

Dossier

22

PANORAMA della SANITÀ • n° 47 • dicembre 2012

Presentato a Roma il 10° Rapporto Aiop sull'attività ospedaliera in Italia nel triennio 2012-2014: tagli complessivi per 14 miliardi di euro a carico del comparto privato

# Sostenibile ed efficace: il servizio sanitario nazionale va salvato a tutti i costi

“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”. Questo il concetto cardine al centro del 10° Rapporto sull'attività ospedaliera in Italia, edito da FrancoAngeli presentato a Roma, lo scorso 4 dicembre, da Gabriele Pelissero, presidente Aiop. Un servizio sanitario nazionale sostanzialmente in salute, nonostante tutto. Un sistema apprezzato, che l'Oms colloca tra i primi posti al mondo per il livello dei servizi offerti, con punte di eccellenza che differenziano alcune regioni, ma con un costante gradimento espresso dai cittadini. Tra le principali caratteristiche, la sostanziale libertà di scelta fra erogatori, a fronte di una spesa sanitaria pubblica che si colloca costantemente tra 1 e 2 punti percentuali di Pil al di sotto di quella di Paesi come Francia e Germania. Un andamento virtuoso che ha portato infatti a un calo della spesa sanitaria pubblica dal 7,2 al 7,1 % del Pil: nonostante la recessione, un fatto straordinario, un successo tutto italiano e ancor più significativo se consideriamo gli ingenti investimenti necessari a sostenere l'alta

innovazione tecnologica propria di questo settore. Dal 2010 ad oggi lo scenario è profondamente mutato con l'avanzare di manovre governative che hanno applicato tagli lineari: la manovra Tremonti del 2011, la spending review e infine la legge di Stabilità 2013 hanno pesantemente aggredito la spesa sanitaria, in un Paese dove questa è già più che moderata, all'interno invece di una spesa pubblica generale eccessiva. Per il triennio 2012-2014 sono infatti previsti tagli complessivi per 14 miliardi, prevalentemente a carico del comparto privato accreditato. Ma da dove nasce l'idea di poter intervenire in modo così drastico sul finanziamento pubblico della

sanità? In effetti da molto lontano e precisamente da quando si assistette ad un forte incremento della spesa sanitaria che nel 1990 assorbiva il 32% del totale della spesa, una percentuale che salì al 37% nel 2009. Se ne deduce in maniera inequivocabile che tra le voci della spesa pubblica, difesa, istruzione, protezione dell'ambiente, ecc., la sanità era di certo quella più onerosa. Per definire una spesa sanitaria onerosa, non bisogna tuttavia paragonare ambiti così differenti tra loro per dinamica dei bisogni, contenuti tecnologici, evoluzione delle conoscenze scientifiche, ma guardare a sistemi uguali in contesti diversi e nel confronto con i paesi europei, abbiamo già

Intervista a Gabriele Pelissero, presidente Aiop

**«La sanità non è il luogo in cui si può fare facilmente cassa»**

«Il pubblico e il privato rappresentano un connubio strategico per il Ssn», lo ha dichiarato a “Panorama della Sanità” Gabriele Pelissero, presidente Aiop.

Presidente, qual è il messaggio che intendete lanciare in occasione del 10° Rapporto Aiop?

Quello che intendiamo sottolineare è che il sistema sanitario italiano è sostanzialmente virtuoso. Costa poco rispetto ad altri sistemi europei comparabili e ha sempre dato ottimi risultati. Le varie leggi che si sono avvicinate



visto il comportamento virtuoso del nostro sistema. Nel rapporto: *“Elementi per una revisione della spesa pubblica”* firmato dal Ministro Giarda nel 2012, si arriva alla conclusione che il 33,1 % della spesa sanitaria sia aggredibile. Questo dato, suo malgrado, ha innescato una sequela di interventi giudicati molto pericolosi da tutti gli operatori del comparto, con evidenti distorsioni, una per tutti la spending-review, la cui distorta applicazione ha trasformato l’aggressione agli sprechi in tagli lineari, distribuiti proporzionalmente su tutte le regioni italiane, le quali si sono trovate nella condizione obbligata di far cassa, da un lato attraverso la riduzione degli acquisti da parte delle aziende ospedaliere pubbliche e dall’altro attraverso il taglio lineare ai budget delle aziende private. Conseguenza di tutto ciò: gli sprechi non saranno colpiti ma, purtroppo per i cittadini, le liste di attesa cresceranno vorticosamente a carico delle strutture pubbliche, le quali non vengono retribuite per prestazioni, ma per costi, con un incremento dei loro disavanzi. «Continuiamo a credere in un servizio sanitario universale, solidaristico e pluralistico, che deve essere difeso con ostinazione, in quan-

to determinante per la coesione sociale e l’economia italiana», ha dichiarato Gabriele Pelissero, presidente Aiop, «è fuor di dubbio che maggiore efficienza possa essere raggiunta attraverso un’autentica alleanza tra strutture di diritto pubblico e privato; è bene ricordare che queste ultime rappresentano il 25% di tutte le prestazioni erogate, a fronte del 15% dell’intera spesa: il loro contributo è quindi fondamentale per il sistema». Salvare quindi il servizio sanitario nazionale è possibile, secondo Aiop, con pochi ma fondamentali interventi: l’istituzione del pagamento a prestazione per tutti e non solo per i privati, il finanziamento razionale, ovvero il pagamento di tutte le prestazioni appropriate attraverso un tariffario che corrisponda realmente ai costi razionalmente rilevati, l’istituzione di un organo di vigilanza e controllo autenticamente terzo rispetto a tutti gli erogatori. «I tagli predisposti dalle leggi esistenti non sono sostenibili», conclude Pelissero, «è necessario che tutti i soggetti interessati si uniscano da subito in un progetto di salvataggio finanziario del servizio sanitario nazionale. Il rischio per l’intero sistema produttivo è che collassi il Servizio pubblico, ribaltan-

do sulle aziende italiane il costo insostenibile dell’assistenza sanitaria ai lavoratori. Se venisse meno la copertura pubblica finiremmo come gli Usa, dove le aziende devono sobbarcarsi anche il costo delle assicurazioni sanitarie dei propri dipendenti e delle loro famiglie». «Il rapporto Aiop dimostra che siamo tutti nella stessa barca, aziende pubbliche e private, e se non si farà una revisione del sistema delle tariffe si rischia di non coprire più i costi». Lo ha affermato Giovanni Monchiero, presidente della Federazione delle aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso), che ha sottolineato: «Le politiche di taglio stanno iniziando a creare problemi di cassa alle Asl e, già a dicembre, si potrebbero verificare criticità nei pagamenti per le forniture. In un contesto in cui già paghiamo i fornitori a 400 giorni. Una realtà a dir poco insostenibile». Preoccupazione è espressa anche dal presidente dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), Giovanni Bissoni: «Bisogna attraversare ed affrontare questa complessa situazione, ma senza dimenticare che la compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini è già molto alta rispetto agli altri Paesi Ue».

negli ultimi due anni, sicuramente, introducono un sistema di tagli che, però, dovrebbe essere modificato. Quello che chiediamo, appunto, è di tornare a lavorare tutti insieme nel settore della sanità, per salvare questa grande conquista di civiltà; rivedendo quella che è la disciplina realizzata alla luce del principio che, l’efficienza, si può ricercare; ma la sanità non è certo il luogo in cui si può fare facilmente cassa.

**Pubblico-Privato: quanto è importante questo connubio per il Ssn?**

Molto. Sono due settori che vanno incontro ad una integrazione sempre più profonda. Il Servizio sanitario nazionale italiano è un sistema universale, solidale e misto in cui l’erogazione delle prestazioni è fatto sia dalla parte pubblica che privata. Due realtà che possono (e devono) lavorare insieme, in un sistema integrato in cui, naturalmente, possono

scambiarsi reciprocamente quelli che sono gli stimoli di qualità.

**Anche se il momento storico non aiuta...**

È vero. Il momento storico non favorisce nessun settore. Però il servizio che offriamo è reale, poiché rispondiamo ai veri bisogni di salute della popolazione. In pratica garantiamo qualcosa che non può essere cancellato, per nessuna ragione al mondo.

E.M.

Dossier

24

PANORAMA della SANITÀ • n° 47 • dicembre 2012

# Salviamo il Servizio Sanitario Nazionale

di Gabriele Pelissero\*

## 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'anda-

mento 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 malasanita, 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.

## 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?

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.

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 au-

mento 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 aggregabile" 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 "aggregabile" 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".

\*Presidente Nazionale AIOP  
(Tratto dall'introduzione del 10°  
Rapporto Ospedali & Salute 2012,  
edito da FrancoAngeli)

**Dossier**

26

PANORAMA della SANITÀ • n° 47 • dicembre 2012

Tabella 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)

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.

**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 47a 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 ...".

Tabella 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 euro)

Voci di spesa	Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014	
	L. 135/12	L. 111/11	L. 111/11	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12
- Ospedaliera accreditata	45,00			90,00		180,00
- Specialistica accreditata	25,00			50,00		100,00
<b>Totale</b>	<b>70,00</b>			<b>140,00</b>		<b>280,00</b>
- 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	
<b>Totale L.111/11 e L. 135/12</b>	<b>900,00</b>	<b>2.500,00</b>	<b>2.500,00</b>	<b>1.800,00</b>	<b>5.450,00</b>	<b>2.000,00</b>
					<b>Triennio 2012-2014 (L. 111/11 e L. 135/12) →</b>	<b>12.650,00</b>
					<b>Legge di stabilità (0,6 mld per il 2013 e 1 mld per il 2014) →</b>	<b>1.600,00</b>
					<b>Tagli complessivi triennio 2012-2014 →</b>	<b>14.250,00</b>

Fonte: dati di spesa come da Provvedimenti di legge citati

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:

- 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;
- per l'anno 2012 tale valore è quantificato in 505 milioni;
- primo effetto distorsivo: trasformazione di tale importo in taglio lineare, distribuito proporzionalmente fra tutte le Regioni;
- 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);
- 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;
- 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:
- riduzione dei volumi di acquisti da parte delle Aziende

## Dossier

28

PANORAMA della SANITÀ • n° 47 • dicembre 2012

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 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

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 corrispo-

sto 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 Na-

La composizione per funzioni dei consumi pubblici 1990-2009

Funzioni	1990 Totale P.A.	2009			Totale P.A.	Var. 2009 Su 1990
		Amm. Centrale	Amm. Locale	Enti Prev.		
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%

**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%

zionale. 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.

### 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, pre-

se 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 ribadirla, 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 uni-





## Dossier

30

PANORAMA della SANITÀ • n° 47 • dicembre 2012



versale, 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 (Tab.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.

### Note

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