazione.

Secondo le prime notizie infatti, ai tagli già previsti da tutte le precedenti leggi, si sarebbe aggiunta una ulteriore riduzione del Fondo sanitario nazionale del valore di 2,650 miliardi di euro nel triennio 2014-2016, di cui 550 milioni nel 2014, 1.040 milioni nel 2015 e 1.100 milioni nel 2016.

A queste cifre si aggiungevano 220 milioni all'anno di riduzione della spesa farmaceutica, e 280 milioni all'anno di riduzione delle prestazioni erogate dalle Aziende ospedaliere e dai poliambulatori di diritto privato.

In tutto 4,150 miliardi di euro nel triennio sommati ai 14,250 già tagliati.

Non è questa la sede per ricostruire la cronistoria della sollevazione degli amministratori regionali, dei professionisti, dei sindacati e delle associazioni di categoria di fronte ad un intervento così distruttivo.

Basta ricordare che fu diffusa, unanime e intensa.

Aiop si è immediatamente schierata a difesa di un livello di assistenza già fortemente incrinato negli ultimi anni, e il grave rischio di collasso per la componente di erogatori rappresentata dalla nostra Associazione è stata immediata-

mente segnalata al Ministro della salute. La presentazione della prima bozza della legge di stabilità 2014 ha, insomma, rappresentato con la maggior evidenza il perdurare in alcuni settori governativi di una visione liquidatoria del Ssn, e ha però mostrato con altrettanta evidenza quante forze e quante energie sono disponibili per la difesa di questo grande patrimonio comune.

In questo autentico conflitto, che spesso in modo poco esplicito attraversa ormai da anni la nostra storia, il più recente capitolo consente dunque di esprimere una nota di ottimismo, sostenuto dall'indubbio successo della vigorosa reazione del Ministro della salute Beatrice Lorenzin, che si è su questo terreno fortemente impegnata, e che ha riportato una indubbia preziosa vittoria.

Il disegno di legge approvato in Consiglio dei Ministri il 15 ottobre infatti non contiene più tagli alla sanità mentre sembra restituito anche il taglio di 2 miliardi di euro previsti dalla L. 111/2011 per l'anno 2014.

Si tratta sicuramente di un grande successo dopo una lunga e dolorosa stagione di tagli, ma possiamo affermare di vedere finalmente la luce oltre il tunnel?

Al momento in cui scriviamo la legge di stabilità non è ancora definitivamente approvata, e solo la conclusione dell'iter parlamentare può darci certezze.

Resta inoltre aperto il capitolo fondamentale del nuovo Patto per la salute, prezioso strumento di indirizzo per le politiche sanitarie di Governo e Regioni ma anche potenziale veicolo di norme e regole, il cui effetto può essere positivo o negativo. E resta aperto il grande problema di una tariffazione equa e coerente, che sembra così difficile da ottenere.

Eppure oggi possiamo dire che il disinvestimento in sanità si è fermato, e da questo indubbio risultato, per il quale Aiop si è schierata in prima fila, possiamo riprendere a pensare al futuro.

Perché ora più che mai il consolidamento del sistema di welfare sanitario italiano richiede la ripresa di un vero e profondo processo di riforma.

5. Riformiamo il Servizio sanitario nazionale

Senza un vero processo di profonda riforma strutturale, infatti, non sarà mai possibile conseguire obiettivi di riqualificazione ed efficientamento, e qualunque manovra di cassa avrà come esiti ineluttabili da un lato la riduzione di fatto dei livelli di assistenza, dall'altro l'ulteriore degrado del sistema, innescando spirali perverse di impoverimento e dequalificazione.

È invece indispensabile riaccordare i fili di un percorso di riforma da troppo tempo abbandonato, consapevoli per altro che i risultati non saranno immediati e che il tempo perduto potrà solo in parte essere recuperato.

E tuttavia la prospettiva, a volerla vedere, è ben chiara davanti a noi.

Il percorso di riforma che immaginiamo è composto da due fasi.

La prima, di immediata praticabilità, consiste nell'inserire finalmente una forte dose di trasparenza e semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali a partire dall'obbligo di compilazione di bilanci comprensibili per tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche, e alla loro immediata pubblicazione tramite Internet.

A seguire, si deve assicurare analoga pubblicità immediata di tutti gli interventi di vigilanza e controllo sull'attività degli erogatori pubblici e privati, che consenta all'opinione pubblica almeno di comprendere se e in quale misura e con quale imparzialità viene esercitata questa fondamentale funzione.

E immediata pubblicità va data ai valori di acquisto di tutti i beni da parte delle Asl.

Contemporaneamente, bisogna attivare e rendere operante una seconda fase incentrata su una serie di azioni che riprendano il percorso di aziendalizzazione degli erogatori pubblici, a partire da un ritorno al pagamento a prestazione di tutte le attività specialistiche e ospedaliere, con tariffe eque e uguali per tutti, mettendo fine al pagamento a piè di lista di debiti e deficit, fonte di infinite storture e di sistematiche perdite di qualità e efficienza.

Solo così, come d'altra parte ci insegna l'esperienza di tutti i principali Paesi del mondo, si potrà costringere tutti gli amministratori, pubblici e privati, a confrontarsi con il giudizio dei cittadini (che decidendo di non fidarsi di una struttura ne determinano anche il declino economico) e che le regole di mercato (perché chi è pagato a prestazione non può comprare una siringa pagandola dieci volte di più di un altro operatore che riceve la stessa tariffa).

Assicurato un finanziamento equo e misurabile in relazione alle qualità e sulla quantità delle prestazioni erogate sarà finalmente possibile dare un vero contenuto al principio di responsabilità degli amministratori, e contemporaneamente ridurre i vincoli burocratici e formalistici che oggi limitano l'autonomia manageriale di molti dirigenti di Aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche frustrandone le capacità e le possibilità di azione.

Certo, è indispensabile attuare anche un sistema di punizioni per chi continua a gestire in modo insoddisfacente e non è capace di raggiungere l'equilibrio economico.

Per le aziende di diritto privato c'è da sempre il concordato e il fallimento. Per quelle di diritto pubblico va pensato un vero commissariamento, unito a provvedimenti più incisivi in caso di reiterato deficit, quale l'affidamento a gestori professionali dell'azienda.

Probabilmente un percorso di riforma e risanamento di questo tipo porterà all'evidenza di anomalie nei livelli occupazionali, per le quali dovrà essere previsto un ammortizzatore sociale e una gradualità di soluzione socialmente sopportabile.

E infine nel sistema di controllo qualitativo ed economico dovrà essere attivata una competenza più forte, professionale e autenticamente indipendente, e anche per questo i modelli e le esperienze internazionali non mancano.

Resta sullo sfondo, ma comunque meritoria di costante riflessione, l'esperienza di riforma attuata con successo in Germania, dove i *länder* hanno affidato proprietà e gestione di Aziende ospedaliere in deficit cronico a imprenditori sanitari di comprovata esperienza, riuscendo in tal modo ad assicurare la continuità del servizio pubblico a costi contenibili e con piena soddisfazione degli utenti.

In Italia la quota di prestazioni ospedaliere erogate nell'ambito del servizio pubblico ad operatori di diritto privato è oggi al 25%, con un costo pari al 15% della spesa totale.

6. "Spending review n. 2". Ritorno al passato?

Ciò che noi cerchiamo di delineare, con questi pochi tratti, è una traccia di processo di riforma il cui obiettivo è quello di salvare il Servizio sanitario nazionale universale e solidaristico.

Ma la domanda pressante che ci viene rivolta dalle Istituzioni oggi, è un'altra, ed è sempre la stessa da qualche anno.

Si può risparmiare sulla spesa sanitaria pubblica?

La risposta è no e sì.

No.

Perché come abbiamo detto infinite volte siamo già oggi al limite inferiore della spesa nel confronto con tutti i Paesi

europei con noi comparabili, e neanche quelli con più difficoltà e con sistemi di welfare sanitario di qualità inferiore al nostro scendono al di sotto del 7% del Pil.

Un confine che, a nostro giudizio, non può essere valicato se si vuole rimanere nel gruppo dei Paesi con una sanità di “fascia A” cioè dotata di tutto ciò che il progresso della medicina oggi mette a disposizione.

E il declassamento a “fascia B”, oltre ai danni alla salute dei cittadini, comporta la perdita di un *know-how* tecnologico e scientifico di importanza fondamentale per un Paese sviluppato, e di assoluta rilevanza economica.

In altre parole, il rischio è la via del sottosviluppo!

Si.

Perché la spesa sanitaria pubblica oggi è gravata da inefficienza, per cui una parte del Fondo sanitario nazionale è speso per cose (magari anche in sé non riprovevoli) che non hanno a che fare con la sanità, anche se spesso hanno una finalità di sostegno economico e sociale alle comunità locali.

Ciò che è dunque urgente e necessario è riqualificare la spesa, risparmiando sulle inefficienze per colmare le crepe e le tante lacune che, già oggi, sono visibili in molte Regioni, e sono anche causa dell’investimento cronicamente insufficiente sulla struttura dei sistemi sanitari delle Regioni italiane.

Con questa chiara consapevolezza seguiremo, nei mesi a venire, le analisi e le proposte della “spending review n. 2”, nell’auspicio che non ripeta gli errori della precedente, e che il Ministro della salute Beatrice Lorenzin riesca a portare a compimento l’indicazione programmatica lanciata in questi ultimi giorni a difesa del Servizio sanitario nazionale, con l’impegno di attivare una spending review interna al sistema, per liberare risorse che nel sistema debbono essere reinvestite.

Su questo troverà Aiop schierata in prima fila.



dicembre 2014

La sanità in mezzo alla crisi

In *Ospedali&Salute – Dodicesimo rapporto annuale 2014*, Franco Angeli, Milano, 2015, presentato il 10 dicembre 2014. Al momento della presentazione è in corso la XVII legislatura, Presidente del Consiglio è Matteo Renzi e Ministro della salute è Beatrice Lorenzin. Nell'introduzione il Presidente Pelissero commenta il Patto per la salute 2014-2016 (10 luglio 2014) e la prima bozza del *Regolamento recante: definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* (5 agosto 2014), entrambi approvati d'intesa da Governo, Regioni e Province autonome. Il Patto contiene l'Accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio sanitario nazionale, mentre il Regolamento stabilisce, tra le altre previsioni, il numero minimo di posti letto delle strutture private accreditate.

1. E adesso cosa succede?

Dopo la stagione dei tagli alla sanità, iniziata nel 2011 e da noi ampiamente documentata nell'undicesimo Rapporto annuale *Ospedali&Salute*, il 2014 si è aperto all'insegna della preoccupazione ma anche della speranza.

Preoccupazione perché la legge di stabilità 2014, nella fase di elaborazione, ancora una volta minacciava di aggravare ulteriormente l'emorragia nel finanziamento del Servizio sanitario nazionale, con "proposte tecniche" di tagli, prospettati come riduzione degli sprechi e inevitabilmente destinati invece a divenire tagli lineari, con riduzione delle prestazioni soprattutto a carico degli erogatori di diritto privato.

Speranza per la vigorosa resistenza del Ministro della salute, giustamente preoccupato per la tenuta del sistema e determinato a difenderne i livelli di finanziamento.

Senza negare, con questo, l'esistenza di sacche di spreco e di inefficienza, ma giustamente chiedendo che tutti i doverosi risparmi restino all'interno della spesa sanitaria, già scesa ai limiti della sostenibilità nel confronto con i Paesi con noi comparabili dell'Ue, mentre la necessità di finanziare innovazioni e volumi di prestazioni era resa sempre più stringente dallo sviluppo di nuove tecnologie efficacissime ma molto care (a partire dalla terapia dell'Epatite C), e dal crescere delle liste d'attesa in moltissime realtà locali.

E questa linea, ragionevole e compatibile con una visione rigorosa del controllo della spesa pubblica, è stata fortemente sostenuta da Aiop in tutte le sedi e in tutte le occasioni, e all'inizio dell'anno 2014 è sembrata sempre più affermarsi, con una legge di stabilità che ha rinunciato a tagliare ulteriormente la sanità e con l'avvio dei lavori di un Patto per la salute incentrato sull'obiettivo di dare stabilità di finanziamento per un triennio all'intero sistema.

Ma qui inizia un percorso tortuoso e contraddittorio, nel

quale oggi siamo completamente immersi e che, purtroppo, autorizza le più ampie perplessità e le più forti preoccupazioni.

2. Le ambiguità del Patto per la salute

Per comprendere in pieno la complessità e le criticità di questo documento, che resta comunque centrale per il futuro del Ssn, occorre ripercorrerne, seppur in estrema sintesi, le tappe e i contenuti.

Il testo e i contenuti, che si sono venuti delineando nei primi mesi del 2014, sono in realtà il prodotto di una lunga elaborazione avviata con il governo Monti-Balduzzi, che ha visto impegnati tecnici del Ministero dell'economia e finanza, del Ministero della salute e di Agenas, e che sostanzialmente si articolano in due componenti.

Il Patto vero e proprio, frutto dell'intesa nella Conferenza Stato-Regioni dello scorso 10 luglio, che contiene soprattutto una previsione di finanziamento pluriennale corredata da una serie di disposizioni generali relative all'assetto del Ssn per il triennio 2014-2016, e un provvedimento collegato, rappresentato dalla bozza di un emanando decreto interministeriale *Regolamento recante: definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*.

Dopo un lungo e tormentato confronto, sia interno alle istituzioni che rivolto alle parti sociali, fra le quali Aiop è stata sempre presente, il testo del Regolamento giunge alla sottoscrizione il 5 agosto 2014, con due risvolti essenziali.

La parte economica, infatti, di per se stessa positiva nell'impegno ad arginare l'emorragia del finanziamento del Ssn, viene approvata con una clausola che ne prevede espressamente la continua modificabilità in relazione a sopraggiun-

te ulteriori necessità economiche dello Stato, mentre la parte regolamentare rappresentata dagli standard di sistema viene affidata alla emanazione di un apposito decreto interministeriale.

Ma quali sono le criticità?

In un documento così complesso e articolato i problemi emergenti sono tantissimi, e il loro attento esame richiederebbe uno sforzo di analisi veramente impegnativo.

Ci limiteremo qui a considerare pochi aspetti fondamentali riguardanti la previsione di spesa, il problema delle piccole strutture e il modello di programmazione che viene proposto.

3. Il finanziamento del Ssn

Il testo del Patto della salute contiene una previsione e un impegno per il finanziamento dell'intero Ssn riportato in tabella 3.1.

Tab. 3.1 – Patto della salute 2014-2016. Livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato (in milioni di euro)

	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Fabbisogno del Ssn e dei servizi sanitari regionali	109.928,0	112.062,0	115.444,0
Incidenza % sul Pil	6,93	6,89	6,89

Fonte: Patto della salute 2014-2016, art. 1 per i dati sul fabbisogno e Def 2014 per le stime del Pil 2014/2016

Questo livello di finanziamento si colloca, a nostro giudizio, al limite inferiore e invalicabile per mantenere il nostro sistema sanitario nel contesto di quelli più evoluti nel mon-

do, e conferma l'Italia come il fanalino di coda dei Paesi pienamente industrializzati dell'Europa dei 15.

Pur con questi limiti, abbiamo valutato positivamente questo risultato, perché da un lato pone fine alla stagione dei tagli lineari e dall'altro assicura un periodo sufficientemente lungo di stabilità finanziaria che consente investimenti e sviluppo.

Certo, bisogna essere molto bravi per fare con il 7% del Pil (e anche meno) ciò che Francia e Germania fanno con più del 9%, ma questo è sicuramente un primato italiano, al quale la rete di aziende Aiop insieme a tutti gli erogatori di diritto privato fornisce un contributo fondamentale, assicurando il 25% delle prestazioni ospedaliere con il 15% della spesa pubblica.

Ma purtroppo anche questa prospettiva, appena sorta, ritorna nell'incertezza.

Al momento in cui scriviamo, la bozza di legge di stabilità 2015 prevede infatti un taglio di trasferimenti alle Regioni del valore di 4 miliardi di euro, e questa riduzione, se si concretizzerà, andrà a colpire la sanità e, inevitabilmente, anche l'erogazione delle prestazioni ai cittadini. Paradossalmente, temiamo, colpendo proprio la rete di aziende di diritto privato che erogano le prestazioni a minor costo e con la maggiore soddisfazione degli utenti!

Sarebbe invece necessario, e tutti ne siamo consapevoli, ridurre sprechi e inefficienze che si annidano nella parte di attività gestita direttamente dalle Regioni tramite le Asl e le Aziende ospedaliere di diritto pubblico, ma dubitiamo che questo possa avvenire senza una preliminare vigorosa riforma del loro modello organizzativo e istituzionale, che però richiede tempi diversi e inevitabilmente più lunghi.

E purtroppo, come vedremo, gli standard contenuti nel Regolamento vanno per lo più nella direzione opposta.

4. Il Regolamento sugli standard: le piccole strutture ospedaliere

Un contenuto di rilevanza generale non certo ampia, ma molto indicativo della visione complessiva del Regolamento, è rappresentato dal tema delle piccole strutture.

La versione “tecnica” originaria, infatti, prevedeva la «non accreditabilità delle strutture ospedaliere private dotate di meno di 80 posti letto per acuti».

Un provvedimento che, se applicato, avrebbe comportato in tutto il Paese l'immediata scomparsa di 160 aziende, sane e attive, che occupano circa 12.000 dipendenti e che erogano prestazioni a costi più bassi delle corrispondenti strutture pubbliche.

Il tutto senza alcuna valutazione sulla qualità delle prestazioni erogate, ed escludendo dal provvedimento le analoghe strutture di diritto pubblico.

Come interpretare un'impostazione programmatica di questo tipo se non alla luce di una visione ideologica, ostile per principio ai sistemi sanitari misti e alla collaborazione pubblico-privato, ostinatamente posta a difesa del monopolio pubblico?

Nel testo finale del Regolamento questa prescrizione non c'è più. E bisogna dare atto al Ministro della salute Beatrice Lorenzin di aver difeso in questa vicenda la visione di una sanità pluralistica e la sopravvivenza di tanti presidi ospedalieri diffusi sul territorio e grandemente apprezzati dalle amministrazioni locali e dai cittadini.

Il nuovo testo, ancora in parte da orientare e precisare, apre la strada a processi di ristrutturazione e di aggregazione che, se adeguatamente sostenuti dai Governi regionali, potranno dare a tutto il Servizio sanitario italiano strutture ospedaliere più solide e più forti salvando una quota di erogatori privati la cui unica colpa era di essere tali.

Un successo per tutti, e una pagina positiva all'interno di

una vicenda che resta però tormentata e fortemente problematica.

5. Il Regolamento sugli standard ospedalieri: operazione di centralizzazione e pianificazione

Il lungo testo del Regolamento sugli standard ospedalieri, che rappresenta la componente più complessa e impegnativa del Patto per la salute, e anche quella potenzialmente in grado di espletare i maggiori effetti sulla struttura di offerta di prestazioni dell'intero Ssn, non si presenta ad una facile e sintetica analisi.

Tuttavia la grande ed elaborata quantità di indicatori, standard e parametri, la minuziosa indicazione dei criteri con cui costruisce le reti ospedaliere regionali (a partire dalla distribuzione dei singoli ospedali fino alla misurazione delle specialità e dei relativi posti letto da collocare dal più grande al più piccolo presidio pubblico e privato) e l'introduzione di criteri di qualità, o presunti tali, tra l'altro determinati su base statistica a livello centrale, spesso senza riscontro delle singole casistiche e delle loro peculiarità, tutto questo si configura come un'operazione di totale centralizzazione e di completa pianificazione che non ha uguali nella storia sanitaria e ospedaliera italiana.

Essa infatti assomma in sé il progetto di programmazione ospedaliera della fine degli anni '60 espresso dalla legge 12/2/1968, n. 132 e dai successivi decreti attuativi (soprattutto dal D.p.r. 128/1969) e le aspirazioni alla pianificazione sanitaria universale della legge 27/12/1978, n. 833, mai pienamente realizzate, anche per l'oggettiva impraticabilità di un approccio così pervasivamente dirigistico.

Seppure inesperto, è facile dedurre che una così rilevante innovazione, che riduce ai minimi termini l'autonomia di

cui le Regioni hanno goduto in questi decenni, nasce sulla base di una forte critica agli insuccessi regionali e ai disavanzi cronici di molte regioni, e in questo senso esprime una reale e innegabile esigenza di cambiamento.

Dobbiamo però domandarci ancora una volta se questa è la cura giusta.

Le prime risultanze suscitano grandi dubbi al punto che, come il sonno della ragione disegnato da Goya genera mostri, così l'eccesso di regolamentazione genera paradossi, quando non determina effetti ancora più gravi.

Due esempi, fra i molti che cominciano ad affiorare dall'attento esame del testo del Regolamento, possono ben evidenziare queste criticità.

Introducendo il concetto, in sé astrattamente condivisibile, della necessità di determinare soglie minime di volumi di attività, il Regolamento prescrive fra l'altro per ogni struttura complessa di cardiocirurgia un minimo di 200 interventi/anno di by pass aorto-coronarico isolato.

In merito, la Società Italiana di Cardiocirurgia osserva: «Applicando i criteri proposti, la nostra simulazione ci ha consentito di documentare come solamente 16 ospedali in tutto il territorio nazionale corrispondono ai requisiti richiesti». Questi ospedali garantiscono attualmente il 27% di tutta l'attività cardiocirurgica italiana. In pratica sarebbero esclusi alcuni ospedali prestigiosi per la cardiocirurgia (ad esempio l'Ospedale Umberto I di Roma e tutti i grandi Ospedali di Milano, con la sola esclusione del Policlinico San Donato) e diversi centri che hanno mortalità inferiore alla media nazionale).

E ancora «riteniamo che il creare dei limiti di questo tipo per il numero di interventi di by pass possa essere fuorviante, sia per quanto riguarda le evidenze scientifiche sia per quanto riguarda la complessa realtà del panorama sanitario italiano».

Se si considera che solo dopo un gigantesco impegno professionale e organizzativo l'Italia è finalmente riuscita a porre fine ai "viaggi della speranza" dei cardiopatici, e che il fabbisogno annuo di circa 45.000 interventi di cardiocirurgia è oggi assicurato al 100% da ospedali italiani, emerge in tutta la sua gravità un provvedimento che teoricamente lascerebbe scoperti 28.350 interventi/anno, per di più una fase di progressiva apertura delle frontiere sanitarie europee.

Il secondo esempio riguarda lo standard di programmazione dei posti letto ospedalieri, per il quale è previsto un tasso di saturazione del 90%.

Questo valore, se applicato, impone di ricalcolare in tutti gli ospedali e in ogni reparto il numero di posti letto assegnati, abolendo quelli considerati in eccesso.

Per comprendere l'effetto concreto di questo metodo, immaginiamo un reparto di 100 posti letto con un tasso di saturazione/anno dell'85%, che può essere considerato di ottimo livello di efficienza, per altro corrispondente alla situazione attuale del Ssn.

Se a questo reparto applichiamo il tasso del 90% dobbiamo sopprimere 5 posti letto, portando la dotazione da 100 a 95 posti letto totali.

È necessario domandarci quali possono essere gli effetti di questo provvedimento sui ricoveri, al di là degli evidenti effetti sull'organico del personale medico e infermieristico che si riduce della stessa percentuale.

A tale scopo possiamo effettuare una simulazione macrostrutturale partendo dal numero totale dei ricoveri ospedalieri nell'anno 2013, dal numero di posti letto presente in tutti gli ospedali pubblici e privati italiani nello stesso anno, e dal valore della degenza media, come riportato nella tabella 3.2.

Tab. 3.2 – Ricoveri, posti letto e degenza media negli ospedali italiani.
Anno 2013

	Ricoveri totali (anno 2013)	Posti letto (anno 2013)	Degenza media (anno 2013)
Strutture pubbliche	7.658.484	158.159	7,2
Privato no profit	850.394	19.340	6,4
Privato profit	1.687.889	45.775	5,1
Totale	10.196.767	223.274	6,8 ¹

(1) Media ponderata.

Fonte: Elaborazione su dati OASI 2014

Utilizzando questi dati, si ottiene una saturazione totale nel 2013 pari all'85% circa, un valore già molto elevato.

Portando la saturazione al 90%, si perdono 12.644 posti letto, pari al 5,7% dei posti letto esistenti.

Questo dato va interpretato alla luce dell'andamento annuale della curva di saturazione.

Ovviamente non esiste un'unica curva o un modello valido per tutte le strutture ospedaliere e per tutte le relative unità operative.

Per fornire una rappresentazione abbiamo preso a campione l'andamento mensile della saturazione in un reparto di chirurgia generale di un grande ospedale di Milano, riportato in figura 3.1.

Il reparto ha un ottimo valore di durata media della degenza (5,28 gg.) ricovera 1.356 pazienti all'anno con 23 posti letto e una saturazione dell'84,8%. Se portiamo questo ultimo valore al 90% (figura 3.2) il reparto perde 1,3 posti letto, pari al 5,8% del totale dei posti letto, e mantenendo invariati tutti gli altri parametri di funzionalità si trova con 17,16 ricoveri in sovrasaturazione nel corso dell'anno, concentrati nei mesi di luglio e dicembre.

Fig. 3.1 – Curva di saturazione mensile reale di un reparto di chirurgia generale

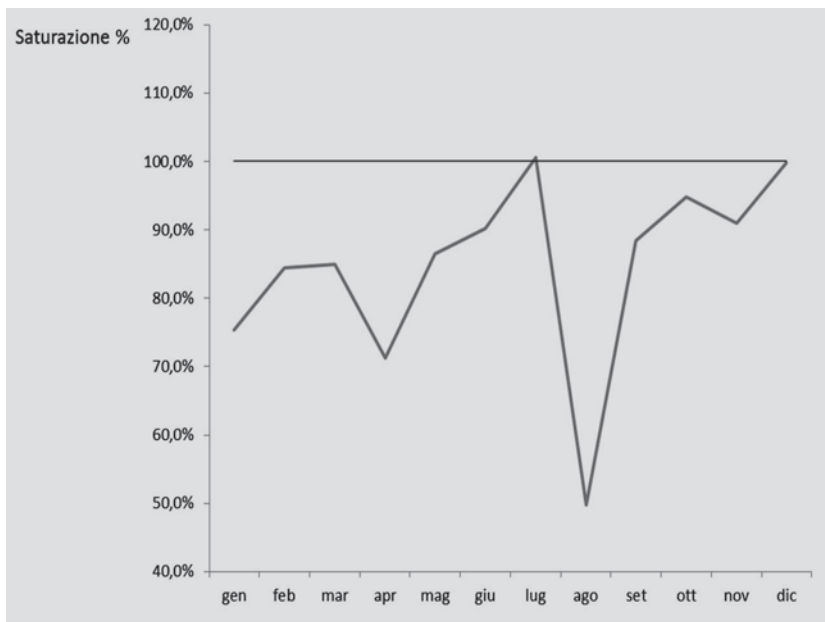
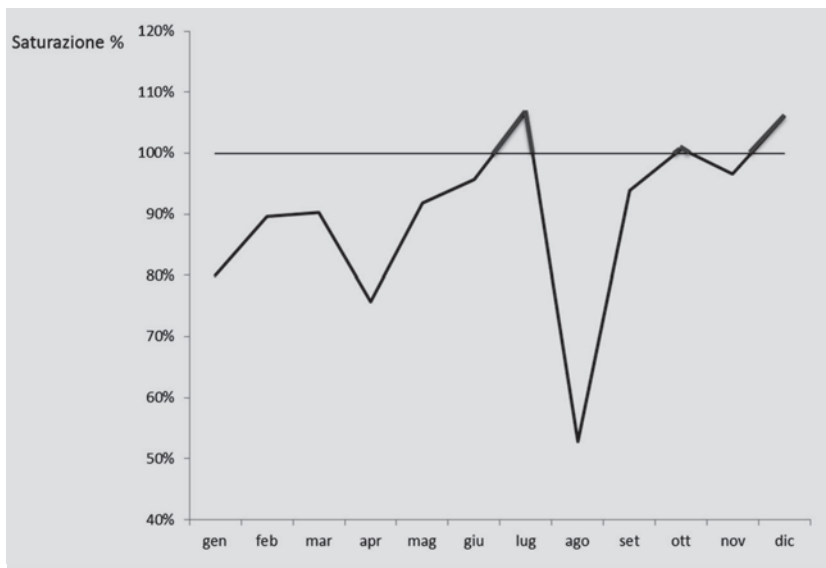


Fig. 3.2 – Curva di saturazione mensile simulata di un reparto di chirurgia generale



Se proiettiamo questo valore sul totale dei ricoveri dell'intero sistema ospedaliero italiano, avremmo in un anno, rispetto ad oggi, 132.558 ricoveri in condizione di sovrasaturazione, espressione tecnica che può essere tradotta in linguaggio corrente come "malati ricoverati in barella in corridoio".

Ovviamente questa è una stima su dati medi, con tutti i limiti di questo tipo di simulazione, ma è indubbio che l'applicazione indiscriminata di un indice di saturazione così elevato produrrebbe inevitabilmente moltissime condizioni di disagio, generando un reale regresso della qualità delle cure ospedaliere.

In realtà l'obiettivo che si vuole raggiungere è quello di una maggiore efficienza e di una correlata riduzione dei costi, in questo caso il criterio da utilizzare deve essere esclusivamente quello della riduzione della durata della degenza, che è troppo lunga nelle strutture ospedaliere di diritto pubblico, e che comporta un vero sovraccarico di spesa poiché gli ospedali pubblici sono di fatto finanziati a costi, e ogni giornata di degenza in più comporta spese inutili, unite anche ad un più elevato livello di rischio per il paziente. Nella loro evidenza, gli esempi che abbiamo riportato non forniscono altro che una limitatissima, anche se efficace, immagine dei problemi e degli inconvenienti che un approccio e un'organizzazione sanitaria fondate su una programmazione rigida e centralistica comporta.

Un modello di programmazione e una metodologia che, ancora prima di tradursi in una norma definitiva con un decreto ministeriale, ha iniziato a raccogliere critiche anche profonde e motivate, come quelle particolarmente ampie e autorevoli, del Consiglio di Stato, che nell'adunanza di sezione del 23/10/2014, n. 01989/2014 ha sostanzialmente chiesto una radicale revisione dell'intero articolato, aprendo in questo modo la strada, almeno potenzialmente, ad un

auspicabile ripensamento complessivo. La prospettiva di una rilettura e di una riscrittura del Regolamento chiama così a confronto, ancora una volta, le due contrapposte visioni che si sono affrontate in tutta la ormai lunga vita del Ssn italiano, un confronto dal cui esito dipende, in effetti, il futuro del nostro welfare sanitario, per la sua qualità e forse anche la sua stessa sopravvivenza.

6. Due visioni e tre soluzioni

Il percorso del Ssn italiano non è nuovo a cambiamenti di rotta anche drastici, e a contributi contrastanti, basta pensare alla forte spinta alla modernizzazione di stampo aziendalistico dei DD.lgs. 502/92 e 517/93 e alla controriforma del D.lgs. 229/99. La drammatica crisi economica degli ultimi anni, associata alla sempre maggiore divaricazione fra i sistemi sanitari regionali e alle più generali vicissitudini politiche del Paese, fa però oggi affiorare con evidenza il vero contrasto profondo sulla natura del servizio sanitario pubblico e sulla concezione del sistema di welfare, contrasto che risale alla impostazione originaria e al modello introdotto con la L. 833/78.

E così, da un lato riprende forza e si esplicita sempre di più la visione centralistica e statalista, che considera servizio pubblico solo ciò che è governato e gestito dalle pubbliche istituzioni; che aspira alla programmazione più rigida e minuziosa supportata e controllata dalle burocrazie centrali (di fatto una vera e propria pianificazione); che considera la spesa sanitaria pubblica trasferimento interno fra comparti della Pubblica Amministrazione; che mal sopporta l'impegno di operatori privati nel sistema vedendoli comunque come supplenti transitori per carenze alle quali prima o poi il gestore pubblico riuscirà a dare risposta con la propria

organizzazione; che ritiene di tutelare il cittadino indirizzandone le decisioni e interpretandone i bisogni.

All'opposto, qualche positiva esperienza regionale, rappresentata in particolare dalla Regione Lombardia, unita ad un'infrenabile spinta da parte degli utenti del servizio pubblico in tutto il Paese, ha sviluppato nei decenni di vita del Ssn la proposta di un sistema di welfare sanitario aperto e pluralistico, nel quale la domanda dei cittadini e la loro libera scelta plasma, anche se in forma mediata, la struttura stessa dell'offerta degli ospedali, della specialistica ambulatoriale, della medicina di base fino a quella dei grandi sistemi sanitari regionali, verso cui ci si orienta o da cui si fugge, salvo scegliere dovunque le eccellenze e premiarle.

Un sistema nel quale debbono necessariamente convivere e confrontarsi, in condizioni il più vicino possibile alla parità, operatori pubblici e gestori privati, remunerati (o da remunerarsi) per le prestazioni effettivamente erogate e non per i costi sostenuti.

Due opposte visioni che, in un'unica immagine, potremmo rappresentare come l'idea di uno Stato che fissa il prezzo del burro, contrapposta a quella di uno Stato che garantisce che la bilancia del commerciante non sia truccata e che il denaro del cliente non sia falso, lasciando al commerciante e al cliente la libertà di stabilire il prezzo.

Queste due opposte visioni in sanità si concretizzano in soluzioni normative e organizzative altrettanto divergenti.

La visione centralistica cerca di attuarsi, oggi, con il moltiplicarsi di azioni di controllo e vigilanza, con il tentativo di ritornare ad una pianificazione minuziosa e dettagliata, con politiche di cassa che poi inevitabilmente si traducono in riduzione dei livelli quali-quantitativi delle prestazioni, con l'aspirazione a limitare la libertà di scelta dei cittadini per confinarli entro perimetri di offerta regolamentata e canalizzata dall'alto.

Questa visione, inevitabilmente attratta dal pagamento a costi, confida di riuscire a controllarli non agendo sul mercato, ma sui vincoli e le procedure normative, convinta che il miglior gestore non sia un manager libero di scegliere, ben remunerato in base ai veri risultati e rimovibile in qualunque istante, ma un burocrate inamovibile dotato di poteri di veto e di interdizione.

È un modo di pensare nemico (non di rado per ragioni ideologiche) dei modelli aziendali; che cerca in tutti i modi di ridurre e marginalizzare il ruolo del privato nel Ssn, ritenendo che dalla sua compressione possa derivare un efficientamento della componente a gestione pubblica; che identifica completamente con il servizio pubblico.

Al contrario, la visione aperta è convinta che il welfare sanitario pubblico sia tale se assicura i principi di solidarietà, universalità ed equità nell'accesso alle prestazioni, ma che per raggiungere questo obiettivo oggi sia più che mai necessaria la presenza di un mix di erogatori, pubblici e privati, posti in condizioni di parità.

Crede in forme di competizione virtuosa, e anche se è consapevole della inevitabilità dei limiti generali di spesa, pensa che l'esistenza di operatori e di sistemi di offerta differenziati sia un'indispensabile premessa per assicurare un ragionevole livello di libertà di scelta per i cittadini.

A questo scopo ritiene che sia indispensabile riprendere vigorosamente il percorso della aziendalizzazione della componente di diritto pubblico, separando, una volta per tutte, chi gestisce da chi effettua i controlli, liberando il manager pubblico dai vincoli di stampo burocratico e introducendo un sistema di "premi e castighi" uguale a quello che rende efficienti e performanti le aziende di diritto privato.

Si batte contro il pagamento a costi (lo storico "piè di lista" tanto vituperato negli anni '80) e ritiene che tutti i gestori di strutture sanitarie e ospedaliere pubbliche e private, debba-

no ricevere denaro pubblico solo in cambio di prestazioni effettivamente erogate, meglio se tariffate tutte le volte che ciò è possibile.

Chi sostiene questa visione pensa che la pianificazione centralistica debba alleggerirsi sempre più, cedendo il passo alle scelte dei cittadini e alla bravura dei gestori, pubblici e privati, che devono sempre ricordare che non è norma, indice o standard che può giustificare l'esistenza di un presidio o di un'unità operativa che gli utenti non vogliono utilizzare. E anche pensa che la mobilità dei pazienti sul territorio nazionale debba essere uno stimolo per i sistemi sanitari insoddisfacenti a guadagnare in efficienza e qualità, se del caso usando il talento dell'imprenditorialità sanitaria quando la componente a guida pubblica non riesce a decollare.

Due visioni e due strade contrapposte, che la crisi economica non superata mette e metterà a confronto in modo sempre più netto, in una prospettiva dall'esito oggi incerto, densa di preoccupazioni per la stessa tenuta del Ssn, la cui capacità di offrire a tutti i cittadini l'intera garanzia di prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione è già oggi un interrogativo.

Rimane, come sempre, una terza strada, fatta di non scelte e di un rassegnato progressivo affondare del sistema, che va contrastata col vigore della volontà e il coraggio delle azioni.

Aiop e i suoi associati, nel confermare il proprio impegno per un Ssn universale, solidale e pluralistico, si batteranno con convinzione per la difesa del sistema di welfare sanitario italiano che considerano, da sempre, una delle più importanti e preziose conquiste del nostro Paese.



maggio 2015

Regolamento sugli standard ospedalieri, il punto di vista dell’Aiop

In Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute, n. 38, Agenas, Roma, 2015. Il Presidente Pelissero commenta la versione definitiva del Regolamento sugli standard ospedalieri nel pubblico e nel privato (D.m 2 aprile 2015, n. 70) che, pur rappresentando un tentativo di riorganizzazione della rete ospedaliera nazionale con l’individuazione di criteri omogenei in tutto il territorio, suscita però ampie perplessità per la sua concezione centralista, che non tiene conto delle differenti realtà regionali e dei flussi dei pazienti, e penalizza le piccole strutture ospedaliere di diritto privato.

1. Premessa. Caratteristiche generali del documento

Il regolamento recante *Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art. 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'art. 15, comma 13, lettera c) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135* (di seguito Regolamento 2015) è un documento complesso ascrivibile, concettualmente, agli strumenti di programmazione sanitaria.

Le considerazioni che seguono non ne affrontano i risvolti giuridici, e non si ripromettono di analizzare analiticamente l'impatto sul Ssn di una sua eventuale completa attuazione, poiché un tale studio richiede risorse e assume dimensioni con ordine di grandezza troppo elevato.

Con tali limiti, esamineremo l'impianto metodologico generale e formuleremo brevi considerazioni su alcuni standard, con una attenzione particolarmente rivolta alle possibili ricadute sul Ssn.

In particolare discuteremo:

- a) il modello di programmazione proposto;
- b) il dimensionamento quantitativo della rete ospedaliera, e gli standard generali previsti per il calcolo delle dotazione di posti letto;
- c) l'utilizzo di standard qualitativi.

Premettiamo sin d'ora che, anche ad una lettura inevitabilmente "esterna" al Regolamento, in quanto non supportata dall'accesso alle elaborazioni tecniche sottostanti, si evidenziano alcune contraddizioni anche rilevanti, di cui daremo esempi, ed è frequente il rimando ad altri documenti, non di rado ancora da adottare, o a percorsi di approfondimento successivo, come peraltro è ragionevole prevedere quando si lavora alla programmazione sanitaria.

A questo proposito non si può non manifestare qualche

perplessità sulla scelta di introdurre in un decreto ministeriale un così ampio documento programmatico, composto da decine di pagine, che solo in parte ha le caratteristiche anche formali di una norma.

Ma l'interrogativo principale riguarda, più in generale, il modello stesso di programmazione che viene proposto.

2. La programmazione sanitaria *top-down*

I modelli di programmazione sanitaria che si sono sperimentati nel tempo in Italia trovano la loro prima espressione con la L. 132/68 e il D.p.r. 128/69, la c.d. riforma "Marrioni" con la quale giunge a maturazione un modello di organizzazione ospedaliera prodotto dall'evoluzione scientifica e tecnologica della medicina degli anni '50 e '60.

Il contesto generale dell'epoca è assolutamente non comparabile con la situazione attuale, ma interessa il concetto di programmazione che viene prodotto, che esprime in modo compiuto e coerente la visione *top-down*.

In essa una struttura centrale definisce tutte le caratteristiche organizzative del sistema ospedaliero, ne indica le dimensioni tramite standard di dotazione strutturale rigidi incentrati sul posto letto, e assegna alla periferia il compito di attuare l'indirizzo programmatico con un approccio sostanzialmente meccanicistico.

Per un approfondimento è utile rimandare ad una attenta lettura degli artt. 26 e 27 della L. 132/68 (metodologia della programmazione) e agli artt. 20-25 della stessa legge (classificazione degli ospedali).

Diciamo subito che il Regolamento 2015 ripropone sostanzialmente lo stesso metodo con contenuti molto simili.

A tale proposito è interessante notare come già a partire dagli anni '70 il metodo di programmazione *top-down* è stato

sottoposto a forti critiche, e in effetti l'attuazione di strumenti di programmazione così rigidi non ha per lo più dato risultati pratici soddisfacenti.

A distanza di 45 anni segnaliamo qui almeno tre fattori di criticità particolarmente rilevanti presenti nella riproposizione di quella metodologia.

- a) L'assenza di valutazione sulla reale dimensione dell'attività ospedaliera. Dal 1968 ad oggi il modo di lavorare e il tipo di prestazioni della rete ospedaliera si è enormemente modificato, la mobilità dei pazienti è altrettanto incrementata, unità operative in singoli presidi sono cresciute per capacità delle équipes diventando poli di attrazione importanti, altre sono praticamente estinte. Per fare un esempio, che senso ha programmare rigidamente una unità di otorinolaringoiatria in ogni ospedale provinciale/presidio di I livello, ogni 130.000-300.000 abitanti, senza valutare preliminarmente quali unità esistono e con quali dati di funzionalità?
- b) L'inconsistenza del posto letto come indicatore di riferimento per il dimensionamento della rete ospedaliera (di cui parleremo più avanti).
- c) L'assenza di riferimenti alla domanda espressa, ai volumi di prestazioni erogate nella serie storica, all'appropriatezza e ai tempi di attesa. Tutte variabili che sono alla base di un approccio che possiamo definire "funzionale".

3. Modalità di dimensionamento della rete ospedaliera

Il Regolamento 2015 utilizza quale standard principale per il dimensionamento della rete ospedaliera il posto letto (p.l.) introducendo uno standard di 3,7 p.l. accreditati per 1.000 abitanti, comprensivo di 0,7 p.l. per riabilitazione e lungodegenza post-acuzie.

A tale proposito, sinteticamente e solo riferendosi ad alcuni aspetti, si può osservare che:

- a) Il posto letto come unità di misura ha oggi poco senso rispetto al volume di attività, che si può esprimere molto precisamente misurando i Drg.
- b) Se il criterio di finanziamento fosse (come dovrebbe) legato alle prestazioni e non alla struttura, i processi di efficientamento avrebbero una razionalità incomparabilmente superiore.
- c) Come si vede in tabella 4.1, lo standard di 3 p.l. per acuti sembrerebbe da un lato già raggiunto in Italia, dall'altro assolutamente sottodimensionato rispetto ai principali paesi Ue con noi confrontabili.

Tab 4.1. Posti letto per acuti per 1000 abitanti

Paese	2011	2012
Germania	5,3	5,4
Francia	3,4	3,4
Media Paesi G7	3,9	4,4
Media Paesi Ocse Eur.	3,1	3,1
Italia	2,8	2,7

Fonte: Oecd Health Data 2105

Possiamo domandarci se un contenimento così netto dell'offerta debba essere interpretato come un tentativo di efficientamento o un contingentamento.

- d) L'Allegato al Regolamento 2015 al Cap. 3, punto 3.1 indica un tasso di saturazione del 90% tendenziale. Sempre allo stesso Cap. 3 punto 3.1 pag. 16 si indica «un utilizzo efficiente di ciascun posto letto (tipicamente un utilizzo medio tra l'80% e il 90% durante l'anno)...».

Qual è lo standard? In una nostra simulazione, un reparto di chirurgia generale con 23 p.l., saturazione dell'84,8% e degenza media 5,28, portata ad una dotazione di p.l. corrispondente al 90% di saturazione, perde il 5,8 dei p.l. e va in sovrasaturazione nell'1,2% dei ricoveri.

Nel caso dell'intera rete ospedaliera italiana possiamo effettuare una simulazione macrostrutturale partendo dal numero totale dei ricoveri ospedalieri nell'anno 2013, dal numero di posti letto presente in tutti gli ospedali pubblici e privati italiani nello stesso anno, e dal valore della degenza media, come riportato in tabella 4.2.

Tab 4.2. Ricoveri, posti letto e degenza media negli ospedali italiani. Anno 2013

	Ricoveri totali	Posti letto	Degenza media
Strutture pubbliche	7.658.484	158.159	7,2
Privato no profit	850.394	19.340	6,4
Privato profit	1.687.889	45.775	5,1
Totale	10.196.767	223.274	6,8 ¹

(¹) Media ponderata

Fonte: Elaborazione su dati OASI 2014

Utilizzando questi dati, si ottiene una saturazione reale pari all'83%.

Portandola al 90% si perdono 12.644 p.l., pari al 5,7% di quelli esistenti.

Se questo valore viene ribaltato sui 10.196.767 ricoveri con la sovrasaturazione del 1,2% della nostra simulazione, abbiamo in un anno circa 122.000 ricoveri in sovrasaturazione.

e) Curiosamente, il Regolamento 2015 e il suo Allegato sembra interessarsi poco della durata media della de-

genza, che a parità di adeguatezza esprime meglio di ogni altro standard il livello di efficienza di una rete ospedaliera.

Il tema andrebbe molto approfondito, ma possiamo qui rilevare che se applicassimo alla rete ospedaliera di diritto pubblico il valore della media ponderata della degenza di cui alla tabella 4.2 utilizzando l'algoritmo

$$\frac{(\text{Ric.Tot. x Med.Deg}) - (\text{Ric.Tot. x Media Deg. Ponderata})}{(\text{Ric.Tot. x Med. Deg.})} \times 100$$

avremmo una riduzione di circa 3 milioni di giornate di degenza pari al 5,55% del totale, senza diminuzione di numero di ricoveri (cioè di risposta ai bisogni) ma con un effettivo efficientamento.

In altre parole questo approccio, che rientra nella metodologia di programmazione funzionale, si contrappone a quello strutturale fondato sulla riduzione dei p.l. e/o sull'innalzamento dei livelli di saturazione fin alla sovrasaturazione.

Per questo caso il vantaggio dell'approccio funzionale è che non riduce l'offerta di prestazioni, ma ne corregge il livello di efficienza.

f) Nella premessa dell'Allegato 1, la consapevolezza del rischio di sottodimensionamento dell'offerta sembra affiorare nei diversi passaggi in cui si sostiene la necessità di integrare/sostituire parzialmente la rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali. Anche se sussistono legittime perplessità sui progetti di sostituzione delle strutture e professionalità specialistiche con strutture e professionalità di base e generalistiche, l'ipotesi resta interessante, ma dovrebbe essere verificata *ex post*. In altre parole la riduzione dell'offerta ospedaliera dovrebbe essere la conseguenza finale di una minore domanda

espressa a seguito dell'attivazione concreta di risposte territoriali efficaci e credibili per l'utenza, e non l'azione iniziale dell'attuazione di un programma.

In quest'altro caso, infatti, una riduzione secca dell'offerta ospedaliera determina solo contingentamento delle prestazioni.

4. Classificazione delle strutture ospedaliere

Abbiamo già accennato come la classificazione delle strutture ospedaliere di cui al punto 2 dell'Allegato al Regolamento 2015 sia una sostanziale riproposizione del modello contenuto nella L. 132/68.

Il quadro organizzativo e strutturale delle reti ospedaliere dei Paesi con sistemi sanitari avanzati prescinde oggi da questi modelli, basti solo pensare all'alta specialità, che 45 anni fa si pensava limitata a pochi grandi ospedali regionali, e che è praticata oggi in molti Paesi in piccole strutture di alta qualità ad assetto dipartimentale con poche decine di posti letto e moltissima tecnologia.

Peraltro, specialità un tempo diffuse oggi sono molto più aggregabili (abbiamo già ricordato l'ORL) o strutturate in modalità completamente diverse (vedi ad es. la psichiatria). Altrettanto stranamente il punto 2.5 dell'Allegato al Regolamento 2015 introduce la non accreditabilità delle strutture private sotto i 60 p.l., anche se importanti miglioramenti sono stati introdotti nell'ultima versione del testo con l'accreditabilità delle strutture monospecialistiche e le possibilità di riconversioni e/o fusioni.

Resta impossibile comprendere le ragioni ultime di questa impostazione.

Se l'obiettivo è la qualità, infatti, il limite dovrebbe essere esteso alle strutture ospedaliere pubbliche di analoghe di-

mensioni, che invece non vengono soppresse. Se l'obiettivo è l'efficienza, dovrebbero se mai essere soppresse le strutture ospedaliere pubbliche di analoghe dimensioni, che sono tuttora pagate a costi, mentre i corrispondenti privati pagati a prestazione sono economicamente indifferenti.

5. Utilizzo degli standard qualitativi

L'utilizzo degli standard qualitativi come strumento di programmazione, e soprattutto di monitoraggio, è sicuramente condivisibile.

Tuttavia si tratta di strumenti ancora imperfetti e soprattutto di uso e interpretazione complessi, che sembrano poco o nulla adatti ad un utilizzo all'interno di leggi e decreti, e con metodologie *top-down*.

L'esempio più vistoso di questa difficoltà è rappresentato dall'infelice approccio del Regolamento 2015 alla Cardiocirurgia.

Come è stato ampiamente rilevato anche dalla Società Italiana di Cardiocirurgia, l'indicazione del Cap. 4 dell'Allegato 1 prevede la riconversione (?) delle Cardiocirurgie che effettuano «meno di 200 interventi/anno di by pass aorto-coronarico isolato per struttura complessa» porterebbe alla soppressione, entro 6 mesi, di 51 cardiocirurgie sulle 67 esistenti, lasciandone in vita 16, che oggi garantiscono il 27% di tutta l'attività cardiocirurgica italiana.

Al di là di questo dato, che si commenta da sé, va osservato come molte delle cardiocirurgie da abolire hanno altissimi documentati livelli di qualità, come facilmente osservabile nel Programma Nazionale Esiti di Agenas, e alti volumi globali di interventi chirurgici, anche se non rappresentati solo da by pass isolati.

Con questa norma intere Regioni rimarrebbero totalmente

prive di cardiocirurgia, mentre scomparirebbero centri di altissima qualità come il Niguarda a Milano, l'Umberto I e il Sant'Andrea a Roma.

Più in generale, a nostro giudizio, gli standard qualitativi dovrebbero essere utilizzati con un approccio più organico e approfondito, che parta dall'analisi dell'attività delle unità operative effettuate anche con metodologia di revisione fra pari, seguita dalla individuazione delle criticità e dalla elaborazione di singoli progetti per superarle.

Solo in caso d'insuccesso e con una tempistica certa si può intervenire sulla struttura, se del caso, azzerandola.

6. Un altro approccio è possibile

Le sintetiche e parziali considerazioni fin qui formulate portano a raccomandare, nell'immediato, l'adozione di un criterio di applicazione del Regolamento 2015 prudente e progressivo.

Attraverso opportuni strumenti normativi e adeguate azioni di indirizzo, infatti, le fasi attuative dovrebbero essere programmate con una tempistica adeguata a valutare analiticamente e criticamente gli effetti, evitando cadute pericolose dell'offerta e operando tutti i necessari correttivi nell'intero arco temporale previsto per l'attuazione. Fondamentale, a tal fine, l'attivazione di una funzione di monitoraggio permanente che intervenga sui sistemi informativi esistenti e che consenta di disporre di una visione approfondita ed analitica di tutte le componenti delle reti di offerta regionali.

Più in generale, dobbiamo ancora una volta manifestare un forte scetticismo sulla reale efficacia dei metodi di programmazione *top-down*, soprattutto se centrati sul posto letto, e ciò anche sulla base delle esperienze degli anni '70 e

'80, che hanno visto l'insuccesso, e spesso la vera e propria mancata predisposizione, dei piani ospedalieri e sanitari previsti dalla L. 138/68 e dalla L. 833/78.

Paradossalmente, questa modalità di programmazione tende a realizzarsi quando le Istituzioni di governo, nel caso italiano di Governo regionale, sono molto forti e strutturate, e sarebbero comunque in grado di orientare la struttura della rete di offerta, con provvedimenti amministrativi articolati e progressivi.

Per contro, Istituzioni di governo meno capaci di programmare e gestire tendono a rimandare l'attuazione di strumenti di programmazione centralistici e molto intensivi, salvo intervenire in modo episodico o poco razionale con il rischio di gravi cadute quali-quantitative nell'offerta di servizi.

Rispetto alla metodologia *top-down* a nostro giudizio sarebbe nettamente preferibile, nella programmazione dei sistemi sanitari di tipo Beveridge, un approccio funzionale, che ponendo come vincoli i tetti di spesa e i volumi di prestazioni, assicuri la copertura completa di tutte le prestazioni appropriate tramite un sistema di Drg ben governato, lasciando vera autonomia organizzativa sul dimensionamento quali-quantitativo della rete di offerta, e responsabilizzando veramente tutti i gestori.

La metodologia di programmazione, in questo approccio, è fondata sulla analisi dei flussi reali, dei livelli di qualità ed efficienza delle singole unità operative, e su sistemi di "premi e castighi" che portino al rimodellamento continuo della rete di offerta.

La visione sottostante a questo approccio può essere sintetizzata nel concetto di "meno regole, regole certe, regole applicate".

Se l'obiettivo per cui ci si muove è quello di salvare l'esistenza di un welfare sanitario universale e solidaristico, e lo

strumento ineludibile per raggiungerlo è il conseguimento di maggiori livelli di efficienza, la via migliore è quella della libertà unita alla responsabilità dei gestori, del pluralismo degli erogatori come fattore di sana competitività, del finanziamento rigidamente legato alle prestazioni effettivamente erogate, della libertà di scelta e di mobilità, inteso come diritto dei cittadini ma anche come strumento di prevenzione per incrementare la qualità.

Non è un percorso semplice, ma i paesi dell'Ue che si muovono in questa direzione stanno affrontando molto bene le crisi del welfare sanitario.



dicembre 2015

Giro di boa

In Ospedali&Salute - Tredicesimo rapporto annuale 2015, Franco Angeli, Milano, 2016, presentato il 10 dicembre 2015. Al momento della presentazione è in corso la XVII legislatura, Presidente del Consiglio è Matteo Renzi e Ministro della salute è Beatrice Lorenzin.

1. La lunga stagione dei tagli

Due anni fa, nel presentare l'undicesimo Rapporto annuale *Ospedali&Salute* immersi in una fase di forte contrazione della spesa pubblica sanitaria, avevamo osservato con preoccupazione un orientamento a portarla verso il valore del 7% del Pil, da noi ritenuto un limite al di sotto del quale è forte il rischio di non riuscire a tenere il passo con lo sviluppo scientifico e tecnologico dei sistemi sanitari europei più avanzati.

Un anno dopo, a fine 2014, il Patto per la salute siglato fra Stato e Regioni il 5 agosto dello stesso anno (da noi valutato positivamente non per la quantità delle risorse impegnate ma per la prospettiva di una nuova stabilizzazione triennale del finanziamento per il Ssn), era già posto in discussione aprendo un confronto intenso fra Governo e Regioni, e anche all'interno dello stesso Governo. Dove, seppur nella inevitabile riservatezza, continuano ad affiorare spinte e visioni diverse sul futuro del Servizio sanitario italiano, emblematicizzabili nel ricorrente appello del Ministro della salute Beatrice Lorenzin a mantenere all'interno del budget della sanità ogni guadagno di efficienza per reinvestirlo in qualità.

Una posizione alla quale si contrappone, sospeso ma inquietante, ciò che si legge negli atti del Rapporto firmato da Carlo Cottarelli, *Proposte per una revisione della spesa pubblica (2014-2016)*¹ sulla spending review, dove compare un target di spesa sanitaria pubblica al 5,25% del Pil, che forse alcune componenti della tecnostruttura governativa vedono con interesse.

Di fatto, ancora nel luglio 2015, con il D.l. 19/6/2015, n. 78 compaiono altri inattesi tagli alla sanità, che sommandosi a quelli già attuati negli anni precedenti e al trascinarsi delle norme a valenza pluriennale portano al risultato finale che si può leggere nella tabella 5.1.

¹ *Proposte per una revisione della spesa pubblica (2014-2016)*, Carlo Cottarelli, Commissario Straordinario per la revisione della spesa, 2014.

Tab. 5.1 – Effetto combinato della L. 111/11 (Tremonti), della L. 135/12 (spending review) e delle manovre successive sulle voci di spesa sanitaria. Entità dei tagli previsti nel periodo 2012-2016 (in milioni di €)

Voci di spesa	Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014		Anno 2015		Anno 2016		Totali 2012-2016	
	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11		
Ospedaliera accreditata	45,00		90,00		180,00				89,00		89,00	493,00
Specialistica accreditata	25,00		50,00		100,00				106,00		106,00	387,00
Totali ospedaliera e specialistica accred.	70,00		140,00		280,00				195,00		195,00	880,00
Personale dipendente e convenzionato											163,50	163,50
Farmacutica	325,00		747,00		1.090,00		747,00		308,00		308,00	4.525,00
Beni e servizi - Appalti e forniture	505,00		463,00		1.199,00		393,00		788,00		788,00	4.903,00
Beni e servizi - Standard posti letto			20,00		50,00				210,00		251,00	531,00
Beni e servizi - Dispositivi medici			750,00		400,00		817,50		550,00		792,00	3.809,50
Erogatori privati - Prestazioni a funz.			30,00				30,00					60,00
Nuovi ticket									2.180,00			2.180,00
Ad assegnazione indistinta					600,00						610,00	2.750,00
Investimenti finanz. in c/ esercizio									300,00			300,00
Totali manovre con impatto 2012-2016	900,00		2.500,00		1.800,00		600,00		5.450,00		2.000,00	20.104,00
									540,00		610,00	2.352,00
												20.104,00

Fonte: dati di spesa come da provvedimenti di legge citati

2. Cosa abbiamo tagliato?

Venti miliardi di euro tolti alla spesa pubblica sanitaria nel quinquennio 2012-2016 sono una cifra imponente, e il risultato di questa serie di interventi, operati da quattro successivi Governi, porta il nostro Paese a un valore attuale di spesa intorno al 6,8% del Pil.

I fautori del ridimensionamento del Ssn, più numerosi di quanto si veda e presenti in tanti ambienti, osservano che la spesa pubblica sanitaria nell'Unione europea è in media del 6,2% del Pil (figura 5.1) dunque l'Italia avrebbe ancora margini di riduzione e non esistono veri motivi di allarme.

Ma questa valutazione è inficiata da una prospettiva non corretta. Non è infatti possibile comparare l'Europa originaria, l'Europa dei 15, che è anche l'Europa del welfare evoluto con i 13 Paesi entrati più recentemente, per lo più caratterizzati da economie ancora fragili e soprattutto afflitti dalla pesante eredità sovietica, che per decenni ha celato sotto il velo dell'ideologia e della propaganda un modello di welfare, anche sanitario, profondamente inefficace e arretrato. Se infatti esaminiamo separatamente questi due gruppi (figura 5.2) emerge con evidenza l'impegno a sostenere la salute dei propri cittadini degli stati dell'Europa dei 15, con una spesa sanitaria pubblica collocata al 7,4% del Pil, a fronte della faticosa rimonta degli altri Paesi dell'Unione, che ancora oggi possono destinare a questo fondamentale comparto solo in media il 4,8% del Pil.

In questo duro ma necessario confronto l'Italia è oggi fra i più bassi investitori nella sanità fra i Paesi più evoluti, al livello del migliore dei nuovi entrati, la Croazia.

Bisogna essere molto bravi per mantenere in vita un sistema universalistico e di buona qualità con questi investimenti, ma se non commetteremo errori e se ritroveremo il coraggio di innovare fortemente forse potremo farcela.

C'è infatti una straordinaria opportunità ovviamente difficile da cogliere, inserita nelle caratteristiche del nostro sistema.

Come spesso abbiamo osservato, infatti, il Ssn italiano è molto efficiente in termini generali, assicurando una buona copertura universale con il 7% del Pil, ma ingloba grandi aree di inefficienza concentrate per lo più nella quota di attività a gestione pubblica, tuttora largamente maggioritaria, come questo stesso tredicesimo Rapporto più avanti ampiamente dimostrerà.

A fronte di un comparto privato che vale circa il 27% dell'attività ospedaliera italiana con un costo intorno al 14% della spesa corrispondente, esiste dunque oggettivamente una vasta riserva di inefficienza pubblica aggredibile.

Fino ad oggi gli interventi correttivi e i tagli alla spesa sanitaria non hanno però adeguatamente affrontato questi aspetti, intervenendo anzi, paradossalmente, a ridurre di più il privato rispetto al pubblico, cioè il comparto produttivo più efficiente ed efficace.

Infatti, se disaggreghiamo l'intero ammontare dei tagli nelle principali voci di spesa (tabella 5.2), vediamo che essi interessano direttamente i cittadini (ticket per il 10,2%), la farmaceutica che è praticamente tutta territoriale (21,1%) e poi si rivolgono al sistema degli erogatori pubblici e privati con tagli ai beni e servizi (44,6%) e al c.d. settore pubblico (9%) interessando in tal modo l'area della produzione di prestazioni a gestione pubblica per un complessivo (53,6%), mentre tutte le voci di taglio alla spesa ospedaliera e specialistica gestita da privati incidono per il 15,2% dell'insieme delle manovre. In realtà questi pesi sono distribuiti in modo un po' diverso. Come si vede in figura 5.3, infatti misurando i tagli di spesa che hanno riguardato gli erogatori pubblici e privati, si vede che il settore pubblico con il 79,8% della spesa, è interessato da 11.507 milioni di tagli, concentrati nelle

voci beni e servizi e settore pubblico, che rappresentano il 17,4% del valore di attività. Il privato è interessato globalmente da tagli per 3.255 milioni di euro, che rappresentano il 19,3% del valore di attività.

E questa disparità è aggravata dal fatto che i tagli al privato sono immediatamente efficaci e generatori di cassa, mentre quelli al settore pubblico debbono essere tradotti in realtà dall'insieme delle Regioni e delle Aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche, spesso le stesse che hanno generato i disavanzi.

Proprio per queste evidenti difficoltà, da sempre sosteniamo che la strada per il risanamento – e soprattutto per assicurare la sopravvivenza di un settore di welfare fondamentale e irrinunciabile quale quello sanitario – non può che passare, prima di tutto, attraverso una grande riforma che richiede tempi di realizzazione non brevi e grande capacità di governo.

3. Verso una nuova riforma

Aggredire le inefficienze del comparto pubblico – che ad una stima ragionevole e prudente potrebbero globalmente ammontare intorno ai 10 miliardi di euro – e utilizzare le risorse che si liberano per rinforzare la qualità e l'efficacia del Ssn evitando un declino fatto di invecchiamento umano e tecnologico, e contrastando il calo delle prestazioni, è un obiettivo possibile, purché sia chiaro che esso richiede tempi medi e riforme strutturali.

Da molto tempo Aiop non si stanca di ricordare che, mentre è indispensabile fermare il disinvestimento nella sanità attestandosi almeno a una spesa pubblica al 7% del Pil, è altrettanto indispensabile modificare profondamente la struttura attuale di governo e gestione, con interventi mirati a

Fig. 5.1 – Spesa sanitaria pubblica in rapporto con il Pil, 2013 – Paesi Eu - Fonte: Oecd Health Data, October 2015; (*) Eurostat

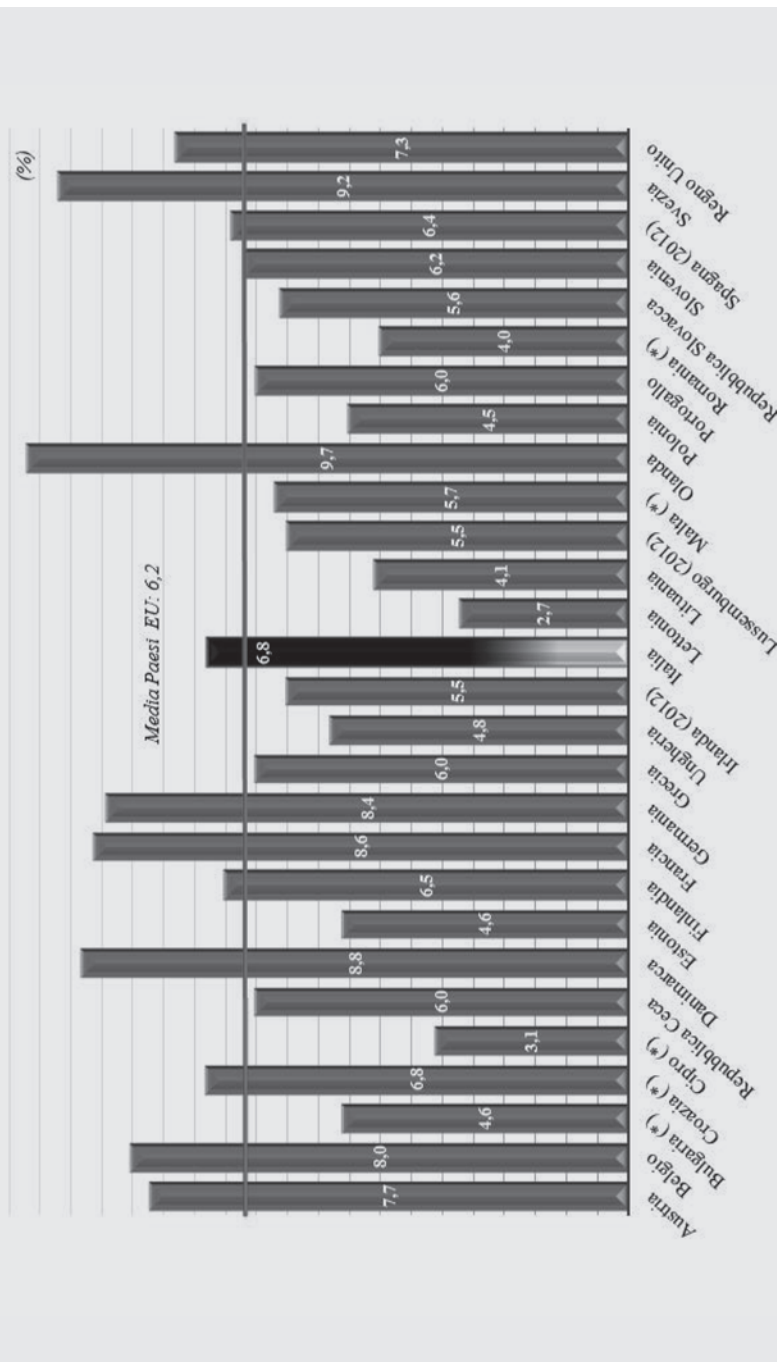
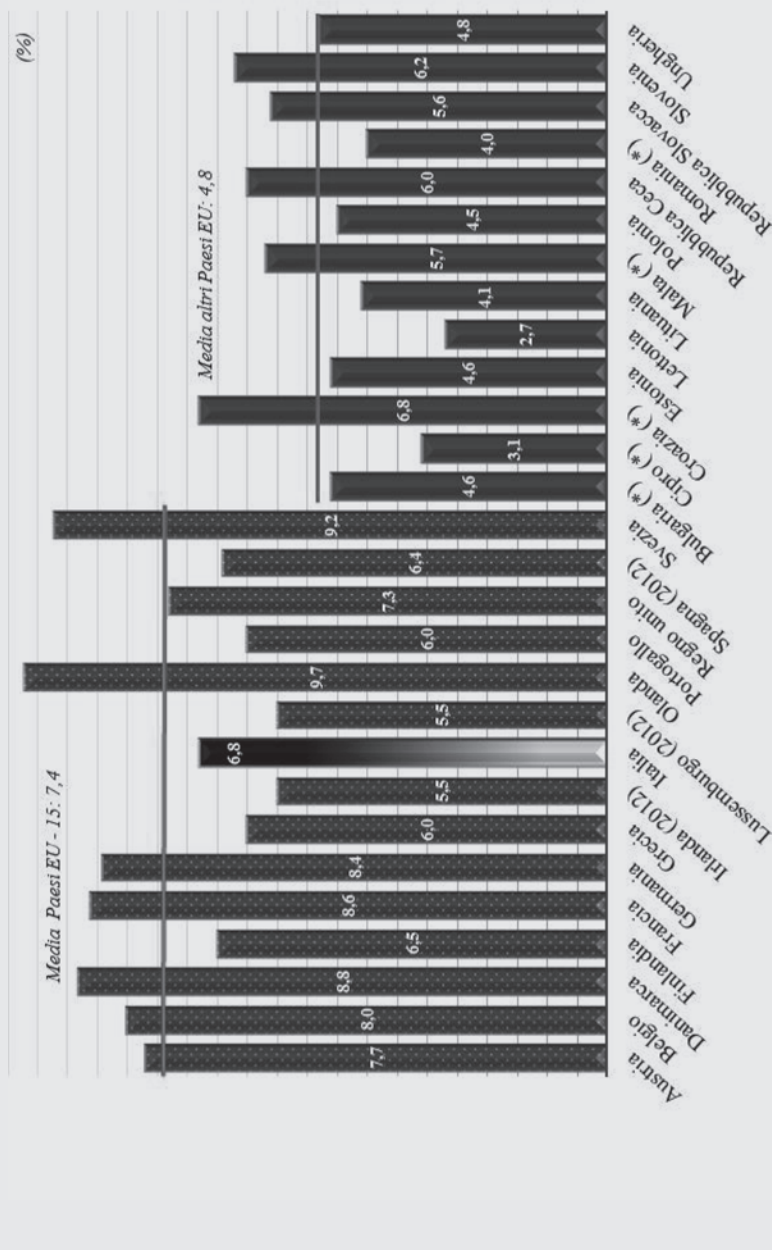


Fig. 5.2 – Spesa sanitaria pubblica in rapporto con il Pil, 2013 – Paesi Eu – Fonte: Oecd Health Data, Oct. 2015; (*) Eurostat



promuovere qualità ed efficienza.

I punti fondamentali li abbiamo ancora ricordati un anno fa nell'introduzione al dodicesimo Rapporto:

- 1) trasparenza nella gestione delle Aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche, con adozione di bilanci civilistici tempestivamente resi pubblici;
- 2) riforma del percorso di aziendalizzazione, con il ritorno al pagamento a prestazione anche per il comparto pubblico, che deve essere ricondotto con efficaci piani industriali all'equilibrio fra costi e ricavi in tempi certi e misurabili;
- 3) attivazione di un vero sistema di "premi e castighi" che riconosca gli sforzi delle organizzazioni e dei manager migliori, e che al contempo disincentivi in modo netto le gestioni disfunzionali o inefficaci. Nell'undicesimo Rapporto *Ospedali&Salute*, pubblicato alla fine del 2013, a tal fine proponevamo per le Aziende sanitarie e ospedaliere disfunzionali «un vero commissariamento, unito a provvedimenti più incisivi in caso di reiterato deficit, quale l'affidamento a gestori professionali»;
- 4) inserimento di elementi crescenti di competizione virtuosa, con apertura di una reale parità fra erogatori di diversa natura giuridica all'interno di un unico percorso di accreditamento;
- 5) terzietà dei controlli, per superare il conflitto di interessi di un erogatore pubblico che vigila su se stesso, con tutti i gravi effetti negativi che ciò comporta.

Siamo consapevoli che tutto questo non può realizzarsi in tempo breve, non offre quei risparmi di cassa che taluni si attendono, e probabilmente richiederebbe anche l'attivazione di qualche ammortizzatore sociale specifico, là dove la spesa sanitaria in eccesso si è tradotta in azioni di mero sostegno economico a territori non di rado profondamente disagiati, con una distorsione che però oggi non è più accet-

Tab. 5.2 – Stima effetti dei tagli per tipologia di operatore. Anni 2012 – 2016 (in milioni di €)

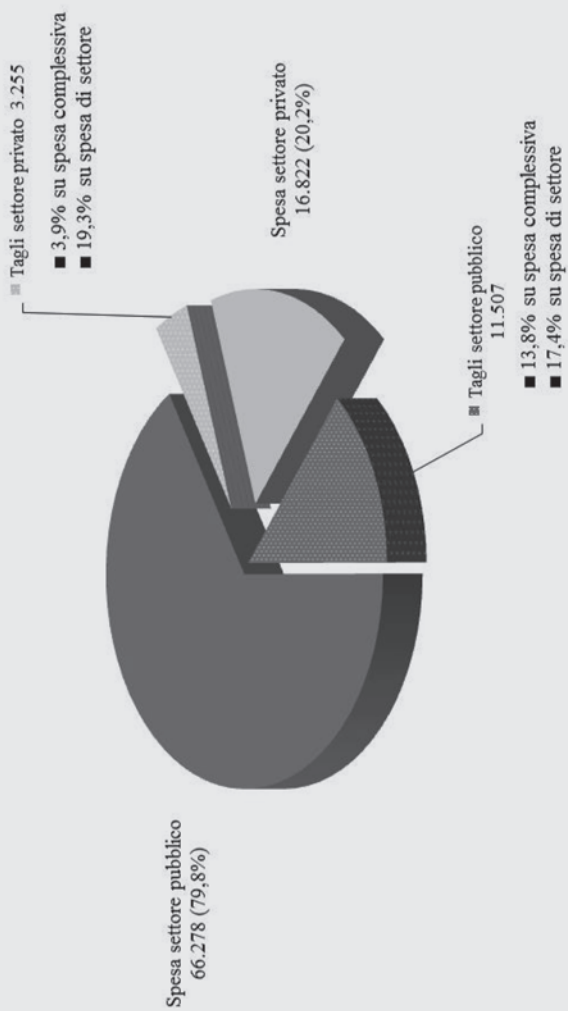
Voci di spesa	Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014		Anno 2015		Anno 2016		Totali 2012-2016	Incid. %	
	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11	Legge di stabilità Enti territoriali 2014	Decreto Enti territoriali 2015	Legge di stabilità Enti territoriali 2014	Decreto Enti territoriali 2015			
Ospedali e specialistica accreditate (Differenziale da effetto tariffe ¹)	70,00	-	190,00	91,20	-	360,00	152,00	82,08	405,00	92,72	446,00	1.889,00	15,2%
Farmaceutica	325,00	1.000,00	747,00	-	1.090,00	747,00	-	-	308,00	-	308,00	4.525,00	21,1%
Beni e servizi - (Appalti, serv. e disposit.)	505,00	1.500,00	863,00	186,60	2.016,50	893,00	311,00	167,94	1.338,00	189,71	1.597,00	9.567,75	44,6%
Ticket				2.180,00		2.180,00						2.180,00	10,2%
Settore pubblico	-	-	-	322,20	163,50	-	537,00	289,98	300,00	327,57	-	1.940,25	9,0%
							Totali manovre ed effetto tariffe					21.470,00	100,0%

Nota 1: è stato considerato l'impatto economico del nuovo tariffario nazionale 2012, sia per l'ospedaliera che per la specialistica accreditate, al netto della manovra di spending review.

Nota 2: per le manovre ad assegnazione indistinta le incidenze sono state riportate a quelle sulla spesa dei diversi settori di erogazione delle prestazioni: ospedaliera e specialistica accreditate: 15,2%, Beni e servizi: 31,1%, Settore pubblico (quota residuale): 53,7%.

Fonte: elaborazioni su dati di spesa come da provvedimenti di legge citati

Fig. 5.3 – Incidenza dei tagli sulla spesa per l'attività ospedaliera e specialistica degli ospedali pubblici e privati accreditati (Spesa complessiva: 83.100 milioni di euro, anno 2013)



Nota: Parte dei valori indicati nelle figure sono stime, a causa della difficoltà di accesso e analisi dei dati economici del settore pubblico

Fonte: elaborazioni su dati di spesa come da provvedimenti di legge citati

tabile perché genera caduta delle prestazioni sanitarie colpendo la generalità dei cittadini.

Ma è l'unica strada possibile per mantenere in vita un Ssn universale e solidaristico, arginandone il declino e riallineandolo ai migliori sistemi sanitari europei.

Siamo anche consapevoli che una nuova, grande riforma del Ssn, proposta e discussa nella sua interezza come avvenne nel passato, forse seguirebbe oggi un percorso troppo arduo e incerto, non in sintonia con il momento storico.

Ma è proprio per queste difficoltà di fondo – e per la conseguente necessità di trovare nuove forme per intervenire su una materia così complessa e scivolosa – che l'approccio contenuto nel capo II *Efficientamento della spesa sanitaria*, all'interno della legge di stabilità 2016, ci pare estremamente interessante, innovativo e coraggioso. Premesso che per la prima volta da molti anni, la legge di stabilità non contiene tagli alla sanità, va osservato che l'art. 40 (*Piani di rientro e riqualificazione degli Enti del Servizio sanitario nazionale e Aziende sanitarie uniche*) introduce una serie di norme di assoluta rilevanza, che possiamo così sintetizzare:

- 1) la pubblicazione integrale sul proprio sito Internet dei bilanci di esercizio degli erogatori pubblici;
- 2) l'adozione di schemi tipo per la redazione dei bilanci al fine di dare evidenza e trasparenza del risultato di esercizio nei documenti di bilancio degli erogatori pubblici;
- 3) l'adozione di Piani di rientro triennali per tutti i soggetti pubblici con scostamenti pari o superiori al 10% (o almeno 10 milioni) tra costi e ricavi;
- 4) il monitoraggio costante dei Piani di rientro;
- 5) la decadenza automatica del Direttore generale in caso di mancata adozione del Piano di rientro o esito negativo della verifica annuale;
- 6) l'adozione di una nutrita serie di norme attuative volte a rendere efficaci questi indirizzi.

Pur rimandando ad un esame più approfondito a fronte di un testo definitivo, possiamo sin d'ora affermare che queste disposizioni, veramente innovative, rappresentano un primo solido intervento di autentica riforma, che finalmente si pone in concreto l'obiettivo dell'efficientamento della componente pubblica del Ssn, riprendendo il percorso della vera aziendalizzazione interrotto alla fine degli anni '90.

Trasparenza, equilibrio dei conti, responsabilità diventano così priorità e obiettivi determinanti nel riordino del Ssn, assumendo un valore e una potenzialità innovativa degna di un autentico processo riformatore.

Certo, è il primo passo.

Sarà una difficile sfida per il Governo riempire di contenuti tecnici le disposizioni della legge, così come probabilmente sarà insufficiente la sola previsione di decadenza del Direttore generale per indurre a conseguire in tante Aziende pubbliche in deficit cronico un equilibrio economico faticoso e non certo utile per il consenso.

A nostro giudizio, perché un progetto così ambizioso abbia successo, occorrerà nel futuro aggiungere al disegno che si va componendo un altro fondamentale tassello.

Da sempre infatti noi sosteniamo che l'unico vero stimolo all'efficienza e all'equilibrio finanziario per l'operatore pubblico come per quello privato, è il rischio di perdere la proprietà, e questo rischio per l'operatore pubblico deve tradursi nell'obbligo dell'affidamento della gestione dell'Azienda sanitaria o ospedaliera cronicamente in deficit ad un operatore professionale di diritto privato.

Una medicina amara, che comporta la perdita della rendita politica unita al riconoscimento delle difficoltà a gestire direttamente un grande comparto produttivo del Paese, ma anche un forte stimolo a contenere le infinite pressioni che si scaricano sull'amministratore pubblico e che ne riducono oggettivamente la capacità di conseguire la più elevata effi-

cienza aziendale. Un modo, inoltre, per equiparare veramente diritti e doveri di tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie pubblici e privati, e per dare autentica terzietà, e riportare al fondamentale compito di governo del sistema, lo Stato e le Regioni, la cui vera missione, e la cui credibilità, si concentrano nell'alto obiettivo di assicurare a tutti i cittadini la piena tutela della salute tramite norme e regole efficaci ed adeguate, vigilandone l'attuazione e destinandovi la giusta quota della ricchezza del Paese.

Se nei prossimi anni il Governo troverà la forza di proseguire con determinazione il percorso riformatore avviato, potremo ricordare questo anno come il tempo del giro di boa, la fine di una fase di crisi e decadenza del Ssn.



maggio 2016

La Sanità italiana, una storia infinita

Introduzione a *Nella storia della Sanità italiana – Cinquant'anni di Aiop*, I.A.S.A. Edizioni, Trento, 2016.

Questo libro racconta la storia dell'Aiop, di una rete di aziende private e delle donne e degli uomini che le hanno costruite e guidate, che per decenni, ostinatamente e coraggiosamente, con successi e sconfitte, hanno voluto investire e lavorare in un settore produttivo particolarissimo, quasi anomalo rispetto a tutti gli altri, rappresentato dalla sanità ospedaliera. Un settore che nei cinquant'anni di questa storia è profondamente cambiato, sotto la spinta costante dello sviluppo impetuoso delle conoscenze mediche e delle tecnologie che le applicano, aprendo in tal modo straordinarie prospettive di cura ma anche crescendo continuamente in complessità e costi, in una corsa sempre più veloce per rispondere ad una domanda inestinguibile e basilare per ogni essere umano: più salute. Ma operare nella sanità, in Italia e in Europa, significa prima di tutto confrontarsi e interagire con quello che è praticamente il più grande e complicato sistema di protezione sociale che l'umanità abbia costruito in tutta la sua storia, il welfare europeo, e per di più con la sua componente tecnologicamente più complessa rappresentata dalla sanità, che insieme all'istruzione e alla previdenza ne costituisce uno dei tre fondamentali pilastri.

Per questa ragione la storia dell'Aiop e delle Aziende ospedaliere che in essa si raccolgono diventa parte di una storia più ampia, quella del welfare sanitario, e in Italia in particolare negli ultimi decenni parte della storia del Servizio sanitario nazionale. Nella quale l'Aiop entra, come questo libro bene descrive, da una porta stretta e secondaria, che non pochi avrebbero voluto definitivamente chiusa, portando proposte e azioni che spesso la struttura principale del Ssn disconosce o emargina, nei confronti delle quali è costante il tentativo di riduzione a mera integrazione per di più transitoria e costante, e che però per la loro intrinseca forza, per un innegabile principio di realtà continuamente riaffio-

rano, resistono, talvolta si impongono. Perché la componente delle prestazioni prodotte ed erogate da operatori di diritto privato, faticosamente in crescita nei quasi quarant'anni di vita del Ssn, si distingue per il minor costo e per il maggiore gradimento da parte dei cittadini, esprimendo così due caratteristiche: efficienza e qualità percepita, che nel tempo diventano sempre più necessarie e sempre più preziose.

Ma il valore di Aiop e delle sue Aziende ospedaliere, il valore di un erogatore indipendente di diritto privato all'interno di un grande sistema di welfare pubblico, non è solo rappresentato dalla maggior efficienza e qualità percepita. Esse infatti sono componenti fondamentali, cui però anche un buon sistema a gestione pubblica può aspirare, ed esempi magari incompleti o non pienamente soddisfacenti di questa possibilità sono infatti presenti nei migliori sistemi sanitari regionali. Il vero contributo valoriale recato da Aiop e dai suoi associati è che con la loro presenza si rompe, o almeno si incrina, quello che altrimenti sarebbe un gigantesco monopolio pubblico, privo del più fondamentale fattore di promozione della qualità e tutela degli utenti rappresentato dalla competizione. Che in sanità, e soprattutto all'interno di un sistema di welfare come quello presente nei Paesi europei, la parola "competizione" assuma un significato particolare è fuori di dubbio. E non è casuale che per lo più si tenda ad accompagnare il sostantivo con l'aggettivo "virtuoso", un po' come all'economia di mercato, in Europa, spesso si aggiunge "sociale". Ma con tutte le cautele e le attenuazioni possibili, nessuno può negare che anche in sanità il pluralismo degli erogatori, che comporta sempre un qualche grado di competitività, sia l'unico concreto strumento per rendere reale l'obiettivo delle centralità del cittadino e il principio generale secondo cui le grandi orga-

nizzazioni pubbliche si giustificano solo per il servizio che rendono o, ancora meglio, per i diritti individuali che riescono a soddisfare.

La difesa dei diritti dei cittadini, che i grandi costituzionalisti americani come Thomas Jefferson legavano all'equilibrio fra poteri istituzionali contrapposti, nella modernità in cui viviamo richiede forme di equilibrio e contrapposizione in ogni aspetto dell'organizzazione economica e sociale, e non solo nella sfera istituzionale. E in effetti solo un mondo fondato sulla competizione può assicurarci beni e servizi di migliore qualità e minor costo, esponendo ogni produttore al fondamentale giudizio dell'utilizzatore, che produce un sistema di premi e castighi ineludibile e regolatore, messo in atto liberamente dai cittadini. Ma questo principio, che si è affermato nei fatti in moltissimi settori produttivi, trova opposizioni forti e accanite proprio nei sistemi di welfare europei, dove il monopolio pubblico è abbondantemente difeso da una lunga tradizione storica cui si appellano la burocrazia e le ideologie per mantenerne il controllo con le connesse rendite. Di questa criticità, e di questo contributo, è imbevuta la storia del Ssn, e in essa Aiop con il tempo è diventata sempre più soggetto attivo portatore di un interesse generale oltre che difensore di legittimi interessi di una parte. Su questa evoluzione, e sulla sue prospettive future, si farà di seguito qualche riflessione.

1. La nascita del Ssn - Universalismo e monopolio

Il Ssn italiano nasce formalmente il 23 dicembre 1978 con la L. 833, a seguito di un lungo e articolato dibattito culturale e politico, in un Paese all'epoca caratterizzato dalla spinta verso forme sempre più forti di socialismo e statalismo, dalla presenza di un grande Partito Comunista e da un cli-

ma culturale incline alla statalizzazione delle attività produttive e all'esaltazione di una visione collettiva dei diritti fondamentali. In sanità, il modello di riferimento è il National health service (Nhs) britannico, di netta impostazione laburista, statalista e pubblicista. Il nuovo Ssn ne comprenderà le caratteristiche fondamentali.

Non deve essere trascurato, inoltre, l'elemento di contrapposizione con il sistema mutualistico di tipo Bismarck preesistente, ormai ampiamente screditato per l'inefficienza, la scarsa attitudine a confrontarsi con le nascenti tecnologie e il dissesto finanziario ormai cronico. La mutualità sanitaria, in realtà, poteva essere considerata una grande conquista sociale e durante il fascismo costituì sicuramente un importante fattore di coesione sociale e di consenso.

I grandi enti mutualistici avevano fornito per la prima volta l'opportunità di accedere alle prestazioni sanitarie a larghi strati della popolazione tramite un sistema di assicurazione promosso e gestito dallo Stato, ma nel secondo dopoguerra la macchina organizzativa degli storici enti mutualistici (Inam, Enpam, ecc.) era ormai superata, e messa pubblicamente alla berlina dalla satira, con l'indimenticabile film *Il medico della mutua* interpretato da Alberto Sordi.

Era giunto il momento di cambiare, e le idee portanti del nuovo sistema possono essere sintetizzate in pochi fondamentali contenuti:

a) Universalità e solidarietà

In coerenza con gli analoghi modelli di welfare sanitario di tipo Beveridge, il Ssn promette di assicurare la copertura di tutti i bisogni sanitari come diritto di cittadinanza e pertanto universale, finanziando gli oneri che ne derivano tramite la fiscalità generale, seppure con articolate modalità, attuando così un principio di solidarietà molto ampio.

b) Accentramento di tutte le attività di prevenzione, cura e riabilitazione

Un unico soggetto, l'Unità sanitaria locale (Usl), è titolare della responsabilità di produrre ed erogare agli abitanti del territorio di competenza tutte le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione, gestendo al proprio interno tutti i livelli di assistenza e assicurando altresì le attività di vigilanza igienico-sanitaria, valutazione e controllo sulla propria attività.

c) Gestione pubblica

Il Ssn si presenta almeno idealmente come un perfetto monopolio completamente autoreferenziale, nei confronti del quale l'unico giudizio possibile da parte dei cittadini avviene nel momento delle periodiche elezioni amministrative, nelle quali peraltro non si eleggono gli amministratori della sanità, ma quelli delle istituzioni locali (Regioni e Comuni), che a loro volta e con modalità molto complesse esprimeranno gli amministratori sanitari, che gestiscono soggetti di diritto pubblico (le Usl) rispondendo esclusivamente a chi li ha nominati.

Vedendolo oggi, appare del tutto evidente che un sistema di questo tipo non avrebbe potuto funzionare, e infatti diventerà ben presto oggetto di critiche diffuse, sarà tormentato da lottizzazioni politiche devastanti e infiniti scandali giudiziari con diffusi episodi di corruzione, e arriverà al termine, agli inizi degli anni '90, con una reputazione non migliore rispetto al sistema mutualistico che aveva sostituito fra tante aspettative.

Ma qui, della prima parte della vita del Ssn, serve soprattutto sottolineare alcune criticità strutturali riguardanti il rapporto Stato-Regioni e il rapporto pubblico-privato, due aspetti nodali ancora oggi in evoluzione.

*Tab 6.1 - La composizione del settore ospedaliero, pubblico-privato.
Ripartizione posti letto*

Anno	Ospedali pubblici (%)	Ospedali di diritto privato (%)
1997	78,50	21,43
1996	78,12	21,88
1995	75,96	24,04
1994	76,79	23,21
1993	77,51	22,49
1992	78,48	21,52
1991	81,16	18,84
1990	76,50	23,50
1989	79,69	20,31
1988	82,80	17,20
1987	83,50	16,50
1986	84,05	15,95
1985	84,54	15,46
1984	85,00	15,00
1983	85,09	14,91
1982	85,31	14,69
1981	85,48	14,52
1980	85,78	14,22

(elaborazione su dati Ocse)

• Rapporto Stato Regioni

Il modello di welfare sanitario cui il Ssn italiano si ispira, il modello Beveridge, è sostanzialmente un sistema statalista e centralista. Ciò significa che è pensato come un soggetto unitario, distribuito uniformemente su tutto un territorio nazionale ma strettamente governato da organi dello Stato, cui è demandato il compito, fra l'altro, di assicurare gestione e organizzazione uguali in tutto il Paese tramite

una rete di enti pubblici dipendenti dal centro. Questa impostazione però non può esistere in Italia, dove la Costituzione prevede ampi elementi di autonomia delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano in materia di organizzazione sanitaria, e dove la stessa storia e la realtà viva del sistema sanitario locale presenta profonde difformità. Da questa situazione di partenza l'assegnazione di importanti funzioni di programmazione e governo alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano da parte della stessa L. 833/78 non fa che innescare, già a partire dal 1980, un processo di differenziazione che andrà ad approfondirsi sempre di più, e che autorizza ad affermare, già nella prima fase attuativa del Ssn, che in realtà esistono in Italia ventuno sistemi sanitari diversi. Come vedremo, fino ai primi anni '90 ciò determinerà solo differenze organizzative rilevabili nelle leggi regionali di attuazione del nuovo sistema sanitario approvate intorno al 1980, ma negli anni successivi genererà una sempre più marcata differenziazione fino a una vera e propria competitività. Il risvolto meno accettabile di questa frammentazione, ovviamente, sta nella crescente disparità nei livelli quali-quantitativi delle prestazioni erogate ai cittadini, cui successivamente si aggiungeranno anche diversi livelli di pressione fiscale, quale conseguenza delle crisi della finanza pubblica unita al crescere dell'inefficienza della gestione pubblica locale.

- **Rapporto pubblico-privato**

Il clima culturale e politico in cui nasce la L. 833/78 e l'esplicito e convinto riferimento al modello Nhs britannico hanno in sé l'idea di una completa proprietà e gestione pubblica del sistema sanitario. Questa visione, originariamente fondata su presupposti storici e su radicate appartenenze ideologiche diffuse in tutte le principali forze politiche dell'epoca, si scontra fin dall'inizio con una realtà

che vede la presenza di erogatori di diritto privato, religiosi e non, grandi e piccoli, che sono di fatto indispensabili per raggiungere volumi minimamente accettabili di prestazioni in molti settori dell'attività specialistica ambulatoriale e soprattutto nell'attività ospedaliera, dove fin dal 1980 più del 14% delle disponibilità di posti letto è presso operatori privati (tabella 6.1). E pur in un clima sostanzialmente ostile, e in un contesto politico e giuridico che li spinge verso la marginalità, i privati saliranno come presenza lentamente e costantemente, fino a superare il 20% della disponibilità di posti letto nel 1997. Ma negli altri anni la loro condizione comincerà a cambiare, in concomitanza con la crisi della prima fase di vita del Ssn e le "riforme della riforma".

2. Le riforme della riforma

Alla fine degli anni '80 la prima versione del Ssn italiano giunge al termine, sommersa da infinite critiche, travolta dagli scandali e in cronico deficit. L'idea di una ampia e pervasiva politicizzazione della sanità, con i Comitati di gestione delle Usl espressione della lottizzazione partitica dei Comuni che governano e gestiscono ospedali, assunzioni e appalti, mostra tutti i suoi limiti, fra reparti ospedalieri pubblici a sempre più basso livello di utilizzazione e liste di attesa sempre maggiori. Mentre nuove tecnologie si rendono disponibili e la domanda di prestazioni di buona qualità sale, il metodo del finanziamento a "piè di lista" di ospedali e Usl diventa un modo per sviluppare clientele politiche e malagestione, mentre amministratori pubblici sicuri del flusso economico si perdono in infinite alchimie e spartizioni localistiche, protetti da un oligopolio sempre meno difendibile.

Questo sistema, nel quale le peculiarità e le differenze da regione a regione si fanno sempre più importanti, è oggetto di una serie di profonde modificazioni, che formalmente cominciano a realizzarsi nel 1992 e che determineranno una fase evolutiva complessa e a tratti contraddittoria. Queste modificazioni interessano l'assetto istituzionale, l'organizzazione operativa e le modalità di finanziamento, e sono disciplinate da norme di rilevanza nazionale che complessivamente sono conosciute come "riforme della riforma". I provvedimenti normativi più significativi sono almeno tre, rappresentati dai DD.lgs. 502/92 e 517/93, conosciuti come "seconda riforma sanitaria", dal D.lgs. 299/99, conosciuto come "terza riforma sanitaria" (tabella 6.2).

Tab 6.2 - Le "riforme della riforma", principali norme nazionali e regionali

Decreti legislativi 502/92 e 517/94 II riforma	Regionalizzazione Aziendalizzazione degli erogatori pubblici (Asl e Aziende ospedaliere) Parità fra erogatori pubblici e privati (potenziale) Libertà di scelta del luogo di cura su tutto il territorio nazionale Pagamento a prestazione Riorganizzazione erogatori pubblici Nuovi rapporti di lavoro
Decreto legislativo 229/99 III riforma	Programmazione Aziendalizzazione Accreditemento e contratto per i privati Livelli essenziali di assistenza (Lea) Distretto e Dipartimento
Legge regionale della Lombardia 31/97	Separazione fra Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere Parità fra erogatori pubblici e privati Pagamento a prestazione (parziale)

I DD.lgs. 502 e 517, espressione del Governo guidato da Giuliano Amato, rappresentano il punto di partenza dell'intero processo. Con essi si completa la regionalizzazione del governo del Ssn, si avvia la trasformazione degli enti pubblici in aziende (le Usl diventano Asl, Aziende sanitarie locali, i residui enti ospedalieri pubblici diventano Ao, Aziende ospedaliere). I Comitati di gestione, espressione diretta della politica locale, vengono sostituiti da Direttori generali scelti dalle Regioni tentando in tal modo di costruire un management più professionale nel settore pubblico; si determina un nuovo rapporto pubblico-privato su un principio di almeno potenziale parità fra tutti gli erogatori; si istituisce il pagamento a prestazione (per le attività di cura ospedaliera) fondato sul metodo Drg sostituendo il precedente sistema di pagamento a costi (e a retta di degenza per il privato).

Aziendalizzazione e pagamento a prestazione rappresentano due innovazioni estremamente originali nel contesto dei sistemi sanitari di tipo Beveridge, anticipate soltanto, e parzialmente, dai *trust* imposti, con scarsi risultati, dalle riforme Thatcher del Nhs britannico. In effetti, l'idea di trasformare gli enti pubblici sanitari e ospedalieri, fortemente politicizzati e in cronico passivo economico, in aziende costruite in larga misura secondo schemi privatistici, e per di più remunerate esclusivamente in base alle prestazioni effettivamente erogate (con l'utilizzo dei Drg di provenienza americana) rappresenta potenzialmente una innovazione rivoluzionaria, in grado di introdurre elementi di efficienza e competizione in un sistema di forte oligopolio pubblico. Un disegno interessante ma incompleto, che non troverà adeguata attuazione per l'ampia elusione da parte delle Regioni e per la scarsa incisività dell'azione del Governo centrale, all'epoca poco incline o troppo debole per scontrarsi con le forti autonomie regionali. In effetti il pagamento a

prestazione sarebbe dovuto diventare rapidamente la fonte di finanziamento quasi esclusiva per tutte le istituzioni ospedaliere pubbliche e private (con la sola eccezione di poche funzioni non tariffabili quali il pronto soccorso, la didattica e la ricerca). Questo, nell'intenzione del legislatore, avrebbe dovuto produrre un forte aumento di efficienza, e mettere premesse per una competizione virtuosa fra pubblico e privato.

Nei DD.lgs. 502 e 517 si afferma inoltre con forza «il diritto di libera scelta del luogo di cura» su tutto il territorio nazionale e in tutte le strutture pubbliche e private convenzionate che potranno entrare a far parte del servizio pubblico tramite il percorso dell'accreditamento istituzionale. aziendalizzazione degli erogatori pubblici, parità pubblico-privato, pagamento a prestazione e diritto di libera scelta del luogo di cura disegnano un modello di sistema sanitario fortemente centrato sul cittadino, al quale con la libertà di scelta e il pagamento a prestazione si conferisce il vero potere di premiare o castigare il singolo erogatore portando o sottraendo linfa economica, e costringendo tutti gli operatori, rappresentanti delle aziende pubbliche e private poste sul piano di parità, ad una competizione che è certamente virtuosa, in quanto completamente orientata a rispondere alla domanda dell'utenza. Perdono così d'importanza e discrezionalità politica e burocrazia, mentre la pianificazione sanitaria deve trasformarsi in un più snello e leggero strumento di programmazione flessibile in base al variare delle scelte dei cittadini.

La prima riforma della riforma esprime così una visione coraggiosa e innovativa della sanità, e ovviamente incontrerà la più ferma e ostinata opposizione, che dopo pochi anni si concretizzerà in un netto cambiamento di rotta. Infatti la terza riforma (il D.lgs. 229/99), usualmente chiamata "Riforma Bindi" dal nome del Ministro della sanità che ne fu

strenuo sostenitore, rappresenta un contributo normativo che in parte integra ma soprattutto modifica l'impianto della precedente seconda riforma, tentando di ritornare a una visione più centralistica e a rafforzare il monopolio pubblico e il potere di burocrazia e politica riducendo gli elementi di competitività della precedente normativa. Da un lato, infatti, esprime il rafforzamento dei principi di pianificazione con il ricorso a metodologie rigide e introduce limitazioni nella libera professione dei medici; dall'altro, contiene affermazioni sulla necessità di accelerazione del processo di aziendalizzazione degli erogatori pubblici e interviene a disegnare un percorso molto definito per l'equiparazione degli erogatori privati a quelli pubblici, fondato sul meccanismo accreditamento/contratto.

L'aspetto forse più rilevante è però la sostanziale sospensione del metodo di finanziamento a prestazione degli ospedali pubblici, per i quali il sistema Drg diventerà un semplice strumento statistico, mentre le Regioni potranno provvedere a ripianare i disavanzi con erogazioni straordinarie, che diventeranno presto la norma. Con l'inizio del nuovo secolo il processo di regionalizzazione del Ssn italiano troverà la sua più ampia valorizzazione giuridica con la modifica della stessa Costituzione repubblicana, approvata con la L. cost. del 18/10/2001, n. 3 che attribuisce alle Regioni la quasi totalità dei poteri di governo e controllo del proprio sistema sanitario.

3. Il trionfo del regionalismo e la sfida della Lombardia

Il nuovo testo costituzionale compare in una fase storica caratterizzata da acceso e diffuso regionalismo, e dall'aspirazione all'evoluzione dello Stato verso un modello federalista presente in forme più o meno esplicite in più di uno dei

principali partiti politici del periodo. Federalismo e regionalismo si proiettano con forza sulla sanità, che essendo la principale funzione affidata alle Regioni e alle Province autonome ne diviene il terreno di massima applicazione. Questa situazione, inevitabilmente, porta da un lato ad incrementare le differenze fra i sistemi sanitari regionali, differenze che peraltro affondano le loro radici in un lungo passato, dall'altro a produrre una forma di competizione fra gli stessi, facilitata dalla libertà di movimento dei pazienti su tutto il territorio nazionale e dall'applicazione del pagamento a prestazione alla mobilità interregionale, che genera un flusso di risorse economiche importante. Sul medio periodo questa situazione avrà molti rilevanti effetti, che in estrema sintesi possono essere indicati nella crescente disparità fra le Regioni italiane sia degli indicatori qualitativi, che delle condizioni finanziarie e della diversa capacità di attrarre pazienti da altre Regioni.

La disparità fra indicatori è ben esemplificata dai valori di *case mix*, riportati nella tabella 6.3, che indicano il livello di complessità delle cure e fotografano, seppur in sintesi estrema, le diverse situazioni regionali in modo direttamente confrontabile.

Da essa emerge un quadro di evidente e perdurante disparità, e altrettanto chiaramente si evidenzia il progressivo emergere di crescenti livelli qualitativi nella componente di operatori di diritto privato raccolti nell'Aiop, che conquista nel 2004 un primato sulla componente pubblica che verrà sempre più confermato negli anni successivi. Queste differenze sono alla base del fenomeno della mobilità interregionale, che già nel 2006 interessa un altissimo numero di ricoveri, e che negli anni successivi, sempre confermandosi, delinea con nettezza la frattura fra il gruppo di regioni fortemente attrattive, e quindi esportatrici di prestazioni sanitarie, il gruppo di regioni sostanzialmente autosufficienti, e il

Tab. 6.3 – Il confronto tra istituti pubblici e ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop, sulla base del case mix delle prestazioni effettuate. (Anni 2001, 2002, 2003 e 2004)

	2001		2002		2003		2004	
	Istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop	Istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop	Istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop	Istituti pubbliche	Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop
Piemonte	1,09	1,13	1,10	1,20	1,11	0,98	1,14	1,28
Lombardia	1,08	1,18	1,08	1,20	1,06	1,19	1,05	1,41
P. a. di Bolzano	0,92	n.d.	0,89	n.d.	0,91	0,91	0,91	0,93
P. a. di Trento	1,03	-	1,02	-	1,02	-	1,02	-
Veneto(*)	1,09	0,98	1,09	0,99	1,08	1,03	1,08	1,20
Friuli V. G.	1,16	0,98	1,16	0,99	1,15	1,00	1,13	1,09
Liguria(**)	1,06	n.d.	1,07	n.d.	1,09	2,47	1,11	2,45
Emilia Romagna	1,11	1,19	1,10	1,15	1,08	1,12	1,08	1,28
Toscana	1,10	1,11	1,10	1,26	1,12	1,30	1,14	1,36
Umbria	1,03	0,94	1,05	1,00	1,05	1,00	1,04	1,16
Marche	1,05	0,83	1,05	0,86	1,05	0,88	1,05	0,88
Lazio	1,00	0,91	1,00	0,90	0,99	0,92	0,98	0,96
Abruzzo	0,94	0,81	0,93	0,80	0,92	0,82	0,92	0,89
Molise	0,91	0,77	0,90	0,73	0,92	n.d.	0,94	n.d.
Campania	0,89	0,85	0,90	0,85	0,91	0,87	0,91	0,93
Puglia	0,89	0,92	0,89	0,93	0,89	0,92	0,90	1,31
Basilicata	0,91	0,85	0,91	n.d.	0,94	n.d.	0,95	n.d.
Calabria	0,86	0,81	0,86	0,83	0,85	0,87	0,85	1,00
Sicilia	0,88	0,81	0,89	0,86	0,90	0,94	0,91	0,97
Sardegna	0,92	0,72	0,92	0,71	0,91	0,72	0,90	0,75
Totale	1,00	0,96	1,01	0,97	1,01	0,98	1,01	1,08

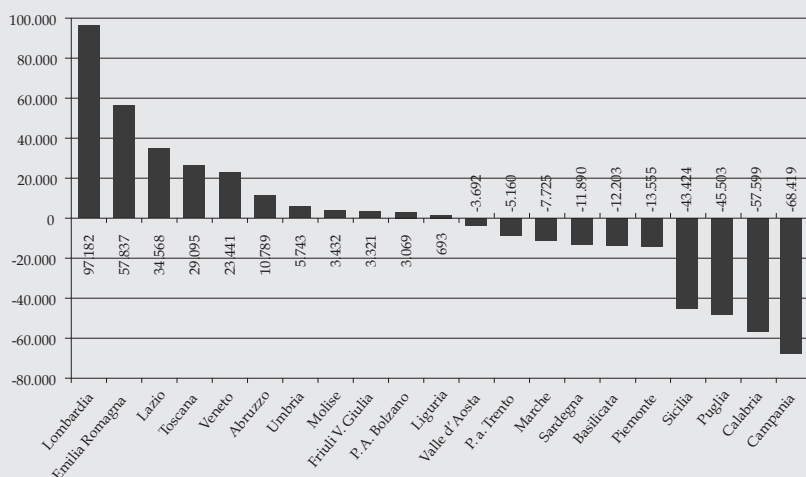
(*)Tra gli istituti pubblici del Veneto sono compresi 4 ospedali privati (case di cura accreditate) associati Aiop classificati presidio Usl.

(**)L'indicatore è elevato in quanto esistono due case di cura accreditate, in larga parte dedicate all'alta specialità.

Fonte: elaborazioni Emeneia - Studi & Strategie di Sistema su dati Ministero della salute e Aiop

In Ospedali & Salute, Quinto Rapporto annuale 2007 - Franco Angeli Ed.

Fig. 6.1 - Saldi di mobilità interregionale. Totalità delle tipologie e dei regimi di ricovero. (Anno 2006)



Nota: comprende acuti ordinari e Dh, riabilitazione ordinaria e Dh, lungodegenza

Fonte: Ministero della Salute - matrici di mobilità interregionale, anno 2006

gruppo di Regioni caratterizzate da alti livelli di fuga dei pazienti (figura 6.1).

In questo contesto di marcata differenziazione nei livelli qualitativi e nella capacità di soddisfazione della domanda di prestazioni, l'ampia autonomia amministrativa concessa con la revisione costituzionale del 2001, le inevitabili pressioni del territorio unite alla necessità di mantenere e accrescere il consenso dei cittadini e l'aspettativa di un periodico ripianamento dei deficit assicurato dal Governo nazionale portano molte Regioni ad adottare politiche di spesa che formano disavanzi crescenti, in ciò facilitate dalla oscurità dei bilanci e delle scritture contabili sia degli enti sanitari pubblici che delle Regioni stesse, unite ad un clima genera-

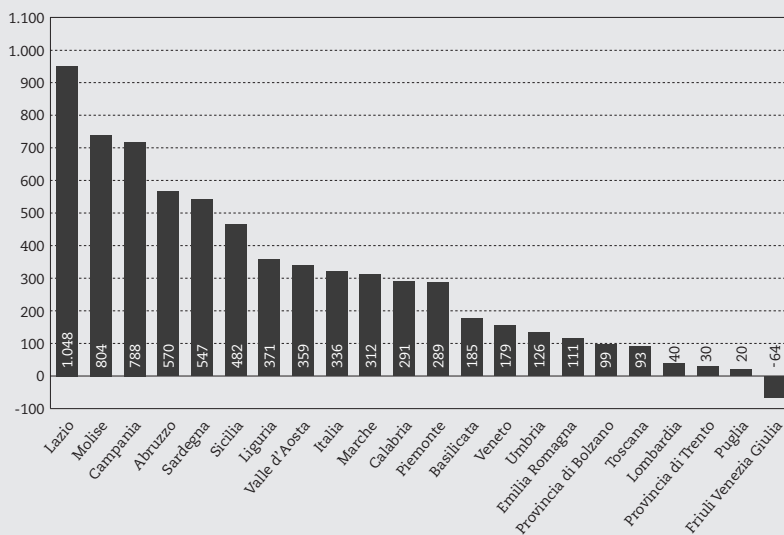
Tab 6.4 - Disavanzo sanitario regionale: milioni di euro (2001-2005)

Regioni	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	210	40	100	671	232
Valle d'Aosta	0	7	10	13	14
Lombardia	281	323	-64	-131	-31
Provincia di Bolzano	0	71	25	-25	-23
Provincia di Trento	0	-1	5	9	2
Veneto	304	204	145	-6	191
Friuli Venezia Giulia	0	-34	-19	-9	-14
Liguria	77	44	48	168	253
Emilia Romagna	16	50	40	380	-26
Toscana	88	44	-20	240	-18
Umbria	7	10	46	52	-7
Marche	125	98	72	163	16
Lazio	987	574	711	1.855	1.397
Abruzzo	76	136	216	130	183
Molise	37	19	73	51	79
Campania	629	638	556	1.303	1.433
Puglia	166	4	-109	-42	60
Basilicata	28	1	19	31	31
Calabria	226	148	-12	169	54
Sicilia	415	342	264	879	516
Sardegna	106	175	143	242	237
Totale	3.778	2.891	2.252	6.143	4.577
Nord	888	704	292	1.070	596
Centro	1.207	726	808	2.310	1.388
Sud e Isole	1.683	1.461	1.152	2.763	2.593

Fonte: elaborazione su dati Rgsep (2006)
da: Rapporto Oasi 2006, Cergas - Egea

le di tolleranza. In questo modo, dal 2001 al 2005, il disavanzo regionale si sviluppa in tutta la sua ampiezza, seppure ancora una volta in modo fortemente differenziato fra le diverse Regioni, che si distingueranno sempre più fra quelle “virtuose” e quelle “prodighe”, che con espressione indubbiamente brutale saranno chiamate negli anni successivi “canaglia”.

Fig. 6.2 - Disavanzo sanitario pro capite cumulado (2001-2005)



Nota: un valore negativo significa avanzo; il disavanzo è al lordo delle assegnazioni a copertura dello stesso

Fonte: elaborazione su dati Rgsep (2006) e Istat (2006)
da: Rapporto Oasi 2006, Cergas - Egea

La tabella 6.4 e la figura 6.2 mostrano con eloquenza incontrovertibile questo fenomeno, che di lì a pochi anni esploderà in concomitanza con la più ampia crisi economica mondiale imprimendo una radicale inversione di tendenza al processo di regionalizzazione della sanità. Un cambio di rotta che inizierà con i Piani di rientro che il Governo nazionale imporrà alle Regioni in disavanzo, per concretizzarsi in una profonda modifica dei rapporti Stato-Regione di cui parleremo più avanti.

Per quanto riguarda i modelli organizzativi e la governance dei sistemi sanitari, la piena libertà assegnata alle Regioni e alle Province autonome nel governo e controllo del proprio sistema sanitario determina soluzioni che possono essere considerate come varianti regionali anche rilevanti di uno

schema comune. Pur avendo, nella realtà, livelli molto differenziati nella capacità organizzativa e gestionale, tale schema, conferma il principio centralistico e monopolistico insito nei modelli Beveridge storici, che tende ad assegnare a un unico soggetto tutte le principali funzioni di finanziamento, governo, produzione, erogazione e controllo dell'insieme delle attività sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione. Questo soggetto, come abbiamo già visto, è rappresentato dalla Regione (che finanzia e governa). Essa, tramite propri enti strumentali solo nominalmente chiamati aziende (le Asl), produce, eroga e controlla tutte le prestazioni (di prevenzione, di assistenza primaria, di assistenza specialistica e ospedaliera, di riabilitazione). Questo modello, fin dalla sua nascita, consente la presenza di erogatori esterni al soggetto pubblico dominante rappresentati da privati convenzionati solo all'interno di una programmazione e controllo rigido nei volumi e nelle tipologie di prestazioni "appaltate". Esso esclude qualunque vera forma di competizione interna, ancorché regolata, e trova nel metodo della programmazione centralizzata il proprio fondamentale strumento di governo.

Il Ssn italiano così concepito esprime un formidabile conflitto di interessi, particolarmente vistoso a livello di Asl, dove il produttore ed erogatore di tutte le prestazioni sanitarie è anche il soggetto che ne controlla la qualità e l'appropriatezza. Inoltre, in un modello così compatto e centralizzato, le ragioni degli utenti (i cittadini malati) sono affidate esclusivamente alla "benevolenza del principe", essendo vistosa la sproporzione fra la forza del sistema (che aggrega politica, burocrazia e professioni) e quella del singolo cittadino. Questo non significa che non vi siano Regioni capaci di offrire globalmente un servizio di buona qualità e soddisfacente per gli utenti, come ad esempio l'Emilia Romagna. Nella maggioranza dei casi, però, il cen-

tralismo e la burocrazia finiscono per alimentare deficit crescente e bassi livelli qualitativi, senza che riescano ad attivarsi dinamiche di competizione interna, fra pubblico e privato e fra pubblico e pubblico, che attenuino i fattori di criticità presenti. In questo contesto di grande autonomia ma anche di incipiente decadenza il sistema sanitario della Lombardia, così come si struttura attorno ad una specifica normativa rappresentata principalmente dalla L.r. 31/97, si distingue dai sistemi presenti nelle altre Regioni perché non esprime una delle molte varianti regionali dello schema nazionale, ma un modello organizzativo originale, costruito in modo da affrontare e risolvere alcune gravi criticità derivanti dall'impostazione originale del sistema sanitario italiano.

Sul piano dei principi generali, il modello lombardo incorpora pienamente i principi di universalità e solidarietà posti alla base del Ssn italiano, ma accanto a essi introduce con particolare vigore il diritto di libera scelta, reso concreto tramite il principio della sussidiarietà. Sotto il profilo organizzativo ciò che contraddistingue l'originalità lombarda è riconducibile a due aspetti fondamentali:

- il tentativo di eliminare (o almeno di attenuare fortemente) il conflitto di interessi derivante dalla concezione centralistica e oligopolistica dominante nelle altre regioni;
- il trasferimento di poteri dall'organizzazione sanitaria, con i suoi interessi e le sue burocrazie, ai cittadini, attuato tramite l'attivazione di processi che rendono più concreto il principio della libertà di scelta del luogo di cura.

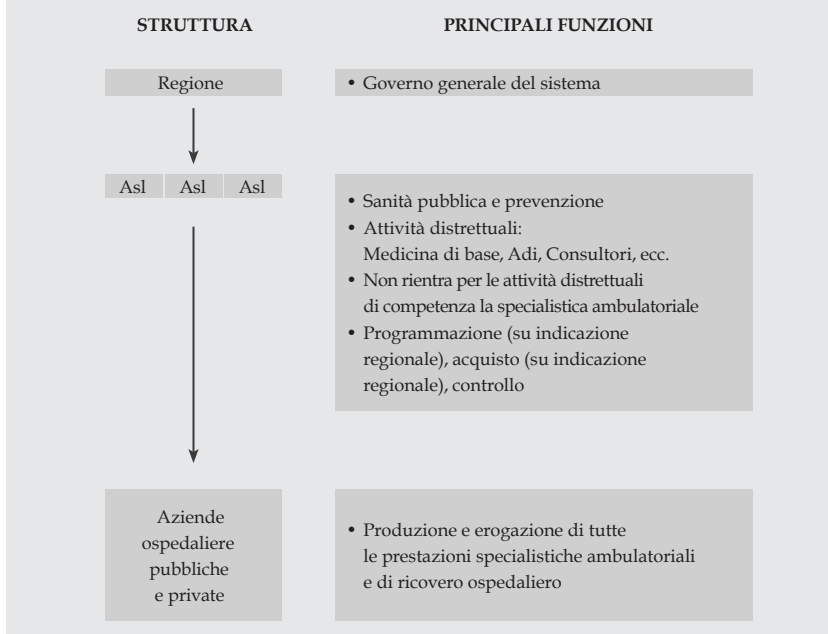
Il primo punto trova espressione nella netta separazione fra le funzioni di sanità pubblica, assistenza di base e controllo dell'attività specialistica e ospedaliera affidate alle Asl e le funzioni di produzione ed erogazione di prestazioni specialistiche affidate ad Aziende ospedaliere pubbliche e private, soggette a uguale percorso di accreditamento e al si-

stema di controlli operato da Regione e Asl (figura 6.3). Questa soluzione evita che si verifichi in Lombardia la condizione paradossale, ma normale in tutte le altre Regioni, dove ispettori dell'Asl controllano ospedali della stessa Asl e riferiscono al Direttore generale della stessa Asl che potrebbe dover adottare provvedimenti contro se stesso. La separazione fra Asl e Aziende ospedaliere, invece, consente di realizzare un contraddittorio permanente fra Asl ed erogatori ospedalieri, che ha prodotto innumerevoli correttivi nella quotidianità delle attività sanitarie, rivolti all'incremento dell'efficacia e dell'appropriatezza. Il secondo punto affronta risolutamente uno dei nodi centrali di tutti i sistemi sanitari europei e una criticità fortemente lamentata per decenni.

La tradizionale struttura degli enti sanitari e ospedalieri tende infatti a costruire organizzazioni e procedure orientate più alla soddisfazione di esigenze interne che rivolte all'utente. A fronte di infinite affermazioni sulla centralità del paziente, sull'umanizzazione dell'ospedale e sull'impegno etico di amministratori e operatori, la realtà quotidiana di poliambulatori e ospedali è stata sistematicamente caratterizzata da bassi tassi di occupazione dei posti letto, bassi indici di utilizzazione di attrezzature e strutture complesse come i blocchi operatori e le terapie intensive, lunghe liste d'attesa e oggettive difficoltà all'accesso alle cure, soprattutto a quelle più qualificate. E ciò a danno soprattutto dell'utenza socialmente e culturalmente più debole.

In questo contesto, l'esperimento della Lombardia si pone in modo originale il problema di realizzare una centralità del cittadino e del paziente non tramite mere affermazioni di principio, ma progettando e attuando un'organizzazione sanitaria in grado di consegnare un effettivo potere agli utilizzatori del sistema sanitario: il potere di scegliere fra diversi erogatori di prestazioni ospedaliere e specialistiche

Fig. 6.3 - Modello generale del sistema sanitario della Lombardia come da L.R. 31/97



ambulatoriali, e il potere di determinare il vantaggio e lo svantaggio economico di un erogatore, che viene remunerato solo per le prestazioni scelte dal paziente ed effettivamente erogate.

Per ottenere questo obiettivo, la Lombardia, a partire dal 1997 con la L.r. n. 31, ha promosso lo sviluppo di un mix di erogatori ospedalieri pubblici e privati che abbastanza rapidamente si sono collocati su una dimensione rispettivamente di 2/3 e 1/3 dell'intera offerta (figura 6.4) che vede una lenta crescita nel tempo della componente di diritto privato. Una condivisione presente anche in altre Regioni, ma che a differenza di tutti gli altri sistemi regionali, nel modello lombardo comporta l'attivazione di una reale competizione fra tutti gli erogatori, richiedendo ai gestori

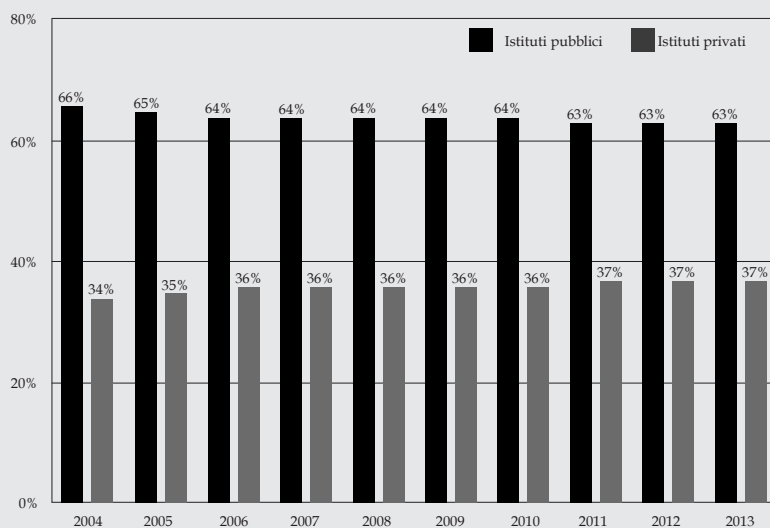
delle Aziende ospedaliere di diritto privato di attivare tutti i servizi e le funzioni tradizionalmente riservate agli ospedali di diritto pubblico, quali il pronto soccorso e la terapia intensiva, e di esercitare tutte le specialità medico-chirurgiche. Assicura, in cambio, lo stesso pagamento (Drg) per singola prestazione erogata, indipendentemente dalla natura giuridica pubblica o privata dell'erogatore. Viene stimolata, in questo modo, la presenza di un privato di qualità sempre più alta, operativo nella bassa, media e alta specialità, nell'urgenza-emergenza e nella riabilitazione generale e specialistica, generando un considerevole afflusso di capitale di rischio che porta a investimenti ingenti per la creazione di una rete ospedaliera moderna ed efficiente.

Con questo modello la Lombardia si colloca in prima linea fra i Paesi europei più avanzati, a partire dalla Germania, che puntano sulla sostenibilità dei sistemi di welfare sanitario tramite l'introduzione di elementi di competizione interna e tramite un vero pluralismo fra gli erogatori pubblici e privati¹. Una visione innovativa che non si diffonderà però nelle altre Regioni, e che anzi sarà messa a dura prova negli anni della crisi.

¹ L'evoluzione verso modelli pluralistici capaci di inserire nella produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie elementi di competitività è un fenomeno europeo di grande rilevanza e di indubbia portata storica. I sistemi di welfare sanitario di grandi Paesi dell'Unione europea come Germania, Spagna, Olanda si orientano in effetti negli ultimi decenni verso soluzioni di questo tipo, con crescente presenza di operatori indipendenti di diritto privato accanto o in sostituzione dei tradizionali gestori pubblici, ottenendo sistematicamente guadagni di efficienza e soddisfazione dell'utenza.

Per un approfondimento si rimanda, fra l'altro, ai contributi di molti altri autori contenuti in Gabriele Pelissero e Alberto Mingardi (a cura di), *Eppur si muove. Come cambia la Sanità in Europa fra pubblico e privato*, IBL libri, Torino, 2010; Gabriele Pelissero e Lucio Scudiero, *Il futuro del welfare sanitario. Un caso italiano e uno spagnolo*, IBL libri, Torino, 2011.

Fig. 6.4 - Sistema ospedaliero della Lombardia. Rete a gestione pubblica e rete a gestione privata. Volume di attività (comprensivo di day hospital)



Fonte: Sistema informativo sanitario della Lombardia

4. Gli anni della crisi e il nuovo ruolo dello Stato

L'ultima fase di evoluzione del Ssn italiano trae origine, come abbiamo detto, dalle crescenti difficoltà della finanza pubblica conseguente al diffondersi della crisi economica mondiale iniziata nel 2008. In realtà, bisognerà attendere fino al 2010 per cominciare a vedere in Italia effetti concreti nelle politiche sanitarie, ma le crescenti e gravi difficoltà del Paese, l'emergere di un'ineludibile esigenza di controllare la spesa pubblica e le pressioni internazionali, politiche e finanziarie, determinano in quegli anni convulse vicende politiche e sempre più pressanti interventi normativi, nei quali la sanità è ampiamente interessata. Bisogna però rilevare che l'assunzione da parte dello Stato di un ruolo determi-

nante nella gestione dei sistemi sanitari di molte Regioni, sicuramente peraltro colpevoli di aver fatto cattivo uso della propria autonomia, erano già iniziate nel 2007 con l'attivazione dei Piani di rientro di cui abbiamo già accennato e che si configurano come un vero commissariamento di fatto improntato all'unico obiettivo di riportare la spesa sanitaria nella misura programmata, senza con questo però affrontare i fattori strutturali della governance e del modello organizzativo generale che erano alla base del disavanzo economico.

Un'azione di questo tipo, spregiativamente definita "ragionieristica" con qualche riferimento ad alcuni organi dello Stato, non poteva che tradursi, nella quotidianità, in un contingentamento delle prestazioni erogate ai cittadini. Contingentamento che, per evidenti pregiudizi ideologici, in moltissimi casi si pone prevalentemente a carico degli erogatori privati, eludendo di affrontare le ampie aree di inefficienza della gestione pubblica. Per meglio comprendere gli eventi che si susseguono in questo difficile periodo dobbiamo risalire ai primi interventi generali di finanza pubblica attuati all'emergere della crisi per vedere comparire importanti provvedimenti sul sistema sanitario. Ed è con la c.d. "legge Salva Italia", la L. 111/2011, che vediamo i primi tagli, ai quali presto si sommeranno quelli previsti dal D.l. 95/2012, convertito nella L. 135/2012, e gli ulteriori tagli previsti dalla legge di stabilità 2013 e dal D.l. 19/6/2015 n. 78, con il risultato complessivo illustrato nella tabella 6.5.

Una serie di provvedimenti che determinano una drastica azione di contenimento e riduzione della spesa sanitaria pubblica, giudicata da tutti gli attori del sistema (Regioni, Aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche e private, categorie professionali e organizzazioni sindacali) come estremamente penalizzante e potenzialmente foriera di un vero e proprio "mutamento genetico" della natura universalistica

Tab. 6.5 – Effetto combinato della L. 111/11 (Tremonti), della L. 135/12 (spending review) e delle manovre successive sulle voci di spesa sanitaria. Entità dei tagli previsti nel periodo 2012-2016 (in milioni di €)

Voci di spesa	Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014		Anno 2015		Anno 2016		Totali 2012-2016
	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	Legge di stabilità 2013	L. 111/11 L. 135/12	Legge di stabilità 2013	Legge di stabilità 2014	Decreto Enti territoriali 2015	Legge di stabilità 2014	Decreto Enti territoriali 2015	
Ospedaliera accreditata	45,00		90,00		180,00		89,00		89,00		495,00
Specialistica accreditata	25,00		50,00		100,00		106,00		106,00		387,00
Totali ospedaliera e specialistica accred.	70,00		140,00		280,00		-	-	195,00		880,00
Personale dipendente e convenzionato					163,50						163,50
Farmaceutica	325,00	1.000,00	747,00		1.090,00	747,00	308,00		308,00		4.525,00
Beni e servizi - Appalti e forniture	505,00	750,00	463,00		1.199,00	393,00	788,00		805,00		4.903,00
Beni e servizi - Standard posti letto			20,00		50,00		210,00		251,00		531,00
Beni e servizi - Dispositivi medici		750,00	400,00		817,50	500,00	550,00		792,00		3.809,50
Erogatori privati - Prestazioni a funz.			30,00		30,00						60,00
Nuovi ticket					2.180,00						2.180,00
Ad assegnazione indistinta			600,00			1.000,00	540,00		610,00		2.750,00
Investimenti finanz. in c/ esercizio							300,00				300,00
Totali manovre con impatto 2012-2016	900,00	2.500,00	1.800,00	600,00	5.450,00	2.000,00	1.000,00	540,00	2.352,00	610,00	20.104,00

Fonte: dati di spesa come da provvedimenti di legge citati

e solidale del Servizio sanitario nazionale, vanificati nei fatti dal drastico calo nella capacità di erogare prestazioni e dalla conseguente crescita delle liste di attesa, accompagnate da aumento della spesa *out of pocket* o dalla rinuncia alle cure. Ma come nasce l'idea di poter intervenire in modo così drastico nel finanziamento pubblico della sanità? Le motivazioni sottostanti possono essere ritrovate nel Rapporto firmato da Piero Giarda, *Elementi per una revisione della spesa pubblica*². Nella versione dell'8 maggio 2012, in effetti troviamo alcuni passaggi di grande rilevanza.

In primis, al punto 1.4, si afferma:

«se si considera la struttura della spesa per consumi collettivi (la produzione di servizi pubblici ceduti a titolo gratuito al cittadino), vale mettere a confronto la composizione del prodotto di oggi con quella di venti anni fa.

Si rilevano alcuni rilevanti mutamenti che includono:

- una forte crescita della spesa sanitaria che nel 1990 assorbiva il 32,3% del totale della spesa, una percentuale che nel 2009 sale al 37,0%. Nello stesso periodo la spesa sanitaria nel suo complesso aumenta dal 6,2% al 7,5% in quota di Pil;*
- un significativo aumento della quota di spesa per la protezione sociale e per i servizi generali;*

accompagnati da:

- una forte caduta della quota della spesa per l'istruzione, dal 23,1% al 17,7% del totale, con una corrispondente caduta della quota sul Pil;*
- una significativa caduta delle quote delle spese per l'ordine pubblico e sicurezza, che si sono ridotte, nel periodo considerato, dall'8,9% al 7,9% del totale.*

Questi importanti mutamenti strutturali trovano la propria origine, al pari dell'aumento della quota della spesa per pensioni, nei

² *Rapporto sulla spending review - Elementi per una revisione della spesa pubblica*, cit. v. nota 2 cap. I.

La composizione per funzioni dei consumi pubblici 1990-2009

Funzioni	1990		2009			Var. 2009 Su 1990
	Totale P.A.	Amm. Centrale	Amm. Locale	Enti Prev.	Totale P.A.	
Servizi generali	12,8%	5,7%	7,7%		13,4%	+0,6%
Difesa	6,8%	7,1%	0,0%		7,1%	+0,3%
Ordine Pubblico e Sicurezza	8,9%	6,9%	1,0%		7,9%	-1,1%
Affari Economici	5,1%	1,3%	3,1%		4,5%	-0,6%
Protezione dell'Ambiente	2,9%	0,3%	3,0%		3,3%	+0,4%
Abitazioni e Territorio	1,7%	0,1%	1,8%		1,9%	+0,2%
Sanità	32,3%	0,4%	36,4%	0,1%	37,0%	+4,7%
Protezione Sociale	4,2%	0,4%	2,6%	2,0%	5,0%	+0,8%
Attività Ricr., Culturali, di Culto	2,2%	1,1%	1,3%		2,4%	+0,1%
Istruzione	23,1%	13,6%	4,1%		17,7%	-5,4%
Totale	100,0%	36,8%	61,1%	2,1%	100,0%	0,0%

mutamenti della struttura demografica del nostro Paese che si caratterizza oggi per un aumento della quota di persone anziane e una riduzione dei giovani.

È certo però che essi non sono mai stati esplicitamente riconosciuti nella programmazione del bilancio.

La dinamica della domanda – più persone anziane e meno giovani – non è però sufficiente a spiegare questi andamenti. Essi sono in parte riconducibili al diverso potere negoziale delle parti politiche e dei livelli di governo coinvolti nella lettura dei bisogni della popolazione. La sanità, da un lato trova nei governi regionali (per i quali la spesa sanitaria assorbe circa il 70% della spesa complessiva) potenti interpreti dei bisogni delle popolazioni interessate, ai quali fanno eco gli interessi delle ditte fornitrici di farmaci e di attrezzature sanitarie che incorporano l'innovazione tecnologica».

Il Rapporto *Elementi per una revisione della spesa pubblica* al punto 3.2 sviluppa ulteriormente il proprio ragionamento introducendo il concetto di “spesa aggredibile” definita come spesa anche “rivedibile” sulla base di interventi che originano dal processo di spending review, i cui contenuti sono così disegnati:

«La struttura per tipologia di spesa e per livello di governo è rappresentata nella tabella A. Questa mostra che la componente di spesa di maggiore rilievo è costituita dalla spesa per acquisto di beni e servizi (135,6 mld) seguita dalle retribuzioni (122,1 mld), dai trasferimenti alle imprese e contributi alla produzione (24,1 mld), dai contributi alle famiglie e alle istituzioni sociali (13,2 mld). In termini di livello di governo, la quota maggiore è costituita dalla spesa degli enti sanitari locali con il 33,1% seguita da Regioni, Comuni e Province (con il 24,3%), da Stato, enti dell'amministrazione centrale e enti previdenziali (con il 37,4%) e da Università e altri enti locali con il 5,2%. La attribuzione della qualifica “aggredibile” a un totale di spesa che include, in ag-

Tabella A – Struttura della spesa pubblica “aggregabile” nel medio periodo (miliardi di euro)

	Stato	Altri Enti A.C.	E. P.	Regioni	Province	Comuni	Sanità	Univ.à e altri enti	Tot.A.P
Retribuzioni Lorde	61,8	2,6	2,2	4,5	1,9	12,8	28,3	7,8	122,1
Consumi intermedi	21,3	3,9	2,9	5,5	3,1	25,3	69,0	4,7	135,6
Contributi produzione	2,9	0,1	0,0	6,3	1,6	2,6	0,0	0,7	14,2
Contributi Ist.Sociali	2,0	0,0	1,0	0,7	1,0	0,7	0,0	0,1	4,8
Contributi Famiglie correnti	1,9	0,0	1,2	0,5	0,3	1,0	0,1	1,5	6,5
Contributi Imprese correnti	0,1	0,3	0,1	0,4	0,0	0,3	0,0	0,2	1,3
Contributi Imprese c/capitale	5,2	0,4	0,0	1,6	0,2	0,9	0,0	0,3	8,6
Contributi Famiglie c/capitale	0,6	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,1	1,9
Tot. Spesa Aggregabile	95,9	7,2	7,4	20,2	7,3	44,2	97,6	15,4	295,1
% Spesa Aggregabile	32,5%	2,4%	2,5%	6,8%	2,5%	15,0%	33,1%	5,2%	100%

giunta ad altre spese, tutti i costi di produzione dei servizi pubblici, deve essere intesa nel senso che si tratta di una massa di spesa che, negli orientamenti attuali del Governo, può essere soggetta ad analisi e, se le motivazioni sussistono, può essere sottoposta a riduzione. La riduzione non può, ovviamente, riguardare l'intero, ma solo una (modesta) frazione».

Come si vede, sicuramente nella consapevolezza delle implicazioni inserite nell'aggettivo "aggredibile", l'autore molto correttamente precisa in modo quanto mai chiaro ed esplicito i limiti e la problematicità di un intervento di contenimento della spesa che per lo studioso esperto può riguardare solo «una (modesta) frazione». Ma quel dato (33,1% di spesa aggredibile) è forse suo malgrado l'innesco di una sequela di interventi i cui esiti si leggono appunto nella tabella 6.5. Che la stagione dei tagli al Ssn sia il prodotto di una ben definita visione e di un preciso orientamento di politica sanitaria emergerà peraltro con chiarezza nel 2015 con la pubblicazione del Rapporto firmato da Carlo Cottarelli, *Proposte per una revisione della spesa pubblica (2014-2016)*³ sulla spending review, dove esplicitamente compare un target di spesa sanitaria pubblica pari al 5,25% del Pil. Una visione che di fatto determinerebbe veramente quella mutazione genetica del Ssn di cui già abbiamo parlato, avverso la quale però nello stesso periodo si sviluppa una forte azione da parte del nuovo Ministro della salute Beatrice Lorenzin. Un'azione che, non negando l'esistenza di sprechi e inefficienze nella spesa sanitaria pubblica, ne sottolinea comunque i bassi livelli di investimento complessivo, chiedendo con forza la stabilizzazione del finanziamento e il pieno recupero all'interno del Ssn delle risorse recuperabili con i necessari miglioramenti gestionali. Questa visione trova una sua prima espressione nel Patto della salute 2014-2016, un docu-

³ *Proposte per una revisione della spesa pubblica (2014-2016)*, Carlo Cottarelli, cit. v. nota 1 cap. V.

mento complesso e articolato che contiene in sé forti orientamenti centralistici e statalistici, espressione della impostazione di politica sanitaria dell'allora Ministro della salute Renato Balduzzi, uniti però allo sforzo di dare certezza e stabilità al finanziamento. Quest'ultimo punto è ben evidenziato nella previsione di spesa sanitaria pubblica 2014-2016 (tabella 6.6) che pur accettando un livello molto basso rispetto agli standard europei, tenta di assicurare un livello di finanziamento almeno costante nel triennio.

Tab. 6.6 – Patto della salute 2014-2016. Livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato (in milioni di euro)

	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Fabbisogno del Ssn e dei servizi sanitari regionali	109.928,0	112.062,0	115.444,0
Incidenza % sul Pil	6,93	6,89	6,89

Fonte: Patto della salute 2014-2016, art. 1 per i dati sul fabbisogno e Def 2014 per le stime del Pil 2014/2016

Con questa impostazione, che peraltro sarà in parte rimessa in discussione dopo pochi mesi con un'ulteriore limatura del finanziamento, si consolida la spesa pubblica sanitaria italiana a valori intorno al 6,8% del Pil, un po' superiori alla media dei Paesi Ue ma nettamente al di sotto della media dei Paesi Ue confrontabili con l'Italia rappresentati dal gruppo dei quindici Paesi uniti prima dell'allargamento ai tredici Paesi dell'Est europeo (figure 6.5 e 6.6). Una situazione ai limiti della sostenibilità per un sistema di welfare avanzato e una grande sfida, perché con livelli di finanziamento così bassi la qualità della governance e dei modelli organizzativi torna ad essere fondamentale per la sopravvivenza stessa del Ssn.

Fig. 6.5 – Spesa sanitaria pubblica in rapporto con il Pil, 2013 – Paesi Eu – Fonte: Oecd Health Data, October 2015; (*) Eurostat

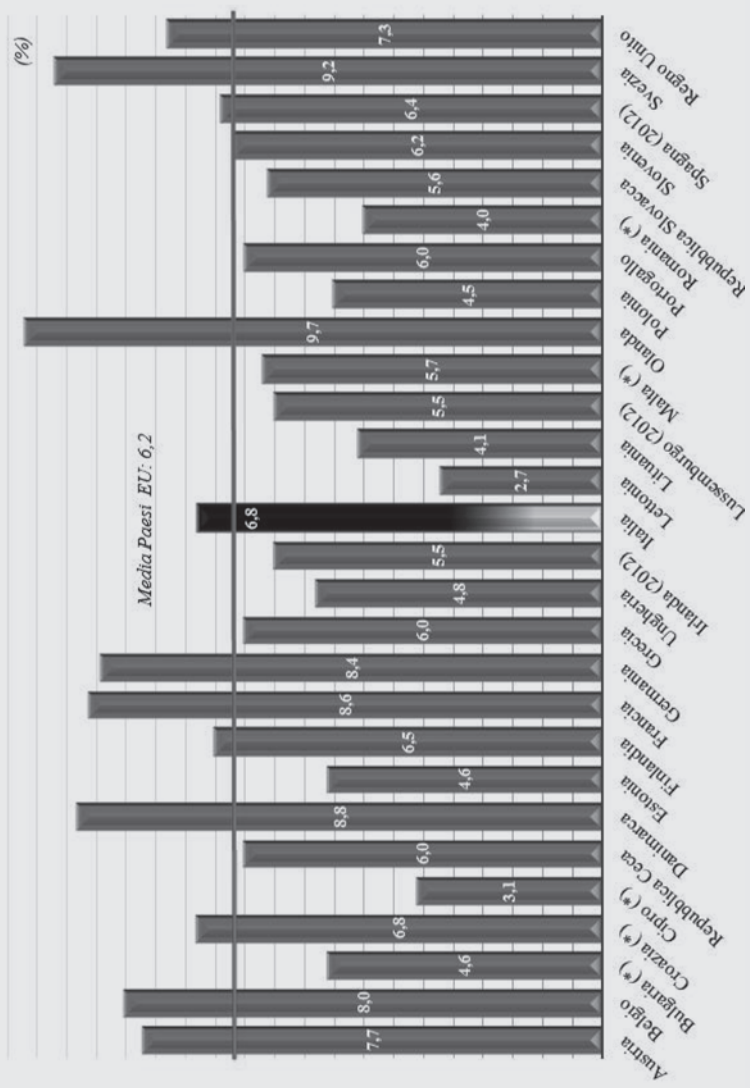
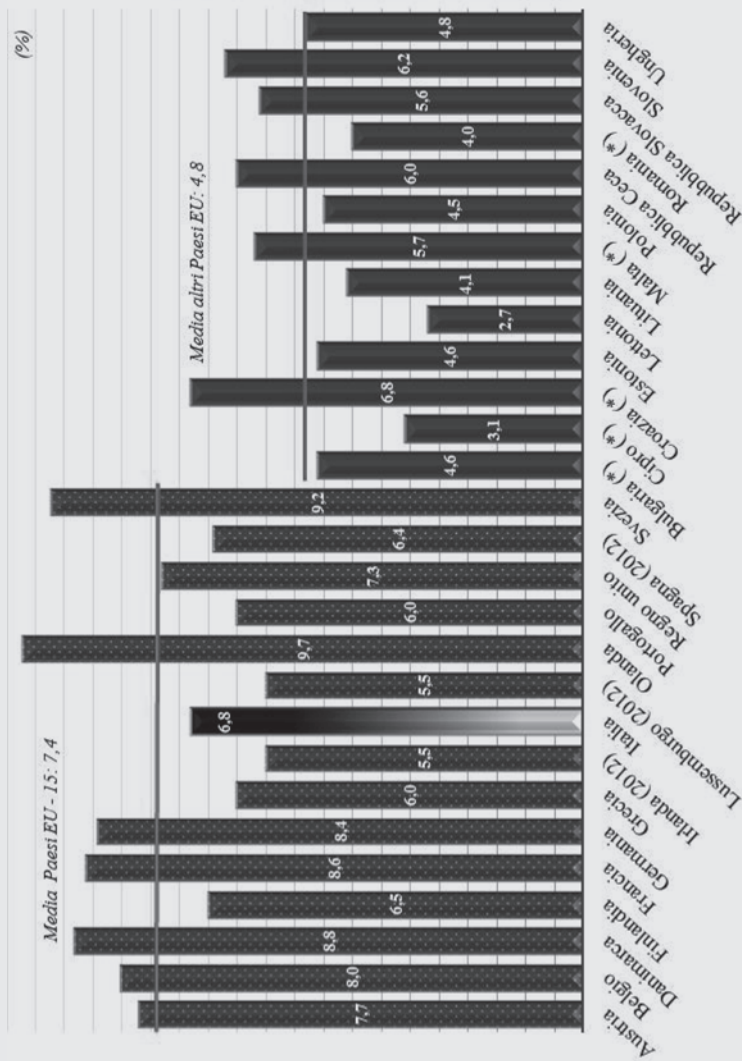


Fig. 6.6 – Spesa sanitaria pubblica in rapporto con il Pil, 2013 – Paesi Eu - Fonte: Oecd Health Data, Oct. 2015; (*) Eurostat



5. Si riaccendono i contrasti

Le evidenti difficoltà di molte Regioni nella gestione del proprio sistema sanitario unite alla drastica riduzione del finanziamento determinano, in pochi anni, un quadro di profonda incertezza per il Ssn, reso ancor più complesso da un'avvertibile riduzione dell'offerta di prestazioni ai cittadini, conseguenza di una politica di tagli che ha colpito più gli erogatori che gli sprechi, e dalla comparsa di nuove tecnologie, efficaci ma costose. Un contesto instabile nel quale tornano di attualità grandi contrapposizioni interne al sistema, sia di tipo istituzionale fra Stato e Regioni sia di tipo gestionale, fra centralismo e competizione.

Il confronto fra Stato e Regioni prende inevitabilmente origine dalla oggettiva constatazione di una serie ormai lunga di insuccessi nella costruzione di sistemi sanitari regionali efficaci ed efficienti, ben documentata, come già abbiamo visto, da molteplici indicatori. La sensibilità diffusa fra i cittadini e le opinioni veicolate dai media concorrono inoltre a porre spesso sotto accusa la gestione politica della sanità nelle Regioni, e ciò determina un contesto favorevole ad una ripresa dell'iniziativa statale, che con i Ministri della salute Renato Balduzzi prima e Beatrice Lorenzin poi, seppure con visioni diverse, si mostra sempre più incisiva sia nella produzione legislativa che nell'azione sostitutiva. Ed è l'intero Governo che appare fortemente impegnato in questa direzione, con una meno visibile ma intensa azione di controllo attiva presso il Ministero dell'economia e con l'iniziativa di modifica costituzionale che, se realizzata nei prossimi anni, sancirà nel modo più netto il ritorno dello Stato nella gestione attiva del Ssn dopo decenni di crescente regionalismo.

Il disegno di legge costituzionale (c.d. D.d.l. Boschi)⁴, infatti, interviene a modificare considerevolmente, tra l'altro, la configurazione del Parlamento, prevedendo quindi la fine del bicameralismo paritario. Di conseguenza, il procedimento di formazione degli atti legislativi cambierebbe in maniera consistente, essendoci una completa revisione della struttura e delle funzioni del Senato: non sarà più composto da 315 membri, eletti direttamente dai cittadini, ma da 100 soggetti, di cui 95 eletti dai Consigli regionali; saranno limitate le materie su cui il nuovo "Senato delle autonomie" eserciterà il potere legislativo assieme alla Camera dei deputati, in maniera analoga al passato, ma tra queste rientrano le disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, attribuite in modo pieno alla competenza statale, con la conseguente soppressione della competenza concorrente. Inoltre, è introdotta la cosiddetta "clausola di supremazia", in base alla quale la legge statale - su proposta del Governo - può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva, quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica ovvero la tutela dell'interesse nazionale.

Questo cambiamento (con la seconda deliberazione alla Camera il 12 aprile 2016, dopo il voto del 20 gennaio al Senato, mentre è probabile un referendum confermativo a ottobre 2016⁵) avrebbe effetti, quindi, anche sul settore della politica della salute, presentandosi la possibilità di un intervento dello Stato più incisivo rispetto a quello attuale, connotato anche da componenti di amministrazione attiva, con la necessità di un minore livello di condivisione nella Conferen-

⁴ Testo di legge costituzionale approvato in via definitiva il 12 aprile 2016, poi sottoposto con esito negativo a referendum costituzionale del 4 dicembre 2016 (n.d.c.).

⁵ Il referendum costituzionale si è tenuto il 4 dicembre 2016 ed ha avuto esito negativo (n.d.c.). Sul punto, v. note 1 cap.VIII e 4 cap. VII.

za Stato-Regioni. Ma se indubbiamente il secondo decennio del secolo si connoterà per un cambiamento nel rapporto Stato-Regioni, che a tratti assume le caratteristiche di un vero potenziale ribaltamento dei ruoli, bisogna osservare che all'interno della stessa iniziativa governativa si confrontano a loro volta due visioni contrapposte dei modelli organizzativi e di governance del Ssn, riproducendo in qualche modo, seppur aggiornato, la storica contrapposizione fra la visione della prima riforma della riforma, concretizzata con i DD.lgs. 502/92 e 517/93, e quella della seconda riforma della riforma, attuata con il D.lgs. 229/99. Un confronto, in estrema sintesi, che contrappone la visione centralistica e pianificatrice dei sistemi sanitari, fondata sulla forte integrazione fra politica e burocrazia e sulla assoluta predominanza della gestione pubblica, alla visione orientata a introdurre nel sistema elementi di competizione seppur regolata, fondata sul principio di libera scelta da parte del cittadino e sul pluralismo degli erogatori.

Esemplificativi di questo confronto sono, da un lato, il *Regolamento sugli standard ospedalieri*, emanato con D.m. 2 aprile 2015, n. 70 e, dall'altro lato, le norme contenute all'art., commi 521-542 e 574-577, della legge di stabilità 2016. Il Regolamento sugli standard ospedalieri - D.m. 2 aprile 2015, n. 70 - esprime una visione della programmazione sanitaria strettamente influenzata dal modello sperimentato negli anni 1968-1969 con la riforma ospedaliera c.d. "Marrionetti", in un'epoca ancora permeata da una cultura pianificatoria di ispirazione marxista. Nella riproposizione del 2015 ricompare infatti in pieno l'approccio *top-down* che caratterizzava l'impianto normativo della legge 12 febbraio 1968, n. 132 dove al titolo IV si attribuisce allo Stato tramite la legge di programma ospedaliero il potere di definire centralmente tutte le caratteristiche quali-quantitative dell'offerta di prestazioni sanitarie, muovendo sulla carta reparti

e servizi ospedalieri e distribuendoli con parametri astratti e oggettivi (dimensione del territorio, indici di posti letto per abitante, livelli istituzionali) nel presupposto che i bisogni e la domanda seguirà l'offerta, volente o nolente, e il cittadino andrà a ricevere le prestazioni sanitarie là dove una burocrazia centrale ha deciso di erogarle, e non altrove, mentre qualità e appropriatezza saranno anch'esse misurate dalla stessa burocrazia che le produce.

Se poi la programmazione sbaglia, l'allungarsi della lista d'attesa e il peggioramento della qualità saranno al massimo oggetto di riflessione in ristretti convegni a distanza di anni, mentre il deficit finanziario di ospedali e strutture sanitarie disertate dagli utenti saranno coperti dall'opacità di bilancio e sovvenzionati con l'incremento delle entrate fiscali. D'altra parte, la matrice ideologica di questo insieme di norme è ben evidenziata nel famoso punto 2.5 dell'Allegato 1 al decreto, che prevede la chiusura delle strutture ospedaliere per acuti con meno di 60 posti letto, limitando paradossalmente la norma a quelle di diritto privato, senza alcuna logica o motivazione. Se l'obiettivo fosse stato la qualità insufficiente, infatti, non si comprende perché escludere quelle di diritto pubblico. Se l'obiettivo fosse stato l'inefficienza, a maggior ragione si sarebbero dovute chiudere solo quelle pubbliche, pagate a costi, mentre la presenza di strutture private pagate a prestazione è economicamente indifferente.

Esemplare peraltro era già stata l'impostazione adottata con il D.l. 95/2012, dove al titolo III *Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria* si prevede una riduzione delle prestazioni erogate dagli operatori privati pari allo 0,5% nel 2011, all'1% nel 2012 e al 2% nel 2014, con l'effetto di trasferire queste prestazioni sull'erogatore di diritto pubblico con un costo superiore pari al 20-40% o di generare crescenti liste d'attesa. Ma tutto questo non è altro, come già abbiamo

detto, se non l'esplosione dovuta alla crisi economica, di un contrasto profondo sulla natura del Servizio sanitario pubblico e sulla concezione del sistema di welfare, contrasto che risale alla impostazione originaria e al modello introdotto con la L. 833/78.

E così, da un lato si riafferma la visione centralistica e statalista, che considera servizio pubblico solo ciò che è governato e gestito dalle pubbliche istituzioni; che aspira alla programmazione più rigida e minuziosa supportata e controllata dalle burocrazie centrali (di fatto una vera e propria pianificazione); che considera la spesa sanitaria pubblica trasferimento interno fra comparti della Pubblica Amministrazione; che mal sopporta l'impegno di operatori privati nel sistema vedendoli tutt'al più come supplenti transitori per carenze alle quali prima o poi il gestore pubblico riuscirà a dare risposta con la propria organizzazione; che ritiene di tutelare il cittadino indirizzandone le decisioni e interpretandone i bisogni.

All'opposto, qualche positiva esperienza regionale, unita ad un'irrefrenabile spinta da parte degli utenti del servizio pubblico in tutto il Paese, ha sviluppato nei decenni di vita del Ssn l'aspirazione ad un sistema di welfare sanitario aperto e pluralistico, nel quale la domanda dei cittadini e la loro libera scelta plasma, anche se in forma mediata, la struttura stessa dell'offerta della medicina di base, della specialistica ambulatoriale e degli ospedali fino a quella dei grandi sistemi sanitari regionali, verso cui si orienta o da cui si fugge, salvo scegliere dovunque le eccellenze e premiarle. Un sistema nel quale debbono necessariamente convivere e confrontarsi, in condizioni il più vicino possibile alla parità, operatori pubblici e gestori privati, remunerati per le prestazioni effettivamente erogate e non per i costi sostenuti.

Queste due opposte visioni in sanità si concretizzano in soluzioni normative e organizzative altrettanto divergenti. La

visione centralistica cerca di attuarsi, oggi, con il moltiplicarsi di azioni di controllo e vigilanza, con il tentativo di ritornare ad una pianificazione minuziosa e dettagliata, come si è visto nel decreto sugli standard ospedalieri, con politiche di cassa che poi inevitabilmente si traducono in riduzione dei livelli quali-quantitativi delle prestazioni, come avvenuto nelle Regioni in Piano di rientro, con l'aspirazione a limitare la libertà di scelta dei cittadini per confinarli entro perimetri di offerta regolamentata e canalizzata dall'alto.

Questa visione, inevitabilmente attratta dal pagamento a costi che consegna alla politica un illimitato e incontrollabile potere di spesa svincolato di fatto da ogni riferimento ai servizi resi ai cittadini, confida di riuscire a controllare il sistema con vincoli e procedure normative, convinta che il miglior gestore non sia un manager libero di scegliere, ben remunerato in base ai veri risultati e removibile in qualunque istante, ma un burocrate inamovibile dotato di poteri di veto e di interdizione.

È un modo di pensare nemico – non di rado per ragioni ideologiche – dei modelli aziendali; che cerca in tutti i modi di ridurre e marginalizzare il ruolo del privato nel Ssn, ritenendo che dalla sua compressione possa derivare un efficientamento della componente a gestione pubblica. Al contrario, la visione aperta è convinta che il welfare sanitario pubblico sia tale se assicura i principi di solidarietà, universalità ed equità nell'accesso alle prestazioni, ma che per raggiungere questo obiettivo oggi sia più che mai necessaria la presenza di un mix di erogatori, pubblici e privati, posti in condizioni di parità. Crede in forme di competizione virtuosa, e anche se è consapevole della inevitabilità dei limiti generali di spesa, pensa che l'esistenza di operatori e di sistemi di offerta differenziati sia un'indispensabile premessa per assicurare un ragionevole livello di libertà di

scelta per i cittadini. A questo scopo ritiene che sia indispensabile riprendere vigorosamente il percorso dell'azienalizzazione della componente di diritto pubblico, separando, una volta per tutte, chi gestisce da chi effettua i controlli, liberando il manager pubblico dai vincoli di stampo burocratico e introducendo un sistema di "premi e castighi" uguale a quello che rende efficienti e performanti le aziende di diritto privato. Si batte contro il pagamento a costi (lo storico "piè di lista" tanto vituperato negli anni '80) e ritiene che tutti i gestori di strutture sanitarie e ospedaliere pubbliche e private debbano ricevere denaro pubblico solo in cambio di prestazioni effettivamente erogate, meglio se tariffate tutte le volte che ciò è possibile, convinta che questo sia il requisito preliminare e centrale di qualunque sistema sanitario che voglia superare la rendita politica per conseguire qualità ed efficienza.

Chi sostiene questa visione pensa che la pianificazione centralistica debba alleggerirsi sempre più, cedendo il passo alle scelte dei cittadini e alla bravura dei gestori, pubblici e privati, che devono sempre ricordare che non c'è norma, indice o standard che può giustificare l'esistenza di un presidio o di un'unità operativa che gli utenti non vogliono utilizzare. E anche pensa che la mobilità dei pazienti sul territorio nazionale debba essere uno stimolo per i sistemi sanitari insoddisfacenti a guadagnare in efficienza e qualità, se il caso usando il talento dell'imprenditorialità sanitaria quando la componente a guida pubblica non riesce a decollare. Due visioni e due strade contrapposte, che la crisi economica non superata mette e metterà a confronto in modo sempre più netto, in una prospettiva dall'esito a tutt'oggi incerto, densa di preoccupazioni per la stessa tenuta del Ssn, la cui capacità di offrire a tutti i cittadini l'intera garanzia di prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione è già oggi un interrogativo.

La visione statalista e burocratica, tuttora apparentemente prevalente, usa gli strumenti normativi e le metodologie di amministrazione che si sono consolidati, in modo spesso contorto, negli ultimi anni. Una nuova e diversa prospettiva per la sanità richiede invece un coraggioso e innovativo intervento riformatore. Per il quale, nel cinquantesimo anno di vita Aiop, qualche segnale affiora.

6. Verso una nuova riforma

Rilanciare il Ssn in una fase di crisi economica profonda e di incertezza politica internazionale è certamente complesso e difficile, ma ciò non avverrà con il trionfo del centralismo e della burocrazia. In tutta Europa, la sopravvivenza dei sistemi di welfare sanitario si gioca invece sull'introduzione di forti fattori di efficientamento, di stimoli alla qualità sorretti da chiari elementi di competitività e dalla realizzazione di un autentico pluralismo degli erogatori, controllato da libertà di scelta e pagamento a prestazione. Questo percorso oggi è frenato dalla presenza di una componente di diritto pubblico presente in forma maggioritaria nel Ssn inefficiente e autoreferenziale, ed è lì che una nuova riforma dovrà cimentarsi. Anche perché il rifinanziamento del Ssn, indispensabile per mantenere nel futuro adeguati livelli qualitativi, non potrà certamente derivare da significativi incrementi di spesa pubblica sanitaria, e sarà dunque indispensabile rendere disponibile per la produzione di prestazioni la quota di spesa oggi improduttiva per inefficienza che Aiop stima tra i 5 e i 10 miliardi di euro.

I contenuti di fondo sono da tempo espressione di una corrente di pensiero riformatrice presente per una riforma efficace nelle Università, nelle migliori componenti mediche e professionali e nelle associazioni di categoria. Aiop ne ha

dato una sintesi nel tredicesimo Rapporto *Ospedali&Salute* del 2015 indicando cinque punti fondamentali per una vera nuova riforma sanitaria:

- 1) trasparenza nella gestione delle Aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche, con adozione di bilanci civilistici tempestivamente resi pubblici;
- 2) riforma del percorso di aziendalizzazione, con il ritorno al pagamento a prestazione anche per il comparto pubblico, che deve essere ricondotto con efficaci piani industriali all'equilibrio fra costi e ricavi in tempi certi e misurabili;
- 3) attivazione di un vero sistema di "premi e castighi" che riconosca gli sforzi delle organizzazioni e dei manager migliori, e che al contempo disincentivi in modo netto le gestioni disfunzionali o inefficaci. A tal fine le Aziende sanitarie e ospedaliere disfunzionali devono andare incontro ad un vero commissariamento, unito a provvedimenti più incisivi in caso di reiterato deficit, quale l'affidamento a gestori professionali;
- 4) inserimento di elementi crescenti di competizione virtuosa, con apertura di una reale parità fra erogatori di diversa natura giuridica all'interno di un unico percorso di accreditamento;
- 5) terzietà dei controlli, per superare il conflitto di interessi di un erogatore pubblico che vigila su se stesso, con tutti i gravi effetti negativi che ciò comporta.

Tutto questo non può realizzarsi in tempo breve, non offre quei risparmi di cassa che taluni si attendono, e probabilmente richiederebbe anche l'attivazione di qualche ammortizzatore sociale specifico, là dove la spesa sanitaria in eccesso si è tradotta in azioni di mero sostegno economico a territori non di rado profondamente disagiati, con una distorsione che però oggi non è più accettabile, perché genera

caduta delle prestazioni sanitarie colpendo la generalità dei cittadini. Ma è l'unica strada possibile per mantenere in vita un Ssn universale e solidaristico, arginandone il declino e riallineandolo ai migliori sistemi sanitari europei. È anche ragionevole pensare che una nuova, grande riforma del Ssn, proposta e discussa nella sua interezza come avvenne nel passato, forse seguirebbe oggi un percorso troppo arduo e incerto, non in sintonia con il momento storico. Ma è proprio per queste difficoltà di fondo – e per la conseguente necessità di trovare nuove forme per intervenire su una materia così complessa e scivolosa – che l'approccio contenuto nel capo II *Efficientamento della spesa sanitaria*, all'interno della legge di stabilità 2016, pare estremamente interessante, innovativo e coraggioso.

Premesso che per la prima volta da molti anni, la legge di stabilità 2016 non contiene tagli alla sanità, va osservato che l'art. 30 *Piani di rientro e riqualificazione degli enti del Servizio sanitario nazionale e Aziende sanitarie uniche* introduce una serie di norme di assoluta rilevanza, che possiamo così sintetizzare:

- 1) la pubblicazione integrale sul proprio sito Internet dei bilanci di esercizio degli erogatori pubblici;
- 2) l'adozione di schemi tipo per la redazione dei bilanci al fine di dare evidenza e trasparenza del risultato di esercizio nei documenti di bilancio degli erogatori pubblici;
- 3) l'adozione di Piani di rientro triennali per tutti i soggetti pubblici con scostamenti pari o superiori al 10% (o almeno 10 milioni) tra costi e ricavi;
- 4) il monitoraggio costante dei Piani di rientro;
- 5) la decadenza automatica del Direttore generale in caso di mancata adozione del Piano di rientro o esito negativo della verifica annuale;
- 6) l'adozione di una nutrita serie di norme attuative volte a rendere efficaci questi indirizzi.

Queste disposizioni, se saranno seguite rapidamente dai non semplici provvedimenti attuativi, rappresentano un primo solido intervento di autentica riforma che finalmente si pone in concreto l'obiettivo dell'efficientamento della componente pubblica del Ssn, riprendendo il percorso della vera aziendalizzazione interrotto alla fine degli anni '90. Trasparenza, equilibrio dei conti e responsabilità diventano così priorità e obiettivi determinanti nel riordino del Ssn, assumendo un valore e una potenzialità innovativa degna di un autentico processo riformatore.

Perché un progetto così ambizioso abbia successo, occorrerà però, presto, aggiungere al disegno che si va componendo un altro fondamentale tassello. Bisogna infatti raggiungere la consapevolezza che l'unico vero stimolo all'efficienza e all'equilibrio finanziario per l'operatore pubblico come per quello privato è il rischio di perdere la proprietà, e questo rischio per l'operatore pubblico deve tradursi nell'obbligo dell'affidamento della gestione dell'Azienda sanitaria o ospedaliera cronicamente in deficit ad un operatore professionale di diritto privato.

Una medicina amara, che comporta la perdita della rendita politica unita al riconoscimento delle difficoltà a gestire direttamente un grande comparto produttivo del Paese, ma anche un forte stimolo a contenere le infinite pressioni che si scaricano sull'amministratore pubblico e che ne riducono oggettivamente la capacità di conseguire la più elevata efficienza aziendale.

Un modo, inoltre, per equiparare veramente diritti e doveri di tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie pubblici e privati, per dare autentica terzietà, e riportare al fondamentale compito di governo del sistema lo Stato e le Regioni, la cui vera missione, e la cui credibilità, si concentrano nell'alto obiettivo di assicurare a tutti i cittadini la piena tutela della salute tramite norme e regole efficaci ed adeguate, vigilan-

done l'attuazione e destinandovi la giusta quota della ricchezza del Paese.

Se nei prossimi anni l'Italia troverà la forza di proseguire con determinazione il percorso riformatore avviato, potremo ricordare questo anno, che è anche il cinquantesimo della fondazione Aiop, come il tempo del giro di boa, come l'anno del rilancio del Ssn.



luglio 2016

Il sistema sanitario italiano

Presentazione del sistema sanitario italiano, con il pilastro di welfare garantito dal Ssn e le sue dinamiche di sviluppo, presentata da Gabriele Pelissero e Nicola Bedin, all'epoca AD del Gruppo ospedaliero San Donato e consigliere nazionale Aiop, a Rostock, in Germania, il 13 e 14 luglio 2016, alla presenza del Ministro federale della salute tedesco, Herman Grohe, e del Presidente dello Stato di Mecklenburg-Vorpommern, Erwin Sellering, in occasione della dodicesima Fiera tedesca di economia sanitaria dedicata quell'anno all'Italia.

Nel 1978 il Servizio sanitario nazionale italiano è stato interessato da un radicale cambiamento, passando da un sistema di tipo Bismarck, molto simile a quello tutt'ora vigente in Germania, a un sistema di tipo Beveridge, che presenta forti somiglianze con il National health service britannico. Il sistema Beveridge italiano ha, tuttavia, delle caratteristiche particolari che, per certi versi, lo rendono simile al sistema tedesco.

È necessario, in primo luogo, ricordare che il nostro sistema sanitario è un sistema universalistico e solidale.

È universalistico nel senso che tutti i cittadini italiani, in base al principio di cittadinanza, hanno diritto ad accedere a tutte le prestazioni sanitarie, di prevenzione, di cura e di riabilitazione; è un sistema solidale perché la copertura economica di larga parte di queste prestazioni deriva dalla fiscalità generale.

Tuttavia, deve essere sottolineata l'importanza che ha in Italia la componente regionale: il sistema sanitario italiano è infatti un sistema di tipo Beveridge con uno spiccato contenuto federalista, e sotto questo profilo presenta certamente una somiglianza interessante con il modello tedesco.

In Italia esistono, infatti, 19 Regioni che godono di autonomia in base alla nostra Costituzione ed hanno potestà legislativa in materia sanitaria. Accanto alle Regioni, inoltre, esistono due Province autonome di Bolzano e di Trento che godono degli stessi poteri attribuiti alle Regioni. Abbiamo, pertanto, 21 governi territoriali che esprimono la propria posizione in materia di sanità.

Inoltre, mentre lo spirito originario dei sistemi di tipo Beveridge è uno spirito strettamente pubblicistico, nel quale la componente pubblica è assolutamente dominante se non esclusiva, il Servizio sanitario nazionale italiano si caratterizza oggi per una presenza mista di operatori, in parte pubblici e in parte privati.

1. Spesa sanitaria

La spesa pubblica sanitaria e la spesa totale sanitaria italiana risultano molto inferiori a quelle di altri Paesi europei confrontabili con l'Italia, quali la Francia e la Germania.

Secondo i dati ufficiali dell'OECD Health Statistics riferiti al 2013 ed aggiornati ad ottobre 2015 (figura 7.1), a seguito dei tagli che, in conseguenza della crisi economica globale e di politiche poco lungimiranti hanno interessato la spesa pubblica sia italiana che europea, la spesa pubblica sanitaria del nostro Paese è stata ridotta ad un valore pari al 6,8% del Pil.

La spesa totale sanitaria italiana nel 2013 ha raggiunto, invece, un valore pari all'8,8% del Pil, mentre come risulta dalla figura 7.2, quella tedesca è pari ad un valore dell'11% del Pil e quella francese un valore del 10,9% del Pil.

Sempre dalla figura 7.2, noterete, inoltre, che l'incidenza della spesa totale sanitaria in Germania e in Francia è progressivamente aumentata, a differenza di quella della spesa totale sanitaria italiana. Questo incremento è dovuto all'espansione della spesa pubblica nei due Paesi stranieri. Come mostra infatti la figura 7.3, la spesa pubblica sanitaria tedesca è passata dall'8,1% del 2011 al 8,4% del 2013, mentre quella francese è aumentata dall'8,4% all'8,6%.

In termini di valore assoluto la spesa pubblica sanitaria della Germania è passata da 218 miliardi di euro nel 2011 a 235 miliardi di euro nel 2013: si tratta, quindi, di un aumento del 7,5%. Nello stesso periodo, la spesa pubblica sanitaria francese è cresciuta del 2,9%. In Italia, invece, ha subito una riduzione del 2%.

Se la spesa pubblica sanitaria italiana rapportata al Pil si avvicinasse al valore percentuale della spesa tedesca e di quella francese, aumenterebbe di un punto percentuale. Il sistema avrebbe, quindi, a disposizione circa 16 miliardi di

Fig. 7.1 – Amount of public healthcare spending in relation to the GDP, 2013 – Eu countries
 Source: OECD Health Data, October 2015; (*) Eurostat



Fig. 7.2 - Amount of total healthcare spending in relation to the GDP

% Values	Total Healthcare Spending		
	2011	2012	2013
United States	16.4	16.4	16.4
Japan	10.0	10.1	10.2
Germany	10.7	10.8	11.0
France	10.7	10.8	10.9
Italy	8.8	8.8	8.8
United Kingdom	8.5	8.5	8.5
Canada	10.3	10.2	10.2
Average of G7 countries (*)	10.8	10.8	10.9
Australia	8.6	8.8	-
Austria	9.9	10.1	10.1
Belgium	10.1	10.2	10.2
Denmark	10.2	10.4	10.4
Finland	8.2	8.5	8.6
Greece	9.7	9.1	9.2
Iceland	8.6	8.7	8.7
Ireland	8.0	8.1	-
Luxembourg	6.8	6.6	-
Holland	10.5	11.0	11.1
New Zealand	9.7	9.8	9.5
Norway	8.8	8.8	8.9
Portugal	9.5	9.3	9.0
Spain	9.0	8.9	-
Sweden	10.6	10.8	11.0
Switzerland	10.6	11.0	11.1
Turkey	5.0	5.0	5.1
Average of European OECD countries (*)	9.2	9.2	9.5
Average of all OECD countries (*)	9.6	9.6	10.0

(*) Mean values are calculated as unweighted average values.

Source: data processed by Ermeneia from "OECD Health Data 2015", OECD, Paris, October 2015.

euro in più all'anno. Queste risorse aggiuntive potrebbero, ad esempio, essere proficuamente investite per la digitalizzazione del sistema sanitario e la modernizzazione tecnologica e strutturale degli ospedali.

Nell'analisi di questi dati, si deve tener conto di un altro elemento rilevante, vale a dire il progressivo innalzamento dell'età media in Italia, che è il Paese europeo con la popolazione più vecchia. La percentuale di popolazione sopra i

Fig. 7.3 - Amount of public healthcare spending in relation to the GDP

% Values	Public Healthcare Spending		
	2011	2012	2013
United States	7.9	7.9	7.9
Japan	8.2	8.3	8.5
Germany	8.1	8.2	8.4
France	8.4	8.5	8.6
Italy	6.8	6.8	6.8
United Kingdom	7.4	7.3	7.3
Canada	7.2	7.2	7.2
Average of G7 countries (*)	7.7	7.7	7.8
Australia	6.0	5.9	-
Austria	7.5	7.7	7.7
Belgium	7.8	7.9	8.0
Denmark	8.7	8.8	8.8
Finland	6.1	6.4	6.5
Greece	6.7	6.2	6.0
Iceland	7.0	7.0	7.1
Ireland	5.5	5.5	-
Luxembourg	5.7	5.5	-
Holland	9.1	9.6	9.7
New Zealand	7.8	7.9	7.6
Norway	7.4	7.4	7.6
Portugal	6.4	6.1	6.0
Spain	6.6	6.4	-
Sweden	9.0	9.1	9.2
Switzerland	6.8	7.1	7.3
Turkey	4.0	3.9	4.0
Average of European OECD countries (*)	7.1	7.1	7.4
Average of all OECD countries (*)	7.2	7.2	7.5

(*) Mean values are calculated as unweighted average values.

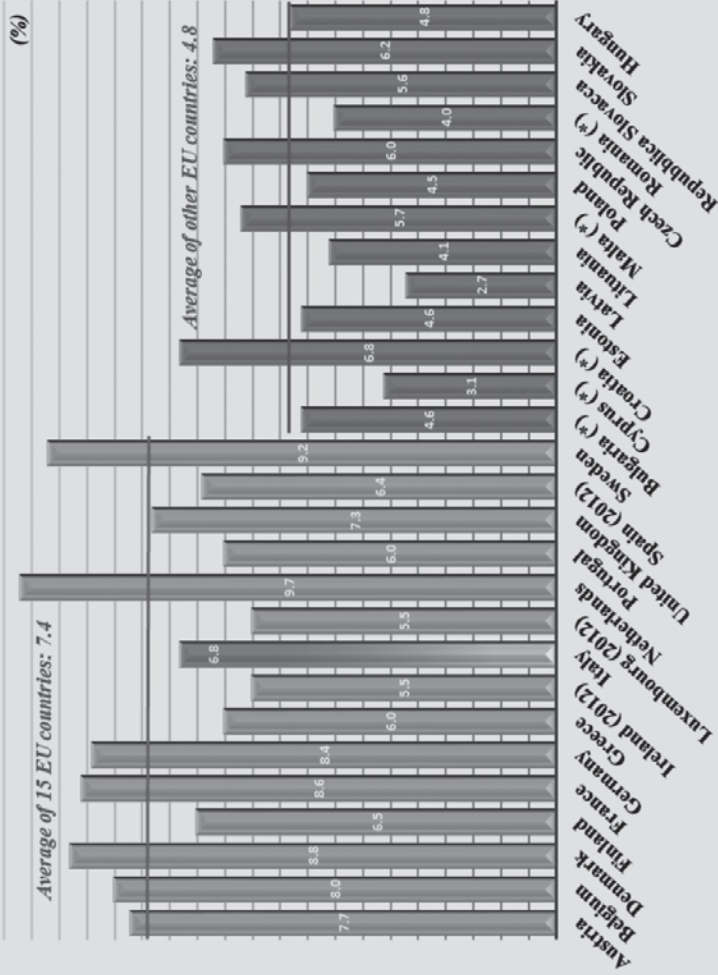
Source: data processed by Ermeneia from "OECD Health Data 2015", OECD, Paris, October 2015.

65 anni in Italia è, infatti, del 21,4%, mentre in Germania del 20,8% ed in Francia del 18%.

Dalla figura 7.2, si evince che la spesa pubblica sanitaria nell'Unione europea è in media del 6,2% del Pil. Con il valore del 6,8% del Pil, l'Italia si posizionerebbe, dunque, al di sopra della media.

Nella figura 7.4 abbiamo, tuttavia, proposto una distinzione tra i 15 Paesi dell'Unione europea originaria ed i 13 Paesi

Fig. 7.4 – Amount of public healthcare spending in relation to the GDP, 2013 – EU countries
 Source: OECD Health Data, October 2015; (*) Eurostat



entrati più recentemente. Mentre i primi sono muniti di un sistema di welfare più evoluto ed hanno una media di spesa pubblica sanitaria pari al 7,4% del Pil, gli altri, caratterizzati ancora da servizi ed economie fragili, si attestano su una media del 4,8%.

L'Italia, che rientra nel gruppo dei primi 15 Paesi aderenti all'Unione europea, si posiziona, quindi, in un range di spesa pubblica sanitaria particolarmente basso rispetto agli altri Paesi più evoluti, con un livello pari a quello del migliore dei nuovi entrati, vale a dire la Croazia.

2. Organizzazione regionale

Come accennato, alla luce del ruolo riconosciuto dalla Costituzione alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e Bolzano, nell'analisi del sistema sanitario italiano, è necessario prendere in considerazione le caratteristiche e i principali aspetti di interazione fra i 21 sistemi locali che presentano anche alcuni importanti caratteristiche comuni. Un ulteriore rilevante elemento da considerare è che, rispetto all'iniziale situazione vigente negli anni '70, la componente di operatori di diritto privato che erogano prestazioni per il Servizio sanitario nazionale è fortemente cresciuta. In questo momento circa il 28% di tutte le prestazioni ospedaliere fruite dai cittadini italiani e finanziate dal Servizio sanitario nazionale, sono offerte da operatori di diritto privato. Ci sono in realtà circa 592 ospedali privati in Italia, moltissimi dei quali iscritti alla nostra Associazione, che sono di diversa natura e dimensioni: ne abbiamo di piccoli, medi, grandi e di molto grandi, ed inoltre, negli ultimi 20 anni abbiamo assistito in Italia, come peraltro in Germania e Francia, e in molti altri Paesi europei, alla nascita di catene ospedaliere di diritto privato che si stanno progres-

sivamente affermando. Come risulta dalla figura 7.5, tra le diverse Regioni si notano, però, rilevanti differenze nei rapporti tra il numero di operatori pubblici e quello di operatori privati, cioè tra le quote di mercato controllate da soggetti pubblici e quelle controllate da soggetti privati.

Nelle diverse Regioni italiane, infatti, la percentuale di posti letto offerti da operatori di diritto privato nell'ambito del sistema pubblico varia da un minimo del 3,4% ad

Fig. 7.5 – Public and accredited private patient beds used for hospitalization, by region. Year 2013

Regions	2013				
	Public institutions ⁽¹⁾		Private hospitals (accredited healthcare facilities)		Total
	Patient beds	% of the total	Patient beds	% of the total	
- Piedmont	12,902	79.4	3,345	20.6	16,247
- Aosta Valley	453	86.0	74	14.0	527
- Lombardy	27,421	77.6	7,904	22.4	35,325
- A.P. of Bolzano	1,694	86.6	262	13.4	1,956
- A.P. of Trento	1,416	72.7	532	27.3	1,948
- Veneto	15,199	92.9	1,158	7.1	16,357
- Friuli Venezia Giulia	3,957	90.2	428	9.8	4,385
- Liguria	5,211	96.6	183	3.4	5,394
- Emilia Romagna	13,226	75.4	4,316	24.6	17,542
- Tuscany	9,781	86.3	1,555	13.7	11,336
- Umbria	2,629	92.5	213	7.5	2,842
- Marche	4,380	83.5	863	16.5	5,243
- Lazio	14,281	71.8	5,600	28.2	19,881
- Abruzzo	3,301	76.7	1,000	23.3	4,301
- Molise	995	87.7	140	12.3	1,135
- Campania	10,304	64.3	5,711	35.7	16,015
- Apulia	9,703	80.9	2,285	19.1	11,988
- Basilicata	1,645	91.7	149	8.3	1,794
- Calabria	3,186	65.3	1,694	34.7	4,880
- Sicily	10,428	73.7	3,726	26.3	14,154
- Sardinia	4,650	82.2	1,004	17.8	5,654
North	81,479	81.7	18,202	18.3	99,681
Center	31,071	79.1	8,231	20.9	39,302
South	44,212	73.8	15,709	26.2	59,921
Italy	156,762	78.8	42,142	21.2	198,904

Source: processing by Ermeneia - data from the Ministry of Health

un massimo del 35,7% (figura 7.5). La situazione complessiva si presenta, dunque, estremamente variegata e questo costituisce un fattore di competizione interno molto interessante.

3. Finanziamento

Per quanto attiene alle modalità di finanziamento del Fondo sanitario nazionale, questo è prestabilito su base pro capite calcolata per ciascuna singola Regione e per le due Province autonome. Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie, di ricovero e ambulatoriali, sono finanziati sulla base dei cc.dd. Drg (*Diagnosis related groups* o Raggruppamenti omogenei di diagnosi) e delle tariffe ambulatoriali stabilite dal Governo centrale e dai governi regionali.

Nel 1994 il sistema Drg è stato esteso anche alle Aziende ospedaliere ed ai presidi ospedalieri pubblici, che possono, però, attingere anche a risorse aggiuntive, incrementali, delle quali il privato non può giovare.

Ne consegue una disparità tra operatori pubblici e operatori privati nel mercato delle prestazioni sanitarie.

In questo contesto generale si è, talvolta, assistito al formarsi di disavanzi di bilancio, anche notevoli, soprattutto in alcune Regioni del centro-sud Italia, quali il Lazio, la Campania, la Sicilia (figura 7.6). In talune Regioni il disavanzo annuo, calcolato su una base pro capite, ha toccato anche valori prossimi a 100 euro per persona (figura 7.7).

Conseguentemente è stato necessario adottare piani di rientro, che in alcuni casi, hanno permesso di ripianare il deficit, ma hanno anche avuto un effetto negativo generalizzato, vale a dire un peggioramento dell'assistenza offerta al cittadino e l'incremento delle liste d'attesa.

Una certa variabilità si può notare anche in riferimento al-

Fig. 7.6 – Regional cumulated deficits, 2001 - 2013
 Source: processing by OASI Report 2014 - Cergas BOCCONI

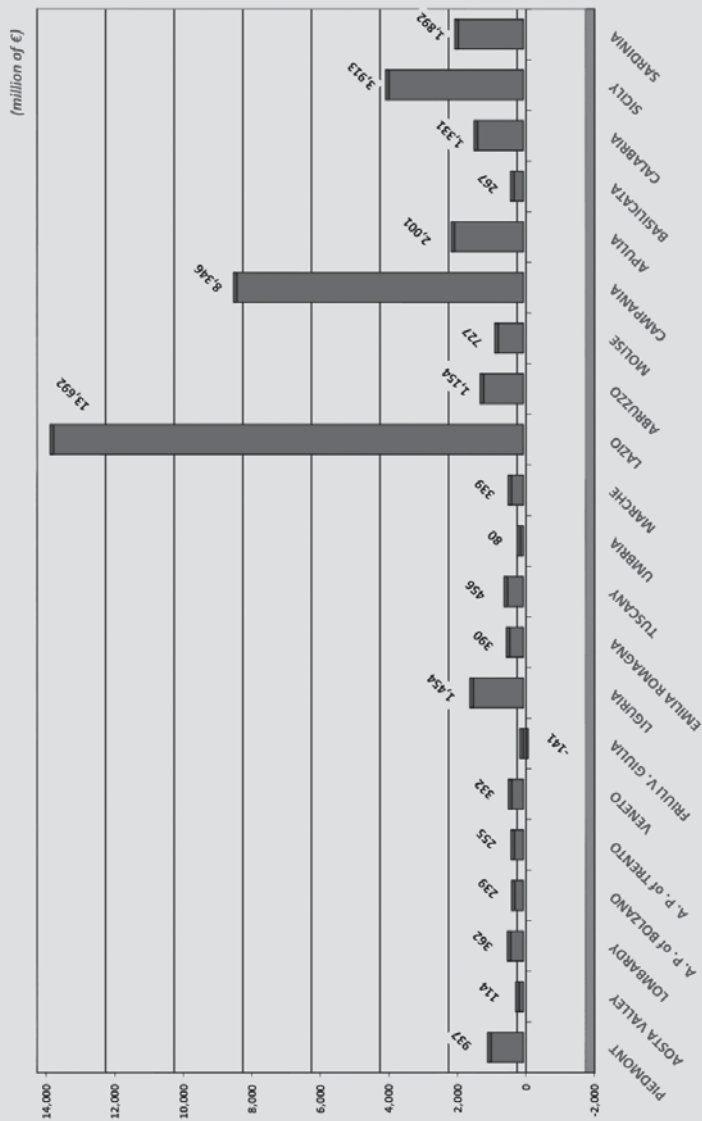


Fig. 7.7 - Region deficits 2014

Regions	Operating loss (mln. of €)	Per capita (€)
- Piedmont	-47	-10.59
- Aosta Valley	3	23.33
- Lombardy	-10	-1.00
- A.P. of Bolzano	7	13.57
- A.P. of Trento	0	0.00
- Veneto	-30	-6.09
- Friuli Venezia Giulia	-6	-4.88
- Liguria	73	45.86
- Emilia Romagna	-1	-0.22
- Tuscany	4	1.07
- Umbria	-15	-16.73
- Marche	-78	-50.22
- Lazio	-545	-92.84
- Abruzzo	-37	-27.74
- Molise	37	117.56
- Campania	-279	-47.53
- Apulia	-15	-3.67
- Basilicata	-2	-3.46
- Calabria	-65	-32.82
- Sicily	-41	-8.05
- Sardinia	277	166.48
North	-11	-0.40
Center	-634	-52.52
South	-125	-5.97
Italy	-770	-12.67

Source: processing by OASI Report 2015 – Cergas Bocconi

l'ammontare pro capite del Fondo sanitario nazionale suddiviso per Regione, con una media di 1.733 euro annui relativi a spesa pubblica sanitaria (figura 7.8). Anche questo valore di spesa pro capite è inferiore rispetto a quelli riscontrabili in Francia e Germania, in cui la spesa pro capite è pari rispettivamente a 2.700 euro e 2.900 euro, cioè il 67% in più dell'Italia.

Fig. 7.8 - National Health Fund, per capita amount 2014

Regions	Total amount (€)	Per capita amount (€)
- Piedmont	7,831,271,875	1,727.33
- Aosta Valley	214,669,749	1,658.60
- Lombardy	17,822,409,503	1,786.63
- A,P, of Bolzano	890,761,555	1,769.20
- A,P, of Trento	904,953,905	1,701.42
- Veneto	8,612,962,833	1,748.42
- Friuli Venezia Giulia	2,220,371,521	1,759.67
- Liguria	2,846,321,835	1,702.15
- Emilia Romagna	8,151,011,134	1,805.71
- Tuscany	6,808,192,261	1,772.46
- Umbria	1,591,126,886	1,736.64
- Marche	2,689,703,329	1,703.79
- Lazio	9,914,128,033	1,698.58
- Abruzzo	2,259,592,545	1,680.47
- Molise	578,715,400	1,813.67
- Campania	9,535,733,714	1,685.27
- Apulia	6,803,165,664	1,686.67
- Basilicata	963,569,770	1,665.99
- Calabria	3,134,961,320	1,604.25
- Sicily	8,518,824,047	1,700.76
- Sardinia	2,815,362,668	1,690.86
Bambin Gesù	194,527,432	
ACISMOM	39,551,689	
	105,341,888,668	1,733.09

Source: C.I.P.E. – NHF allocation

4. Indicatori di qualità

Nonostante questo quadro economico-finanziario, il Ssn italiano presenta interessanti elementi di efficienza.

In primo luogo, per quanto riguarda la composizione della spesa sanitaria italiana ed il tipo di prestazioni offerte, abbiamo un valore del 55% destinato all'attività ospedaliera, una spesa del 4% circa destinata alla prevenzione, un valo-

re del 7,6% per la farmaceutica, ed una quota del 6% destinata alla medicina generale, mentre i restanti fondi sono destinati al finanziamento della medicina specialistica.

Un ulteriore aspetto positivo è rappresentato da un ottimo sistema informativo. Conosciamo e analizziamo sistematicamente tutti i ricoveri ospedalieri che avvengono nel nostro Paese, che sono circa 9 milioni: sulla base di una scheda che viene compilata ed è inserita nel sistema informativo nazionale, possiamo ricostruire e tracciare quelle che sono state le caratteristiche del ricovero di ogni cittadino italiano che entra in un ospedale pubblico o privato nell'intero corso dell'anno. Questo ci consente di fare delle valutazioni di qualità progressivamente sempre più approfondite.

Uno dei criteri più semplici utilizzabili nella valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie è quello basato sul valore dell'indice *case-mix*.

Questo sistema di valutazione è noto perché si basa su un indicatore che si ottiene con un algoritmo molto semplice da ricavare all'interno dei sistemi informativi e che fornisce il livello di complessità totale delle cure che vengono erogate: tanto più elevato è il livello dell'indicatore, tanto più ci troviamo di fronte ad un'attività ospedaliera tecnologicamente complessa e di alta specialità; tanto più è basso il livello dell'indicatore, tanto più ci troviamo di fronte ad un'attività ospedaliera che ha ben poca complessità, che ha uno scarso contributo di capitale, non necessariamente inutile e negativa, ma certamente più semplice e tecnologicamente meno avanzata.

Confrontando separatamente i valori degli indici *case-mix* relativi agli operatori di diritto pubblico e quelli relativi agli operatori di diritto privato, nel corso del 2013 osserviamo che il valore dell'indice relativo alla totalità degli ospedali pubblici è 0,98, mentre per gli ospedali privati il valore dell'indice è pari all'1,07 (figura 7.9).

Da questi dati si può comprendere come la componente privata che, all'interno di questo sistema vale circa il 28% di tutta l'attività, ha intrapreso notevoli investimenti. Questi investimenti hanno permesso, in un sistema che si regge su un finanziamento così esiguo, di esprimere, in alcuni contesti, degli elementi di qualità molto interessanti, seppur con un'accentuata differenziazione tra alcune realtà di eccellenza ed altre realtà con maggiori difficoltà di funzionamento.

5. Mobilità interregionale

Pur esistendo 21 servizi sanitari locali diversi, i cittadini italiani hanno diritto, disponendo di una tessera sanitaria, al ricovero in qualunque ospedale pubblico o privato del Paese, scegliendo la struttura che ritengono qualitativamente più efficiente e più adeguata alle loro esigenze.

La possibilità di mobilità permette, quindi, ai cittadini italiani di far fronte ad eventuali criticità ed inefficienze che gli stessi percepiscano nel sistema sanitario della regione di appartenenza.

Con la direttiva europea sulla mobilità transfrontaliera, che con fatica è stata recepita, il principio della mobilità dei pazienti ha ormai assunto rilevanza comunitaria, ma l'Italia – con diversi livelli di qualità e di performance, permeabili fra loro, cioè attraverso i quali il paziente può spostarsi liberamente scegliendo dove curarsi – costituisce, forse, il più interessante laboratorio di sperimentazione in tal senso.

Come mostra la figura 7.10, già dal 1998 si sono calcolati 800.000 pazienti in mobilità; nel 2014 sono stati 734.000 pazienti.

In questi anni, inoltre, si è avuta una riduzione dei ricoveri ospedalieri grazie all'efficacia delle politiche di deospeda-

Fig. 7.9 - Comparison of AIOF public institutions and private hospitals (accredited healthcare facilities), based on the «case-mix» of the services provided, 2010-2013

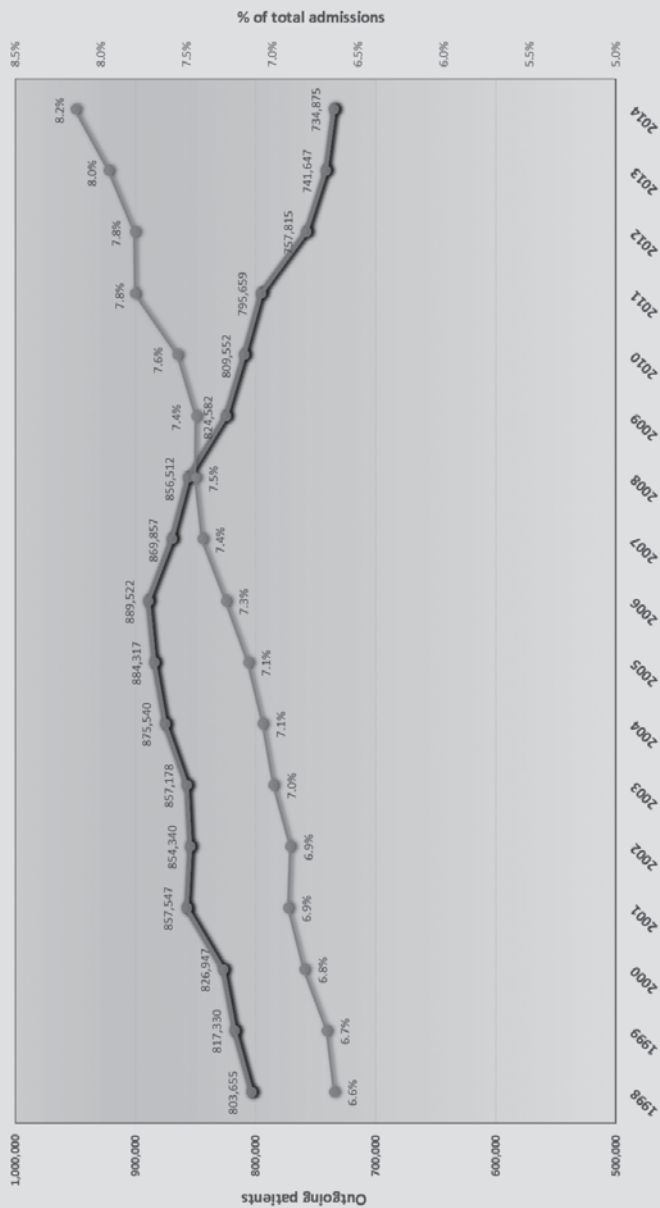
Regions	Public institutions				AIOF Private hospitals (accredited healthcare facilities)			
	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
- Piedmont	1.09	1.07	1.07	1.07	1.34	1.39	1.38	1.31
- Lombardy	1.03	1.03	1.02	0.98	1.27	1.26	1.26	1.24
- A.P. of Bolzano	0.93	0.93	0.91	0.90	0.86	0.85	0.77	0.71
- A.P. of Trento	0.91	0.99	0.98	0.99	0.82	0.70	0.68	0.82
- Veneto ^(a)	1.06	1.04	1.02	1.00	1.13	1.12	1.09	1.12
- Friuli Venezia Giulia	1.06	1.05	1.03	1.02	1.01	0.94	0.95	1.01
- Liguria ^(b)	1.07	1.05	1.03	1.03	2.09	2.20	2.24	2.15
- Emilia Romagna	1.04	1.02	1.01	1.00	1.19	1.17	1.16	1.11
- Tuscany	1.09	1.08	1.08	1.07	1.40	1.34	1.30	1.29
- Umbria	0.99	0.98	0.99	0.99	1.09	1.05	1.01	0.98
- Marche	1.02	1.02	1.02	1.02	1.00	1.01	1.00	1.04
- Lazio	1.01	1.00	1.00	1.00	1.00	0.98	0.94	0.91
- Abruzzo	0.96	0.96	0.95	0.94	1.12	1.18	1.10	1.07
- Molise	0.98	0.99	0.98	0.85	-	0.97	0.94	0.93
- Campania	0.95	0.95	0.96	0.97	0.89	0.88	0.89	0.86
- Apulia	0.92	0.91	0.91	0.88	1.28	1.27	1.26	1.27
- Basilicata	1.03	1.02	1.01	1.01	-	-	-	-
- Calabria	0.87	0.88	0.87	0.87	0.88	0.89	0.90	1.09
- Sicily	0.89	0.96	0.95	0.95	0.97	0.79	1.02	1.00
- Sardinia	0.92	0.91	0.91	0.90	0.89	0.82	0.73	0.70
- Total	1.00	1.00	1.00	0.98	1.08	1.05	1.08	1.07

All indicator values are aligned to CMS DRG version 24.0 used by the Ministry of Health since 2009. This version consists of 538 DRGs and refers to the 2007 International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) for the classification of diseases, injuries, surgeries, diagnostic and therapeutic procedures.

(a) The public institutions in Veneto also include 4 private hospitals (accredited healthcare facilities) associated with AIOF and under the control of USL facilities.

(b) The high average weight is due to the presence of two accredited healthcare facilities, largely devoted to extremely specialized treatment. Source: data processed by *Ermeneta - Studi & Strategie di Sistema* based on the *Ministry of Health and AIOF data*.

Fig. 7.10 – Patient mobility over time, 1998 - 2014



Source: processing by AIOP - data from the Ministry of Health: mobility matrix, 1998 - 2014
 Note: ordinary and day hospital admissions

lizzazione che sono state attivate in Italia progressivamente a partire dagli anni 2005-2006, spostando un numero crescente di prestazioni ospedaliere dalla fase di ricovero alla fase ambulatoriale.

Contemporaneamente è cresciuta la percentuale di pazienti in mobilità, che si spostano secondo criteri razionali, verso le regioni con i sistemi sanitari più efficienti.

Questo fenomeno è l'effetto di un meccanismo concorrenziale ben funzionante, in cui i pazienti possono liberamente scegliere e che ha come conseguenza una netta differenza tra le Regioni con un saldo attivo (ad esempio la Lombardia che ha un saldo attivo di 534 milioni di euro) e le Regioni con un saldo passivo (ad esempio la Campania che ha un saldo passivo di 270 milioni di euro) (figura 7.11).

Da questa analisi si possono individuare due potenziali elementi di forza nel Servizio sanitario nazionale, nonostante la spesa d'investimento sia molto bassa rispetto a quella di altri Paesi comparabili con il nostro (ad esempio la Francia che ha un simile numero di abitanti). In primo luogo è possibile che in futuro questa carenza sia colmata poiché, a fronte dei deficit dei bilanci regionali, incrementando l'efficienza del comparto pubblico, si potrebbero recuperare risorse da mantenere all'interno del budget della sanità per reinvestirlo in qualità. Vorrei, peraltro, ricordare che quest'ultimo è l'indirizzo politico attualmente adottato dal Ministero della salute e da noi pienamente condiviso.

L'altro elemento di forza è indubbiamente rappresentato dalla presenza di operatori di diritto privato che, in questi anni, hanno investito di più e che, quindi, hanno un patrimonio tecnologico più ampio così da riuscire a offrire prestazioni ad un costo minore. Infatti, a fronte di un finanziamento più basso rispetto a quello percepito dagli ospedali pubblici, queste strutture non presentano deficit e così contribuiscono a mantenere il sistema in equilibrio.

Fig. 7.11 - Interregional patient mobility, economic value

Regions	Credits (€)	Debits (€)	Balance (€)
- Piedmont	221,644,341	247,830,761	-26,186,420
- Aosta Valley	11,378,280	21,025,321	-9,647,041
- Lombardy	870,717,736	336,757,469	533,960,267
- A,P, of Bolzano	42,272,452	24,055,547	18,216,905
- A,P, of Trento	46,608,306	63,437,907	-16,829,601
- Veneto	316,283,493	240,926,951	75,356,542
- Friuli Venezia Giulia	107,624,334	74,180,462	33,443,872
- Liguria	141,779,246	193,549,029	-51,769,783
- Emilia Romagna	563,403,114	235,425,416	327,977,698
- Tuscany	317,543,277	166,328,821	151,214,456
- Umbria	95,768,065	92,472,747	3,295,318
- Marche	104,082,335	150,228,269	-46,145,934
- Lazio	293,903,797	495,479,255	-201,575,458
- Abruzzo	103,701,556	174,416,736	-70,715,180
- Molise	85,962,775	60,240,731	25,722,044
- Campania	138,347,509	408,750,552	-270,403,043
- Apulia	116,008,426	303,273,625	-187,265,199
- Basilicata	68,004,156	106,800,319	-38,796,163
- Calabria	29,563,395	281,250,249	-251,686,854
- Sicily	82,083,681	243,765,454	-161,681,773
- Sardinia	18,636,333	89,200,107	-70,563,774
Bambin Gesù	194,528,552	1,120	194,527,432
ACISMOM	39,551,689		39,551,689
	4,009,396,848	4,009,396,848	-

Source: C.I.P.E. – NHF allocation

Questa ricostruzione è confermata dal fatto che la mobilità interregionale vede in tutte le Regioni un contributo fondamentale della componente di diritto privato che, in questo senso, è sempre più efficiente e performante rispetto a quella di diritto pubblico.

6. Conclusioni

In conclusione è necessario ribadire che già nelle non piccolissime differenze fra i sistemi di welfare sanitario europeo resta come obiettivo imprescindibile una sempre più intensa collaborazione nell'interesse dei cittadini e dei malati.

E si può ricordare in questo senso la dichiarazione prodotta dall'Assemblea generale dell'Unione europea dell'Ospedalità Privata (Uehp) riunitasi a Sofia il 17 giugno scorso, in cui si sottolinea la necessità di sempre maggiori sforzi volti al miglioramento della sanità per tutti i cittadini europei:

«Un progresso in tal senso, richiede una sempre maggiore integrazione e un progressivo rafforzamento della collaborazione fra tutti i Paesi europei, una crescente presenza dell'Unione europea e di tutti gli Stati membri e un deciso sforzo comune per abbattere barriere interne, a partire da quelle che ostacolano la libertà di scelta del modo di cura da parte dei cittadini, la circolazione dei professionisti sanitari e, soprattutto, la rapida diffusione dei risultati della ricerca biomedica».



gennaio 2017

Il cappio

In *Ospedali&Salute – Quattordicesimo rapporto annuale 2016*, Franco Angeli, Milano, 2017, presentato il 12 gennaio 2017. Al momento della presentazione è in corso la XVII legislatura, Presidente del Consiglio è Paolo Gentiloni e Ministro della salute è Beatrice Lorenzin. Paolo Gentiloni ha ricevuto l'incarico di formare un nuovo governo dopo le dimissioni rassegnate dal precedente Presidente del Consiglio, Matteo Renzi, a seguito del referendum costituzionale del 4 dicembre 2016 con esito negativo, avente ad oggetto il testo di legge costituzionale approvato in via definitiva il 12 aprile 2016 (c.d. D.d.l. Boschi). Il 24 novembre 2016 la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome approva lo *Schema tipo di riferimento per gli accordi bilaterali fra le Regioni per la mobilità sanitaria interregionale*, da utilizzare per imporre tetti di spesa alle prestazioni erogate a carico del Servizio sanitario nazionale dalle strutture pubbliche e private accreditate, ai cittadini residenti nelle Regioni o nelle Province autonome che sottoscrivono la convenzione bilaterale.

1. Uno scontro infinito

Il Servizio sanitario nazionale nasce nel 1978 con una indiscutibile aspirazione al monopolio pubblico della produzione di tutte le prestazioni sanitarie, figlio in questo del clima politico degli anni '60 e di una analoga concezione già presente nell'originario modello britannico.

La realtà dei fatti non consentì mai la piena attuazione di questa aspirazione iniziale, ma solo agli inizi degli anni '90 l'idea del pluralismo degli erogatori, all'interno di un sistema di welfare, universalistico, sempre rigorosamente governato da Stato e Regioni, troverà una buona elaborazione normativa con i DD.lgs. 502/92 e 517/93.

La c.d. "riforma della riforma" introduce infatti, da un lato l'idea dell'aziendalizzazione degli erogatori pubblici, dall'altro un principio di pluralismo e parità fra pubblico e privato che tenta di immettere qualche elemento di competitività nel Ssn quale motore per il miglioramento della qualità e dell'efficienza generale.

In questo rinnovato contesto la presenza di operatori di diritto privato all'interno dei sistemi sanitari regionali cresce, seppur disordinatamente in modalità molto diverse da regione a regione.

Ma pochi anni dopo il grande scontro istituzionale del 1996 fra la Regione Lombardia, che vuole realizzare una vera parità competitiva fra pubblico e privato, e il Governo nazionale, dove il Ministero della sanità si preparava a varare la terza riforma di orientamento nettamente statalista e pubblicista, raffigura in modo evidentissimo l'esistenza di due visioni inconciliabili del Ssn. Uno scontro destinato a non interrompersi neppure dopo l'approvazione della D.lgs. 229/99, ma anzi a consumarsi nella quotidianità di uno stile di governo regionale per lo più ostile alla presenza di chi non è pubblico, al quale si contrappone la dinamicità degli

operatori privati e il loro continuo e crescente successo decretato dai cittadini e dai pazienti, che quando possono, in tutte le Regioni, li utilizzano e ne apprezzano maggiormente le prestazioni offerte.

Per più di 10 anni questa situazione si protrae in una sostanziale continuità senza significativi interventi normativi, mentre la quota di prestazioni ospedaliere rese per conto del Ssn dai privati arriva su base nazionale al 25% del totale, mentre in più di una grande regione (Lombardia, Lazio, Campania) si spinge verso il 35-40% del totale.

La reazione del pensiero statalista e del declinante monopolio pubblico in sanità non poteva, prima o poi, mancare, e sarà la grande crisi dell'economia mondiale e soprattutto quella drammaticamente emergente della finanza pubblica italiana a offrire l'occasione.

2. La trappola

Già nel 2011 la prima risposta governativa alle crescenti difficoltà della finanza pubblica si era concretizzata con un taglio alla spesa sanitaria con contenuti discutibili, ma l'intervento più radicale e foriero di effetti più negativi sul sistema sanitario si avrà nel 2012 con la c.d. spending review del Governo Monti, espressa nel D.l. 95/2012, convertito nella L. 135/2012.

E su questo tema occorre soffermarsi per un approfondimento. Partendo dalla visione complessiva dei tagli al Ssn operati nel periodo 2011-2014, riportati in tabella 8.1, si osservi in particolare le prime due righe della tabella che evidenziano i tagli selettivi previsti proprio dalla L. 135/2012 a carico degli erogatori ospedalieri e specialistici ambulatoriali di diritto privato.

La storia di questo provvedimento contiene un dato di cro-

naca che mi riguarda personalmente, perché toccò a me, appena eletto Presidente nazionale di Aiop nel maggio 2012, confrontarmi con l'allora Ministro della salute Renato Balduzzi e con i suoi collaboratori.

La previsione di un taglio alle prestazioni erogate dagli operatori di diritto privato mi venne prospettata, in quei difficili mesi, come un inevitabile sacrificio che, insieme a tanti altri, era indispensabile per la salvezza finanziaria del Paese, mentre l'urgenza di effettuare risparmi di cassa rendeva vana, agli occhi del Governo, la mia obiezione di fondo che in questo modo si riducevano le prestazioni meno care per il Ssn e più apprezzate dai cittadini, con una conseguente prospettiva, a breve-medio termine, di una crescita delle liste d'attesa e del disagio sociale.

In effetti, la prima formulazione della legge prevedeva un taglio ancora più gravoso, pari al 1% nel 2012, al 2% nel 2013 e al 4% nel 2014.

Riuscii a convincere il Ministro che ciò avrebbe provocato una vera catastrofe nella capacità del Ssn di erogare prestazioni in molte Regioni, e nella formulazione finale il D.l. 95/2012, poi convertito nella L. 135/2012 operò un taglio complessivo ai privati dello 0,5% nel 2012, dell'1% nel 2013 e del 2% nel 2014. Con un risparmio presunto, a regime, di 280 milioni di euro come si può rilevare nella tabella 8.1, riga terza.

Il sacrificio, doloroso per le aziende e per i pazienti, fu responsabilmente registrato da Aiop come un tributo allo sforzo comune per aiutare il Paese in un momento di straordinaria tensione finanziaria, e tutti cademmo nella trappola.

Il testo finale convertito in legge è riportato in tabella 8.2.

Tab. 8.1 – Spesa sanitaria: entità dei tagli previsti nel triennio 2012-2014 (Manovra Tremonti 2011, Spending review 2012 e legge di stabilità 2013) (in milioni di €)

Voci di spesa	Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014	
	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11
Ospedaliera accreditata	45,00		90,00		180,00	
Specialistica accreditata	25,00		50,00		100,00	
Totale	70,00		140,00		280,00	
Personale dipendente e conv.		-		163,50		
Farmaceutica accreditata	325,00	1.000,00	747,00	1.090,00	747,00	1.090,00
Beni e servizi - Appalti e forniture	505,00	750,00	463,00	1.199,00	393,00	1.199,00
Beni e servizi - Standard posti letto			20,00		50,00	
Beni e servizi - Dispositivi medici		750,00	400,00	817,50	500,00	817,50
Erogatori privati - Prestazioni a funz.			30,00		30,00	
Nuovi ticket				2.180,00		
Totale L.111/11 e L. 135/12	900,00	2.500,00	1.800,00	5.450,00	2.000,00	2.000,00
			Triennio 2012-2014 (L. 111/11 e L. 135/12)	→	12.650,00	
			Legge di stabilità (0,6 mld per il 2013 e 1 mld per il 2014)	→	1.600,00	
			Tagli complessivi triennio 2012-2014	→	14.250,00	

Fonte: dati di spesa come da Provvedimenti di legge citati

Tab. 8.2 – D.l. 95/2012 convertito in L. 135/2012, art. 15, comma 14

Ai contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'art. 8quinquies del D.l. 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura determinata dalla Regione o dalla Provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5% per l'anno 2012, dell'1% per l'anno 2013 e del 2% a decorrere dall'anno 2014. (...)

Nessuno, nell'immediato, si soffermò sulle quattro parole finali «a decorrere dall'anno», comparse nel testo finale e gravide di molte conseguenze, e solo con il tempo e per di più con modalità molto differenziate da regione a regione apparve con crescente chiarezza il disegno sottostante: bloccare per sempre qualunque sviluppo della componente privata nell'intero Ssn, inchiodando i volumi di attività erogabili al valore 31/12/2011 meno il 2%.

Un cappio per soffocare, anno dopo anno, la prospettiva di un Ssn pluralistico, improntato ad una sana competitività fra erogatori di diversa natura giuridica e costruito intorno alla centralità del paziente e al suo diritto di libera scelta del luogo di cura.

3. Diseguaglianze

Ma è davvero questa la interpretazione corretta della norma? In realtà, in tutte le regioni italiane tetti e limiti alla presenza dei privati nel servizio sanitario regionale continuano ad accumularsi in tutto il periodo 2012-2014 e anche

negli anni successivi, perfino aggravando le limitazioni portate dalla L. 135/2012, ciò in conseguenza di una generale tendenza alla contrazione delle risorse del Ssn, che i governi regionali non tentarono di compensare con un maggiore ricorso alle prestazioni meno costose e più rapidamente producibili erogate dai privati.

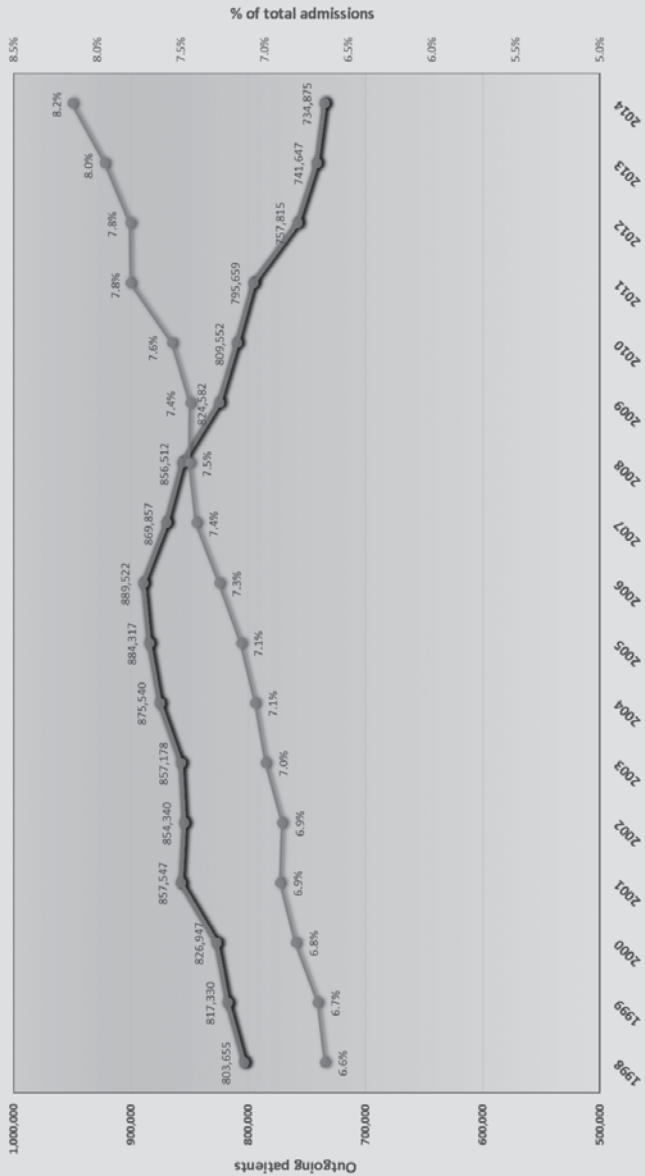
E in effetti anche volendolo non avrebbero potuto farlo se non cercando di aggirare il vincolo della legge, che togliendo importanti spazi di manovra organizzativa ai sistemi sanitari regionali si ergeva come ostacolo anche a innovative sperimentazioni pubblico-privato e ad ogni altra forma di sussidiarietà. Il risultato di questo protratto tentativo di ripristinare un anacronistico oligopolio pubblico non avrebbe potuto essere che un incremento delle liste d'attesa e un crescente disagio sociale, ovviamente più forte nei territori più fragili, e nelle Regioni in Piano di rientro.

La sensazione che ciò sia avvenuto e stia sempre più avvenendo è universalmente diffusa, ed esiste almeno un importante indicatore della crescita di questo disagio, rappresentato dalla mobilità sanitaria interregionale. E questo rimanda ad un altro aspetto di questa complessa e pasticciata vicenda.

4. La mobilità sanitaria interregionale

Da sempre l'Italia è un Paese ad altissima mobilità sanitaria, un fenomeno legato alle differenze quali-quantitative nell'offerta di prestazioni nelle diverse regioni italiane, ben presente fin dalla nascita del Ssn che non a caso poneva fra i propri obiettivi «il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese» (art. 2, L. 833/1978). Obiettivo certamente non raggiunto se, come evidenzia la figura 8.1, vent'anni dopo l'istituzione del Ssn

Fig. 8.1 – Mobilità sanitaria nel periodo 1998 – 2014 (G. Pelissero & N. Bedin 2016)



Note: Ordinary and day hospital admissions.

Source: Processing by Aiop – data from the Ministry of Health: mobility matrix, 1998-2014

ben 803.655 ricoveri ospedalieri avvenivano in una regione diversa da quella di provenienza.

Ma l'attento esame dei dati contenuti nella figura 8.1 evidenzia alcuni fenomeni ancora più rilevanti.

In primo luogo, conferma che una elevata mobilità interregionale è una componente strutturale della sanità italiana, che nei 17 anni illustrati mantiene costantemente un livello altissimo in valore assoluto, senza mai scendere sotto i 700.000 ricoveri annui. Ma anche il calo che si legge a partire dell'anno 2006 non evidenzia una prospettiva di vera contrazione del fenomeno.

Se infatti più correttamente ci si concentra sull'altra curva, che descrive la percentuale di mobilità annuale calcolata sul tasso di ospedalizzazione, si può chiaramente apprezzare come il fenomeno sia in continua e costante ascesa, al netto dei processi di deospedalizzazione.

Inoltre, a partire dall'anno 2010, l'incremento annuale tende a raddoppiarsi rispetto a tutti gli anni precedenti, evidente espressione di una crescente difficoltà a trovare risposte adeguate sul proprio territorio, conseguenza a sua volta di una più marcata sofferenza di alcuni sistemi sanitari regionali.

Questo flusso imponente e continuo ha una direzione tendenziale costante da Sud verso Nord, conseguente a fenomeni strutturali di lunghissima deriva temporale, ma ciò che qui interessa osservare è l'indubbio aggravamento delle dinamiche di mobilità a danno delle Regioni centromeridionali proprio a causa delle disposizioni della L. 135/2012, gestita nelle Regioni in Piano di rientro (e cioè per lo più in Regioni del Centro e del Sud) in modo rigido, attraverso il commissariamento da parte del Governo centrale.

I commissari, infatti, sistematicamente e implacabilmente bloccano la possibilità di utilizzare tutte le risorse dei terri-

tori interessati (soprattutto capitali e managerialità privati) per investire in qualità e incrementare l'offerta di prestazioni a cittadini che, di conseguenza, sempre più frequentemente si spostano a cercare le prestazioni di cui hanno bisogno. Il paradosso di una politica sanitaria intrinsecamente sbagliata va così a formare una tenaglia che soffoca ogni possibilità di avviare un percorso di riequilibrio nella capacità di offerta delle regioni italiane.

Da un lato, infatti, si mantiene la quantità di risorse complessivamente disponibili per il Ssn a valori bassi rispetto a quelli dei Paesi europei con noi confrontabili, costantemente sotto la soglia di guardia del 7% del Pil e con una tendenza alla progressiva riduzione (tabella 8.3).

Tab. 8.3 – Livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato. Anni 2009-2018

Anni	Fabbisogno del Ssn e dei servizi sanitari regionali (in mil. di euro)	Incidenza % sul Pil
2009	103,483	6,81
2010	104,614	6,52
2011	106,934	6,53
2012	107,961	6,69
2013	107,004	6,67
2014	109,928	6,78
2015	109,715	6,68
2016	111,000	6,64
2017	113,063	6,60
2018	114,998	6,51

Fonte: *Patti della salute e Riparti del Fondo sanitario nazionale 2009-2018* per i dati sul fabbisogno; serie storiche Istat e Def 2016 per i dati consolidati 2006-2015 e per le stime 2016-2018 del Pil

Dall'altro si blocca con la L. 135/2012 la possibilità per le Regioni, e soprattutto per quelle in Piano di rientro, di ridurre la quota di emigrazione sanitaria, e più in generale di riqualificare la propria struttura di offerta potenziando l'investimento degli operatori privati all'interno dei sistemi sanitari regionali, gli unici in grado di intervenire con rapidità ed efficacia.

5. Quali risposte?

Se la difficoltà crescente del Ssn a dare adeguate risposte alla domanda di prestazioni dei cittadini è e rimane il problema centrale, intimamente connesso alla ineludibile esigenza di incrementare l'efficienza della gestione della componente pubblica della rete di erogatori, la mobilità interregionale e il suo governo si conferma nel 2015-2016 come l'aspetto emergente in forma più acuta. Per affrontare il problema – essendo diventato a tutti evidente che il blocco della possibilità di attivare gli operatori di diritto privato, introdotto con la L. 135/2012, sia un pesante ostacolo alla ricerca di soluzioni anche parziali – su impulso del Ministro della salute Beatrice Lorenzin la L. 208/2015, comma 574 e ss., tenta di intervenire per la prima volta per rimuovere, almeno parzialmente, il rigido blocco apposto nel 2012, consentendo a tutti i privati che operano nei sistemi sanitari regionali di offrire liberamente e senza limiti le prestazioni di alta complessità a tutti i pazienti provenienti da altre regioni, e rendendo altresì fruibili tutte le prestazioni erogate dagli Irccs di diritto privato.

Affiora così una impostazione orientata ad una visione più aperta e pluralistica del Ssn, che tendenzialmente conferma anche quanto attuato negli anni precedenti nelle poche regioni che non avevano posto barriere alla mobilità. Ma il te-

sto della L. 208/2015 documenta anche, in modo quasi emblematico, la coesistenza nelle stesse strutture governative di visioni diverse e in fondo inconciliabili.

Infatti, a parte le limitazioni alle sole prestazioni di alta complessità che rimanda a questioni tutte da approfondire sui temi della qualità e dell'appropriatezza, la seconda parte del comma 574 introduce elementi sulla copertura finanziaria che tendono a invalidare le aperture precedenti. Tre sono i principali passaggi contenuti nella legge:

- 1) *Al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati;*
- 2) *Possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria;*
- 3) *Le Regioni trasmettono trimestralmente ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze i provvedimenti di propria competenza di compensazione della maggiore spesa sanitaria regionale per i pazienti extra-regionali presi in carico dagli Irccs. Ne danno altresì comunicazione alle Regioni di residenza dei medesimi pazienti e al coordinamento regionale per la salute e per gli affari finanziari al fine di permettere alla fine dell'esercizio, le regolazioni in materia di compensazione della mobilità sanitaria nell'ambito del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio sanitario nazionale.*

Come si può interpretare tutto questo?

Le Regioni possono finalmente avvalersi della capacità at-

trattiva dei privati che operano all'interno del loro servizio sanitario regionale, ma le prestazioni che erogheranno ai cittadini di altre, dovranno essere pagate con il denaro sottratto alle prestazioni da erogare ai propri cittadini, atteso che le prestazioni appropriate non devono comunque esistere e invece esistono ovunque liste d'attesa?

Oppure che per pagare le prestazioni a cittadini di altre Regioni si dovrà fare risparmi nei confronti dei servizi ai propri cittadini?

E che significa allora la compensazione della mobilità sanitaria nell'ambito del riparto a fine esercizio?

La netta impressione è che dietro alla complicazione che si spinge al limite della contraddittorietà di queste norme ci sia, ancora una volta, il perenne scontro fra una burocrazia centralista sostanzialmente indifferente alla qualità dei servizi e una visione più aperta e orientata al soddisfacimento dei bisogni tramite la promozione della qualità e dell'efficienza accettando se occorre anche elementi di competitività virtuosa. Detto in altre parole, bisogna scegliere se affrontare la mobilità interregionale chiudendo le frontiere regionali ed elevando muri burocratici per fermare i cittadini che vogliono/debbono spostarsi, oppure cercare in ogni regione di fare crescere un'offerta di qualità, convincente ed efficace, utilizzando per questo inevitabilmente anche erogatori di diritto privato.

6. La risposta delle Regioni

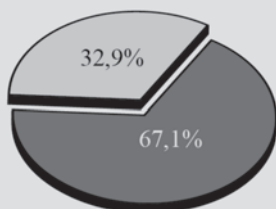
E in effetti i dati confermano che attraverso l'attività delle aziende di diritto privato i sistemi sanitari regionali più avveduti non solo sono in grado di arginare gli eccessi di uscita di pazienti, ma riescono a diventare anche fortemente attrattivi nei confronti dei pazienti in mobilità.

Le figure 8.2 e 8.3 mostrano il contributo che il privato accreditato reca alla mobilità attiva nelle due regioni da sempre al primo posto nella capacità di attrarre pazienti, la Lombardia e l'Emilia Romagna. Sono dati che non meritano commenti per la loro clamorosa evidenza, ma che suscitano almeno una precisa domanda: perché in altre regioni non si è tentato di percorrere la stessa strada?

Fig. 8.2 – Ricoveri totali e attrattività extraregionale negli istituti ospedalieri di diritto pubblico e privato della Lombardia.

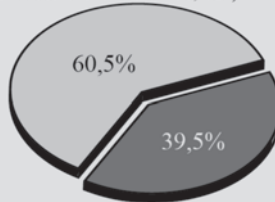
Anno 2015 (in degenza ordinaria Ssn)

Ricoveri in Do Istituti Privati: 485.341



Ricoveri in Do Istituti Pubblici: 988.456

Attrattività Istituti Privati: 84.944
(Peso Medio Istituti Privati 1,6326)



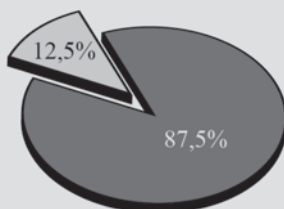
Attrattività Istituti Pubblici: 55.400
(Peso Medio Istituti Pubblici 1,3015)

Fonte: pubblicazione Regione Lombardia "Ricoveri in Lombardia anno 2015"

Fig. 8.3 – Ricoveri e attrattività extraregionale negli istituti ospedalieri di diritto pubblico e privato nell'Emilia Romagna.

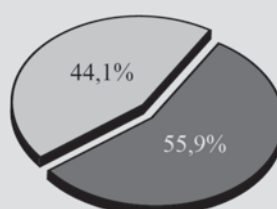
Anno 2015 – Day Hospital e degenza ordinaria (Ssn)

Ricoveri in Istituti Privati resid.
83.542



Ricoveri in Istituti Pubblici resid.
586.830

Attrattività Istituti Privati
47.579



Attrattività Istituti Pubblici
60.243

Fonte: dati Regione Emilia Romagna

Ma le risposte di chi governa il sistema di welfare sanitario italiano sono purtroppo non di rado inadeguate, come emerge dal dibattito sulle linee di politica sanitaria che, in questo caso, si svolge in Conferenza Stato-Regioni, e che ancora una volta mostra tutti i limiti, le rigidità e i pregiudizi che connotano la visione statalista di evidente matrice ideologica che permea il Ssn.

L'accordo siglato il 26 settembre 2016 parte dalla constatazione della paralisi normativa sulla mobilità sanitaria, e dall'andamento degli ultimi anni che ben evidenzia un incremento della tendenza dei cittadini a cercare prestazioni al di fuori delle proprie regioni.

A questa domanda è stato dato risposta soprattutto dai privati, con "significativi aumenti" della propria offerta.

Testualmente la Conferenza rileva che «mentre la produzione pubblica (fra il 2013 e il 2015) ha registrato un decremento complessivo del 3% la produzione ascrivibile al privato accreditato mostra un incremento (pur con delle significative differenze fra regione e regione) pari all'11%».

I valori economici della mobilità sono riportati nella tabella 8.4, che evidenzia come il fenomeno sia effettivamente in

Tab. 8.4 – Valori della mobilità sanitaria interregionale

	2013	2014	2015
Degenza	2.941.272.669	2.977.126.895	3.022.882.901
Specialistica	591.430.506	612.541.872	629.888.524
Somm.azione farmaci*	225.178.578	248.871.194	271.623.401
Altro	169.691.315	176.527.243	179.940.099
Totale	3.927.573.068	4.015.067.204	4.104.334.925

(*) Esclusi farmaci epatite C.

Fonte: Conferenza Stato-Regioni 29/10/2016

crescita, seppure in valori assoluti non preoccupanti per un fondo sanitario nazionale di più di 110 miliardi di euro, e con un costo nullo per lo Stato, dovendosi compensare questa spesa tra i bilanci regionali, nei quali anche questa opera è già stata finanziata dalla quota capitaria.

Parrebbe dunque logico che la Conferenza Stato-Regioni si ponesse l'obiettivo di sviluppare in ogni Regione l'apporto del privato accreditato per incrementare l'offerta di qualità nella prospettiva di intercettare in modo più diffuso le scelte dei cittadini.

E invece l'accordo si propone il contrario, e afferma:

«Il piano nazionale della mobilità dovrà superare la dimensione squisitamente finanziaria che ha caratterizzato il tema della mobilità negli ultimi anni e affrontare in maniera decisa l'appropriatezza dei flussi sanitari migratori, ponendo limiti precisi alla produzione degli erogatori privati sin dal 2017».

È una visione che si commenta da sola, e si connota con la rinuncia al tentativo di qualificare l'offerta, sia pubblica che privata accreditata, sostituendolo con l'apposizione di vincoli burocratici e normativi per impedire alla domanda di manifestarsi, nella più radicale negazione del diritto di libertà di scelta del luogo di cura.

D'altra parte, che questa reazione sia una specie di riflesso condizionato del declinante monopolio pubblico lo si legge in una proposta contenuta nello stesso accordo.

Per comprenderla bisogna premettere che, con una sorta di autolesionismo, le più recenti norme in materia di Pubblica Amministrazione hanno introdotto il divieto di utilizzo con forme di collaborazione libero-professionale dei dipendenti pubblici andati in pensione. Per la sanità, e probabilmente anche per molti altri settori di attività, si tratta di una assurda rinuncia ad avvalersi di professionisti anche di altissima

capacità e universale prestigio, ancora perfettamente in grado di fornire al Paese un contributo di lavoro prezioso e spesso molto difficile da sostituire.

In sanità questi professionisti sono per lo più medici di riconosciuto valore, che trovano nella maggiore flessibilità degli erogatori di diritto privato l'opportunità di non abbandonare i tanti pazienti che continuano a rivolgersi a loro. Certo, tutto questo è una deprivazione per la rete ospedaliera di diritto pubblico, ed una elementare logica vorrebbe che la Conferenza Stato-Regioni, che raccoglie i governi regionali che sono anche i proprietari della maggioranza degli ospedali italiani, chiedesse con vigore l'abolizione di una norma inutile e nociva.

Il testo dell'accordo invece si attesta sull'esatto contrario:

«Impegno comune delle Regioni deve essere quello di affrontare il tema dei professionisti collocati a riposo e che nel pubblico non possono più esercitare l'attività e che hanno trovato un ampio spazio nel settore privato, anche accreditato, le cui prestazioni restano comunque a carico del settore pubblico. In tal senso verrà predisposto uno specifico emendamento all'articolo 6 del D.l. 90/2014 convertito in legge 11 agosto 2014, n. 114, in sede di legge di bilancio, al fine di estendere il divieto ad operare nel settore privato accreditato».

Anche in questo caso i commenti sono superflui.

Si può solo aggiungere che la legge di bilancio 2017 fortunatamente non ha accolto questa incredibile richiesta, lasciando a tutti il tempo di una più approfondita riflessione su quale possa essere il vero interesse del Ssn e soprattutto dei cittadini che vogliono esercitare con libertà e con fiducia il diritto alla salute.

Ma perché tutte queste contorsioni e questi paradossi? È legittimo tutto questo?

7. Ma tutto questo è legittimo?

Riduzione del finanziamento del Ssn, blocco del contributo del privato accreditato, blocco della mobilità interregionale, ostacoli alla possibilità di lavoro per i professionisti.

È ragionevole chiedersi se tutto questo sia legittimo, se corrisponda al dovere dello Stato e delle sue articolazioni territoriali di tutelare nel migliore dei modi il diritto alla salute, se rispetti la dignità delle persone.

Sappiamo tutti che l'altissimo debito pubblico e le perduranti difficoltà finanziarie di uno Stato che deve rispondere a domande crescenti da parte dei cittadini, non solo riguardanti la salute, richiedono a volte più dolorosi sacrifici e richiedono a tutti equilibrio e senso di responsabilità.

A tutti. E senza venir meno al rispetto di regole e principi generali, che non debbono e non possono essere derogati.

A nostro avviso la norma che sta all'origine delle criticità che stiamo analizzando, quel comma 14 dell'art. 15 del D.L. n. 95/2012 che in modo un po' colorito abbiamo chiamato "il cappio", quel blocco alla possibilità di utilizzare il privato accreditato per migliorare i sistemi sanitari regionali fermandone la possibilità di erogare prestazioni ai valori del 31/12/2011 meno il 2% *in aeternum*, è illegittima e anticostituzionale.

Ci sostiene in questa convinzione la recente sentenza 3 marzo 2016, n. 43 della Corte costituzionale che ha stabilito che:

«Gli interventi statali sull'autonomia di spesa delle Regioni sono consentiti, come principi di coordinamento della finanza pubblica, purché transitori, giacché in caso contrario essi non corrisponderebbero all'esigenza di garantire l'equilibrio dei conti pubblici in un dato arco temporale, segnato da peculiari emergenze, ma trasmoderebbero in direttive strutturali sull'allocazione delle risorse finanziarie di cui la Regione è titolare, nell'ambito di scelte politiche discrezionali concernenti l'organizzazione degli uffici,

delle funzioni e dei servizi (sentenza n. 36 del 2004).

Questa Corte ha perciò già dichiarato l'illegittimità costituzionale di analoghe previsioni (sentenza n. 79 del 2014), per un aspetto che peraltro non inficia la misura di finanza pubblica in sé, ma coinvolge esclusivamente la sua dimensione temporale, allo scopo di "assicurare la natura transitoria delle misure previste, e, allo stesso tempo, di non stravolgere gli equilibri della finanza pubblica, specie in relazione all'anno in corso" (sentenza n. 193 del 2012).

Sotto quest'ultimo profilo questa Corte ha già posto in evidenza la natura necessariamente pluriennale delle politiche di bilancio, che vengono scandite per mezzo della legge di stabilità lungo un arco di tempo di regola triennale (sentenza n. 178 del 2015 e n. 310 del 2013).

Nel caso di specie, il D.l. n. 66 del 2014 è intervenuto per correggere i conti pubblici con riferimento al periodo triennale inaugurato dalla legge 27 dicembre 2013, n. 147 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge di stabilità 2014), ovvero, in linea di principio e salva espressa disposizione contraria, dal 2014 al 2016.

Perciò questa Corte deve ripristinare la legalità costituzionale riconducendo la disposizione impugnata ad un corrispondente periodo transitorio di efficacia visto che esso è connaturato alle caratteristiche dell'intervento legislativo in cui la norma è collocata, e si desume perciò direttamente ed inequivocabilmente da quest'ultimo».

Nello specifico, la Corte afferma al punto 9 della sentenza citata:

«L'art. 14 commi 1 e 2, è censurato con riferimento agli artt. 117, terzo comma, e 119 Cost., anche nella parte in cui stabilisce che le misure preventive si applicano a decorrere dall'anno 2014, e assumono carattere permanente».

Dunque tutte le norme e le disposizioni che dal 2012 bloccano in tante regioni la possibilità di elaborare efficaci interventi di miglioramento delle qualità utilizzando il privato accreditato, che rappresenta dove ben impiegato una risorsa preziosa, superata la crisi finanziaria dovrebbero decadere, nel rispetto di un rigoroso e ineccepibile orientamento giurisprudenziale così ben espresso dalla Corte costituzionale.

E sulla base di queste alte considerazioni che Aiop ha chiesto negli ultimi mesi con forza a Governo e Parlamento, di intervenire a ripristinare la legittimità e rimuovere un pesante ostacolo allo sviluppo qualitativo del Ssn, che sempre più dovrà potersi servire di una pluralità di diversi erogatori per assicurare sostenibilità ed efficacia.

La nostra richiesta è stata quella di rimuovere le tre parole «a decorrere dal» che illegittimamente - a nostro giudizio - e irragionevolmente generano solo danni ai cittadini e al servizio sanitario delle regioni italiane, e di farlo tempestivamente nell'ambito della legge di bilancio 2017.

8. E adesso?

La nostra proposta si è incrociata con la crisi politica post-referendum¹, bloccata da una prassi parlamentare urgente ed eccezionale che ha portato all'approvazione della legge di bilancio in un'unica seduta al Senato della Repubblica, senza emendamenti e senza tempo per discussioni e approfondimenti, con un Parlamento ed un Paese tutti tesi ad un futuro, oggi incerto, da costruire.

Nel momento in cui terminiamo la stesura di questo Quat-

¹ Referendum costituzionale del 4 dicembre 2016 con esito negativo, avente ad oggetto il testo di legge costituzionale approvato in via definitiva il 12 aprile 2016 (c.d. D.d.l. Boschi) (n.d.c.).

tordicesimo Rapporto per darlo alla stampa il nuovo Governo muove i primi passi in direzioni che non si sono ancora evidenziate.

Ma per noi, come per tutti coloro che nei più diversi ruoli e con le più varie mansioni, con serietà e responsabilità, ogni giorno si confrontano con la vita reale, ogni giorno sorge il sole e ogni giorno chiede un rinnovato impegno.

La rete di Aziende ospedaliere associate ad Aiop eroga in tutte le Regioni italiane decine di migliaia di prestazioni di ricovero e ambulatoriali ai pazienti che le chiedono con fiducia, e ha richieste superiori a quanto le viene concesso di offrire.

Con ogni probabilità non pochi cittadini che oggi devono migrare in altre regioni per trovare cure efficaci e affidabili potrebbero trovare risposte soddisfacenti sul proprio territorio, se il privato accreditato fosse messo in condizione di rispondere a questa domanda.

Ma il ripristino della libertà di scelta del luogo di cura per tutte le patologie e per tutte le regioni significa anche innescare un meccanismo virtuoso che, unito ad una vera e generale applicazione del pagamento a prestazione nel finanziamento di tutti gli erogatori pubblici e privati, può incentivare l'investimento, la competizione virtuosa e, lo sviluppo di centri e di reti di eccellenza, contribuendo in modo determinante a mantenere l'intero Ssn in linea con i migliori sistemi di welfare sanitario europeo.

L'esperienza di tutto il mondo mostra che questo non avviene senza un adeguato contributo di capitali e risorse umane da parte dell'imprenditorialità sanitaria, e per questo l'impegno di Aiop in difesa del Ssn e della presenza in esso dei propri associati rappresenta un valore per tutto il Paese.



gennaio 2018

Il futuro della sanità in Italia

In *Ospedali&Salute – Quindicesimo rapporto annuale 2017*, Franco Angeli, Milano, 2018, presentato il 17 gennaio 2018. Al momento della presentazione sono ancora in carica Paolo Gentiloni come Presidente del Consiglio e Beatrice Lorenzin come Ministro della salute, ma il 28 dicembre 2018 il Presidente della Repubblica Sergio Mattarella aveva sciolto le Camere, dando inizio al procedimento per le nuove elezioni politiche.

1. Un equilibrio precario

Il Servizio sanitario nazionale italiano nasce, come da tempo abbiamo osservato¹, ispirandosi ad un modello di tipo Beveridge, ma mostrando sin dall'inizio significative differenze rispetto all'originale britannico.

Le sue caratteristiche principali sono ben note, ma ai fini della nostra riflessione sul futuro dobbiamo qui brevemente richiamarne alcune.

Il sistema è fondato sui due pilastri della universalità e della solidarietà.

Universalità significa l'accesso di tutti i cittadini italiani, e più recentemente perfino degli abitanti privi di cittadinanza, alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione indicate nei Livelli essenziali di assistenza (Lea), che in realtà contengono quasi tutte le prestazioni sanitarie esistenti.

Solidarietà significa finanziamento attraverso la fiscalità generale, e pertanto con modalità completamente ascrivibili al comparto della spesa pubblica.

Queste due caratteristiche fondamentali hanno in sé elementi di criticità.

L'universalità, infatti, può venire meno se all'affermazione del diritto non corrisponde una adeguata accessibilità, cioè se si formano lunghe liste d'attesa, o se la qualità – reale o percepita – dell'erogazione scende sotto un livello minimo disincentivando così l'utilizzo delle prestazioni offerte dal sistema.

La solidarietà è collegata alla capacità di spesa e ai vincoli nazionali e internazionali posti alla spesa pubblica.

¹ Gabriele Pelissero, *Organizzazione Sanitaria*, in Cesare Meloni e Gabriele Pelissero, *Igiene*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2007; Gabriele Pelissero, *Il Sistema Sanitario Italiano – Una realtà in continua evoluzione*, in Gabriele Pelissero e Alberto Mingardi (a cura di), *Eppur si muove. Come cambia la Sanità in Europa fra pubblico e privato*, cit. v. nota 1 cap. VI; Gabriele Pelissero, *La sanità della Lombardia*, FrancoAngeli, Milano, 2010.

Se questa si restringe oltre un certo limite le risorse diventano insufficienti ad assicurare il volume e/o la qualità delle prestazioni.

Queste sintetiche osservazioni evidenziano come la funzionalità del Ssn sia in realtà posta costantemente in un equilibrio precario e che il modificarsi delle disponibilità di risorse e delle capacità di erogare prestazioni in quantità e qualità adeguate ne possono continuamente alterare la corretta dinamica.

Inoltre il Ssn italiano si caratterizza per alcune varianti rispetto al modello Beveridge classico, rappresentate dal ruolo delle Regioni (e delle Province autonome di Trento e Bolzano che in questa materia sono assimilate alle Regioni) e dal pluralismo degli erogatori, condizioni entrambe che introducono forti elementi di differenziazione, e in parte anche competitività, estranei alla concezione centralistica e statalista del modello originario.

Muovendosi da queste premesse, per riflettere al futuro, possiamo interrogarci per prima cosa sulle caratteristiche principali e sulla dinamica di quello che è il motore finanziario indispensabile: la spesa pubblica.

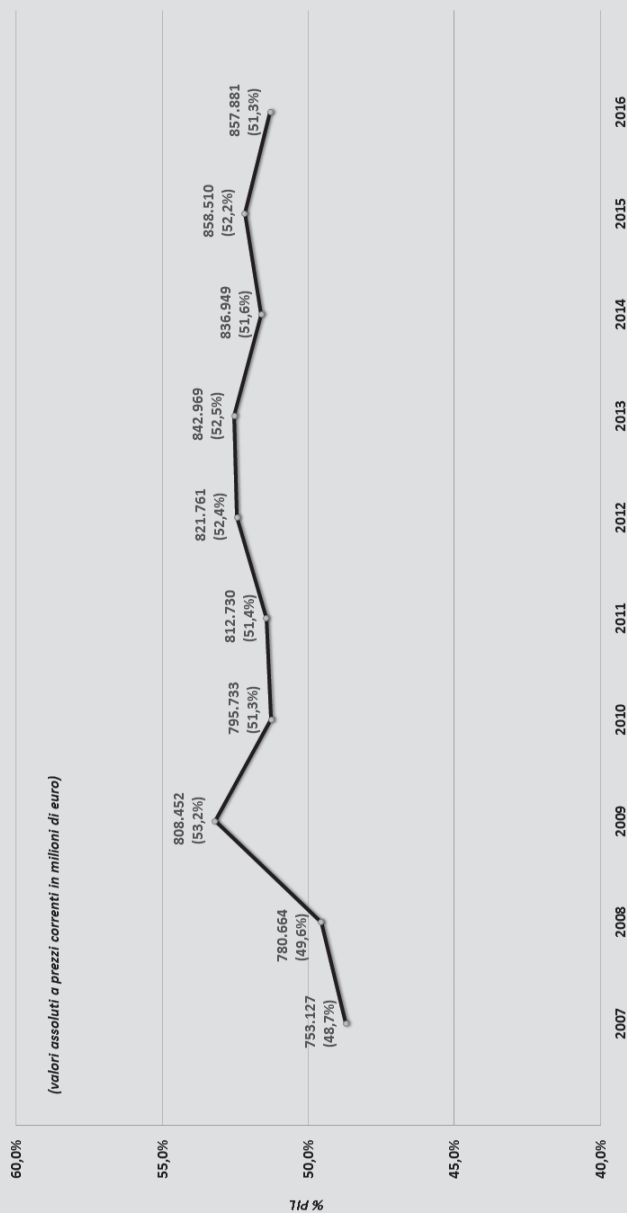
2. Caratteristiche della spesa pubblica italiana

Le caratteristiche, e le criticità, dell'economia italiana e in particolare della spesa pubblica sono ben note.

Di quest'ultima qui ci limitiamo ad osservare (fig. 9.1) la sostanziale stabilità negli ultimi 7 anni, espressa in percentuale rispetto al Pil.

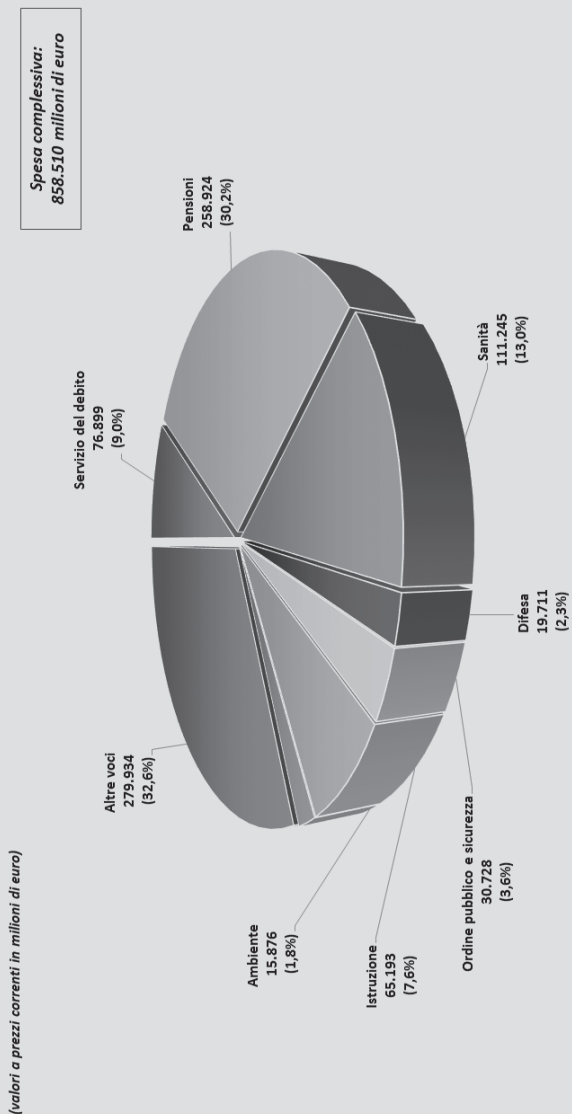
Portando la nostra attenzione sulla sanità, possiamo osservare che essa assorbe nel 2015 il 13% (fig. 9.2) della spesa pubblica, percentuale indubbiamente importante, che dobbiamo però leggere almeno alla luce di due dati: il confron-

Fig. 9.1 - Spesa pubblica italiana, anni 2007 - 2016 (valori assoluti e percentuale sul PIL)



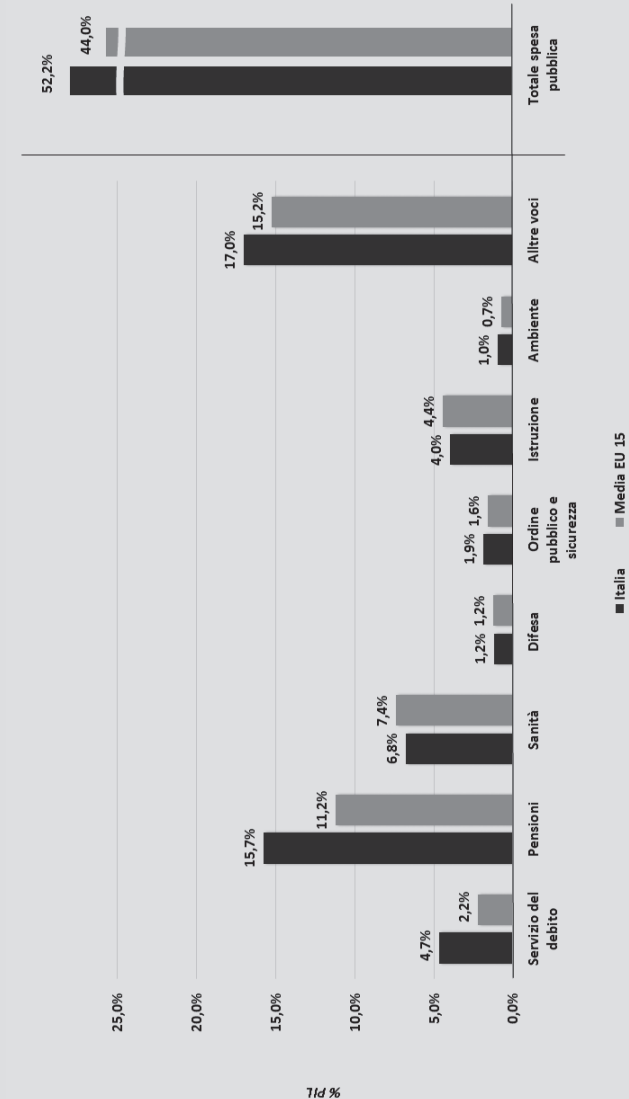
Fonte: M.E.F., Doc. di Economia e Finanza (Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, anni 2011 - 2017) ; ISTAT, Conti economici nazionali

Fig. 9.2 - Spesa pubblica italiana per funzione, anno 2015 (valori assoluti e composizione percentuale)



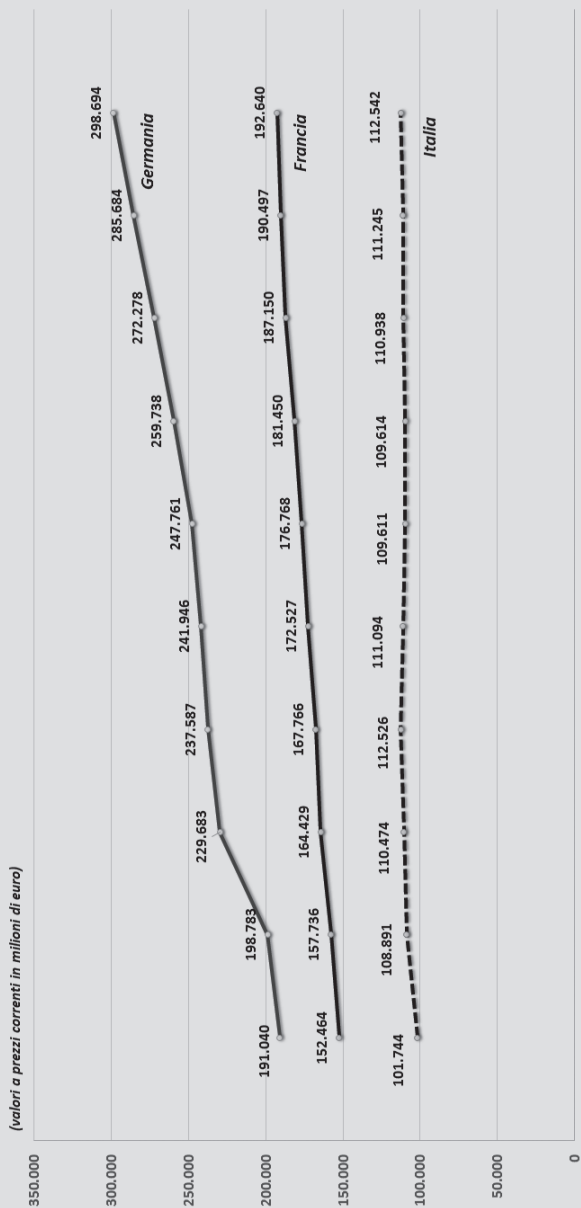
Fonte: Corte dei Conti, Rapporto 2017 sul coordinam. della finanza pubblica; ISTAT, Consumi finali delle famiglie; M.E.F. - Doc. Econ. e Fin. 2017

Fig. 9.3 - Spesa pubblica italiana: confronto con le medie europee su alcune delle principali voci di spesa. Anno 2015 (% sul PIL)



Fonte: M.I.E., Doc. di Econ. e Finanza; ISTAT, Conti economici nazionali; OECD, Health expenditure; Eurostat, General government expenditure

Fig. 9.4 - Andamento temporale della spesa pubblica sanitaria in Italia, Francia e Germania. Anni 2007 - 2016



Fonte: M.E.F., Doc. di Economia e Finanza (Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, anni 2011 - 2017); OCSE, Health Data 2017

to con gli altri Paesi europei e il confronto con le altre voci di spesa.

A tal fine la figura 9.3 ci sembra illuminante. In primo luogo, infatti dobbiamo osservare che l'Italia, nel 2015, presenta una spesa pubblica totale ben superiore rispetto alla media dei Paesi Ue 15, sicuramente i più confrontabili con il nostro Paese, attestandosi al 52,2% del Pil rispetto a una media del 44% nell'Europa dei 15.

Ma se andiamo ad esaminare i grandi capitoli di spesa, vediamo come l'Italia superi abbondantemente gli altri Paesi nel servizio del debito (4,7% del Pil a fronte del 2,2%) e nella spesa pensionistica (15,7% del Pil rispetto all'11,2%) e di poco per ordine pubblico e sicurezza (1,9% del Pil rispetto all'1,6%) e alla spesa dedicata alla tutela dell'ambiente (1% del Pil a fronte dello 0,7%).

Al contrario le maggiori restrizioni si riscontrano su istruzione (4% del Pil a fronte del 4,4%) e sanità (6,8% del Pil a fronte del 7,4%).

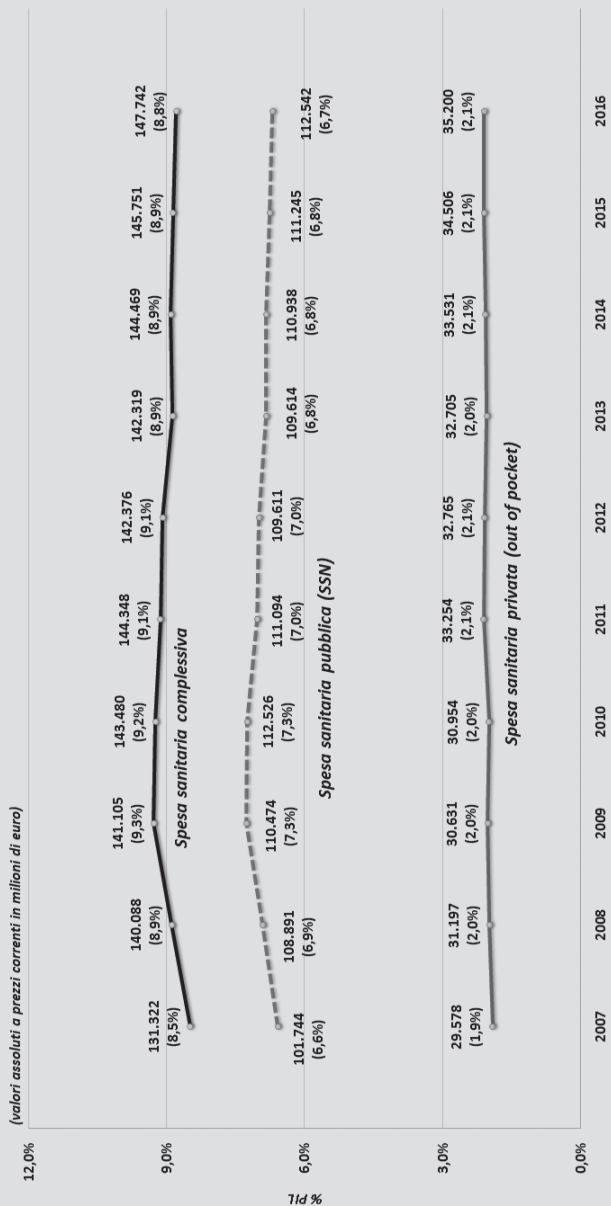
Quest'ultimo dato si amplifica se portiamo il confronto sui grandi Paesi con noi più direttamente comparabili come Germania e Francia, come evidenziato in figura 9.4.

3. Dinamica della spesa sanitaria

Partendo dalla constatazione della significativa esiguità della spesa pubblica sanitaria italiana rispetto agli altri Paesi Ue più direttamente comparabili, è necessario ora considerarne la dinamica, ed estendere la nostra osservazione alla componente di spesa privata.

La figura 9.5 mostra il trend decennale (2007-2016) della spesa sanitaria italiana e ne evidenzia con grande chiarezza due aspetti fondamentali. La progressiva e rilevante discesa della spesa pubblica (dal 7,3% del Pil nel 2009 al 6,7% nel

Fig. 9.5 - Spesa sanitaria italiana pubblica e privata, anni 2007 - 2016 (valori assoluti e percentuale sul PIL)



Fonte: M.E.F., Doc. di Economia e Finanza (Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, anni 2011 - 2017); ISTAT, Consumi finali delle famiglie

Tab. 9.1 – Saldi - Obiettivi di finanza pubblica a carico del fondo per il Ssn

	Finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale				
	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Contributo agli obiettivi di finanza pubblica</i>					
• DEF 2014 (previsioni di spesa)	111.474	113.703	116.149	118.680	121.316
• Patto per la Salute 2014-2016	109.928	112.062	115.444		
• L. 190/2014, art. 1, co. 167 e 556		112.067	115.449		
• L. 190/2015, co. 398 (Intesa del 26.2.2015)		-2.352			
• DEF 2015 (previsioni di spesa)		111.289	113.372	115.509	117.709
• D.L. 78/2015, art. 9-septies		109.715	113.097		
• L. 208/2015, art. 1, co. 568			111.000		
• L. 208/2015, co. 680 (Intesa del 11.2.2016)				-3.500	-5.000
• Rideterminazione fabbisogno (Intesa del 11.2.2016)				113.063	114.998
• DEF 2016 (previsioni di spesa)			113.376	114.789	116.170
• L. 232/2016, art. 1, co. 392				113.000	114.000
<i>Livello del finanziamento</i>	109.928	109.715	111.000	113.000	114.000
<i>Riduzione del finanziamento (effetto cumulato)</i>		2.552	4.449	8.012	10.510

Fonte: Corte dei Conti - Relazione 2017 sulla gestione finanziaria delle Regioni, esercizio 2015

2016, un calo dell'8,2%) e la assoluta stabilità della spesa sanitaria privata, ferma al 2,1% del Pil dal 2011.

Nel riportare questi dati occorre ricordare, incidentalmente, che tutti i valori qui indicati in decremento possono essere letti al contrario come valori in aumento se espressi in valori assoluti, riferendosi ad un Pil che annualmente incrementa.

Riteniamo tuttavia che la corretta valutazione delle risorse destinate alla sanità debba essere fatta su percentuali di Pil e non su valori assoluti, come è peraltro prassi consolidata a livello internazionale, a partire dalle elaborazioni Ocse. E a sostegno indiretto di questa tesi interviene la stessa Corte dei Conti (tab. 9.1) che considera nel quinquennio 2014-2018 una riduzione del finanziamento pubblico della sanità superiore ai 10 miliardi di euro, pur in presenza di un incremento dei valori assoluti.

Sulla base delle evidenze fin qui riportate possiamo a questo punto formulare le prime osservazioni riferite al futuro. Se la dinamica complessiva della spesa pubblica italiana resterà ferma (e a molti questo sembra già una ipotesi ottimistica), se la spesa sanitaria pubblica si avvicinerà pericolosamente al valore del 6,5% del Pil indicato dall'Oms come limite di sostenibilità per sistemi sanitari universalistici, e se la spesa sanitaria privata rimarrà ferma, le risorse complessive per la sanità riducendosi progressivamente potrebbero generare una modificazione profonda del sistema Beveridge italiano.

Questa previsione sembra rafforzata anche dai documenti ufficiali.

4. La cultura del disinvestimento

I documenti della spending review affidata dal Governo Letta a Carlo Cottarelli furono pubblicati, successivamente, dal Governo Renzi. Non divennero attuativi, ma sicuramente esprimono una cultura e una visione tuttora non estranea alla tecnostruttura governativa, e si inseriscono in un contesto di studi ed elaborazioni importanti.

Su questi temi siamo già intervenuti² commentando ampiamente il Rapporto Giarda del 2012, nel quale ricordiamo comparire la nozione di “spesa aggredibile”, indicando fra essa anche la spesa sanitaria.

In realtà, un’attenta lettura del Rapporto consente di apprezzare le cautele apposte dall’autore proprio sulla spesa sanitaria, ma ben descrivono un clima complessivo. Clima che più semplicemente traspare nel testo redatto dal gruppo di lavoro guidato da Cottarelli che si esprime sulla sanità nelle *Proposte per una revisione della spesa pubblica (2014-2016)*, datato 18 marzo 2014³.

Il documento, a pag. 49, riporta le tabelle con gli obiettivi di spesa pubblica per funzioni (tab. 9.2) e come si vede, il benchmark per la spesa pubblica sanitaria previsto per il 2016, scende drasticamente al 5,25% del Pil. E rispetto a questa proposta occorre incidentalmente notare che in area Ocse solo sei Paesi si collocano su questi livelli: Cile, Corea del Sud, Polonia, Estonia, Lussemburgo, e – con l’eccezione del Lussemburgo che non ha una dimensione comparabile con i grandi Paesi Ue – non si tratta certo di Paesi con sistemi sanitari universalistici ed efficaci.

² Gabriele Pelissero, *Salviamo il Servizio sanitario nazionale*, in *Ospedali&Salute – Decimo rapporto annuale 2012*, Franco Angeli, Milano, 2013; Gabriele Pelissero, *Competizione, sostenibilità e qualità nel futuro del Ssn*, in Gabriele Pelissero e Alberto Mingardi (a cura di), *Competizione, sostenibilità e qualità. Quale futuro per il welfare sanitario italiano?*, IBL libri, Torino, 2014.

³ Cit. v. nota 1 cap. V.

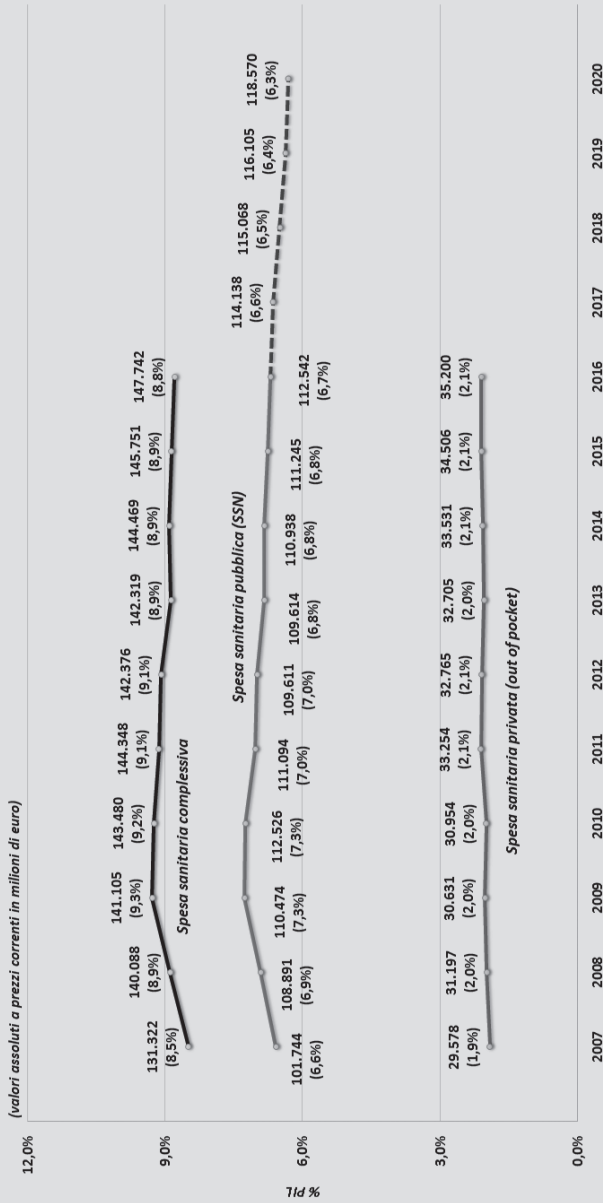
Tab. 9.2 – Commissario Straordinario per la revisione della spesa. Proposte per una revisione della spesa pubblica (2014-2016)

	Italia(a)	Euro area(b)	Benchmark(c)	Differenza rispetto al benchmark(a - c)
• Servizi pubblici generali	3,55	3,53	2,55	1,00
• Difesa	1,10	1,25	0,90	0,20
• Ordine pubblico e sicurezza	2,23	1,73	1,25	0,98
• Affari economici	3,35	4,18	3,02	0,33
• Protezione dell'ambiente	0,84	0,86	0,62	0,21
• Abitazioni e assetto territoriale	0,64	0,90	0,65	-0,01
• Sanità	7,05	7,28	5,25	1,79
• Cultura e istruzione	4,50	6,26	4,52	-0,01
• Protezione sociale (escluse pensioni)	3,74	8,00	5,77	-2,04
<i>Totale</i>	26,99	33,98	24,53	2,46

Nota: La spesa primaria totale si riferisce al preconsuntivo AMECO per il 2013. La composizione della spesa per l'area dell'euro al 2013 si basa sulla composizione nel 2011 (dati Eurostat-COFOG). Per l'Italia la composizione della spesa nel 2013 si basa sui più recenti dati disponibili. La voce "Difesa" per l'Italia esclude la spesa per i Carabinieri, imputata alla categoria "Ordine pubblico e sicurezza". I Paesi dell'area dell'euro considerati sono: Belgio, Germania, Irlanda, Spagna, Francia, Paesi Bassi, Austria e Finlandia. Il benchmark è costituito dalla spesa europea corretta per tener conto del vincolo per l'Italia dovuto alla maggiore spesa per interessi e al diverso medium-term objective (MTO), nonché della riduzione della spesa prevista per gli altri Paesi necessaria per raggiungere il proprio MTO. Si è tenuto conto anche della parziale rigidità delle pensioni (escluse dalla tabella), la cui correzione è assunta pari a circa 0,2 per cento potenziale.

Fonte: Commissione Europea (AMECO) ed Eurostat

Fig. 9.6 - Spesa sanitaria italiana pubblica e privata, anni 2007 - 2020 (valori assoluti e percentuale sul PIL)



Fonte: M.E.F., Doc. di Economia e Finanza (Analisi e tendenze della Finanza Pubblica, anni 2011 - 2017) ; ISTAT, Consumi finali delle famiglie

Se la previsione Cottarelli può essere considerata espressione di un certo radicalismo contabile, comprensibilmente insensibile ai risvolti sociali, ben diversa rilevanza pratica assume il *Documento di economia e finanza* elaborato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal Ministero dell'economia e approvato dal Parlamento nell'ottobre 2017.

In esso, come si vede in figura 9.6, il livello di finanziamento per il Ssn scende di un decimo di punto del Pil dal 2018 al 2020, arrivando a valori del 6,3%. E qui siamo sotto la soglia di sostenibilità del 6,5% dell'Oms.

5. La situazione attuale

A fronte di una prospettiva finanziaria di questo tipo, dobbiamo a questo punto esaminare meglio la situazione operativa attuale del Ssn, sotto il profilo dell'utilizzo delle risorse, delle principali attività operative e del giudizio dei cittadini.

Considerando l'utilizzo delle risorse, la figura 9.7 mostra, in estrema sintesi, la distribuzione della spesa sanitaria italiana per le principali voci.

Per ciò che attiene alla spesa pubblica, che purtroppo continua nei dati ufficiali ad essere aggregata in modo tale da non essere non del tutto chiaramente leggibile per funzioni, si osserva che continua a gravare, per quasi due terzi, su voci come personale e acquisto di beni e servizi, che per la stessa ammissione del Governo ha margini di efficientamento significativi.

La spesa per acquisto di beni e prestazioni da operatori non pubblici (farmaceutica 7%, ospedaliera 7%, specialistica 3,6%) si mostra invece contenuta, e là dove è possibile effettuare una comparazione fra pubblico e privato (fig. 9.8) mostra elevati livelli di efficienza.

Basti rilevare come il 28,3% dell'attività ospedaliera erogata da operatori di diritto privato assorba solamente il 13,6% dell'intera spesa ospedaliera (stimata).

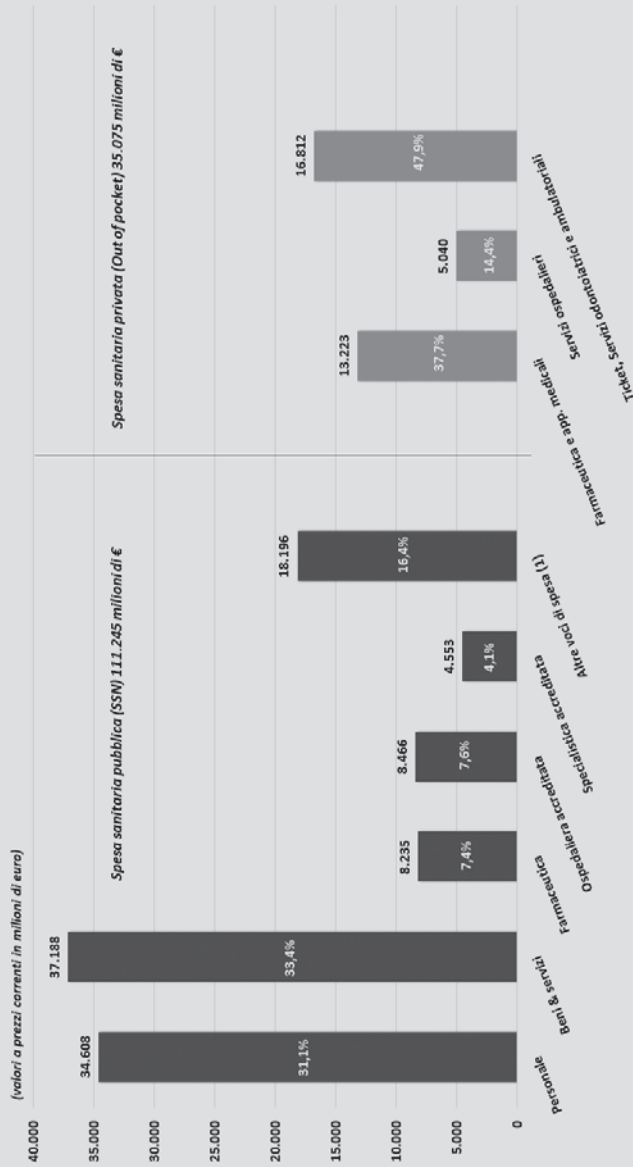
Dobbiamo rilevare a questo punto, incidentalmente, l'esistenza di una situazione apparentemente paradossale. Come spiegare infatti che un sistema complessivamente sotto-finanziato (come abbiamo visto al precedente paragrafo 2), che è ancora in grado di assicurare un elevato numero di prestazioni, possa essere contemporaneamente afflitto da bassi livelli di efficienza, come appare vistosamente nel rapporto fra costi e produzione nel comparto a gestione pubblica rilevabile in figura 9.8?

Il paradosso a nostro giudizio trova spiegazione in una pluralità di fattori, quali un complessivo basso livello di costi e remunerazioni rispetto agli altri Paesi europei confrontabili, livelli di investimento e ammortamenti molti limitati nella componente aziendale di diritto pubblico, un significativo vantaggio di efficienza dovuto alla presenza ormai rilevante di operatori di diritto privato che lavorano a costi più bassi, una elevata migrazione di pazienti fra le Regioni che alleggerisce notevolmente i costi e la pressione in quelle più disfunzionali e inefficienti. E assieme a tutto questo una buona qualità diffusa delle principali figure professionali, a partire dai medici, e probabilmente una minore aspettativa di qualità in una parte non piccola degli utenti.

Resta da meglio comprendere il fenomeno dell'inefficienza gestionale delle aziende di diritto pubblico. A nostro giudizio ciò dipende da alcuni limiti intrinseci alla gestione pubblicistica, che impedisce il pieno dispiegarsi dell'attività di efficiente amministrazione che pure lo stesso management pubblico sarebbe in grado di effettuare.

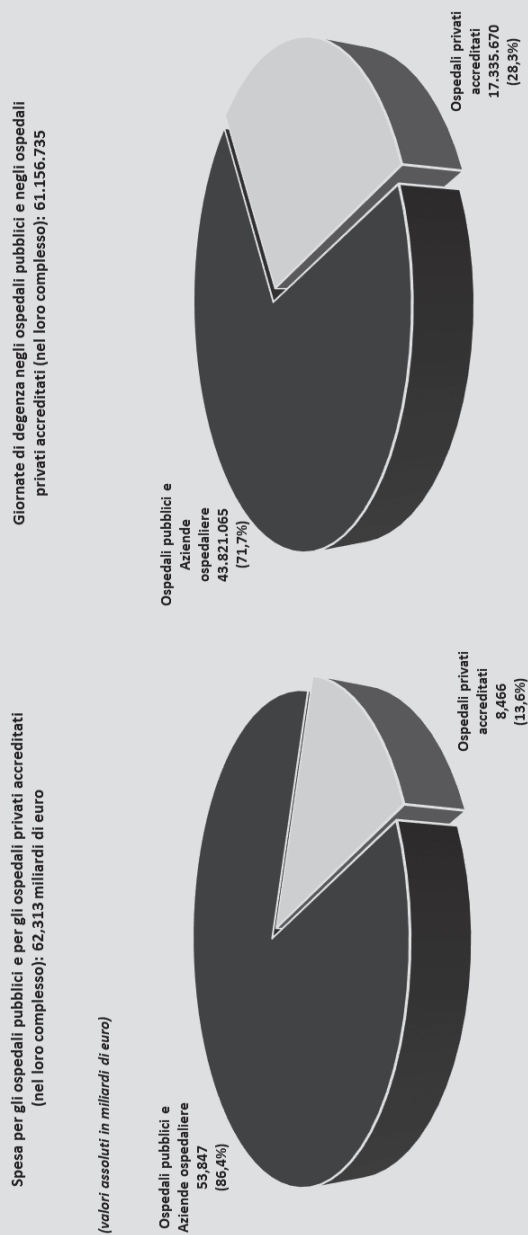
Per essere più espliciti, nella gestione delle aziende del Ssn a proprietà pubblica, cioè di proprietà delle Regioni, le necessità del proprietario di mantenere un ampio consenso

Fig. 9.7 - Spesa sanitaria italiana pubblica e privata per voci di spesa, anno 2015



(1) Le altre voci di spesa sanitaria pubblica comprendono: assistenza sanitaria di base, altra assistenza riabilitativa, assistenza integrativa e protesica (protesi, ortesi e ausili prescritti dagli specialisti), spese generali, imposte e oneri finanziari. Fonte: Corte dei Conti, Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica; ISTAT, Consumi finali delle famiglie

Fig. 9.8 - Attività ospedaliera del Servizio sanitario nazionale: confronto pubblico - privato accreditato in termini di spesa pubblica e produzione. Anno 2015



Fonte: Corte dei Conti, Rapporto 2017 sul coordinam. della finanza pubblica; Ministero della salute, Rapporto SDO 2015

sociale frenano inevitabilmente le più incisive azioni di efficientamento che le Direzioni aziendali potrebbero effettuare, innescando un circolo vizioso che permette di coprire il disavanzo con un supplemento di finanziamento.

Proprio per ovviare a questo limite, da tempo abbiamo proposto⁴ che le aziende sanitarie e ospedaliere a gestione pubblica che presentino per tre anni successivi disavanzi di bilancio vengano affidate per un tempo sufficiente a un gestore imprenditoriale.

Ma occorre anche dire che tutto questo non basterebbe senza una riforma più ampia, che torni a porre la prestazione effettivamente erogata al cittadino al centro dell'attenzione del sistema e del complessivo metodo di finanziamento, ripristinando il metodo di pagamento a prestazione che i DD.lgs. 502 e 517 all'inizio degli anni '90 avevano cercato di introdurre, e che non ha mai trovato applicazione nella componente aziendale di diritto pubblico, saldamente attestata sull'inefficiente metodo del finanziamento a costi.

Per quanto infine riguarda la spesa sanitaria privata, sempre la figura 9.7 mostra come in larghissima misura essa si rivolga all'acquisto di prestazioni escluse dai Lea (come l'odontoiatria) o di presidi non intermediabili (farmaci e apparecchiature medicali), destinando una parte relativamente esigua a prestazioni che sono anche erogate dal Ssn. Se ciò è vero, dobbiamo pensare che la spesa sanitaria *out of pocket* attuale sia difficilmente modificabile, e che la quota oggi destinata all'acquisto di prestazioni corrispondenti a quelle erogate dal Ssn sia molto piccola e non in grado, a valori attuali, di compensarne una progressiva riduzione delle prestazioni finanziate con la spesa sanitaria pubblica. L'effetto complessivo di questa progressiva riduzione delle risorse si legge con chiarezza nell'analisi del fenomeno del-

⁴ Gabriele Pelissero, *Giro di boa*, in *Ospedali&Salute – Tredicesimo rapporto annuale 2015*, Franco Angeli, Milano, 2016.

la mobilità dei pazienti, che per caratteristiche e dimensione rappresenta una peculiarità del Ssn italiano.

A questo proposito la figura 9.9 ben evidenzia alcuni aspetti rilevanti.

Il primo è rappresentato dall'andamento temporale, che vede la mobilità interregionale dei pazienti che richiedono un ricovero ospedaliero al di fuori della propria regione di provenienza, in continua crescita da quasi 20 anni.

In realtà, il numero assoluto dei pazienti in mobilità decresce a partire dal 2006, pur rimanendo costantemente al di sopra dei 700.000 casi all'anno, ma ciò è conseguenza della generale tendenza alla riduzione del tasso di ospedalizzazione in regime ordinario. Invece, la percentuale di mobilità sul totale dei ricoveri risulta in costante crescita, e anzi incrementa ulteriormente a partire dal 2011, proprio in corrispondenza del dispiegarsi delle azioni di contenimento della spesa sanitaria pubblica.

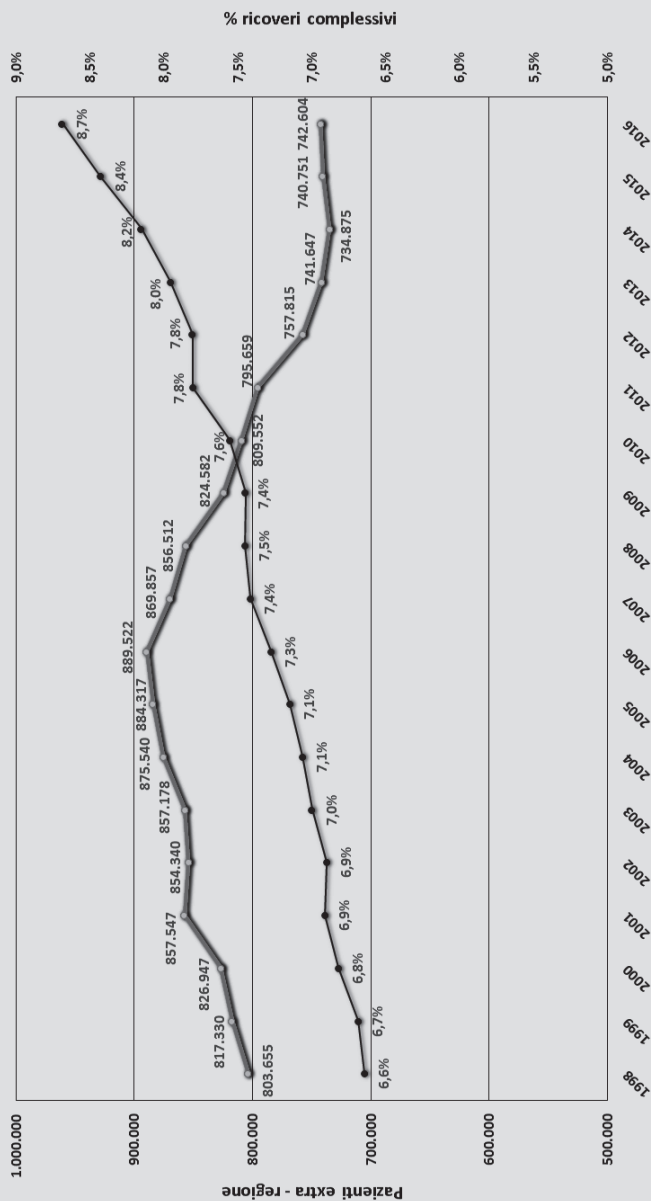
Appare dunque evidente che fattori di criticità nella capacità di erogare prestazioni da parte del Ssn sono presenti e operanti, e sono distribuiti in modo disuguale fra le varie regioni.

Non sorprende, a questo proposito osservare in figura 9.10 come le Regioni che sono o sono state in piano di rientro sono anche quelle con saldi passivi di mobilità.

I pazienti italiani di queste regioni, dunque, sono sempre più spinti a ricercare le cure al di fuori del proprio territorio, con evidente propensione per i sistemi sanitari regionali che conservano maggiori margini di efficacia e di efficienza.

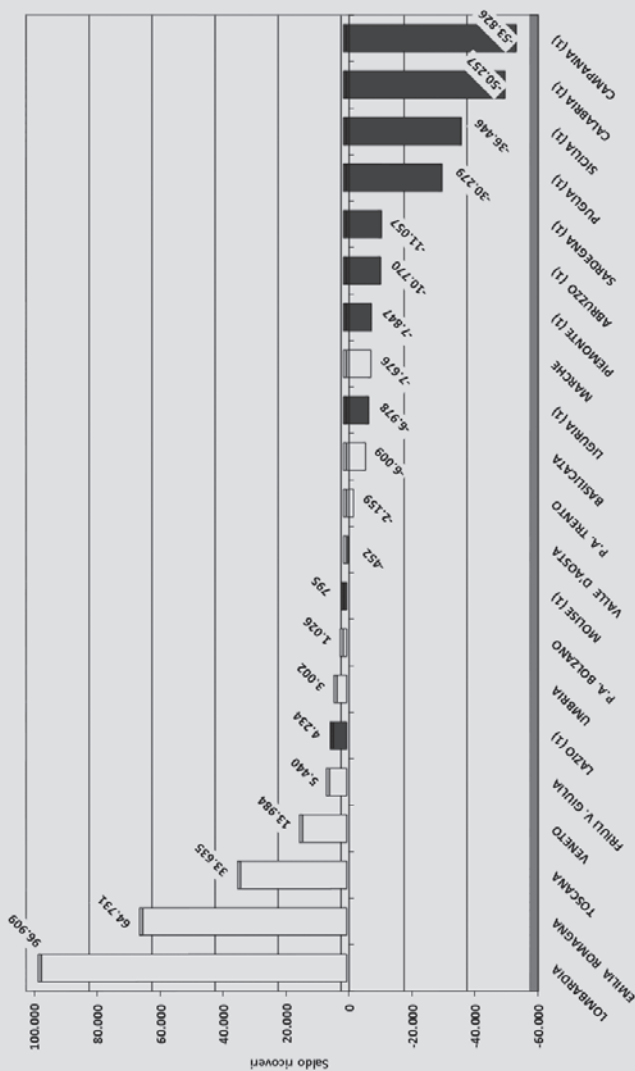
Per quanto attiene al giudizio dei cittadini, ci limiteremo qui a ricordare l'indagine Censis-Rbm presentata nel giugno 2017, secondo la quale nel 2016 oltre il 20% degli italiani, circa 12,2 milioni di cittadini, avrebbe rinunciato o rinviato prestazioni sanitarie (1,2 milioni in più rispetto al 2012). Di que-

Fig. 9.9 - I flussi di mobilità nel tempo - Totalità delle tipologie e dei regimi di ricovero. Anni 1998 - 2016



Nota: comprende acuti ordinari e DH, riabilitazione ordinaria e DH, lungodegenza
 Fonte: elaborazioni Aiop su dati Ministero della salute - matrici di mobilità interregionale, anni 1998 - 2016

Fig. 9.10 - Saldi di mobilità interregionale - Totalità delle tipologie e dei regimi di ricovero. Anno 2016



(1) Regioni che sono state o sono attualmente assoggettate a piani di rientro

Nota: comprende acuti ordinari e DH, riabilitazione ordinaria e DH, lungodegenza

Fonte: elaborazioni Aiop su dati Ministero della salute - matrici di mobilità interregionale, anno 2016

sti, il 18% sono cittadini del Nord-Ovest, il 15% del Nord-Est, il 39% del Centro e il 28% del Sud e Isole, con una quota di persone anziane coinvolte pari a 2,4 milioni.

Sono dati che richiedono un approfondimento e probabilmente possono essere interpretati in modo non necessariamente drammatico, anche in relazione alla tipologia delle prestazioni rinviate, ma restano una sicura espressione di un malessere crescente.

6. Quale futuro?

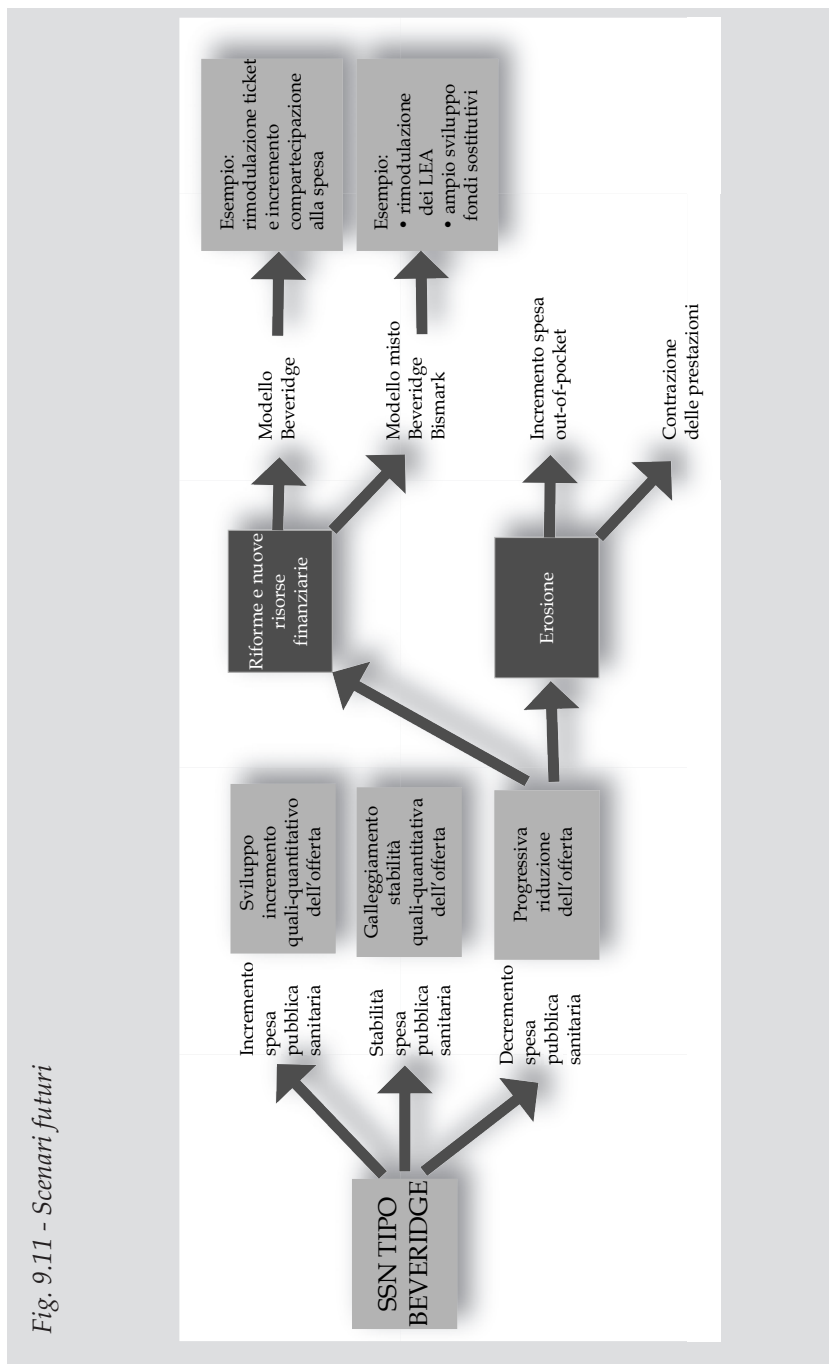
Le difficoltà e le criticità che fin qui abbiamo sistematicamente evidenziato debbono essere iscritte, ovviamente, all'interno di un più generale contesto socio-economico, conseguenza di un complesso di fattori di lungo periodo, la cui disamina esula totalmente da queste note.

È bene anzi ricordare che, in una situazione generale del Paese non facile, la sanità italiana nella sua interezza può legittimamente vantare significativi risultati, che vanno dalla diffusa alta qualità professionale alla riconosciuta produttività scientifica, e soprattutto dalla capacità di mantenere malgrado tutto un ragionevole livello di universalità, seppur ottenuto con un rilevante strutturale ricorso alla mobilità dei pazienti.

Tuttavia resta indiscutibile un trend orientato alla riduzione delle risorse, unito a non risolte criticità nella governance dei sistemi sanitari regionali e della rete di aziende di diritto pubblico.

Quali prospettive tutto ciò apre al futuro?

Le risposte a domande di questo tipo non possono che essere multiple, perché derivanti da quali scelte di politica sanitaria verranno effettuate su alcuni aspetti fondamentali, e che abbiamo cercato di esemplificare in figura 9.11.



Il primo di questi, inevitabilmente, riguarda le risorse impiegate a partire dalla spesa pubblica sanitaria.

È ovvio infatti che una netta inversione di tendenza, che la riporti nei prossimi anni a valori superiori al 7% del Pil, disegnerebbe uno scenario ottimistico con incrementi quali-quantitativi delle prestazioni.

Possiamo solo auspicare che questo sia il nostro futuro.

Ma se non sarà così?

La questione si pone in questo caso in modo diverso a seconda che la percezione della crescente difficoltà operativa dei sistemi sanitari regionali induca a consolidarsi intorno all'attuale 6,7% del Pil di spesa sanitaria pubblica, o se si dovesse davvero determinare la discesa programmata del Def fino al 6,3% o addirittura la drastica contrazione prevista dalla spending review più radicale, indicata nel Rapporto Cottarelli.

Il consolidamento dei livelli attuali di spesa potrebbe determinare un sostanziale galleggiamento del sistema, con livelli quali-quantitativi corrispondenti a quelli attuali, ma inevitabilmente escludendo dalle prestazioni erogabili buona parte dell'innovazione che potrà generarsi nei prossimi anni.

È probabile che una situazione di questo tipo porti nel tempo ad un certo incremento della spesa privata, sia *out of pocket* che intermediata, con una netta stratificazione sulle fasce di popolazione e sui territori con maggiori disponibilità economiche.

Un drastico progressivo decremento della spesa pubblica sanitaria aprirebbe invece scenari molto vari e innovativi, conseguenti alle linee di politica sanitaria adottata.

Con estrema semplificazione abbiamo a tale proposito ipotizzato due possibili scenari, rappresentati il primo dallo stabile riferimento di risorse finanziarie aggiuntive e il secondo da una condivisione di erosione permanente del si-

stema. Presupposto del primo è l'adozione di precisi e consapevoli interventi normativi di tipo strutturale, rivolti a reperire risorse aggiuntive.

In termini generali i percorsi possibili sono di due ordini. Il primo, che si presenta come sostanzialmente conservativo del modello Beveridge originario del Ssn, può essere rappresentato da iniziative che amplino i livelli di compartecipazione della spesa pur conservando il modello di finanziamento attuale. L'esempio più semplice può essere rappresentato da una forte azione sui ticket, limitando l'esenzione per patologia alle più basse fasce di reddito. Possiamo inoltre ricordare che nel passato sono state ipotizzate in questa prospettiva interventi anche più incisivi, quali l'estensione dei ticket a prestazioni ospedaliere o l'introduzione di imposte di scopo a sostegno di diversi tipi di prestazione. Non ci addentreremo qui nelle ovvie considerazioni sull'estrema impopolarità di queste misure, ampiamente sperimentata nel passato.

Il secondo percorso interviene in modo più radicale sul modello Beveridge introducendo elementi di tipo Bismarck e pervenendo così ad una tipologia molto innovativa e poco sperimentata di sistema sanitario.

Il presupposto di questo approccio consiste nella riduzione del perimetro dell'universalità garantita dal Ssn, con una modulazione in senso riduttivo dei Lea, che per ragioni sociali potrebbe essere limitata alle fasce di popolazione in grado di sostituire la copertura con strumenti collettivi sostanzialmente di tipo mutualistico.

Un percorso che forse non sarebbe in contrasto con lo stesso dettato costituzionale.

Un approccio di questo tipo necessita indubbiamente di un deciso intervento normativo, ma soprattutto di un vasto livello di consenso sociale, soprattutto nel mondo del lavoro e nelle sue rappresentanze sindacali e datoriali.

Un passaggio anch'esso, a prima vista, indigesto, ma forse non così privo di qualche attrattività, soprattutto alla luce di un potenziale ruolo più attivo e responsabile da parte di tutti gli attori impegnati nei settori produttivi.

E in questo senso vale ricordare che questo scenario apre prospettive di soluzioni istituzionali nel governo del welfare sanitario che ad esempio in Germania si sono rivelate molto solide e funzionali, e che vedono nel ruolo di regolatori una salda presenza delle organizzazioni sindacali e datoriali e dei territori.

Tutte le soluzioni che qui abbiamo sinteticamente accennato richiedono, lo ripetiamo, una esplicita e forte visione riformatrice, per realizzare sistemi organizzativi coerenti e efficaci.

E se questo non avvenisse?

In costanza di un decremento progressivo della spesa pubblica senza soluzioni compensative non potremmo che assistere a una corrispondente erosione del sistema di welfare sanitario, con ogni probabilità aggravata da crescenti disparità territoriali e gravi cadute nell'universalità e nell'equità.

A questo scenario farebbero inevitabilmente riscontro un incremento incontrollato della spesa *out of pocket*, una generale contrazione delle prestazioni e una forte sofferenza sociale.

7. La posizione di Aiop

Nell'incertezza del futuro che abbiamo descritto, la presenza in Italia di una grande rete di erogatori ospedalieri di diritto privato rappresenta, come già detto, un vantaggio rilevante per il Ssn, una opportunità preziosa per erogare prestazioni con elevati livelli di efficienza, e una riserva di ope-

ratività nell'eventualità di crisi produttive nel comparto a gestione pubblica.

Tutto questo è molto ma non basta, perché senza l'adozione di politiche sanitarie adeguate la rete Aiop, anche integrata dagli altri operatori ospedalieri di diritto privato, non sarà da sola sufficiente a garantire l'universalità delle prestazioni.

Ma un ulteriore importante vantaggio per la sanità italiana che deriva da questa presenza è dato dalla indubbia capacità di questa rete di aziende di adattarsi all'evoluzione dei modelli organizzativi, modificando la propria organizzazione interna e conservando, entro limiti ragionevoli, la capacità di investire sul cambiamento. Questa flessibilità, che è la conseguenza del pluralismo degli erogatori che fra tanti contrasti si è affermato nel nostro Servizio sanitario nazionale, è un valore per tutto il Paese.

L'auspicio, che le difficoltà del futuro rendono ancora più pressante, è che di questo valore siano sempre più consapevoli i Governi nazionali e regionali, su cui incombe il dovere di garantire la salute dei cittadini.



Prof. Gabriele Pelissero, Presidente nazionale Aiop (2012-2018).



Gabriele Pelissero con l'on. Maria Pia Garavaglia, Ministro della sanità negli anni 1993-1994 e prima Sottosegretario di Stato, nel periodo di attuazione del D.lgs. n. 502/92.



Il Presidente nazionale con la Vicepresidente d.ssa Barbara Cittadini e lo staff della Sede nazionale Aiop.



Il Comitato Esecutivo Aiop (2012-2018).



Partecipazione del Presidente nazionale Aiop agli Stati Generali della Salute (8-9/4/2014).



Incontro della Scuola di Rete con i funzionari e direttori delle Sedi regionali Aiop. A partire dal 2015 è stata inoltre inaugurata la Scuola di Formazione annuale aperta ai collaboratori delle strutture Aiop.



Gabriele Pelissero con il Ministro della salute, Beatrice Lorenzin.



52^a Assemblea generale Aiop (Praga 2016). Gabriele Pelissero dà lettura del messaggio inviato dal Presidente della Repubblica Sergio Mattarella in occasione del 50° anniversario di fondazione dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata: «Il diritto alla salute è un pilastro fondamentale della nostra Costituzione, dove trova riconoscimento nell'articolo 32. Esso realizza le condizioni fondamentali del benessere individuale e collettivo. In questo scenario, improntato alla cura della persona, si dispiegano le attività sanitarie nelle loro diverse articolazioni. La partecipazione delle strutture sanitarie private all'attività del sistema di welfare del Paese rappresenta un contributo importante alla causa della tutela della salute pubblica, alla quale devono sentirsi impegnati tutti gli operatori sanitari indipendentemente dalla loro natura giuridica».

Gli anni che vanno dal 2012 al 2018 saranno ricordati in Italia come gli anni della *spending review*, che ha prodotto i suoi effetti compressivi della spesa soprattutto nel Servizio sanitario nazionale, riconosciuto da tutti gli italiani come patrimonio indiscusso del Paese. Sono gli anni in cui il prof. Gabriele Pelissero è stato alla guida dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata – Aiop – la maggiore organizzazione della sanità privata del nostro Paese.

Questo libro raccoglie i suoi principali interventi pubblici, le analisi più approfondite e apprezzate, spesso inserite nelle introduzioni al Rapporto *Ospedalità & Salute* (edito da Franco Angeli), giunto nel 2018 alla 15ª edizione annuale. Tanti interventi di lettura della congiuntura storica e di apertura ad una prospettiva di tutela del Ssn. Tutti rivelatori di un filo rosso costituito da tre concetti chiave: la salvaguardia del Ssn, nei suoi principi di universalismo e di solidarietà; il valore della composizione mista del Ssn, pubblico-privato con pari dignità, che ha consentito, dapprima, di integrare le lacune della rete degli ospedali pubblici, e poi di attivare meccanismi di emulazione verso l'eccellenza della qualità, indipendentemente dalla natura del soggetto erogatore, consentendo l'esercizio della libera scelta del cittadino-paziente; la necessità di promuovere meccanismi virtuosi che riducano gli sprechi, premino le strutture meritevoli e penalizzino quelle incapaci di coniugare nel tempo il rapporto costi-esiti-qualità delle prestazioni. Sono i concetti-chiave del lavoro del prof. Gabriele Pelissero in questi ultimi sei anni, ma potranno essere ancora da guida per il futuro.

GABRIELE PELISSERO



È Presidente nazionale di Aiop dal 2012 ed è stato Presidente di Aiop Lombardia dal 2006 al 2012.

Rappresenta l'Italia presso l'European Union of Private Hospitals, che partecipa al Forum della Sanità della Commissione europea.

Da marzo 2012 è Presidente del gruppo Sanità di Assolombarda e dal 2018 Presidente del cluster lombardo Scienze della vita. Medico chirurgo specialista in Igiene e Medicina Preventiva e in Medicina del Lavoro. Dall'anno accademico 2000-2001 professore ordinario di Igiene e Organizzazione Sanitaria presso l'Università degli Studi di Pavia dove riveste i seguenti incarichi accademici: Direttore della Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva, Presidente della classe di Lauree in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Direttore del Centro di Ecologia Umana, e Direttore della Sezione di Igiene del Dipartimento di Sanità Pubblica, Medicina sperimentale e forense.

È Presidente dell'Ospedale San Raffaele di Milano e Vice Presidente dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano.

È Vicepresidente nazionale dell'Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera, ed è stato già Presidente della Sezione Lombardia.

È autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali, di un trattato di Igiene e di monografie sui temi dell'organizzazione sanitaria.

L'attività scientifica concerne prevalentemente l'epidemiologia, l'organizzazione e il management sanitario, la valutazione dei sistemi e dei servizi sanitari.

Tra le ultime pubblicazioni *La Sanità della Lombardia. Il Sistema sanitario e l'attività ospedaliera nel periodo 2003-2008* (Franco Angeli, Milano, 2010). In collaborazione con Alberto Mingardi ha curato *Eppur si muove. Come cambia la Sanità in Europa, fra pubblico e privato* (IBL Libri, Torino, 2010), insieme a Lucio Scudiero ha pubblicato *Il futuro del welfare sanitario. Un caso Italiano e uno spagnolo* (IBL Libri, Torino, 2011), insieme a Lucia Quagliano e Alberto Mingardi ha pubblicato *La spesa sanitaria italiana. Quel che si vede e quel che non si vede* (IBL Libri, Torino, 2013) e insieme a Alberto Mingardi ha curato *Competizione, sostenibilità e qualità. Quale futuro per il welfare sanitario italiano?* (IBL Libri, Torino, 2014).