

Ermeneia
Studi & Strategie di Sistema

12

Ospedali & Salute

DODICESIMO RAPPORTO ANNUALE 2014



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, 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, Jessica V. Faroni, Domenico Musumeci, Giulia De Leo

Direttore Generale:

Filippo Leonardi

Ermeneia
Studi & Strategie di Sistema

Ospedali & Salute

DODICESIMO RAPPORTO ANNUALE 2014

COLLANA

Aiop

Associazione Italiana
Ospedalità Privata

FrancoAngeli

Grafica della copertina: Andrea Albanese

Copyright © 2015 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

La sanità in mezzo alla crisi		
<i>di Gabriele Pelissero, Presidente Nazionale Aiop</i>	pag.	9
Introduzione	»	20
Parte prima		
GENERARE RISORSE PER IL SISTEMA E INVESTIRE SULLE “GIUNZIONI”		
1. I punti di tenuta del sistema	»	27
1.1. Il valore dell’intreccio tra pubblico e privato	»	27
1.2. La tenuta delle prestazioni e il solido contributo dell’ospedalità accreditata	»	33
1.3. L’apprezzamento di cittadini e utenti	»	38
1.4. La divaricazione tra pubblico e privato sul fronte delle risorse	»	44
2. L’esigenza di portare a fisiologica trasparenza l’impiego delle risorse pubbliche	»	53
2.1. Una stima del disavanzo degli ospedali pubblici da trasformare in risorse per il sistema	»	53
2.2. Un confronto per indicatori statistici sui ricavi e sui costi	»	65
2.3. Il lento percorso della certificabilità dei bilanci	»	85
3. La necessità di guardare stabilmente alla persona	»	89
3.1. Il “rimbalzo” delle inefficienze sui pazienti	»	89
3.2. Le difficoltà nell’affrontare le giunzioni	»	95
3.3. Accesso e sicurezza delle cure in Europa	»	103

Parte seconda
L'OPINIONE DI UTILIZZATORI E CITTADINI
NELL'ANALISI CONGIUNTURALE 2014

1. Il rapporto con gli ospedali da parte degli utilizzatori effettivi	pag.	115
1.1. Un accesso consolidato con qualche segnale di flessione	»	115
1.2. Una valutazione positiva dei servizi, con un'accentuazione in favore delle strutture private accreditate	»	119
1.3. Un aumento della fedeltà rispetto al tipo di struttura ospedaliera già utilizzata	»	121
2. Il rapporto con gli ospedali da parte dei cittadini	»	126
2.1. Una conoscenza in crescita (lenta) sulle possibilità di scelta pubblico/privato e locale/extralocale	»	126
2.2. Una propensione stabile verso la mobilità sanitaria e una maggiore (ma ancora limitata) conoscenza delle opportunità di cura all'estero	»	129
2.3. Una valutazione positiva e in lieve crescita del sistema ospedaliero	»	133
2.4. La percezione consolidata di un sistema misto pubblico/privato	»	135
3. Il set annuale di indicatori sull'accesso alle strutture ospedaliere	»	141
3.1. L'indicatore di crescita di un sistema misto	»	141
3.2. L'indicatore del livello di soddisfazione dei servizi	»	143
3.3. L'indicatore della propensione a scegliere da parte dei cittadini	»	144

Parte terza
LA DEBOLEZZA DEI SISTEMI DI GIUNZIONE
NELL'ESPERIENZA DEI CARE-GIVER

1. L'accesso e la valutazione dei servizi ospedalieri utilizzati dalla famiglia ristretta e dalla famiglia allargata	»	151
1.1. La figura sociale del <i>care-giver</i>	»	151
1.2. L'intreccio tra prestazioni e soggetti utilizzatori	»	153

1.3. Un livello di soddisfazione più che consistente dei servizi	pag.	158
2. Le eventuali difficoltà incontrate nei diversi momenti di giunzione	»	164
2.1. L'informazione preventiva, la scelta delle strutture e le modalità di ingresso	»	164
2.2. I rapporti con gli operatori e con l'organizzazione ospedaliera	»	167
2.3. Il percorso delicato delle dimissioni e del post-ricovero	»	172
3. L'esigenza di curare le fasi di giunzione	»	177
3.1. Le modalità "reali" di superamento delle difficoltà	»	177
3.2. Il giudizio su alcune proposte di miglioramento dell'accesso, della permanenza e dell'uscita dalle strutture ospedaliere	»	180

Parte quarta

GLI INDICATORI STATISTICI

1. I dati di struttura	»	187
1.1. La presenza di istituti pubblici e di istituti privati accreditati	»	187
1.2. La distribuzione dei posti letto	»	188
1.3. La dotazione di apparecchiature	»	189
2. I dati di attività	»	202
2.1. Le giornate di degenza e il tasso di utilizzo	»	202
2.2. Le tipologie dei ricoveri e dei dimessi	»	203
2.3. I DRG più diffusi	»	203
2.4. Le attività classificate a seconda delle maggiori categorie diagnostiche	»	204
2.5. Le attività classificate per disciplina	»	205
2.6. La mobilità sanitaria	»	206
3. Le informazioni sul personale	»	250
3.1. L'andamento degli addetti nel tempo	»	250
3.2. La situazione degli addetti per territorio	»	251
4. I dati di spesa	»	256
4.1. L'andamento dei flussi nel tempo	»	256
4.2. La spesa sanitaria a confronto	»	257

Allegati

1. La metodologia utilizzata	pag.	263
2. L'indice delle tabelle strutturali	»	280
3. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sulle famiglie italiane e l'ospedalità	»	284
4. Le tabelle di dettaglio dell'indagine sui <i>care-giver</i>	»	307

La sanità in mezzo alla crisi

di *Gabriele Pelissero*, Presidente Nazionale Aiop

1. E adesso cosa succede?

Dopo la stagione dei tagli alla sanità, iniziata nel 2011 e da noi ampiamente documentata nell'11° Rapporto Annuale *Ospedali & Salute*, il 2014 si è aperto all'insegna della preoccupazione ma anche della speranza.

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

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

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

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

Ma qui inizia un percorso tortuoso e contraddittorio, nel quale oggi siamo completamente immersi e che, purtroppo, autorizza le più ampie perplessità e le più forti preoccupazioni.

2. Le ambiguità del Patto per la Salute

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

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

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

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

La parte economica, infatti, di per se stessa positiva nell'impegno ad arginare l'emorragia del finanziamento del Ssn, viene approvata con una clausola che ne prevede espressamente la continua modificabilità in relazione a sopraggiunte ulteriori necessità economiche dello Stato, mentre la parte regolamentare rappresentata dagli standard di sistema viene affidata alla emanazione di un apposito decreto interministeriale.

Ma quali sono le criticità?

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

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

3. Il finanziamento del Ssn

Il testo del Patto della Salute contiene una previsione e un impegno per il finanziamento dell'intero Ssn riportato in tabella 1.

Tab. 1 – Patto della Salute 2014-2016. Livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato (in milioni di euro)

	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
– Fabbisogno del Ssn e dei Servizi Sanitari Regionali	109.928,0	112.062,0	115.444,0
– Incidenza % sul Pil	6,93	6,89	6,89

Fonte: *Patto della Salute 2014-2016, Art. 1 per i dati sul fabbisogno e DEF 2014 per le stime del Pil 2014/2016*

Questo livello di finanziamento si colloca, a nostro giudizio, al limite inferiore e invalicabile per mantenere il nostro sistema sanitario nel contesto di quelli più evoluti nel mondo, e conferma l'Italia come il fanalino di coda dei paesi pienamente industrializzati dell'Europa dei 15.

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

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

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

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

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

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

4. Il Regolamento sugli standard: le piccole strutture ospedaliere

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

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

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

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

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

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

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

Un successo per tutti, e una pagina positiva all'interno di una vicenda che resta però tormentata e fortemente problematica.

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

Il lungo testo del Regolamento sugli standard ospedalieri, che rappresenta la componente più complessa e impegnativa del Patto per la Salute, e

anche quella potenzialmente in grado di espletare i maggiori effetti sulla struttura di offerta di prestazioni dell'intero Ssn, non si presenta ad una facile e sintetica analisi.

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

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

Seppure inespresso, è facile dedurre che una così rilevante innovazione, che riduce ai minimi termini l'autonomia di cui le Regioni hanno goduto in questi decenni, nasce sulla base di una forte critica agli insuccessi regionali e ai disavanzi cronici di molte regioni, e in questo senso esprime una reale e innegabile esigenza di cambiamento.

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

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

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

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

In merito, la Società Italiana di Cardiocirurgia osserva: "Applicando i criteri proposti, la nostra simulazione ci ha consentito di documentare come solamente 16 ospedali in tutto il territorio nazionale corrispondono ai requisiti richiesti".

Questi ospedali garantiscono attualmente il 27% di tutta l'attività cardiocirurgica italiana. In pratica sarebbero esclusi alcuni ospedali presti-

giosi per la cardiocirurgia (ad esempio l’Ospedale Umberto I di Roma e tutti i grandi Ospedali di Milano, con la sola esclusione del Policlinico San Donato) e diversi centri che hanno mortalità inferiore alla media nazionale).

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

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

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

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

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

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

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

A tale scopo possiamo effettuare una simulazione macrostrutturale partendo dal numero totale dei ricoveri ospedalieri nell’anno 2013, dal numero di posti letto presente in tutti gli ospedali pubblici e privati italiani nello stesso anno, e dal valore della degenza media, come riportato nella tabella 2.

Tab. 2 – Ricoveri, posti letto e degenza media negli ospedali italiani. Anno 2013

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

(1) Media ponderata.

Fonte: *Elaborazione su dati OASI 2014*

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

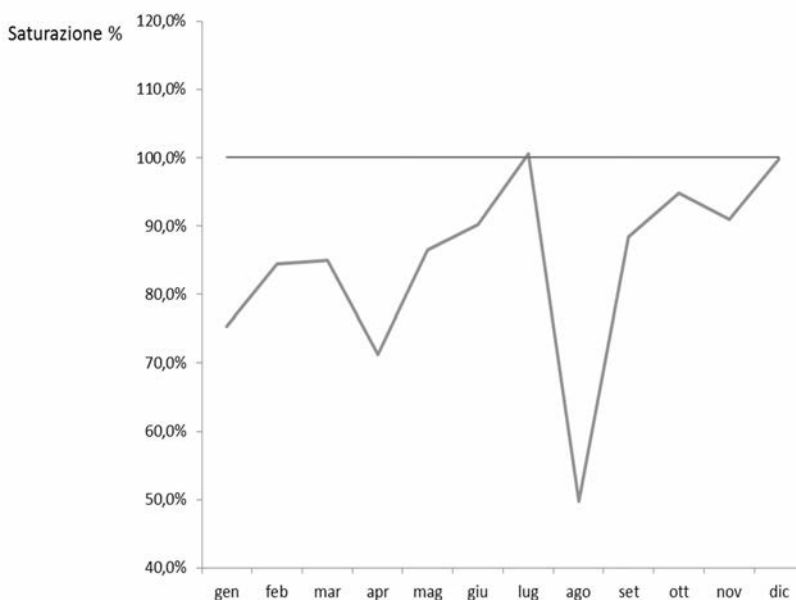
Portando la saturazione al 90%, si perdono 12.644 posti letto, pari al 5,7% dei posti letto esistenti.

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

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

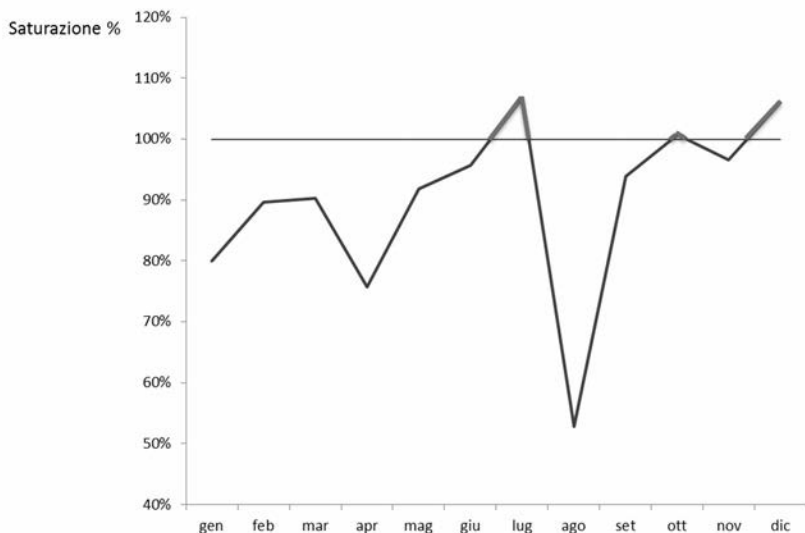
Per fornire una rappresentazione abbiamo preso a campione l'andamento mensile della saturazione in un reparto di chirurgia generale di un grande ospedale di Milano, riportato in figura 1.

Fig. 1 – Curva di saturazione mensile reale di un reparto di chirurgia generale



Il reparto ha un ottimo valore di durata media della degenza (5,28 gg.) ricovera 1.356 pazienti all'anno con 23 posti letto e una saturazione dell'84,8%. Se portiamo questo ultimo valore al 90% (Fig. 2) il reparto perde 1,3 posti letto, pari al 5,8% del totale dei posti letto, e mantenendo invariati tutti gli altri parametri di funzionalità si trova con 17,16 ricoveri in sovra-saturazione nel corso dell'anno, concentrati nei mesi di Luglio e Dicembre.

Fig. 2 – Curva di saturazione mensile simulata di un reparto di chirurgia generale



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

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

In realtà l'obiettivo che si vuole raggiungere è quello di una maggiore efficienza e di una correlata riduzione dei costi, in questo caso il criterio da utilizzare deve essere esclusivamente quello della riduzione della durata della degenza, che è troppo lunga nelle strutture ospedaliere di diritto pubblico, e che comporta un vero sovraccarico di spesa poiché gli ospedali pubblici sono di fatto finanziati a costi, e ogni giornata di degenza in più comporta spese inutili, unite anche ad un più elevato livello di rischio per il paziente.

Nella loro evidenza, gli esempi che abbiamo riportato non forniscono altro che una limitatissima, anche se efficace, immagine dei problemi e degli inconvenienti che un approccio e un'organizzazione sanitaria fondate su una programmazione rigida e centralistica comporta.

Un modello di programmazione e una metodologia che, ancora prima di tradursi in una norma definitiva con un decreto ministeriale, ha iniziato a raccogliere critiche anche profonde e motivate, come quelle particolarmente ampie e autorevoli, del Consiglio di Stato, che nell'adunanza di sezione del 23.10.2014 a numero 01989/2014 ha sostanzialmente chiesto una radicale revisione dell'intero articolato, aprendo in questo modo la strada, almeno potenzialmente, ad un auspicabile ripensamento complessivo.

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

6. Due visioni e tre soluzioni

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

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

All'opposto, qualche positiva esperienza regionale, rappresentata in particolare dalla Regione Lombardia, unita ad un'infrenabile spinta da parte degli utenti del servizio pubblico in tutto il Paese, ha sviluppato nei decenni

di vita del Ssn la proposta di un sistema di welfare sanitario aperto e pluralistico, nel quale la domanda dei cittadini e la loro libera scelta plasma, anche se in forma mediata, la struttura stessa dell'offerta degli ospedali, della specialistica ambulatoriale, della medicina di base fino a quella dei grandi sistemi sanitari regionali, verso cui ci si orienta o da cui si fugge, salvo scegliere dovunque le eccellenze e premiarle.

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

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

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

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

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

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

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

Crede in forme di competizione virtuosa, e anche se è consapevole della inevitabilità dei limiti generali di spesa, pensa che l'esistenza di operatori e

di sistemi di offerta differenziati sia un'indispensabile premessa per assicurare un ragionevole livello di libertà di scelta per i cittadini.

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

Si batte contro il pagamento a costi (lo storico "piè di lista" tanto vituperato negli anni '80) e ritiene che tutti i gestori di strutture sanitarie e ospedaliere pubbliche e private, debbano ricevere denaro pubblico solo in cambio di prestazioni effettivamente erogate, meglio se tariffate tutte le volte che ciò è possibile.

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

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

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

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