

**Ermeneia**

Studi & Strategie  
di Sistema

10

# Ospedali & Salute

DECIMO RAPPORTO ANNUALE 2012



COLLANA

**Aiop**

Associazione Italiana  
Ospedalità Privata

**FrancoAngeli**

## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





Il presente Rapporto è stato curato da **Nadio Delai**, attraverso una stretta collaborazione tra la Società Ermeneia – Studi & Strategie di Sistema di Roma e l’Aiop – Associazione Italiana Ospedalità Privata. È stato costituito allo scopo un apposito gruppo di lavoro tecnico misto, composto da: Angelo Cassoni, Filippo Leonardi, Alberta Sciachì, Stefano Turchi, oltre che Giuseppe Biamonte e Bernardino Scarpino, integrato da Nadio Delai (Ermeneia).

E inoltre ci si è avvalsi di un Comitato di Indirizzo, formato da Gabriele Pelissero, Emmanuel Miraglia e Franco Bonanno.

Si ringraziano infine per la collaborazione prestata anche i responsabili e i collaboratori della sede nazionale e delle sedi regionali, per lo sforzo di raccolta e di organizzazione dei dati interni al sistema Aiop.

A.I.O.P.

Associazione Italiana Ospedalità Privata

Presidente:

*Gabriele Pelissero*

Vice Presidente:

*Barbara Cittadini*

Tesoriere:

*Fabio Marchi*

Comitato Esecutivo:

*Gabriele Pelissero, Barbara Cittadini, Emmanuel Miraglia, Fabio Marchi, Giuseppe Puntin, Ettore Sansavini, Vincenzo Schiavone*

Direttore Generale:

*Franco Bonanno*

**Ermeneia**

Studi & Strategie  
di Sistema

# Ospedali & Salute

DECIMO RAPPORTO ANNUALE 2012

COLLANA

**Aiop**

Associazione Italiana  
Ospedalità Privata

**FrancoAngeli**

*Grafica della copertina: Andrea Albanese.*

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<i>Salviamo il Servizio Sanitario Nazionale</i> <i>di Gabriele Pelissero, Presidente Nazionale AIOP</i>	pag.	9
<b>Introduzione</b>	»	23
<b>Parte prima</b>		
<b>LA NECESSARIA COMPrensIONE DEL SISTEMA</b>		
<b>1. Le possibili dinamiche distorsive indotte dalla riduzione della spesa</b>	»	29
1.1. Le grandezze e i flussi del sistema ospedaliero	»	29
1.2. Una pressione progressiva e sbilanciata sull'offerta ospedaliera	»	34
1.3. Il rischio di “scaricare” le inefficienze pubbliche sulle strutture private	»	39
1.4. Una parallela pressione sugli utenti	»	44
<b>2. Una (auspicabile) alleanza per costruire l'ospedalità del dopo-crisi</b>	»	51
2.1. Un privato da valutare nel suo apporto reale al sistema	»	51
2.2. Un labirinto delle tariffe da riportare in equilibrio sia per il pubblico che per il privato	»	62
2.3. Un consolidato orientamento dei cittadini verso un sistema misto	»	68
2.4. Riduzione della spesa sanitaria e centralità dell'utente anche in Europa	»	72

**Parte seconda**  
**IL RAPPORTO FAMIGLIA/OSPEDALI**  
**NELL'ANALISI CONGIUNTURALE 2012**

<b>1. Una tendenziale continuità di atteggiamenti degli utenti negli ultimi dodici mesi</b>	pag.	85
1.1. Il ruolo dell'ospedale in graduale trasformazione	»	85
1.2. La stabilizzazione nel tempo del sistema misto, ma con una maggiore mobilità territoriale	»	87
1.3. Una prevalente fedeltà nella scelta dell'ospedale	»	90
1.4. Una consistente apertura verso le strutture accreditate	»	96
1.5. Una valutazione sostanzialmente positiva delle prestazioni ottenute	»	98
<b>2. Una parallela tenuta nella percezione della realtà ospedaliera da parte dei cittadini</b>	»	107
2.1. Una conoscenza più limitata delle opzioni di scelta esistenti	»	107
2.2. Una propensione teoricamente più pronunciata verso le alternative possibili	»	110
2.3. Una stabilità di giudizi sulle prestazioni con un atteggiamento più favorevole nei confronti del privato accreditato	»	112
2.4. La valutazione positiva (e consolidata) del sistema misto pubblico/privato	»	120
<b>3. L'approfondimento dell'anno: gli elementi che "appesantiscono" la vita del paziente e dei suoi familiari</b>	»	126
3.1. Spese eventualmente sostenute dall'utente e dai membri della famiglia ristretta o della famiglia allargata	»	126
3.2. Il ricorso (critico) alle attività <i>intramoenia</i> degli ospedali pubblici	»	133
3.3. Una visione attiva e "laica" sulle liste di attesa	»	136
3.4. Il timore di una <i>spending review</i> che si possa scaricare sugli utenti	»	142
3.5. Una sensibilità elevata (malgrado la crisi) verso una maggior tutela assicurativa	»	143

**Parte terza**  
**GLI INDICATORI STATISTICI**

<b>1. I dati di struttura</b>	pag.	147
1.1. La presenza di istituti pubblici e di istituti privati accreditati	»	147
1.2. La distribuzione dei posti letto	»	148
1.3. La dotazione di apparecchiature	»	149
<b>2. I dati di attività</b>	»	162
2.1. Le giornate di degenza e il tasso di utilizzo	»	162
2.2. Le tipologie dei ricoveri e dei dimessi	»	163
2.3. I DRG più diffusi	»	163
2.4. Le attività classificate a seconda delle maggiori categorie diagnostiche	»	164
2.5. Le attività classificate per disciplina	»	165
2.6. La mobilità sanitaria	»	165
<b>3. Le informazioni sul personale</b>	»	214
3.1. L'andamento degli addetti nel tempo	»	214
3.2. La situazione degli addetti per territorio	»	215
<b>4. I dati di spesa</b>	»	220
4.1. L'andamento dei flussi nel tempo	»	220
4.2. La spesa sanitaria a confronto	»	220
<b>5. Il set annuale di indicatori sintetici sul sistema ospedaliero</b>	»	225
5.1. L'indicatore sulla crescita di un sistema misto pubblico/privato	»	225
5.2. L'indicatore del livello di soddisfazione dei servizi	»	226
5.3. L'indicatore sulla propensione a scegliere da parte del cittadino	»	227
 <b>Allegati</b>		
1. La metodologia utilizzata	»	235
2. Le tavole sinottiche delle Tariffe DRG teoriche ed effettive in 7 Regioni italiane	»	240
3. L'indice delle tabelle strutturali	»	274
4. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sulle famiglie italiane e l'ospedalità	»	279



# *Salviamo il Servizio Sanitario Nazionale*

di *Gabriele Pelissero*, Presidente Nazionale AIOP

## **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 e 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 scelta 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 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.*

Tab. 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)

*Naturalmente esistono inefficienze, sprechi ed episodi di mala gestione (a carico di amministrazioni pubbliche e private) ed episodi di malasanzità, 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”<sup>1</sup>.*

*E nel 2011 il problema si è puntualmente presentato.*

### ***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 Sistema Sanitario. Ed è con la così detta “Legge Salva Italia”, L. 111/2011 che vediamo i primi tagli, che presto si sommeranno a quelli previsti dal DL 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 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?*

<sup>1</sup> G. Pelissero, *La sanità della Lombardia*, Franco Angeli 2011.

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

Fonte: dati di spesa come da Provvedimenti di legge citati

*In effetti un orientamento che accompagna e sostiene questo processo potrebbe essere ritrovato nel Rapporto firmato da Giarda “Elementi per una revisione della spesa pubblica”. 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.

*La composizione per funzioni dei consumi pubblici 1990-2009*

Funzioni	1990 Totale P.A.	2009				Var. 2009 Su 1990
		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%

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”.

*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 (tab. 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 spesa 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”.

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

	Stato	Altri Enti A.C.	E. P.	Regioni	Province	Comuni	Sanità	Univ.tà 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 Agcredibile	95,9	7,2	7,4	20,2	7,3	44,2	97,6	15,4	295,1
% Spesa Agcredibile	32,5%	2,4%	2,5%	6,8%	2,5%	15,0%	33,1%	5,2%	100%

Come si vede, sicuramente nella consapevolezza delle implicazioni inserite nell'aggettivo “agcredibile”, 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 agcredibile) 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 DL 95/12, i cui effetti macroeconomici sono riportati in Tab. 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, d'altra parte, indiscutibilmente condivisibile, ed è stato ampiamente dibattuto anche nel Convegno e nella 47<sup>a</sup> Assemblea Annuale di AIOP tenutasi a Roma il 17 e 18 maggio 2012.*

*Esso è esplicitato nel già citato "Rapporto" 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;*
- 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 DL 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 domanda di prestazioni da erogatori privati pagati esclusivamente a tariffa a ero-*

*gatori 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 DLgs n.502/92 ad opera del DL 95/12, registriamo con soddisfazione il contenuto dell'art. 2 Bis del 13/9/2012 n. 158, convertito in Legge n. 189 dell' 8/11/2012, 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:*

*“17-bis. 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 sessanta 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 7 – bis, 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 Formigoni e dell'Assessore alla Sanità della Regione Emilia Romagna 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 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 elevatis-*