

Ermeneia
Studi & Strategie di Sistema

11

Ospedali & Salute

UNDICESIMO RAPPORTO ANNUALE 2013

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, Fabiana Rinaldi, 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 Filippo Leonardi.

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:

Filippo Leonardi

Ermeneia
Studi & Strategie di Sistema

Ospedali & Salute

UNDICESIMO RAPPORTO ANNUALE 2013

COLLANA
Aiop
Associazione Italiana
Ospedalità Privata

FrancoAngeli

Grafica della copertina: Andrea Albanese.

Copyright © 2014 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.

Indice

Il Servizio Sanitario Nazionale – Quale Futuro? <i>di Gabriele Pelissero, Presidente Nazionale Aiop</i>	pag.	9
Introduzione	»	19
Parte prima UN SISTEMA DA RIPENSARE IN FUNZIONE DEL CITTADINO		
1. Il patrimonio accumulato nel tempo	»	29
1.1. Un sistema misto di diritto e di fatto	»	29
1.2. Una qualità crescente delle prestazioni che sottolinea il ruolo delle strutture accreditate	»	35
1.3. Una valutazione complessivamente positiva del sistema ospedaliero misto da parte di utenti e cittadini	»	44
2. Una stretta sbilanciata sul fronte dell'offerta	»	50
2.1. Un processo di permanente sottotariffazione del privato accreditato	»	50
2.2. Gli effetti intrecciati della <i>spending review</i> e delle modalità di pagamento delle prestazioni	»	56
2.3. Un sistema di rendicontazione ancora da rendere compiuto nei fatti	»	64
3. Una stretta progressiva sui pazienti	»	72
3.1. La rinuncia e il rimando delle cure	»	72
3.2. L'appesantimento dal lato della spesa	»	76

3.3. La situazione (peggiorativa) degli utenti nelle Regioni a rischio	pag.	81
3.4. Una domanda di maggiore equità tra prestazioni e reddito percepito	»	86
3.5. Una significativa richiesta di valutare paritariamente strutture pubbliche e strutture private accreditate	»	90
3.6. La promozione di una mobilità sanitaria “a due vie” dei pazienti in Europa	»	92

Parte seconda
L’UTILIZZO DEI SERVIZI OSPEDALIERI
NELL’ANALISI CONGIUNTURALE
DELLE FAMIGLIE/2013

1. Il rapporto con gli ospedali da parte degli utilizzatori effettivi	»	103
1.1. Un accesso stabilizzato nel tempo	»	103
1.2. Un buon livello di valutazione delle prestazioni, specie nel privato accreditato	»	106
1.3. Una propensione differenziata nel momento della scelta della struttura di cura	»	109
2. Il rapporto con gli ospedali da parte dei cittadini	»	113
2.1. Le barriere conoscitive rispetto alle opzioni pubblico/privato e locale/extralocale	»	113
2.2. La più difficile conoscenza delle opportunità di cura transfrontaliere	»	116
2.3. L’orientamento pubblico/privato e locale/extralocale in caso di serie ragioni di salute	»	117
2.4. Un giudizio positivo sul sistema ospedaliero, specie per la componente privata accreditata	»	120
2.5. Il sistema misto pubblico/privato come valore acquisito	»	121
3. Il set annuale di indicatori sull’accesso al sistema ospedaliero	»	128
3.1. L’indicatore di crescita di un sistema misto	»	128
3.2. L’indicatore del livello di soddisfazione dei servizi	»	130
3.3. L’indicatore della propensione a scegliere da parte dei cittadini	»	132

Parte terza
IL DISAGIO MULTIFORME DEGLI UTENTI
NELL'ESPERIENZA DEI CARE-GIVER

1. L'accesso ai servizi e la relativa responsabilità di governo	pag.	137
1.1. Il profilo prevalentemente femminile del <i>care-giver</i>	»	137
1.2. L'intreccio dei bisogni tra famiglia ristretta e famiglia allargata	»	139
1.3. La valutazione sintetica dei servizi sanitari e socio-assistenziali della propria Regione	»	140
2. I disagi di accesso e il livello di copertura dei bisogni	»	143
2.1. L'individuazione dei problemi connessi ai servizi sanitari e socioassistenziali	»	143
2.2. L'evoluzione delle prestazioni pubbliche nel loro insieme	»	146
2.3. Gli oneri per i pazienti e per le famiglie	»	147
3. Il giudizio su alcune proposte di contenimento della spesa e di miglioramento dei servizi	»	151
3.1. Le previsioni di impatto della riduzione della spesa pubblica sui pazienti e sulle loro famiglie	»	151
3.2. La consapevolezza del necessario coinvolgimento degli utenti	»	153
3.3. La consapevolezza di un necessario impegno sul fronte dell'efficienza reale della "macchina"	»	156

Parte quarta
GLI INDICATORI STATISTICI

1. I dati di struttura	»	163
1.1. La presenza di istituti pubblici e di istituti privati accreditati	»	163
1.2. La distribuzione dei posti letto	»	164
1.3. La dotazione di apparecchiature	»	165
2. I dati di attività	»	178
2.1. Le giornate di degenza e il tasso di utilizzo	»	178
2.2. Le tipologie dei ricoveri e dei dimessi	»	179
2.3. I DRG più diffusi	»	179

2.4. Le attività classificate a seconda delle maggiori categorie diagnostiche	pag.	180
2.5. Le attività classificate per disciplina	»	181
2.6. La mobilità sanitaria	»	182
3. Le informazioni sul personale	»	229
3.1. L'andamento degli addetti nel tempo	»	229
3.2. La situazione degli addetti per territorio	»	230
4. I dati di spesa	»	235
4.1. L'andamento dei flussi nel tempo	»	235
4.2. La spesa sanitaria a confronto	»	235
 Allegati		
1. La metodologia utilizzata	»	243
2. L'indice delle tabelle strutturali	»	256
3. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sulle famiglie italiane e l'ospedalità	»	261
4. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sui <i>care-giver</i>	»	284

Il Servizio Sanitario Nazionale – Quale Futuro?

di *Gabriele Pelissero*, Presidente Nazionale Aiop

1. Una stagione di tagli

Nel mese di novembre 2012, predisponendo il 10° 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 italiano, 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 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. 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. 135/12
– 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	
– 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		
Totale L.111/11 e L. 135/12	900,00	2.500,00	1.800,00	5.450,00	2.000,00	
<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

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 10° Rapporto Ospedali & Salute, un pressante appello a fermare il disinvestimento nel Servizio Sanitario Nazionale, ponendo fine alla stagione dei tagli lineari indiscriminati e 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 su-

bendo l'impatto emotivo delle continue denunce di malasania 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 malasania 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 Servizio Sanitario Italiano, 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 comunque 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 del commissariamento.

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 svolta 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 sistemi sanitari regionali migliori si potranno af-

frontare 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 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 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 immediatamente 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 previsti dalla Legge 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 *si*.

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.

Introduzione

L'analisi annuale del sistema ospedaliero italiano, che trova posto nel presente Rapporto, richiede di considerare i fenomeni più delicati che caratterizzano i dodici mesi precedenti, ma anche di interpretare il disegno e la direzione di marcia che nei fatti assume il sistema di protezione della salute nel nostro Paese.

Già lo scorso anno si è parlato del pericolo di ridurre progressivamente l'attenzione verso la cosiddetta "ospedalità reale" (quella dei 14 milioni di pazienti che ogni anno utilizzano i servizi, dei 650 mila addetti, del presidio diffuso sul territorio) e di porre invece il *focus* sull'"ospedalità finanziaria", quella cioè fatta di flussi di risorse, di (necessario) miglioramento dei livelli di efficienza, di tendenziale contrazione della spesa.

Si tratta di due letture, entrambe legittime, che richiedono di non essere vissute separatamente, ma di venir ricondotte ad una visione convergente (e non impropriamente strabica): non si può certo ritenere intoccabile ciò che abbiamo sin qui costruito e gestito, ma non si può nemmeno ridurre l'ospedalità ai flussi economico-finanziari che la riguardano.

La verità di fondo è che il sistema ospedaliero non può esimersi dal fare la propria specifica "mutazione" che il superamento della crisi implica, come del resto sono (sarebbero) tenuti a fare il sistema delle imprese, il sistema statale e lo stesso sistema istituzionale.

Ma l'approccio pendolare ai problemi costituisce sempre una forte tentazione: prima l'adesione alla crescita e al benessere per tutti, poi l'accettazione dell'austerità e del rigore; prima l'espansione del sistema di protezione sociale a prescindere dalle risorse disponibili, poi la logica economico-finanziaria al primo posto. In altre parole ed estremizzando un po' non è né opportuno né produttivo passare da una posizione in cui la spesa sanitaria (ed ospedaliera nella fattispecie) possa rappresentare una variabile indipendente malgrado le distorsioni e le inefficienze inevitabilmente presenti ad una posizione in cui l'"ospedalità reale" corre il rischio di diventare una variabile dipendente dell'"ospedalità finanziaria".