

I

QUADERNI AIOP



GABRIELE PELISSERO

La realtà e le idee

2012 - 2015 TRE ANNI DI EDITORIALI SU AIOPMAGAZINE



QUADERNI AIOP

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

G. PELISSERO

La realtà e le idee



GABRIELE PELISSERO

La realtà e le idee

2012 - 2015 TRE ANNI DI EDITORIALI SU AIOPMAGAZINE

1 - QUADERNI AIOP

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

QUADERNI AIOP

A CURA DELLA SEDE NAZIONALE AIOP
Associazione Italiana Ospedalità Privata
via Lucrezio Caro, 67 - 00193 Roma
www.aiop.it

impaginazione e grafica
Andrea Albanese

vignette
Gabriele Albanese

Stampato nel mese di maggio 2015
da Graficassia - Roma



Indice

Presentazione pag. 7

Dicembre 2012

La necessità di una visione politica
adeguata alle sfide del momento pag. 11

Gennaio 2013

Garantire ogni sforzo per oltrepassare il guado. . . pag. 15

Febbraio 2013

Superare l'anomalia
della "Riforma sanitaria Grilli-Balduzzi" pag. 19

Marzo/Aprile 2013

Dalle urne "no" ai tagli
e a impoverimento senza crescita pag. 23

Maggio 2013

Sanità, tre temi ineludibili
per i prossimi mesi pag. 27

Giugno 2013

Finalmente un governo! pag. 31

Luglio 2013

Compagni di viaggio per il SSN pag. 35

Agosto 2013

Quando tre indizi fanno una prova pag. 39

Settembre 2013

Italia 2013: navigazione a vista pag. 43

Ottobre 2013

SSN: quale rotta? pag. 47



Novembre 2013

Equilibrio instabile
per la governance sanitaria pag. 51

Dicembre 2013

In trincea. pag. 55

Gennaio 2014

Ripristinare diritto
e ragionevolezza pag. 59

Febbraio 2014

La riforma tradita pag. 63

Marzo 2014

Così non va pag. 67

Aprile 2014

Paziente al centro
o cittadino bersaglio? pag. 71

Maggio 2014

Un anno di Aiop in tempi di crisi pag. 75

Giugno 2014

Dopo Venezia 2014...
Il percorso di crescita pag. 79

Luglio/Agosto 2014

Molto è stato fatto, molto c'è da fare pag. 83

Settembre 2014

Patto per la salute a rischio? pag. 87

Ottobre 2014

Oltre la crisi. pag. 91



Novembre 2014

Uno shock per la sanità italiana pag. 95

Dicembre 2014

Sui privati evitare tagli sbagliati
e ingiusti. L’Aiop si appella a Renzi pag. 99

Gennaio 2015

Sopravvissuti ancora una volta pag. 103

Febbraio 2015

Fieramente presenti pag. 107

Marzo 2015

Eluso ancora una volta
il vero risanamento della sanità pag. 111

Aprile 2015

Il passo del gambero pag. 115

Maggio 2015

Lo stigma contro il privato accreditato
(un caso italiano). pag. 119

Appendice

n.1: Audizione Commissioni Bilancio
e Affari Sociali della Camera 27 giugno 2013 pag. 126

n.2: lettera del 29/10/2013 pag. 131

n.3: lettera del 19/02/2014 pag. 133

n.4: Regolamento degli standard ospedalieri.
Osservazioni critiche pag. 135

Presentazione

Rileggendo gli editoriali di Gabriele Pelissero su *Aiop-Magazine*, lungo tutto il triennio 2012-2015 della sua Presidenza nazionale Aiop, emergono due sensibilità principali: l'attenta lettura della realtà e il pervicace sforzo di seminare nuove idee.

Questo triennio, dal punto di vista economico, è stato forse il più difficile della storia repubblicana. Dopo anni di crescita esponenziale e comunque di grande intraprendenza, che avevano portato il nostro Paese tra i più floridi e industrializzati al mondo, siamo arrivati ad una pericolosa recessione, tutt'altro che superata. La congiuntura non ha riguardato solo l'Italia ma, a differenza della maggior parte degli altri Stati europei, il nostro presenta un livello di debito pubblico non più sostenibile all'interno dell'UE. Su pressione dell'Europa, dunque, è stato affrontato il nodo della spesa pubblica "aggredendo", però, anche la parte viva del *welfare* italiano, e in particolare di quello sanitario.

È la realtà che Pelissero descrive attraverso gli editoria-



li in questi tre anni, segnata soprattutto da una serie di provvedimenti legislativi che hanno impoverito il Servizio Sanitario Nazionale, forse il più grande traguardo del Paese negli ultimi 40 anni. Gli unici indici crescenti sono quelli delle liste di attesa, del ricorso alla spesa sanitaria privata, dell'inefficienza e della corruzione. È il triennio della *spending review* nella sua versione italiana.

Ma gli editoriali non si limitano a fotografare la realtà, ne interpretano le motivazioni lontane e offrono idee e soluzioni secondo una visione liberale e moderna. Pelissero avverte dei pericoli nella visione paternalistica della programmazione centralizzata; punta sulla funzione regolatrice della libera scelta del cittadino-paziente, capace di innescare meccanismi virtuosi che migliorano l'allocazione delle risorse e favoriscono scelte competitive basate sulla qualità medica e organizzativa.

Non si tratta di idee originali – come riconosce lo stesso Pelissero - poiché raccolgono quanto contenuto nella Riforma sanitaria del 1992, "la riforma tradita", ma diventano innovative proprio perché mai attuate. E non è nemmeno facile realizzarle, perché le resistenze al cambiamento sono fortissime. Sono rappresentati dalla "macchina burocratica", centrale e regionale, che, con l'indebolirsi del potere e della visione politica, ha acquistato in questi anni maggiore vigore, ma soprattutto da una linea culturale predominante nel Paese nella seconda metà del 900. Tuttavia questa corrente non ha fatto i conti con i cambiamenti contemporanei e continua a leggere la realtà con le lenti dell'ideologia.



"La realtà e le idee", dunque, oltre ad essere memoria storica del triennio della *spending review* nel settore sanitario, offre molti spunti di riflessione sull'evoluzione necessaria del SSN. Il dibattito è appena iniziato.

Filippo Leonardi

Direttore Generale Aiop

aiopmagazine

AiopMagazine è il foglio mensile di comunicazione interna dell'Aiop, nato a dicembre 2012. Curato dalla Sede nazionale, è coordinato da Fabiana Rinaldi e impaginato da Andrea Albanese. Le vignette sono di Gabriele Albanese, e hanno dato un grande contributo alla vivacità di questa raccolta e alle pagine di AiopMagazine per illustrare gli editoriali di Gabriele Pelissero.

Nelle pagine seguenti, attraverso i QR code è possibile scaricare sul proprio smartphone o tablet i numeri integrali del mensile in formato PDF.

Qui riportiamo il QR per scaricare, ed eventualmente condividere, la presente pubblicazione





DICEMBRE 2012

La necessità di una visione politica adeguata alle sfide del momento

Pelissero fa il quadro della congiuntura, con una crisi economica europea e una crisi della rappresentanza politica che incidono sulla effettività del welfare in Italia. In questo settore permangono sprechi e rami secchi difficili da tagliare che minacciano la sostenibilità finanziaria del sistema, penalizzando efficienza e qualità. Purtroppo sembra prevalere una visione burocratico-contabile.

Il 23 dicembre 2012 termina la XVI legislatura nata dalle elezioni politiche del 13-14 aprile 2008.

Il 10° anno di presentazione del Rapporto *Ospedali & Salute* coincide con una congiuntura negativa nel nostro Paese. Una “tempesta perfetta”, per usare il linguaggio cinematografico, tanto terribile quanto inaspettata nelle dimensioni. Alla crisi economica di dimensioni certamente europee, abbiamo associato in Italia una crisi della rappresentanza della politica che solo apparentemente può essere paragonata a quella di tangentopoli dei primi anni '90, poiché oggi, rispetto ad allora, mostra tuttora grandi difficoltà a costruire alternative credibili.

Tutto ciò scuote anche il Servizio Sanitario Nazionale,



con delle peculiarità ancora più allarmanti. In questi 10 anni, attraverso il Rapporto *Ospedali & Salute*, che è diventato ormai tradizione a fine anno tra gli operatori, sono state evidenziate le sacche di sprechi, i rami secchi e le tante inefficienze che hanno appesantito un grande strumento di civiltà qual è il Ssn. Eppure, come è capitato ciclicamente in questi anni, la solita

“corrente” burocratico-ministeriale tende a vedere nella sanità privata accreditata – quella capace di produrre il 25% delle prestazioni con il 15% di costi per lo Stato, quella in prima linea nella certificazione di qualità, quella che è stata in grado in molte regioni di superare l’ospedalità pubblica per complessità delle prestazioni – la più importante fonte di tutti i mali. Non si spiegano altrimenti le recenti bozze ministeriali di regolamentazione dell’accreditamento istituzionale e, soprattutto, di riorganizzazione dell’assistenza ospedaliera, il cui sicuro effetto è quello di spazzar via con un sol colpo centinaia di eccellenze e migliaia di professionalità riconosciute. Ci viene difficile intravedere in questi documenti un moderno contributo alla programmazione sanitaria, tantomeno trovarvi una visio-



ne politica adeguata alle sfide del momento.

Ma su questo settore non si può né scherzare, né accettare incompetenze.

Il Servizio Sanitario Nazionale, istituito nel 1978, così come lo abbiamo conosciuto finora, con il suo sistema misto di erogatori pubblici e privati, è stato il miglior prodotto del nostro Paese degli ultimi 30 anni. In nessun altro settore, dalla scuola al mondo industriale, dalla ricerca alla cultura, l'Italia ha saputo raggiungere una tale conquista sociale e di civiltà che è guardata con ammirazione nel mondo. Soprattutto da quanti non si spiegano come abbia fatto la piccola Italia a raggiungere i primissimi posti nelle classifiche sanitarie mondiali.

Tutto ciò viene oggi messo in dubbio da una visione miope e burocratico-contabile che pensa che il formalismo giuridico coincida con la concretezza dei servizi





materiali, che ignora le particolarità regionali, che non ha assimilato alcun principio di pluralismo e sussidiarietà. Le centinaia di migliaia di prestazioni che i suddetti provvedimenti sposterebbero dal privato accreditato non troverebbero erogatori pubblici efficienti e pronti ad accoglierli, ma costituirebbero liste di attesa su liste di attesa. E non è forse questa la fine del Servizio Sanitario Nazionale?

Non mettiamo in dubbio che l'esigenza di controllo del bilancio pubblico richieda la manutenzione di alcuni meccanismi del SSN, ma poiché si tratta di uno strumento ritenuto dagli italiani fondamentale per la convivenza sociale, ogni aggiustamento deve avere visione politica, luoghi di confronto e ampio consenso popolare, oltre a fondarsi su dati e analisi approfondite e corrette.

Non tutti i giocattoli che si rompono possono poi essere aggiustati.



GENNAIO 2013

Garantire ogni sforzo per oltrepassare il guado

L'editoriale fa il punto della politica sanitaria del Governo Monti, che ha agito in tre direzioni: riduzione della spesa sanitaria pubblica; tentativo di migliorare governance ed efficienza delle Asl; tentativo di ridurre l'area ospedaliera e specialistica a vantaggio dell'assistenza primaria. Pelissero propone di invertire la rotta e indica nuove direzioni.

A dispetto dei tradizionali voti augurali di fine anno – e delle antiche profezie Maya – il 2013 è venuto alla luce con i timori e le speranze con cui si era spento il 2012. Non ci manca la fiducia, né in noi stessi come imprenditori della sanità, né nell'azione di Aiop che ha dimostrato ancor più in questi ultimi mesi di non avere remore nel rimboccarsi le maniche e impegnarsi con competenza, creatività ed efficacia. Vale quindi la pena evidenziare in alcuni punti ciò che è successo nella politica sanitaria nel 2012 e avanzare alcuni suggerimenti per il 2013, a memoria anche della prossima maggioranza di governo che verrà fuori dalle imminenti elezioni di febbraio. Nell'ultimo anno si è avuta una forte ripresa dell'azione del Governo centrale in materia di politica sanitaria, orientata in tre direzioni principali:

1) riduzione della spesa sanitaria pubblica, che di fatto avviene con un taglio lineare alle Regioni. Così fra l'altro aumenta il divario con paesi comparabili con noi come Francia e Germania, che investono in sanità



quasi due punti di Pil in più;

2) tentativo di migliorare governance e efficienza delle ASL e delle Aziende Ospedaliere pubbliche. L'intenzione è apprezzabile, ma sia gli interventi su acquisizione di beni e servizi (di difficile realizzazione) sia quelli sulla selezione di manager e primari (sostanzialmente di tipo formale) sembrano insufficienti per un cambia-

mento efficace;

3) tentativo di ridurre l'area ospedaliera e specialistica a vantaggio dell'assistenza primaria. Viene adottato un indice di 3,7 per mille abitanti, per i posti letto ospedalieri fra i più bassi d'Europa, con un taglio ancor maggiore ai posti letto privati accreditati e con il ritorno ai modelli di programmazione ospedaliera rigidi e centralistici degli anni '60. Il potenziamento dell'assistenza di base, territoriale e domiciliare è però senza risorse economiche e l'efficacia è tutta da dimostrare mentre è sicura la crisi (più o meno visibile) dell'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale, con ritorno alle liste d'attesa praticamente in tutte le Regioni. Infine si tenta di comprimere la mobilità interregionale dei pazienti, mentre l'Unione Europea sta



aprendo alla mobilità sanitaria internazionale. Il Servizio Sanitario Nazionale universale e solidaristico è in crisi, e per salvarlo occorre invertire la rotta e avviare una vera grande riforma, i cui punti essenziali sono:

- 1) arginare il disinvestimento in sanità ritornando a finanziare in modo sostenibile il sistema. Un buon compromesso sarebbe ripartire dai costi standard costruiti secondo criteri economici rigorosi;
- 2) rendere efficiente la rete di ASL e Aziende Ospedaliere aumentando il livello di autonomia e responsabilità. A partire dal bilancio civilistico per arrivare a farne vere aziende;
- 3) potenziare la rete ospedaliera e di specialistica ambulatoriale, pubblica e privata, ritornando al pagamento a prestazione con tariffe uguali per tutti corrispondenti ai costi reali;
- 4) riorganizzare l'assistenza primaria, collegandola fortemente con la specialistica, con le post-acuzie, con





la residenzialità socio-sanitaria e le cure domiciliari, consapevoli che è una indispensabile componente del sistema sanitario, non una velleitaria alternativa alle cure ospedaliere;

5) istituire un'agenzia veramente indipendente e imparziale che controlli l'intero sistema, pubblico e privato.

Rischiamo di sembrare retorici se diciamo che il 2013 sarà un anno storico o decisivo per la sanità italiana. Certamente Aiop continuerà a garantire ogni sforzo per oltrepassare il guado, tutti insieme, con successo.



FEBBRAIO 2013

Superare l'anomalia della "riforma sanitaria Grilli-Balduzzi"

Pelissero ricorda i sedici mesi del Governo Monti come i più duri per il SSN. Ripercorrendo i provvedimenti legislativi che lo hanno caratterizzato, si evidenziano problemi di sostenibilità reale dell'assistenza sanitaria. L'impressione è che questi provvedimenti più che provare a risolverli li abbiano amplificati.

Elezioni politiche il 24 e 25 febbraio 2013.

Ricorderemo il governo Monti come un periodo che, per la sanità, l'Italia ha conosciuto una straordinaria, forte centralizzazione statalista e burocratica. In questo intervallo di quasi sedici mesi, il settore ha visto il tentativo di introdurre una riforma sanitaria di impatto simile a quella fatta dal DLgs 229/99 o a quella del DLgs 502/92. Con una grande differenza: mentre le due precedenti riforme erano comunque frutto di un ampio dibattito parlamentare - ma anche culturale, che aveva coinvolto tutti gli attori professionali ed economici del settore - che aveva prodotto due corrispondenti leggi-delega molto puntuali e articolate (L. 23/10/1992, n.421, e L.30/11/1998, n.419), la "riforma Grilli-Balduzzi" è stato il risultato finale di una fase politica ben diversa, nella quale le ragioni di bilan-



cio dello Stato, vere o presunte, hanno avuto precedenza assoluta sulle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale, in cui anche i più semplici diritti e conquiste civili vedono una compressione causata da "motivi di ordine pubblico". Questa analisi può apparire esagerata, ma è facilmente dimostrabile.

I pilastri legislativi su cui si regge questa "riforma" sono due: il decreto sulla

spending review (DL 6/7/2012, n.95) e il decreto Balduzzi (DL 13/9/2012, n.158). I due decreti hanno originato, tra l'altro: 1. Il taglio lineare quantitativo di 4,7 miliardi di euro al fondo sanitario (dopo i 7,95 miliardi di euro ereditati dalla manovra Tremonti dell'estate 2011); 2. l'abbattimento del tariffario nazionale delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero (Dm 18/10/2012, con un risparmio medio atteso di 238 milioni di euro); 3. Il tentativo di revisione dell'offerta ospedaliera in Italia (decreto sugli standard ospedalieri, con un abbattimento atteso di 20.000 posti letto pubblici e privati, al momento bloccato in Conferenza Stato Regioni); nei tre provvedimenti è da sottolineare il parere negativo espresso dai Presidenti regionali.

La dimostrazione della visione burocratica e centrali-



stica che abbiamo vissuto sta nell'iter legislativo che ha portato all'approvazione dei due decreti di "riforma" e che occorre tenere bene a mente. I decreti cui facciamo riferimento sono due decreti legge, nati dunque "per motivi di necessità e urgenza", cui non ha corrisposto alcun dibattito, né scientifico, degli addetti del settore, né parlamentare, dei rappresentanti della sovranità popolare. Ancora peggio è andata al momento della conversione in legge dei decreti. In entrambi i casi (rispettivamente, L.7/8/2012, n.135, e L. 8/11/2012, n.189) ciò è avvenuto blindando i provvedimenti con il voto di fiducia (il 7 agosto, quello della spending review alla Camera; il 31 ottobre, il decreto Balduzzi alla Camera. In entrambi i casi c'era stato il voto di fiducia anche al Senato), che certamente ha salvato la forma procedurale della legge, ma evidenzia un orientamento di fondo indifferente alle ragioni della sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.





Ci auguriamo quindi che il Parlamento e il Governo, che saranno espressione della volontà popolare dopo il 24-25 febbraio, si pongano il problema dell'anomalia della "riforma sanitaria Grilli-Balduzzi" e decidano per il governo politico del sistema.

In sanità, come per altri settori importanti del sistema Paese, la parentesi del Governo tecnico non è stata un'esperienza che gli italiani ricorderanno con piacere.



MARZO/APRILE 2013

Dalle urne "no" ai tagli e a impoverimento senza crescita

La situazione politica sembra in stallo dopo le elezioni politiche. L'elevata percentuale di voto verso partiti di protesta e il record nelle astensioni dimostrano la volontà popolare di voltare pagina rispetto alle politiche di austerità. Il SSN ha bisogno di governance dopo una stagione "tecnica" da dimenticare.

Il 15 marzo inizia la XVII legislatura che nasce dalle elezioni politiche del 24-25 febbraio 2013. Il 27 aprile termina l'esperienza del Governo Mario Monti – e quindi di Renato Balduzzi al Ministero della Salute – iniziata il 16 novembre 2011. Il 28 aprile si insedia il governo di Enrico Letta. A capo del Ministero della Salute viene posta Beatrice Lorenzin.

Nell'ultimo numero di AiopMagazine avevamo già evidenziato il nostro timore, anche nella vignetta di prima pagina, che dall'"uovo" delle elezioni politiche uscisse un cocodrillo. Così è stato.

Si naviga quindi a vista, nell'incertezza assoluta, con le forze politiche che si delegittimano a vicenda. E' il frutto di anni di inciviltà politica, di demonizzazione dell'avversario, con il quale, ovviamente, oggi si fa fatica a immaginare anche di sedersi allo stesso tavolo.

Attendiamo, quindi, la mediazione del Capo dello Stato. Le crisi sono anche opportunità se si ha forza e coraggio di saperle cogliere come tali.



Ma le recenti elezioni hanno detto anche altro. Gli italiani hanno detto no ad una politica di tagli senza sviluppo, di impoverimento e di maggiore pressione fiscale che producono ulteriore recessione. Non si può continuare ad alimentare il Minotauro della crisi con i frutti migliori del paese senza proporre un'idea per affrontarlo direttamente.

Nel settore sanitario la “riforma Grilli-Balduzzi” ha individuato il terreno in cui raccogliere i sacrifici da offrire al mostro. Qui sono stati imposti tagli, abbattimenti delle tariffe e nuovi standard strutturali.

I tagli ai budget e ai posti letto hanno provocato ulteriori allungamenti delle liste d'attesa e un aumento della spesa sanitaria delle famiglie con conseguente protesta sociale; dal lato delle imprese è facile immaginare un crollo degli investimenti, soprattutto sui progetti della qualità e dell'*Information Technology*, nonostante l'approvazione di un'Agenda digitale da parte del Governo.

L'approvazione del nuovo tariffario nazionale delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali è stata un'ulteriore operazione di ricalcolo al ribasso (e su questo



provvedimento l'AIOP ha già annunciato una serie di ricorsi al TAR Lazio, cui stanno aderendo anche altri soggetti associativi). Ciò non favorirà certamente la qualità delle prestazioni sanitarie, mentre avrà l'effetto di bloccare sine die qualunque ipotesi di incremento o progressione contrattuale da parte dei lavoratori del settore privato (ma c'è poco da meravigliarsi visto che un provvedimento simile è previsto a giorni per i dipendenti della Pubblica Amministrazione).

Le elezioni politiche non hanno consentito, almeno per il momento, l'approvazione del famigerato provvedimento sui nuovi standard ospedalieri (con un minimo di 60 posti letto per acuti), che avrebbe avuto il sicuro effetto di provocare un fiume di licenziamenti.

Il voto del 24 e 25 febbraio è stato in qualche misura anche un no a questi provvedimenti. Gli italiani sentono il Servizio Sanitario Nazionale come un bene prezioso, una conquista civile, e tutti i tentativi, palesi o





occulti, di impoverirlo sono visti come un attentato alla propria storia e al proprio futuro.

Il Paese continua dunque la propria navigazione a vista, nell'attesa che dopo questa lunga notte arrivi l'alba. L'Italia ha conosciuto altri momenti gravi nella sua storia ma è sempre stata capace di ripartire con la tenacia di tanti cittadini, imprenditori e lavoratori, che si sono impegnati nella concretezza della vita quotidiana con il lavoro e la professionalità, creando e sviluppando le aziende, grandi - medie e piccole, che sono la vera ricchezza del Paese. E questo vale, oggi, anche per la sanità.



MAGGIO 2013

Tre temi ineludibili per i prossimi mesi

Dopo le elezioni di febbraio, la sanità rimane ai margini del dibattito politico, occupato dai temi della formazione del nuovo Governo. La politica sanitaria sembra una nave senza nocchiero. Pelissero indica una direzione, ma chiede di avere interlocutori politici in grado di assumersi responsabilità di governo.

Dopo le elezioni di febbraio e il risultato senza vittoria, il percorso istituzionale si è fatto così faticoso e imprevedibile che le ipotesi degli analisti politici cambiano ogni 24 ore.

Per ora lo scenario auspicabile – con il fiato sul collo dell’Unione Europea e dei mercati finanziari - sembrerebbe essere quello, di un governo con il più ampio consenso. Ci vorrebbe una forte iniziativa politica per risollevare l’economia e dare alle istituzioni maggiore dinamicità di manovra. Non scoraggiamoci e andiamo avanti. In questa situazione, la sanità continua ad essere ai margini di qualunque dibattito. Non faceva parte degli 8 punti del pre-incaricato Bersani, tantomeno oggetto del lavoro dei “saggi” né degli 8 punti del PDL. Progetti e manovre sulla sanità sono sul tavolo



del Ministro dell'Economia piuttosto che su quello della Salute e questo, con l'esperienza dell'ultimo anno, sembra essere un pericolo piuttosto che una speranza.

Non è di moda volare alto. Vogliamo tuttavia indicare tre evidenze cui non potrà sfuggire la politica nel breve periodo. La prima è quello del finanziamento del Ssn. Su questo tema si sono dette e si continuano a dire

troppe parole in libertà. I fatti sono quelli che emergono dai numeri, che evidenziano un sistema di qualità ma sotto finanziato rispetto ai partner europei.

Occorrerà dunque smetterla di considerare il Ssn come un bancomat di prelievi e investirci risorse. Questo sarà il tema di fondo del Convegno nazionale Aiop del prossimo 31 maggio sul quale chiederemo pareri e forza di argomentazioni. Il secondo è quello dei pagamenti. Vedremo cosa ci sarà riservato all'interno della decisione di pagare almeno una parte dei debiti dello Stato. Ma soprattutto chiediamo che finalmente si cambi metodo una volta per tutte, e lo Stato (e le Regioni) diventi un esempio di correttezza. Fino ad oggi è stato il contrario.

Terza evidenza è quella istituzionale della gestione



della politica sanitaria. Troppi nostalgici auspicano oggi un ritorno alla centralizzazione delle decisioni, quasi come se il pendolo della storia, dopo anni di entusiasmo federalista, stia ripercorrendo nuovamente la strada del ritorno alla gestione statale.

Ancora una volta, sono i fatti a dirci che la realtà è più complessa: con le regioni settentrionali che hanno trovato nell'autonomia un punto di forza, facendo della propria sanità un'eccellenza nel rispetto (più o meno) dei conti pubblici, e con una realtà centro-meridionale cui l'autonomia gestionale non ha prodotto gli stessi risultati. Anche qui serve uno scatto di orgoglio e di impegno della politica. Quelli indicati sono tre temi che ci appaiono ineludibili non per i prossimi anni, ma per i prossimi mesi.

Ci auguriamo che possano trovarsi soggetti capaci di esserne interpreti.





GIUGNO 2013

Finalmente un governo!

Dopo le elezioni politiche del febbraio 2013, il Paese aveva dovuto attendere la fine di aprile per avere un nuovo Governo, con Enrico Letta Presidente del Consiglio e Beatrice Lorenzin a capo del dicastero della salute. In particolare, per quanto riguarda la sanità, il precedente Ministro Balduzzi, promotore con Monti di una memorabile spending review nel SSN, lascia più dossier aperti che problemi risolti.

Il 27/6/2013 Pelissero interviene in audizione alla Commissione Bilancio della Camera nell'ambito dell'indagine sulla sostenibilità del SSN. Vd. Appendice n. 1.

Non sarà facile risalire la china della recessione in cui è precipitato il nostro paese, ma il limbo degli ultimi tre mesi certamente non favoriva questo sforzo. Un nuovo governo, un nuovo ministro della Salute. Non è facile l'eredità lasciata all'on. Beatrice Lorenzin. Sul tavolo ci sono tanti dossier. E sono troppi perché si possa pensare che le segnalazioni dei tanti operatori del settore siano pedanti difese corporative. Due anni di spending review in sanità non hanno messo in crisi questo o quel comparto, ma la tenuta complessiva del SSN.

E i problemi sono diventati terribilmente reali. Sono



reali quelli degli imprenditori che vedono ridursi tariffe e budget, o addirittura minacciare la chiusura dell'attività in forza di incomprensibili misure coercitive; sono reali quelli dei lavoratori che rischiano di pagare il prezzo più alto in termini di occupazione; sono reali quelli dei cittadini che, sempre più numerosi, decidono di rinviare le spese sanitarie e della prevenzione a tempi mi-

gliori.

Questa è la realtà che racconteremo al neo Ministro Lorenzin, che interverrà al Convegno nazionale Aiop del prossimo 31 maggio. Ancora una volta a Roma, per richiamare l'attenzione di tutti sulla gravità del momento.

Ma racconteremo anche altro. Racconteremo che gli imprenditori dell'Aiop non si sono fatti scoraggiare da questi eventi e che hanno fiducia nell'entusiasmo del Ministro e nella sua determinazione. Anche per lei questa è una grande sfida. Anche per lei si offre oggi l'opportunità di intervenire per correggere gli errori del precedente governo, a partire dalla L. 95/2012, dal decreto sulle tariffe e dal progetto di Regolamento sugli standard ospedalieri. Tutti provvedimenti nei con-



fronti dei quali AIOP ha formulato critiche puntuali e proposte concrete e praticabili, che mettiamo a disposizione dell'on. Beatrice Lorenzin con grande spirito di collaborazione.

Buone giornate assembleari a tutti, allora, affinché vengano vissute con grande partecipazione e serenità. Questo è il tempo dell'unità e della coesione, qualità che fanno parte delle nostre caratteristiche e che oggi più che mai devono costituire il nostro biglietto da visita.





LUGLIO 2013

Compagni di viaggio per il SSN

L'editoriale fa il punto dopo l'Assemblea di fine maggio a Roma. Oltre alla riscoperta del valore dell'identità dell'Associazione, sono stati evidenziati al Governo tre obiettivi: l'interruzione della politica dei tagli lineari alla sanità; la ripresa della riforma sanitaria del 1992, soprattutto l'introduzione dei meccanismi di competizione e il pagamento dei DRG sia per erogatori pubblici che privati; l'istituzione di un'autorità terza nei controlli del sistema e della trasparenza nel settore.

Nell'Assemblea di fine maggio, a Roma, è stato bello incontrare tanti soci Aiop. E' stata l'occasione per "ritrovarsi", amici ormai da tanti anni, ma anche con chi solo da poco condivide l'appartenenza a questa Associazione.

Ma è stato anche un appuntamento per "riconoscersi" compagni di viaggio nella medesima strada, di cui insieme abbiamo definito le tappe di breve e lungo periodo. Abbiamo capito quanto sia importante un ritorno ad una governance politica che guardi lontano, che sia propositiva e non spettatrice passiva di quello che si vorrebbe far passare per un inesorabile declino.

Nel nostro settore – con la presentazione del libro "La spesa sanitaria italiana. Quel che si vede, quel che non



si vede” (IBL, 2013) - abbiamo evidenziato al governo tre obiettivi.

Il primo è quello di interrompere con decisione la politica dei tagli lineari nella sanità. Ha certamente ragione il Ministro dell’Economia Fabrizio Saccomanni quando dice (Assemblea di Assonime, 13 giugno 2013) che ci sono ancora troppi sprechi in sanità, solo che nessuno è ancora stato capace di intro-

durre meccanismi in grado di discernere il grano dal loglio, ciò che è reale offerta sanitaria dagli sprechi. E comunque, non si colpiscono gli sprechi con un taglio rosso sui conti finali.

Il secondo obiettivo è quello che abbiamo chiamato la “restaurazione” della riforma sanitaria del 1992, soprattutto in quegli aspetti che favorivano atteggiamenti virtuosi, come l’introduzione di meccanismi di competizione, come il pagamento a DRG sia per gli erogatori privati che per quelli pubblici. Riteniamo che questa sia la principale causa dell’ingessamento di un settore troppo autoreferenziale per avere il coraggio di un confronto aperto, a beneficio dei cittadini, anche se ovviamente regolato da Stato e Regioni.

Il terzo obiettivo è l’accettazione di un’autorità terza



nei controlli del sistema, che guardi all'equilibrio tra qualità dei servizi e conti pubblici senza condizionamenti e la trasparenza della pubblica amministrazione, a partire dai bilanci delle ASL e delle Aziende ospedaliere pubbliche. Ne parliamo ormai da tanti anni, ma la sua istituzione ora diventa necessaria per la sopravvivenza del sistema.

Sappiamo che non basta aver posto questi obiettivi per aver risolto i problemi. Ma aver posto le mete è già un vantaggio.

Ci auguriamo di trovare interlocutori coraggiosi, onesti che vogliano lavorare per il Servizio Sanitario Nazionale.



SARACENI/ANSA/ITALIA

**LETTA RITROVA IN UFFICIO
UN VECCHIO BAULE APPARTENUTO A MONTI**



AGOSTO 2013

Quando tre indizi fanno una prova

Tre sentenze ricompongono una frattura che si stava creando all'interno del SSN. La prima è quella del TAR Campania che annulla il provvedimento regionale che limitava la libertà di scelta dei cittadini campani. La seconda è quella del TAR Lazio, quella in cui si richiedono ulteriori motivazioni a supporto dell'inadeguato tariffario nazionale del 18/10/2012. La terza è quella della Corte Costituzionale, che dichiara incostituzionale la norma con la quale venivano bloccate le azioni esecutive, nelle regioni in regime di piano di rientro, dei fornitori nei confronti delle Asl e delle Ao.

Agatha Christie diceva che un indizio é un indizio, due indizi sono una coincidenza, tre indizi sono una prova.

Con un felice susseguirsi di date ravvicinate, abbiamo assistito nelle ultime settimane a tre importanti pronunciamenti di giudici, che costituiscono altrettanti pietre miliari nel giudizio sulla politica sanitaria nel nostro Paese degli ultimi anni, oltre che straordinari successi Aiop.

Il primo pronunciamento - il primo indizio - é avvenuto con la sentenza del Tar Campania depositata il 18 giugno scorso, con la quale é stato annullato il Dca



n.156 Campania del 31/12/2012. Un decreto diventato in fretta tristemente famoso per il suo disegno di abolire la libera scelta del luogo di cura dei pazienti campani (per potersi recare nelle regioni limitrofe per la cura di determinate patologie sarebbe stata necessaria una preventiva autorizzazione dell'Asl). Un principio tanto più anacronistico se lo si raffronta con la direttiva eu-

ropea che consentirà dal prossimo ottobre ad ogni cittadino europeo di recarsi in altri paesi comunitari per farsi curare.

Il secondo indizio è quello della sentenza del Tar Lazio, depositata il 5 luglio scorso, con la quale è stato chiesto al Ministero della Salute di dare le motivazioni, la documentazione tecnica a supporto dell'inadeguato tariffario nazionale contenuto nel Dm 18/10/2012. Non è una bocciatura definitiva del decreto ministeriale - la prossima udienza sarà il prossimo 3 dicembre - ma quanto basta per dare atto all'AIOP che il suo ricorso era tutt'altro che campato in aria.

La terza sentenza è quella di pochi giorni fa della Corte Costituzionale - la n.186 del 12 luglio 2013 - con la



quale é stata dichiarata incostituzionale la norma contenuta nell'art. 1, comma 51 della legge del 13 dicembre 2010, n.220 (*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge di stabilità 2011*), con la quale da tre anni venivano bloccate le azioni esecutive nelle regioni in regime di piano di rientro dei fornitori di beni e servizi del Ssn nei confronti delle Asl e delle Ao.

Tre indizi che fanno una prova, quella di una politica sanitaria basata su provvedimenti illegittimi, pesantemente vessatori nei confronti dei fornitori privati, in particolare degli erogatori di prestazioni ospedaliere. Quello che é in gioco non sono solo gli interessi legittimi di una categoria, ma la stessa concezione di Stato, che non può essere basata sull'idea di cittadini di cui

TRE INDIZI FANNO UNA PROVA





servirsi, ma di cittadini-sovrani, di cui avere anzitutto rispetto; e questo é stato un palese esempio che la crisi che viviamo oggi ha anche carattere di concezione politica, oltre che di effetti economici.

La posizione dell'Aiop non é stata remissiva, ma ha agito a tutto campo. Prima con la fitta corrispondenza istituzionale, poi con la denuncia pubblica, infine con le armi dei ricorsi giudiziari.

Per questo siamo certamente soddisfatti, pur sapendo che la strada é ancora lunga. E noi la percorreremo tutta.



SETTEMBRE 2013

Italia 2013: navigazione a vista

L'attenzione si sposta sugli effetti dei piani di rientro nelle regioni interessate, che hanno comportato effetti devastanti sul piano dell'effettiva gratuità e universalità delle cure. Ma anche sul provvedimento riguardante gli standard ospedalieri, capace anch'esso di produrre analoghi effetti sul patrimonio di offerta sanitaria del Paese.

Gli italiani che sono andati in ferie – sempre meno – hanno lasciato un Paese con un Governo in carica, seppur nell'atipicità della sua coalizione, e una situazione economica ancora grave, ma con promesse di ripresa a fine 2013 provenienti da autorevoli istituzioni, come il Ministero dell'Economia e la Banca d'Italia.

Al rientro ritrovano i giornali del 4 settembre che riportano lo studio dell'OCSE del giorno precedente, secondo il quale l'Italia è l'unico Paese del G7 ancora in recessione, con una previsione di calo del PIL dell'1,8% nel 2013. Ma per uscire dalla recessione il Paese ha bisogno di stabilità, progettualità, innovazione, sana competizione (mentre l'Italia perde sette posizioni nella classifica mondiale 2013 del World Economic Found che fotografa la capacità competitività di ciascun Paese e precipita al 49° posto, su 148 Stati).

Il contesto in cui si muove la governance del Servizio sanitario nazionale non è quindi dei più rosei, ma vo-



gliamo dare credito e sostegno all'impegno del Ministro Lorenzin di cimentarsi nel Patto per la Salute, con tutte le sue articolazioni, e alle Regioni di riuscire a difendere i livelli di finanziamento della sanità, che tra l'altro sono la loro prima voce di bilancio.

In particolare, sono due gli argomenti che ci stanno a cuore e sui quali vorremmo dare un contributo concreto: la rivisi-

tazione dei piani di rientro e la definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera.

Sul primo argomento, il sistema di monitoraggio e verifica degli adempimenti delle Regioni a forte deficit non sempre ha prodotto i risultati economici sperati, ma sicuramente ha comportato effetti devastanti sul piano dell'effettiva gratuità e universalità delle cure dei cittadini italiani, per non parlare degli effetti sull'ospedalità privata: da risorsa, quale poteva essere, è diventata spesso il capro espiatorio della politica dei tagli. Gli obiettivi economici non sono stati raggiunti, in compenso aumenta la spesa *out of pocket* dei pazienti e riprende con forza la loro mobilità interregionale, mentre le liste d'attesa si allungano.

Riguardo agli standard ospedalieri, rinnoveremo la



nostra contrarietà alla definizione di una soglia minima di posti letto per l'accreditamento, soprattutto se non viene evidenziata la distinzione tra strutture pubbliche, i cui costi sono totalmente a carico del SSN, e strutture private, di cui vengono remunerate le sole prestazioni effettuate per conto del SSN. Il principio della soglia minima, se posto in modo rigido a livello generale, rischia di essere troppo grossolano per avere una qualunque valenza razionale. In particolar modo pensiamo che i dettagli della materia debbano comunque essere affrontati a livello regionale, da un punto di vista che tenga conto del fabbisogno e di peculiarità difficilmente gestibili a livello nazionale, e specialmente della partecipazione dei soggetti maggiormente coinvolti nella programmazione, come è l'AIOP per l'ospedalità privata.

Sono dunque questi i temi che ci vedranno impegnati nell'imminente autunno, cui si aggiungerà la sentenza



ITALIA 2013: NAVIGAZIONE A VISTA



di merito di inizio dicembre del TAR Lazio sul tariffario nazionale - che la maggior parte delle Regioni si sono affrettate a recepire - e che speriamo sia ispirata agli stessi principi evidenziati nella sentenza di rinvio.



OTTOBRE 2013

SSN: quale rotta?

Prosegue il dibattito sulla insostenibilità del SSN, innescato un anno fa dal Presidente del Consiglio Monti. Il DEF 2013 presentato il 20 settembre da premier Letta non sembra cambiare la linea dei tagli, anzi sembra proporre un sistema sanitario selettivo che minerebbe il principio universalistico dell'assistenza sanitaria pubblica. Sempre più, la regia della politica sanitaria del Paese sembra presieduta dal Ministero dell'Economia e delle Finanze. Pelissero afferma la priorità del SSN gratuito, solidale, universale e pluralistico.

Ormai da diversi mesi gli operatori del settore sanitario si chiedono dove stia andando il Ssn. Fece scalpore la dichiarazione pubblica di Monti, giusto un anno fa, sulla insostenibilità del Servizio, alla quale hanno fatto seguito ulteriori misure finanziarie restrittive da parte del Governo e audizioni parlamentari fiume delle commissioni appositamente costituite. Siamo un po' tutti alla ricerca dei segnali che ci aiutino a riconoscere la strada, le modalità del cammino e la destinazione immaginata dalla politica sanitaria del nostro Paese. Se adottiamo come mappa di viaggio il recente "Documento di Economia e Finanza 2013" (Def 2013), presentato lo scorso 20 settembre dal Presidente Letta



e dal Ministro Sacco-
manni, leggiamo una se-
rie di propositi: la valo-
rizzazione della preven-
zione, in particolare, di
tutti i comportamenti a
rischio (sedentarietà, fu-
mo, consumo di sostan-
ze alcoliche, tossicodi-
pendenze); la deospeda-
lizzazione, per un mag-
giore trasferimento di ri-
sorse dall'ospedale al ter-
ritorio, per far sì che l'o-
spedale sia sempre più il
luogo di cura per acuti, a

elevata specializzazione; la promozione della trasparen-
za, quale strumento per il potenziamento non solo
della comunicazione con il cittadino ma anche del
controllo della legalità; lo sviluppo dell'innovazione
tecnologica, con la diffusione della sanità elettronica
sul territorio nazionale.

Difficile, in linea di principio, essere in disaccordo, ma
il sapore è più quello degli slogan che quello delle
riforme. Poi alcuni richiedono notevoli investimenti di
risorse, al momento difficilmente reperibili, mentre al-
tri cadono nella retorica politica, come il principio del-
la trasparenza, per realizzare il quale basterebbe ren-
dere pubblici su internet i bilanci di ospedali e aziende,
che sembrano costituire i segreti più nascosti del Pae-
se. L'obiettivo della deospedalizzazione sembrerebbe



il più semplice da raggiungere, ma è altissimo il rischio di distruggere ciò che c'è, ed è apprezzato dalla gente, in attesa di realizzare ciò che non c'è ancora. E poi quale deospedalizzazione?

Ma il passaggio più rivoluzionario è nell'affermazione che “questo nuovo modello di assistenza é finalizzato a garantire prestazioni non incondizionate, rivolte principalmente a chi ne ha effettivamente bisogno”. È il sistema sanitario selettivo, di cui parla esplicitamente il Def 2013, che metterebbe in crisi quel principio universalistico sognato e applicato per 35 anni con il Ssn.

La fragilità di questo sistema, inoltre, è dimostrata dall'esigenza dichiarata di una “regia nazionale quale essenziale condizione per mantenere l'unitarietà del Ssn” - e c'è il fondato sospetto che si tratti della regia del ministero dell'Economia e Finanze, piuttosto che di quella del ministero della Salute, che ha già fissato



NAVIGAZIONE A RISCHIO



l'obiettivo di arrivare nel 2017 ad una spesa sanitaria del 6,7% del PIL, dal 7,1% del 2012.

Come imprenditori della sanità siamo ben lontani da una impostazione ideologica e una ipotesi di nuovo contesto normativo che favorisca lo sviluppo della sanità integrativa non ci spaventa. Non possiamo però non rilevare che l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, con i suoi principi di universalismo, solidarismo e pluralismo - ha rappresentato la maggiore conquista del Paese degli ultimi 35 anni. Una conquista che ha portato l'Italia ad essere tra i primi Paesi al mondo per la qualità e universalità delle cure, dotata di un Servizio cui hanno guardato con ammirazione Paesi ben più industrializzati e dotati di risorse del nostro. Rinunciarvi è rischioso e richiederebbe una visione politica e una capacità gestionale di grande respiro che oggi facciamo fatica a intravedere.



NOVEMBRE 2013

Equilibrio instabile per la *governance* sanitaria

La politica dei tagli al SSN prosegue inesorabile e Pelissero ne fa una sintetica cronistoria. Tra i maggiori settori ad essere colpiti c'è quello della sanità privata accreditata che sconta, oltre alle decurtazioni generali e quelli derivanti dall'abbattimento delle tariffe ospedaliere, i provvedimenti penalizzanti a livello regionale.

Il numero del 21 ottobre di *Panorama della Sanità*, a proposito del varo della legge di stabilità 2014, titolava sulla copertina: "Scampato pericolo per la sanità". Ce lo auguriamo, ma sappiamo che il cammino parlamentare è accidentato e richiede la massima vigilanza. D'altra parte, i tagli alla sanità non costituiscono una novità nella politica di governo. Iniziati con la L. 111/2011, si erano appena conclusi, apparentemente, con la legge di stabilità del 2013.

Per il triennio 2012-2014, questi provvedimenti di riduzione di spesa sommati alla manovra di spending review (L. 135/2012), hanno significato una riduzione di 14 miliardi e 250 milioni di euro, che hanno comportato una crescita esponenziale delle liste di attesa e



il ricorso alla spesa sanitaria privata *out of pocket*. Senza tener conto delle azioni di riduzione messe in atto in maniera autonoma dalle Regioni, realizzate operando la disattivazione di posti letto ed inasprendo ancora di più le limitazioni sui budget. La caratteristica unificante di questi provvedimenti è stata quella della “linearità” dei tagli che, quindi, solo demagogicamente

hanno colpito i cosiddetti sprechi del settore. Una caratteristica, quella della linearità, che l’attuale governo ha giustamente dichiarato di voler abbandonare. E’ con stupore, quindi, che avevamo letto le indiscrezioni di una riduzione del 4% delle assegnazioni per il 2014, ed altre da operare nel triennio, nei confronti degli erogatori accreditati. In termini di riduzione di prestazioni ospedaliere, la manovra paventata avrebbe provocato la perdita di più di 100.000 ricoveri nel solo comparto accreditato, da aggiungere ai più di 150.000 già determinati dalle richiamate precedenti manovre sul triennio 2012-2014; nel complesso un crollo secco di circa il 9% non assorbibile dalle strutture pubbliche. L’effetto combinato di questi drammatici tagli di offerta sarebbe ricaduto sui cittadini, con il moltiplicarsi



delle già insostenibili liste di attesa, che cominciano fatalmente a degradare a pura rinuncia alle prestazioni. Gli effetti economici sui già sofferenti bilanci delle strutture accreditate, erosi dai continui tagli ai budget e dal contestuale forte ridimensionamento dei livelli tariffari, limitando il calcolo alla perdita di un ulteriore 4%, per il solo 2014, porterebbe a conseguenze che potrebbero rivelarsi nefaste, con un taglio occupazionale stimabile in non meno di 15.000 addetti nel comparto ospedaliero accreditato e con conseguenze non prevedibili sul settore dei laboratori e poliambulatori e sullo sterminato indotto che ruota attorno al settore. Questo calcolo è peraltro riferito soltanto alla pura perdita di posti di lavoro derivante dai tagli previsti; ad essi però va aggiunta una ulteriore perdita di posti di lavoro e di capacità di offerta di prestazioni dovuta al probabile collasso di molte aziende ospedaliere di diritto privato che non sarebbero in grado di assorbire una riduzione



LEGGE DI INSTABILITA'



così rilevante dei propri ricavi e, conseguentemente, non riuscirebbero ad assicurare continuità aziendale. In altre parole, una manovra di questa portata avrebbe rischiato di portare al fallimento una importante rete di piccole e medie aziende che oggi sono sane, assicurano occupazione ed erogano prestazioni sanitarie nell'ambito del Servizio sanitario nazionale ad un costo che è del circa 40% inferiore a quello sostenuto dalle corrispondenti aziende di diritto pubblico.

Appare necessaria, ora più che mai, una decisa inversione di rotta – e in tal senso abbiamo dato atto al Ministro della salute Lorenzin della sua tenace determinazione - che riporti la governance sanitaria a considerare il già sottofinanziato FSN anche una fondamentale risorsa economica per il Paese.



DICEMBRE 2013

In trincea

L'editoriale fa il punto sui provvedimenti in itinere del legislatore, dalla legge di stabilità 2014, al Patto per la salute 2014-2016, al Regolamento Balduzzi sugli standard ospedalieri. Pelissero si sofferma sugli effetti negativi di tale provvedimento, nella prima versione del 21/12/2012, e traccia delle ipotesi migliorative (vd. Appendice n.1: lettera di Pelissero del 29/10/2013).

Nell'ultimo numero di *AiopMagazine* avevamo posto l'attenzione sulla legge di stabilità 2014 e avevamo accolto con soddisfazione la determinazione del ministro della Salute Lorenzin, poi recepita dal Gabinetto Letta, di dare uno stop ai tagli lineari come strumento di governo della sanità in Italia.

Il discorso, ad oggi, non è ancora definitivamente chiuso. I parlamentari hanno presentato centinaia di emendamenti, il commissario della spending review ha espresso dubbi sulla congruità e anche la Commissione UE ha posto diverse eccezioni. E mentre questa partita è ancora aperta, ma ci auguriamo senza stravolgimenti finali, sono state distribuite le carte per un'altra mano, probabilmente l'ultima del 2013, che riguarda il Patto per la salute.

Da questo punto di vista, il 2013 sembra chiudersi così



SCARICA QUESTO NUMERO IN PDF SUL TUO SMARTPHONE O TABLET

come si era chiuso il 2012, con la spada di Damocle del cd. Regolamento Balduzzi riguardante gli standard ospedalieri, che il Governo vorrebbe inserire nel Patto, con effetti importanti sulla rete ospedaliera italiana e sull'economia del Paese.

Il tema della soglia minima di posti letto, oggi, come lo scorso anno, è tra quelli che preoccupano. Già nel 2009 si era

cercato di introdurre il limite minimo di 90 p.l. per acuti in una importante regione come il Lazio, e già allora Aiop aveva contribuito a fermarne il decorso con la presentazione di studi di economisti e ricercatori (Velo, Pinna Pintor) che ne dimostravano l'inconsistenza scientifica.

A novembre 2012, come si ricorderà, una prima bozza Balduzzi portava la soglia a 80 posti letto, per poi giungere, anche per le continue richieste di abolizione da parte Aiop, alla soglia di 60 p.l. per acuti contenuta nell'ultima versione del regolamento (21/12/2012).

Abbiamo già riportato il giudizio dell'Associazione sulla mancanza assoluta di valenza scientifica della determinazione della soglia minima di posti letto per una struttura per acuti, cui andrebbe associato almeno



il valore della produzione. Ma ci sono altre considerazioni che Aiop ha rappresentato al Ministro (lettera 29/10/2013):

a) la disposizione della soglia minima ex lege di posti letto per le strutture private accreditate, e senza valutazioni di merito a livello regionale, determinerebbe la chiusura di aziende sane e utili, con la perdita di moltissimi posti di lavoro, senza qualsiasi effetto per la spesa sanitaria pubblica. Tali strutture sono pagate esclusivamente a DRG e pertanto le prestazioni non più prodotte da costoro sarebbero trasferite ad altri erogatori, con effetti nulli per la spesa sanitaria, ma con un alto costo in termini di impoverimento dell'economia reale;

b) la suddetta soglia minima per acuti, così come è stata finora presentata, non tiene conto delle sinergie create da molte strutture con posti letto, ad esempio, di riabilitazione, per cui andrebbe salvaguardato l'utile



IN TRINCEA



continuum assistenziale di un percorso monospecialistico;

c) occorre puntare su iniziative che favoriscano qualità e appropriatezza delle prestazioni ospedaliere, in un ordinamento che promuova la trasparenza nella gestione degli erogatori privati come di quelli pubblici;

d) può essere utile, per conseguire obiettivi di maggiore qualità, l'introduzione di norme che promuovano e disciplinino l'integrazione e l'aggregazione fra strutture private, liberando dall'arbitrarietà e dai vincoli burocratici le iniziative di fusione e i trasferimenti di aziende o di rami di azienda. E per far ciò, assieme agli eventuali adeguamenti strutturali, occorre che sia previsto un tempo sufficiente.

Dopo le infelici manovre Monti sul governo della sanità, in cui il dicastero dell'Economia sembrava voler segnare un infausto destino per il SSN, il dialogo aperto dal ministro Lorenzin e il dibattito suscitato nel Paese sul nuovo assetto del Servizio sono una buona premessa per un progetto basato su un equilibrio accettabile. E l'imminente Patto per la salute potrebbe essere l'ultima trincea a difesa di un sistema universalistico, solidale e pluralistico. Aiop ritiene che ciò sia una conquista preziosa per il Paese e pertanto sa da che parte stare.



GENNAIO 2014

Ripristare diritto e ragionevolezza

L'editoriale riporta la lettera di Pelissero agli associati dopo la sentenza del TAR Lazio di rigetto del ricorso per l'annullamento del tariffario nazionale del 2012. Una sentenza dalle forti connotazioni politiche più che giuridiche, e che ha smentito precedenti pronunce del giudice amministrativo. E' il contesto del difficile momento storico del Paese, che diventa ragion di Stato per comprimere diritti e interessi legittimi di interi settori economici.

Il 19 dicembre scorso, è stata pubblicata la sentenza del TAR Lazio n. 10977/2013 di rigetto del nostro ricorso per l'annullamento del tariffario nazionale. Rigetto che, dobbiamo sottolineare, è palesemente espressione di motivazioni di politica finanziaria piuttosto che di diritto. In sostanza il TAR ha ritenuto che l'attuale crisi finanziaria giustifica che possano essere determinate tariffe inadeguate a remunerare le prestazioni e quindi a coprire i costi e ciò in assoluto disprezzo anche del più recente indirizzo del Consiglio di Stato, secondo cui le tariffe vanno invece determinate secondo una logica connessione motivazionale tra costi e tariffe stesse. Anzi, il TAR è andato ben oltre dicendo che gli imprenditori del settore – a questo punto – possono “prendere o lasciare” sconfessando anche sotto tale profilo il precedente indirizzo dello stesso Consiglio di Stato, secondo cui le Regioni sono libere di comprare le prestazioni in regime di accreditamen-



*to, ma non possono ac-
quistarle a cifre che non
coprano le spese e non
consentano utili all'im-
presa. Mentre si rinvia
alla lettura della senten-
za in questione è certo
che non potrà mancare
la decisiva reazione di
questa Associazione (di
fronte a una tale delete-
ria decisione) che tra-
volge così ingiustificata-
mente i comuni principi
di diritto a rilevanza an-
che costituzionale, anche*

*tramite un tempestivo ricorso al Consiglio di Stato, sul
quale il nostro Collegio Legale è già al lavoro.*

*(Lettera del Presidente nazionale Aiop,
Gabriele Pelissero, alle strutture associate)*

Il Tar Lazio con la sentenza n. 10977/2013 ha rigetta-
to il ricorso contro il Dm 18/10/2012 (Tariffario delle
prestazioni ospedaliere e ambulatoriali) promosso da
Aiop, Anisap e FederLab in rappresentanza di centi-
naia di strutture sanitarie private italiane.

Il provvedimento ha destato scalpore per le sue moti-
vazioni che, da una parte, rilevano: 1. La mancanza di
una analitica istruttoria. 2. Il parere negativo della
Conferenza Stato-Regioni. 3. La mancanza della ne-
cessaria correlazione tra l'accertamento dei costi e la



misura delle tariffe.

Dall'altra:

1. L'urgenza di determinare tariffe ministeriali.
2. La sufficienza dei dati disponibili, seppur parziali.
3. La necessità di non intralciare la politica finanziaria governativa temporanea di emergenza nazionale.

In definitiva, "eccezionalità della misura e temporaneità della stessa (ricordiamo che la validità è sino al 31 dicembre 2014) la rendono legittima".

E' quanto basta per ricordare lo slogan con cui fu aperta la presentazione del Rapporto 2012, quasi un anno fa: "Salviamo il Servizio sanitario nazionale!". Più che l'esito, lo ripetiamo, sono le motivazioni a preoccupare e a richiedere di destare la vigilanza dei cittadini e degli operatori della salute in Italia.



MAPPA DEL TESORO



FEBBRAIO 2014

La riforma tradita

L'attenzione è posta sulla sostenibilità finanziaria del SSN, al centro del dibattito da più di un anno. Vecchie e nuove ricette si sono rincorse, eppure nella riforma sanitaria del 1992, la riforma tradita, erano presenti tutti gli elementi per affrontare i temi dell'efficientamento e della razionalizzazione della spesa sanitaria: meccanismi di competizione tra strutture pubbliche e private, sistema premiale e libera scelta del cittadino-paziente.

Il 21 febbraio termina il Governo di Enrico Letta. Il 22 febbraio si insedia il Governo di Matteo Renzi, che conferma Beatrice Lorenzin a capo del Ministero della Salute.

Da più di un anno, tutti i dibattiti politici che parlano di sanità ruotano attorno ad un unico tema: la sostenibilità finanziaria. Per la precisione, la riflessione è partita a novembre 2012, con il grido di allarme pronunciato come un fulmine a ciel sereno dal presidente Monti. Ma da più parti, soprattutto istituzionali, il tema politico viene sviluppato solo in termini contabili, e cioè di calcolo della misura del taglio della spesa destinata indistintamente al comparto sanitario.

Il risultato è sotto gli occhi di tutti: si allungano le liste di attesa, diventate – consapevolmente o meno - uno strumento di politica sanitaria, aumenta la spesa sani-



SCARICA QUESTO NUMERO IN PDF SUL TUO SMARTPHONE O TABLET

taria privata, aumenta la tassazione nelle regioni sottoposte a piano di rientro. Tutte le ultime indagini confermano questi risultati. Non facciamo quindi fatica a giudicare questa politica come anacronistica e fortemente autolesionista per un sistema che aveva prodotto finora risultati tali da porre l'Italia ai primi posti nelle classifiche dell'OMS sulla tutela della salute.

Ed è più di un anno che Aiop ha posto in evidenza, invece, l'esigenza di puntare su altro, su meccanismi di competizione che rendano il sistema virtuoso, orientato alla qualità delle prestazioni, al miglioramento organizzativo, all'efficienza delle scelte di spesa. Sono stati indicati anche gli strumenti: il pagamento uniforme per tutte le strutture che operano per conto del Ssn, una tariffazione rapportata ai costi sostenuti, la terzietà nei controlli di qualità e nella valutazione finanziaria.

Aiop non ha inventato nulla. Era già tutto scritto nella riforma del 1992 (DLgs n.502/92) e sia il Piano sanitario nazionale 1994-1996 che la sentenza della Corte Costituzionale n. 416 del 1995 ne avevano spiegato il significato, sulle coordinate dettate dai benefici dei



meccanismi di competizione e della necessità della libera scelta del cittadino-paziente.

E' stata una riforma tradita. Sono bastati pochi anni e siamo ritornati al passato: il pagamento a pie' di lista per le strutture pubbliche, budget e tagli per il settore privato accreditato e una continua crescita della spesa pubblica, nascosta in alcune regioni con una riduzione, di fatto, delle prestazioni.

Da più di un anno partecipo a convegni e cerco confronti personali e confesso di provare un po' di amarezza quando i temi dibattuti riguardano unicamente il rapporto pubblico-privato in sanità, un discorso in cui si rischia di far prevalere la formalità dell'ideologia più che la sostanza della tutela della salute.

Mi piacerebbe parlare di qualità delle prestazioni, di sforzi per raggiungere l'eccellenza, di cui questo Paese ha pure dimostrato di essere capace. Sono convinto che questi sono i temi che interessano i nostri cittadini,

L'UOVO DI COLOMBO





soprattutto quando devono scegliere soluzioni per la loro salute e non guardano la natura giuridica dell'ospedale di cui varcano la porta. Questi sono gli obiettivi che l'Italia merita.



MARZO 2014

Così non va

Il 19 febbraio Pelissero scrive ai Soci Aiop per comunicare l'accelerazione dell'iter della bozza sul Regolamento degli standard ospedalieri (vedi Appendice n.3). Un fulmine a ciel sereno, soprattutto per opinabili limiti quantitativi che il provvedimento imporrebbe. A rischio, quindi, ben 130 strutture sane in Italia, con 12.000 lavoratori espulsi, 240.000 prestazioni ospedaliere annue in fumo, allungamento delle liste d'attesa e una crescita della spesa sanitaria privata dei cittadini.

So bene che la mia lettera ai Soci Aiop dello scorso 19 febbraio, riguardante il testo sugli standard della rete ospedaliera contenuto nel Patto per la salute, è stata accolta come un fulmine a ciel sereno. Ma la Sede nazionale deve essere una casa trasparente per tutti, e le informazioni, anche quelle meno piacevoli, devono arrivare a tutti gli associati, senza fermarsi a livello regionale, chiamando tutti alla mobilitazione.

Il testo su cui si sta lavorando al Ministero della Salute, di concerto con quello dell'Economia, attesterebbe l'accreditabilità e la sottoscrivibilità di accordi con strutture sanitarie aventi una soglia minima di 60 posti letto per acuti. Sarebbe un provvedimento che stiamo contrastando ormai da due anni, che attraversa i diver-



si governi e che abbiamo sempre bollato come iniquo e miope. È iniquo perché un sistema definito dalla riforma sanitaria del 1992 come paritario sarebbe penalizzante esclusivamente per la parte privata, una realtà imprenditoriale di più di 130 strutture ospedaliere che, indipendentemente dalla loro capacità produttiva, verrebbero colpite solo perché private, senza guardare il costo,

la qualità offerta e i requisiti garantiti.

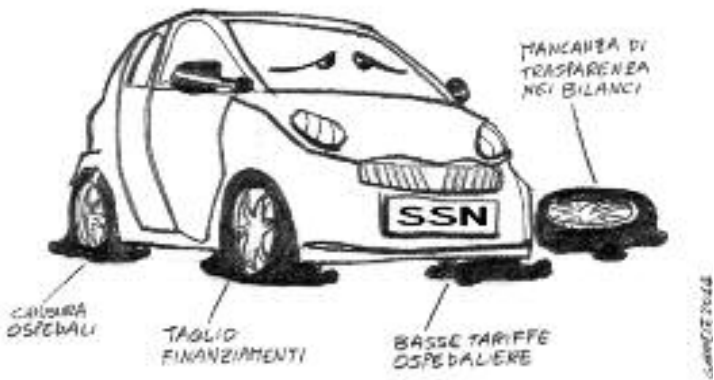
Ma il provvedimento sarebbe anche miope, perché anziché colpire le inefficienze del Servizio sanitario nazionale - che non riguardano un privato remunerato solo per le prestazioni rese - si accanirebbe sui soggetti che per gli stessi interventi costano sistematicamente e significativamente meno di quelli prodotti in un ospedale pubblico.

Infine, un provvedimento così concepito sarebbe solo distruttivo, perché quelle che oggi sono più di 130 strutture produttive sane del Paese sarebbero trasformate in un deserto: circa 12.000 lavoratori espulsi, professionalità medico-infermieristiche, tecniche e della riabilitazione senza possibilità di occupazione, 240.000 prestazioni ospedaliere in fumo, allungamen-



to delle liste d'attesa e crescita esponenziale della spesa sanitaria privata. Noi non siamo pregiudizialmente chiusi a politiche di crescita della qualità e dell'efficienza dell'intero SSN, ma non è certo con un taglio irrazionale e indiscriminato che sarà possibile conseguirle.

COSÌ NON VA





APRILE 2014

Paziente al centro o cittadino bersaglio?

Pelissero affronta il tema culturale delle diverse visioni della centralità del cittadino nel settore sanitario. Da una parte c'è chi assegna al paziente il ruolo passivo di destinatario delle scelte paternalistiche del sistema; dall'altra, in una visione liberale, si ha fiducia nella sua libera scelta capace, anzi, di razionalizzare l'allocazione delle risorse. Si tratta dei temi della riforma del DLgs 502/92 tuttora disattesi.

Uno dei principi che sembra trovare d'accordo tutti i soggetti che animano il dibattito culturale attorno al Ssn e alla sua manutenzione è quello della centralità del cittadino-paziente. Non possiamo non riconoscere in questo principio uno dei capisaldi della modernizzazione della sanità, nei suoi aspetti democratici e quindi partecipativi che contraddistinguono la maggior parte dei settori della società moderna. Tutti d'accordo, allora? Nient'affatto. Alla radice dello stesso principio della centralità del cittadino-paziente ci sono almeno due visioni culturali diametralmente opposte: una è quella di impostazione paternalistica, l'altra è quella basata sul principio della libertà.

Per quella paternalistica il cittadino è il destinatario delle scelte pubbliche, punto di riferimento sono i suoi bisogni, ma lo si ritiene incapace di piena autonomia nelle scelte operative, che qualcuno deve fare per lui.



In questa impostazione non c'è spazio per meccanismi di competizione in sanità basati sulla scelta del cittadino, né per politiche di trasparenza. È lo Stato, nel nostro caso insieme alle Regioni, a stabilire il suo "bene". In fondo, anche la politica che propone il taglio delle strutture ospedaliere non in base alla loro produttività - quindi all'effettiva scelta dei cittadini - ma solo sul posses-

so di un certo numero di posti letto (la famigerata soglia dei 60 p.l.), è espressione di questa cultura, che trasforma i cittadini in sudditi.

La visione liberale si basa sul fatto che il cittadino può e deve essere lui il centro del sistema, soprattutto nel rispetto della libera scelta del luogo di cura. Insieme al pagamento a prestazione quale metodo principale di finanziamento delle strutture sanitarie, la libera scelta del cittadino determina il successo di una struttura ospedaliera e al limite la sua permanenza nel settore. L'asimmetria informativa, cioè la disparità tra l'offerta sanitaria e la sua conoscenza o accessibilità alle informazioni - secondo questa impostazione culturale - non è un fenomeno patologico proprio del settore sanitario, ma un aspetto fisiologico di ogni settore sociale,



sul quale occorre lavorare per la riduzione dei suoi effetti, ma che non deve essere un alibi per alzare i muri della resistenza a qualunque cambiamento e per giustificare il centralismo e lo statalismo. Nella scelta politica sul futuro di un ospedale pubblico o privato – soprattutto in periodi di crisi economica - non può essere indifferente la scelta effettiva del cittadino, e quindi la reputazione della struttura, la sua capacità di attrarre i pazienti e conseguentemente coprire i costi sostenuti con le prestazioni erogate. A sostenere questa convinzione, ultimamente, è intervenuta ripetutamente la presidenza dell’Autorità Antitrust secondo la quale i meccanismi di competizione, anche nel settore sanitario, possono innescare una spirale virtuosa per miglio-



IL CITTADINO AL CENTRO DEL SISTEMA



rare la qualità e ridurre gli sprechi.

A 20 anni dalla riforma del Decreto legislativo 502/92, la riforma tradita, si rinnova oggi il duello tra la visione paternalistica e la visione liberale. 20 anni fa fu vincente la prima e dopo 20 anni, riconosciamolo, ci ritroviamo a non aver fatto passi in avanti.



MAGGIO 2014

Un anno di Aiop in tempi di crisi

Alla vigilia dell'Assemblea Generale del 30 maggio a Venezia, Pelissero ricorda l'incontro del 7 maggio del Ministro Lorenzin con l'Associazione, con le sue dichiarazioni sul ruolo dell'ospedalità privata accreditata nel SSN. In un periodo caratterizzato dai tagli lineari, essa non è una mera fornitrice di beni e servizi, ma erogatrice di prestazioni sanitarie cui non è possibile rinunciare senza incidere negativamente sul welfare sanitario del Paese.

Sarà stata l'intensità dell'attività svolta ad ogni livello, ma questo anno - dall'Assemblea di Roma 2013 all'Assemblea di Venezia 2014 – sembra sia volato in un attimo. E' stato un anno segnato dalla difficile crisi economica e da due governi di emergenza dalla maggioranza anomala.

Arriviamo a Venezia passando dalla difficile strettoia del DEF 2014 e del decreto Irpef di aprile, che sembravano voler continuare la politica dei tagli lineari in sanità; e in quella del cd. Regolamento Balduzzi sugli standard della rete ospedaliera, che sembrava non dar scampo alle strutture private per acuti con meno di 60 p.l.

Ma arriviamo a Venezia soprattutto dopo l'Assemblea



Generale Straordinaria del 7 maggio scorso a Roma, in cui lo storico confronto con il Ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha dato atto del formidabile lavoro istituzionale svolto dalla Sede nazionale per riportare i problemi del settore sanitario, piuttosto che in quello della politica economica. In quella sede, oltre all'importantissima affermazione che

nessuna struttura verrà chiusa e che il Patto per la Salute rimodulerà la rete ospedaliera con tutte le risorse strutturali esistenti, sono stati affermati due principi che andranno riproposti e sostenuti nel prossimo anno. Il primo è quello del primato della programmazione all'interno del SSN. La sanità italiana ha vissuto gli ultimi tre anni in amministrazione controllata, con 25 miliardi di euro di tagli. E' stato un impoverimento collettivo e le inefficienze non sono state nemmeno affrontate.

Affermare, come ha fatto il Ministro, il primato della programmazione, secondo il criterio della qualità ed economicità delle prestazioni, qualunque sia la natura giuridica del soggetto erogatore, è un punto di partenza importante per la collaborazione reciproca e per



guardare il futuro con maggiore serenità. Il secondo è quello di riaffermare il ruolo di parte fondamentale dell'ospedalità privata nel sistema salute di questo Paese. Le penalizzazioni delle strutture private sono nate anche da questo equivoco di fondo: quello di ritenere queste risorse mere fornitrici di beni e servizi, piuttosto che parte integrante del sistema, come aveva chiarito la legge 724 del 1994, a modifica del decreto di riforma del SSN. Eppure, come fornitori di beni e servizi sono stati trattati e sono stati colpiti. Ci ritroviamo quindi a Venezia e sappiamo di aver lavorato molto in tre direzioni: per una rappresentanza efficace, per una identità organizzativa solida e per l'efficienza dei servizi resi dalla Sede nazionale. In queste pagine di *AiopMagazine* Speciale Assemblea ci sono diversi articoli che danno un'idea dell'attività svolta dalle diverse componenti associative, ma per raccontare tutto





andrebbero allegati i quasi 50 numeri di *Informaiop*, che hanno raccontato e accompagnato questo anno di Aiop in tempi di crisi. Ciò che non mi distrugge mi rafforza, scriveva Nietzsche. Anche se le intemperie non sono finite, noi oggi ci sentiamo più forti nell'affrontarle.



GIUGNO 2014

Dopo Venezia 2014... Il percorso di crescita

L'editoriale fa il punto sull'esito dell'Assemblea Generale Aiop del 30 maggio a Venezia. Si evidenzia l'impressione della crescita complessiva dell'Associazione lungo tre direttrici: il consolidamento dell'unità associativa; la qualità della proposta; la valorizzazione dei servizi. Nel complesso, Aiop cresce nell'autorevolezza della sua presenza istituzionale e nella proposta competitiva agli erogatori di prestazioni ospedaliere.

Tanti rappresentanti delle strutture Aiop, al ritorno dalla straordinaria Assemblea Generale di Venezia (29-31 maggio 2014), ci hanno comunicato la percezione di un'Associazione cresciuta. Sarà stata l'approvazione del nuovo Statuto, o la conferma dell'apprezzamento del lavoro svolto sul tema del Patto per la salute; o magari la proposta di temi concreti di management, come quello della valutazione degli esiti delle prestazioni ospedaliere, o la magistrale relazione del professor Massimo Cacciari che ha affascinato con una convincente e inedita analisi storica e filosofica del rapporto pubblico-privato. Qualcosa è cambiato, è vero, e occorre avere la consapevolezza che siamo solo all'inizio di un progetto associativo su tre direttrici.

La prima è quella del consolidamento dell'unità associativa. Molti obiettivi sono stati colti proprio grazie all'impegno di ciascuno in questa direzione. I nostri in-



terlocutori istituzionali si sono trovati davanti un'organizzazione coesa, capace di parlare con una voce sola, pur nella varietà della sua espressione di base. Chi non ricorda l'Assemblea straordinaria del 7 maggio e la grande prova di presenza unitaria davanti al Ministro! Sono segni che rimandano ad una riscoperta di identità che consideriamo un tesoro da valorizzare ancora di più

in futuro. Da soli non si va da nessuna parte e il risultato di un giorno è destinato a sfuggire il giorno successivo. Uniti si fa cordata e la forza complessiva è maggiore della semplice sommatoria dei singoli.

La seconda è quella della qualità della proposta. Per essere interlocutori credibili bisogna essere solidi nelle motivazioni e nel loro supporto scientifico. L'autorevolezza non nasce dalla buona fede o da una generica tutela di interessi legittimi, soprattutto in una fase storica di crisi che può far nascere da un momento all'altro la caccia all'untore, di manzoniana memoria. L'Aiop è diventata un interlocutore credibile e privilegiato grazie alla serietà dei suoi studi scientifici, al rigore delle proposte normative, alla sua trasparenza nei rapporti con i decisori e con i media. In questa direzio-



ne, su mandato esplicito dell'Assemblea, andremo avanti consolidando quanto già fatto e sviluppando nuovi strumenti.

La terza é quella della valorizzazione dei servizi. Siamo convinti di essere già competitivi nell'offerta di servizi - sia come Sede nazionale che come Sedi regionali - alle imprese private che operano nel settore sanitario. Quanto viene già fatto deve essere meglio conosciuto e valorizzato, perché ogni Socio riconosca direttamente e concretamente l'utilità di un'Associazione che sappia essere al suo fianco non solo nei momenti istituzionali, ma anche in quelli del management quotidiano. Nessuno deve sentirsi solo. Tutti devono sentirsi protagonisti anche nell'allestimento di strumenti che co-





struiscano meglio la casa comune, in cui vogliamo stare bene e sentire sempre più nostra.

Consolidamento dell'unità associativa, qualità della proposta, valorizzazione dei servizi: a Roma, nell'Assemblea Generale 2015, verificheremo queste direttrici e misureremo il percorso fatto. Ma intanto c'è un anno da vivere intensamente, con la stessa passione e nell'abbondanza di una ricca amicizia associativa che è il valore aggiunto nell'impegno comune.



LUGLIO-AGOSTO 2014

Molto è stato fatto, molto c'è da fare

Questo periodo è stato caratterizzato dall'Accordo Stato-Regioni sul Patto per la salute 2014-2016 (10 luglio) e sul Regolamento degli standard ospedalieri (5 agosto). Due intese fondamentali per la sanità italiana. Pelissero evidenzia la positività del percorso di stabilità del fondo sanitario nazionale, ma anche le criticità del Regolamento. Quest'ultimo, nella versione finale, è certamente migliorato rispetto alla prima bozza (si ricorda l'Assemblea straordinaria Aiop del 7 maggio con il Ministro della salute Beatrice Lorenzin), ma conserva molti nodi che andranno sciolti nei mesi successivi.

Non è stato un parto facile quello del Patto per la salute 2014-2016. Per mesi è stato al primo punto all'ordine del giorno di governo e incontri Stato-Regioni. È un Patto che trae origine da uno dei periodi più neri del Ssn, il triennio 2011-2013, quello che consegnerebbe alla storia come il periodo dei "tagli orizzontali" alla sanità, circa 30 miliardi sottratti al welfare più che agli sprechi. Una prima analisi del nuovo documento e del testo del regolamento sugli standard della rete ospedaliera deve partire da questa origine storica se vogliamo coglierne le finalità e operare con intelligenza nel nuovo contesto.

In queste prime battute sui contenuti del Patto non



SCARICA QUESTO
NUMERO IN PDF SUL TUO
SMARTPHONE O TABLET

possiamo che esprimere apprezzamento, quindi, per il lavoro svolto dal Ministro Lorenzin, che dopo una lunga stagione di tagli assicura la stabilità finanziaria del Ssn per i prossimi tre anni.

Sono tanti i contenuti che ci toccano da vicino e che avremo modo di affrontare uno per uno. Tuttavia, non nascondiamo che c'era un tema che ci stava più a cuore, ed era quello della soglia di

accreditabilità per le istituzioni ospedaliere private, con le conseguenze pratiche per quelle di piccole dimensioni. Su questo tema é stata organizzato, per la prima volta, un incontro riservato a questa tipologia di strutture (23 aprile 2014), e per la prima volta in un'Assemblea Aiop ha partecipato un Ministro della salute, disposto a confrontarsi sul tema (7 maggio 2014).

E in questa riflessione devono essere posti tre punti fermi.

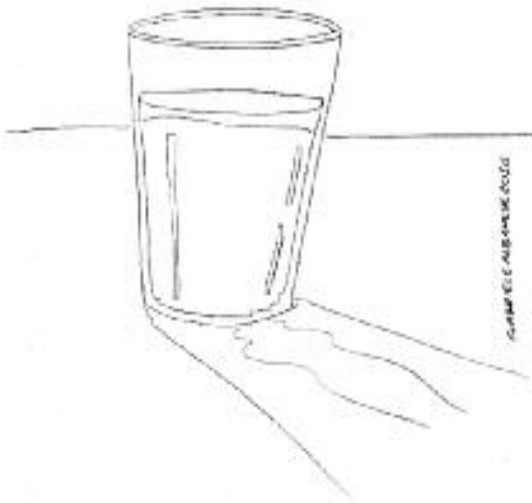
1. Il Regolamento sugli standard, nella forma che é stata resa nota, si presenta fortemente diverso e migliorativo rispetto alla formulazione originaria, a lungo sostenuta con vigore da componenti governative (in primis, il Ministero dell'Economia, per lungo tempo regi-



sta della politica sanitaria del Paese), prevedendo l'immediata chiusura di tutte le strutture private per acuti con meno di 80 posti letto accreditati (prima versione Balduzzi - settembre 2012 - che, dopo il passaggio a 60, é rimasta tale fino a poche settimane fa).

2. L'attuale formulazione, che costituisce un inevitabile compromesso fra le continue proposte di Aiop e le tesi opposte fortemente sostenute da forti componenti governative, offre soluzioni per tutte le strutture associate Aiop, che sono dotate di meno di 60 p.l. accreditati per acuti, seppure con percorsi a volte complessi che richiederanno opportune trattative a livello regionale, che Aiop nazionale sosterrà e coordinerà.

3. I provvedimenti attuativi del Patto per la salute, che dovranno essere adottati nei prossimi mesi, a partire dall'individuazione delle tipologie delle strutture monospecialistiche, richiedono una grande presenza negoziale di Aiop nazionale al Ministero della salute,





che va perseguita nella competenza e soprattutto nella credibilità a sollecitare e sostenere il Ministero della salute nella sua posizione dialettica all'interno del governo e con gli altri interlocutori istituzionali. Il cammino non si é concluso con il varo del Patto. Siamo solo all'inizio, sia a livello nazionale che a livello regionale, ma a differenza del recente passato é stata indicata ora la strada. Sta a noi percorrerla con fiducia insieme e non sottovalutare l'autorevolezza e la forza unitaria, che saranno necessarie, e che abbiamo costruito con cura in questi anni.



SETTEMBRE 2014

Patto per la salute a rischio?

A poche settimane dall'accordo Stato-Regioni per il Patto per la salute 2014-2016 (10/7/2014), tutto sembra essere rimesso in discussione per l'ipotesi di nuovi tagli sulla legge di stabilità 2015. Pelissero fa notare che questa ulteriore proposta non incide sul sistema di sprechi, mentre colpire la sanità privata accreditata vuol dire incidere sulle prestazioni concrete a favore dei cittadini.

Gli ultimi Governi ci avevano abituati agli allarmi sulla precarietà dei conti pubblici. Non solo il quadro economico veniva cambiato di anno in anno con le relative leggi finanziarie, ma le successive leggi di stabilità e i DEF mutavano la situazione ogni sei mesi, con le relative operazioni di “bancomat” sul settore sanitario.

Ora il Governo rischia di battere ogni record. Sono passati appena due mesi dalla faticosa intesa realizzata con le Regioni per il Patto per la Salute 2014-2016. Abbiamo apprezzato il certosino lavoro del Ministro Lorenzin per delimitare e “porre in sicurezza” il SSN, a condizione di avere un quadro di risorse stabile nel triennio. E' stato un lavoro impegnativo iniziato nel 2012 e d'improvviso cambia il quadro macroeconomico e si prospetta un ulteriore taglio di 3 miliardi di euro da riscuotere subito dal fondo sanitario.

In realtà, ad una più attenta analisi, l'ipotesi che le



promesse sul fondo sanitario nazionale (109,928 miliardi di euro nel 2014, 112,062 nel 2015, 115,444 nel 2016) potessero non essere mantenute era contenuta nel Patto stesso, dove si precisava che tali importi sarebbero stati garantiti “salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazione del

quadro macroeconomico”.

E molti osservatori lo avevano giustamente fatto notare. Ma nessuno avrebbe mai immaginato che l’Intesa della Conferenza Stato-Regioni del 10 luglio scorso non avrebbe fatto in tempo ad essere pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale che sarebbe stata immediatamente rimessa in discussione. E’ nella cronaca di questi giorni l’atteggiamento più che preoccupato dei Governatori delle Regioni e dei responsabili di tutte le Associazioni sindacali e di categoria.

Tutto da rifare? Non lo sappiamo. Dipenderà dalla determinazione del Ministro Lorenzin - qualità di cui finora non ha fatto difetto e per la quale Aiop l’ha sostenuta - ma anche dall’effettivo stato dei conti pubblici. Di certo, non è ancora ben chiara la consapevolezza



che il sistema dei tagli lineari (o semi-lineari, che dir si voglia) alla sanità non incide sugli sprechi, che possono essere rimossi solo all'interno di un sistema competitivo, capace di creare meccanismi virtuosi quasi automatici. Se ci saranno tagli, che potrebbero avere effetti disastrosi per tutte le nostre aziende, noi continueremo a batterci perché vadano nella giusta direzione: "beni e servizi" possono consentire dei risparmi, purché tutte le prestazioni rese ai cittadini, a partire da quelle erogate dalle Aziende Aiop non vengano messe in discussione. Perché noi non siamo "fornitori di servizi", ma una componente fondamentale del SSN.





OTTOBRE 2014

Oltre la crisi

Non basta prendere atto della crisi, ma occorre cominciare a costruire il nuovo e avere la capacità di leggere i segni del cambiamento. Forse la crisi servirà per una evoluzione anzitutto culturale, che riconsideri il ruolo sociale dell'imprenditore e cammini in un quadro post ideologico. Nell'ambito sanitario - dice Pelissero - ciò significa superare la dicotomia pubblico-privato e riaffermare il principio dell'utilità sociale dell'azione di ogni componente del sistema.

Abbiamo ascoltato troppe voci ottimistiche sull'imminente fine della crisi economica in Italia per poterci credere. Ne sentiamo parlare da almeno 4 anni e ormai abbiamo capito che il "tunnel" è ancora lungo. Le parole dei giorni scorsi, in tal senso, del Ministro dell'Economia Padoan, di una crisi peggiore del '29, non fanno che confermare questa convinzione.

Ma che Italia sarà quella che troveremo alla fine di questo percorso? E' importante farsi questa domanda, perché c'è la falsa idea che la crisi sia come una parentesi, un temporale improvviso, più o meno violento, per poi tornare alla situazione di partenza, alla spensierata Italia che abbiamo lasciato qualche anno fa che con tecnicismi di politica monetaria era in grado di far fronte a qualunque sfioramento del debito pubblico, non a caso salito dal 55% di metà anni '70 al 135% del 2010.



Non sarà così. Il cambiamento degli equilibri politici e soprattutto economici nel mondo richiederà un cambiamento nel Paese. Soprattutto culturale. E tra le novità che si profilano in tal senso c'è quella di una inedita concezione del ruolo e della funzione dell'imprenditore. Dopo una lunghissima stagione culturale di scarsa considerazione, se non di esplicita denigrazione

nelle vecchie propagande sindacali, si comincia ad avvertire il cambiamento con la valorizzazione delle figure di uomini e donne che rischiano in proprio mettendosi in gioco, e che dal mattino alla sera pensano allo sviluppo della propria azienda, la casa comune di imprenditori e lavoratori. Con parole analoghe lo stesso concetto è stato affermato giorni fa non a caso dal premier Matteo Renzi.

L'Italia di domani non potrà essere il Paese degli eserciti di statali, regionali e comunque dipendenti della P.A. nelle diverse casacche. Dovrà essere un Paese che misurerà il suo sviluppo in termini di produttività e competizione all'interno e all'esterno del Paese. E per questo obiettivo occorrono imprenditori all'altezza, capaci di declinare la creatività italiana con le sfide del



futuro, e soprattutto una legislazione che non ne mortifichi la presenza, con una burocrazia inadeguata, se non addirittura nemica.

Il settore della sanità non è sfuggito alle connotazioni ideologiche. A 35 anni dall'istituzione del SSN, a più di 20 anni dalla riforma del 502, tutti i dibattiti di politica sanitaria nazionale e regionale hanno continuato ad essere incentrati sul rapporto pubblico-privato, invece che sull'utilità sociale dell'azione di ogni componente del sistema con cui confrontarsi. Speriamo che il vento della crisi spazzi via queste incrostazioni del passato e ci mostri il volto di un Paese moderno, a misura di cittadino.

La storia ci insegna che la crisi è un momento di pericolo, ma anche di opportunità. In questo senso, cominciare a ragionare "oltre la crisi", in un quadro post ideologico, deve essere un esercizio razionale di servizio a se stessi e al Paese.





NOVEMBRE 2014

Uno shock per la sanità italiana

Sulla scorta dell'auspicio del Presidente Confindustria Giorgio Napolitano, di una proposta shock per l'economia, Pelissero fa un analogo auspicio per la sanità italiana. Questa è come un paradigma della situazione di declino del Paese. Eppure ci sono potenzialità da liberare e proposte alternative per aumentare la qualità delle prestazioni bilanciandone i conti economici: i meccanismi di competizione e trasparenza nei flussi e nei bilanci pubblici.

Aprire i giornali in tempi di crisi non è il modo migliore per iniziare la giornata. Almeno dal punto di vista della spinta emotiva che, assieme al caffè, vorremmo avere per caricarci dell'entusiasmo quotidiano. Le agenzie internazionali confermano l'assenza di ripresa anche per il 2015 dell'area UE e l'ipotesi di un terzo anno di recessione; la BCE mantiene i costi del denaro ai minimi storici, con la speranza di dare impulso all'economia reale, ma che la mediazione bancaria spesso appesantisce con la mancanza di fiducia nel breve periodo. In un quadro europeo già fosco di suo, l'Italia contribuisce collocandosi agli ultimi posti nelle classifiche economiche, sì assieme ad altri Paesi, ma con la caratteristica di essere il maggiore gigante – in termini di importanza numerica – dai piedi d'argilla. La mancanza di efficienza della pubblica amministrazione e il



peso del prelievo fiscale sono i principali fattori di freno dello sviluppo e a volte sembra non bastare il seppur apprezzabile entusiasmo del premier Matteo Renzi per liberare il grande potenziale pur presente nella società italiana, costretto a fare i conti – anche lui – con una macchina ordinamentale con ingranaggi arrugginiti, che non consentono decisioni rapide, come lui vorrebbe, e im-

mediatamente verificabili.

Il Presidente di Confindustria Giorgio Napolitano auspica una grande operazione choc per l'economia del Paese, perché sia moderno e civile. Ne condividiamo lo spirito e l'auspicio che ciò prenda forma legislativa oltre che culturale. Ma soprattutto perché, quali operatori della sanità, siamo spettatori di un settore che è l'immagine fedele di questa fase storica del Paese. L'apprezzabile tentativo del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin di “mettere in sicurezza” il SSN, con la previsione di fondi prestabiliti di finanziamento da qui al 2016, viene compromesso dal mutamento dei parametri macroeconomici. E se saltano i numeri del fondo sanitario, del Patto per la Salute resta solo un quadro generale di tagli di servizi sanitari a tutti i livelli, di cui



in modo da scardinare zavorre corporative e privilegi e autoreferenzialità non più sostenibili.

Chi potrà promuovere e gestire tutto questo? Serve una nuova grande visione politica, che utilizzi categorie nuove nell'agire e contemporaneamente antiche nei principi, quelli universalistici e liberali. Della politica abbiamo bisogno, ma di quella che sia anzitutto capace di immaginare il futuro prima di interpretare il presente.



DICEMBRE 2014

Sui privati evitare tagli sbagliati e ingiusti. L' Aiop si appella a Renzi

Di fronte alla bozza di Legge di Stabilità 2015, che prevede un taglio di trasferimenti alle Regioni di 4 miliardi, il Presidente nazionale Aiop, Gabriele Pelissero, in una lettera indirizzata al Premier Matteo Renzi, ai Ministri della Salute Beatrice Lorenzin e dell'Economia e Finanze Pietro Carlo Padoan, al Presidente della V Commissione Bilancio del Senato Antonio Azzollini, denuncia come un consistente taglio del finanziamento per il sistema sanitario nazionale riguarderebbe ancora una volta il privato accreditato. Nell'esprimere "viva preoccupazione per una proposta che sarebbe ingiusta e sbagliata", Pelissero si appella al Governo e al Parlamento per manifestare le sue preoccupazioni.

Signor Presidente, Sig.ri Ministri, Signor Presidente della V Commissione, mi permetto di rappresentarVi la viva preoccupazione, diffusa in migliaia di Aziende ospedaliere e ambulatoriali di diritto privato che operano all'interno del Ssn. Abbiamo appreso, infatti, che la prossima Legge di Stabilità 2015 chiederà un contributo alle Regioni Italiane per concorrere al rilancio economico del Paese. In queste ore si è però diffusa la voce secondo la quale, su sollecitazione di alcuni soggetti istituzionali, un consistente taglio del finanziamento per il Sistema Sanitario riguarderebbe ancora una volta (e sarebbe il quarto anno!) le prestazioni erogate dal privato accre-



ditato.

Noi riteniamo che questa proposta sia ingiusta e sbagliata.

Sbagliata perché colpisce gli operatori che costano meno (il 15% della spesa ospedaliera a fronte del 25% delle prestazioni erogate) e che raccolgono il più alto livello di soddisfazione e consenso da parte dei cittadini che ad essi si rivolgono.

Ingiusta perché non consentirà di dare una risposta adeguata alla domanda di salute dei cittadini, in quanto una ulteriore riduzione delle risorse, che si aggiunge a quelle già subite nel triennio passato, comporterà inevitabilmente una diminuzione dei servizi e delle prestazioni sinora garantiti, che verosimilmente colpirà le fasce più deboli della popolazione.

Una misura così strutturata non consentirebbe, ancora una volta, di affrontare il vero problema dell'inefficienza della spesa sanitaria, che si concentra in una gestione inadeguata ed impropria delle strutture pubbliche, dove si registrano i maggiori sprechi, come è stato ampiamente documentato da tutti gli studi e le analisi economiche.

Da recenti analisi di





settore si evince, infatti, in maniera incontrovertibile che, a livello nazionale, le Aziende Ospedaliere e gli ospedali a gestione diretta presenterebbero un disavanzo reale complessivo valutabile tra il 13,2% e il 20,1% della spesa sostenuta per le prime e tra il 12,6% e il 14,0% della spesa per i secondi.

Una amministrazione attenta ed oculata può, invece, ridurre in tempi brevi ed in maniera significativa i costi senza modificare né la quantità né la qualità delle prestazioni erogate, come tante Aziende di diritto privato hanno fatto a partire dal caso più noto del salvataggio dell'Ospedale San Raffaele di Milano. Certi del Vostro impegno per un Servizio Sanitario Nazionale efficace ed efficiente, Vi chiediamo di non reiterare scelte che danneggiano i cittadini e che non aiutano il risanamento e la crescita qualitativa della pubblica amministrazione.



SCARICA QUESTO NUMERO IN PDF SUL TUO SMARTPHONE O TABLET



prof. Gabriele Pelissero



GENNAIO 2015

Sopravvissuti ancora una volta

Dopo una serie di leggi di bilancio in cui veniva ad operarsi una sorta di bancomat nei confronti della sanità italiana, la legge di stabilità 2015 non contiene norme di tagli per il SSN. Un grande successo anche per l'azione associativa, che ha messo in luce nei confronti dell'opinione pubblica e delle istituzioni il punto di non ritorno in cui viene a trovarsi il principio dell'universalismo dell'assistenza sanitaria pubblica in Italia.

La legge di stabilità 2015 approvata definitivamente il 23 dicembre contiene un significativo cambio di rotta rispetto ai tre anni precedenti per quanto attiene al nostro settore. Infatti, anche se le Regioni vengono chiamate a concorrere alle politiche di risparmio dello Stato con un importo complessivo di quattro miliardi di Euro, la spesa sanitaria non è esplicitamente coinvolta nei tagli, e soprattutto non sono presenti le prescrizioni vincolanti di tagli selettivi nei confronti dell'ospedalità privata che abbiamo subito nel 2012, nel 2013 e nel 2014. Considero questo un grande successo della nostra Associazione, ancora più importante perché, nelle fasi di preparazione del testo finale della legge, forti e autorevoli pressioni sono state fatte nei confronti del



SCARICA QUESTO
NUMERO IN PDF SUL TUO
SMARTPHONE O TABLET

Governo perché ancora una volta l'ospedalità privata e la farmaceutica fossero colpite. Avendo personalmente seguito, insieme alla nostra vicepresidente nazionale Barbara Cittadini, tutte le fasi di questa complessa e delicata vicenda, debbo dare atto ancora una volta della posizione aperta e coerente del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, che si è battuta con vigore per difen-

dere il budget del Servizio Sanitario Nazionale e che si è opposta ai provvedimenti ingiustamente punitivi nei nostri confronti e debbo anche riscontrare l'attenzione e il buon esito dell'appello da me rivolto l'11 dicembre al Presidente del Consiglio dei Ministri Matteo Renzi, ai Ministri e Parlamentari direttamente interessati. Siamo tutti consapevoli che, a questo punto, il problema si trasferisce nelle Regioni e nelle Province Autonome, dove le nostre sedi regionali saranno chiamate ad un confronto, certo non facile, sull'attuazione in sede locale della legge di stabilità. Sicuramente ci potranno essere ricadute sul finanziamento dei sistemi sanitari regionali, ma certamente il testo della legge dello Stato non offrirà a nessuno un facile alibi per fare cassa riducendo i nostri budget, come è purtroppo av-



venuto negli ultimi tre anni. Per parte nostra continueremo a ricordare a tutti che la nostra presenza nel Servizio Sanitario Nazionale non deve essere considerata un costo facilmente comprimibile perché rappresenta, oggi più che mai, la migliore opportunità per assicurare le indispensabili prestazioni ai cittadini italiani con tariffe più che contenute e senza deficit visibili o occulti.





FEBBRAIO 2015

Fieramente presenti

Nel contesto storico e politico del nuovo anno, Pelissero annuncia le novità associative, con il rinnovo delle cariche associative regionali e nazionali, che culmineranno con l'Assemblea Generale Aiop del 30 maggio 2015, a Roma. Un primo bilancio viene fatto secondo la direttrice del rafforzamento della rappresentanza istituzionale dell'Associazione, la sua maggiore esposizione mediatica e la moltiplicazione dei servizi associativi.

Il nuovo anno 2015 ha fatto il suo ingresso con segnali promettenti sul piano economico. I numeri dell'economia reale cominciano, seppur timidamente, a presentare segni positivi sul piano della produzione industriale e soprattutto dell'occupazione; anche gli annunciati provvedimenti di natura finanziaria della BCE, sui titoli di Stato, fanno ben sperare. Va a rilento, invece, il risanamento della finanza pubblica, l'efficientamento e la razionalizzazione della macchina statale-regionale, con tutti i consequenziali effetti sul welfare e quindi anche sul nostro settore. Ma il 2015 presenta anche delle novità sul versante associativo interno. I prossimi mesi saranno caratterizzati dal rinnovo degli organi regionali - che andranno a costituire il nuovo Consiglio nazionale - e a maggio l'Assemblea Genera-



le sarà chiamata all'elezione del Presidente nazionale, del Collegio dei Revisori dei conti, quello dei Probiviri e dei due Consiglieri nazionali, con il Comitato Esecutivo che andrà a costituirsi nel prossimo mese di giugno.

All'Assemblea Generale di Roma ci sarà tempo e modo per presentare un bilancio dettagliato. Pare opportuno, per ora, evidenziare tre direttrici che

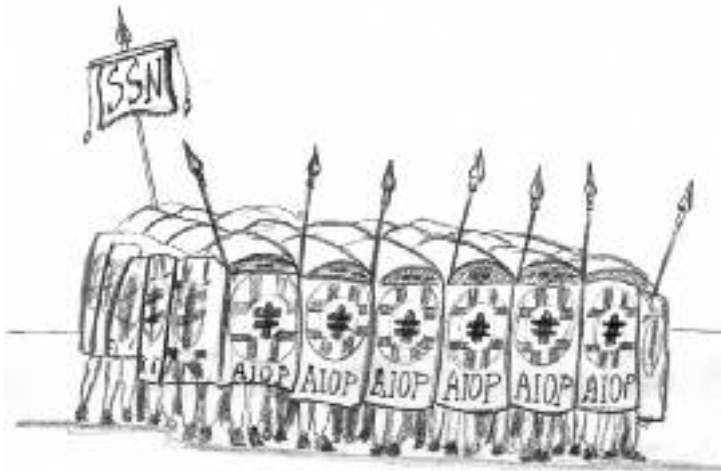
stanno caratterizzando questo triennio. Il primo è quello del rafforzamento della rappresentanza istituzionale dell'Aiop. Attraverso i contatti e le riunioni ufficiali, le prese di posizione pubbliche, la presentazione di rapporti, position papers e interventi ai Convegni organizzati dal Ministero della Salute, Aiop ha svolto un ruolo da protagonista nelle vicende del settore, ponendosi come un interlocutore autorevole.

La seconda direttrice è stata quella della maggiore esposizione mediatica di Aiop. La stampa nazionale ha dato più evidenza alle nostre posizioni, sono iniziati incontri periodici con i giornalisti e abbiamo attivato importanti sperimentazioni sui canali televisivi (*AiopTV*) e sui social network. A ciò va aggiunto lo straordinario contributo dato da molti Presidenti re-



gionali per il coinvolgimento dell'opinione pubblica sulle tematiche sollevate da Aiop, e la Rassegna stampata ne è fedele e quotidiana testimone.

La terza direttrice é quella della moltiplicazione dei servizi associativi. É un aspetto che un'Associazione di categoria non può trascurare, soprattutto per la dinamica di un ordinamento in continua evoluzione sul piano normativo, che richiede competenze vigili e capaci di rinnovarsi continuamente per poter essere a fianco delle aziende associate. Già a livello nazionale sono state puntellate diverse aree consulenziali, le cui risorse cerchiamo di far veicolare attraverso gli strumenti di comunicazione interna (*AiopMagazine* e *Informaiop*). Ma cercheremo di essere di stimolo anche per l'organizzazione di servizi a livello regionale, molto ben presenti in alcune Sedi, ma di aumentarne in altre. In questo senso lavora la Rete dei nostri colla-





boratori nazionali e regionali nelle sue riunioni periodiche.

Purtroppo, neanche il 2015 sarà un anno tranquillo per il settore della sanità nel nostro Paese. Nel duro comunicato stampa che abbiamo diffuso a fine gennaio è stato evidenziato l'ennesimo tentativo di continuare a finanziare gli sprechi del comparto pubblico con le risorse, tra l'altro, destinate alle prestazioni che i pazienti ricevono dall'ospedalità privata. Si tratta di una vicenda che ad oggi non si è ancora conclusa, e che rischia seriamente di generare, per il quarto anno consecutivo, pesanti tagli lineari nei nostri confronti. Con queste proposte, dannose per le nostre aziende e per l'intero SSN, noi continueremo ad opporci con vigore e ostinazione, consapevoli che, nel fare questo, stiamo difendendo tanto i nostri legittimi interessi quanto quelli di tutti gli italiani.



MARZO 2015

Eluso ancora una volta il vero risanamento della sanità

L'editoriale riporta una lettera di Pelissero al Presidente del Consiglio Matteo Renzi e al Ministro della salute Beatrice Lorenzin con la quale si denuncia la proposta delle Regioni di ribaltare sul SSN, e in particolare sull'ospedalità privata accreditata e sulla farmaceutica, il taglio imposto alle Regioni stesse dalla legge di stabilità 2015. Oltre al grave danno per il SSN, viene evidenziata la violazione dei principi di corretta competizione e la mancanza di volontà nel porre rimedio ai gravi sprechi di risorse annidati nella gestione dell'ospedalità pubblica. Per questo si annuncia la segnalazione della proposta all'Autorità Garante della concorrenza e del mercato.

Signor Presidente,
Signora Ministro,

debbo purtroppo richiamare la mia lettera dell'11 dicembre 2014 con la quale ho rappresentato la preoccupazione di tutta la rete di Aziende ospedaliere di diritto privato associate all'Aiop in merito alla possibilità di inserire, nella revisione del Patto per la Salute, un nuovo taglio selettivo nei confronti delle prestazioni erogate ai cittadini italiani dal privato accreditato per conto del SSN.

Questa prospettiva trova oggi conferma nella proposta elaborata dalle Regioni, e resa pubblica, che determi-



nando il contributo regionale al risanamento dei costi pubblici per il 2015 prevede, all'allegato 1, emendamento 1 e tabella 2, un taglio di 2miliardi di euro alla spesa sanitaria, di cui 350 milioni di euro alle prestazioni fornite dagli erogatori privati.

Riteniamo questa proposta fortemente sbagliata. Non si tratta infatti di una misura di “razionalizzazione ed efficientamento” come l’Emendamento proposto afferma, ma

una misura di razionamento delle prestazioni, che colpisce l’erogatore più virtuoso, che assicura il 25% di tutte le prestazioni ospedaliere del SSN con una spesa del 15%.

Se ciò fosse applicato, dopo tre anni di tagli successivi, metterebbe in grande crisi molti nostri associati soprattutto nelle Regioni in piano di rientro, con pesanti riflessi occupazionali e ulteriore riduzione della reale copertura dei LEA.

E tutto questo per eludere ancora una volta il vero risanamento della sanità, i cui sprechi si concentrano nella gestione delle aziende ospedaliere pubbliche e delle ASL, per altro violando a nostro giudizio elementari principi di corretta competizione, come rappresentato



dall'istanza che abbiamo inoltrato alla competente Autorità della Concorrenza e del Mercato, che allego alla presente.

Ci appelliamo al Governo perché il doveroso risanamento dei conti pubblici e l'efficientamento della spesa sanitaria non vada a discapito dei cittadini e degli operatori più efficienti, chiedendo di rimuovere dalla tabella 2 il vincolo di riduzione delle prestazioni da privati, riconducendo questo risparmio ad una adeguata opera di efficientamento della spesa ospedaliera pubblica.

prof. Gabriele Pelissero





APRILE 2015

Il passo del gambero

A più di due anni dalla prima bozza del Regolamento sugli standard ospedalieri, il provvedimento ancora non viene pubblicato. Più che una lentezza burocratica è difficile assumersi la responsabilità di una riforma ospedaliera superata nell'impostazione concettuale e nei parametri quali-quantitativi utilizzati. La critica di Pelissero è molto dura e nell'editoriale è riportata solo una sintesi di un lungo e documentato intervento pubblicato sulla rivista Monitor (n.38, anno XV) di Agenas (Appendice n.3).

Strana storia quella del Regolamento sugli standard ospedalieri. Previsto dalla legge n.311 del 2004, per garantire un efficientamento generale della rete ospedaliera italiana, ma solo otto anni dopo, con il decreto legge n.95 del 2012, abbiamo assistito al suo avvio. La prima bozza del 21 dicembre 2012 è stata partorita nel pieno del clima di spending review dei tagli lineari del sistema sanitario. Concordata con le Regioni solo il 5 agosto 2014, non supera un primo controllo del Consiglio di Stato (6/11/2014) e anche quello del mese successivo (23/1/2015) presenta così tanti rilievi formali che solo incomprensibili “ragion di Stato” ne consentono il via libera. Ma non è finita qui, perché occorreranno ancora due mesi per la firma del Ministro Lo-



renzin, e ai primi di aprile 2015 mancano ancora dei passaggi per la pubblicazione definitiva in Gazzetta Ufficiale.

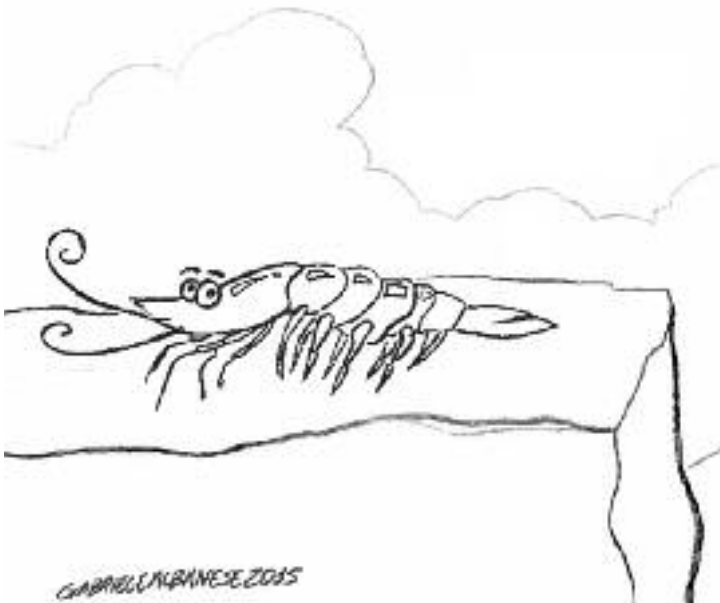
Ma come mai questo parto così difficile? Forse perché è pesante per chiunque riconoscerne la paternità. Il provvedimento, seppur migliorato in alcune parti rispetto al testo originario, ne conserva le finalità di razionamento del sistema e una impostazione stori-

camente e scientificamente superata.

Sono tre le principali critiche sui contenuti del provvedimento e riguardano: il modello di programmazione proposto; il dimensionamento quantitativo della rete ospedaliera e l'utilizzo di standard qualitativi. Sul primo aspetto, l'impostazione del modello ricalca quello della cosiddetta legge Mariotti (legge n.132 del 1968), che già negli anni '70 era stata criticata per la sua rigida visione "top-down", in cui una struttura centrale definisce tutte le caratteristiche organizzative del sistema ospedaliero, da attuare meccanicisticamente in sede locale. Riguardo al secondo aspetto, il dimensionamento basato sui p.l. ha poco senso rispetto allo strumento più preciso rappresentato dai DRG. Anche l'obiettivo di 3 p.l. per mille abitanti (per acuti), è certa-



mente sottodimensionato rispetto alla media dei Paesi UE simili all'Italia. Quando poi si associa a questo obiettivo quello del tasso di saturazione del 90%, si ipotizza, di fatto, il taglio di ulteriori p.l. in una rete che con ogni probabilità diventa insufficiente. Riguardo poi all'aspetto degli standard qualitativi, il modello proposto, di pochi grandi ospedali regionali, non é più un riferimento nei Paesi avanzati. Le reti ospedaliere oggi sono molto più articolate, e vengono perfino realizzate in molti Paesi piccole strutture di alta qualità ad assetto dipartimentale, con poche decine di p.l. e tecnologia d'avanguardia. D'altra parte, se l'obiettivo prefissato è quello della qualità, perché cercare di chiudere le strutture private sotto i 60 posti letto ed escludere gli ospedali pubblici delle stesse dimensioni? E se fosse stato quello dell'efficienza, perché escludere an-





cora le piccole strutture sanitarie pubbliche capaci di assorbire enormi costi fissi?

E' possibile immaginare un nuovo approccio al tema della rete ospedaliera, con una impostazione funzionale basata sui volumi di prestazioni; con una autonomia organizzativa che responsabilizzi veramente tutti i gestori anche sul dimensionamento quali-quantitativo della rete di offerta. E' ancora difficile immaginare la sorte soprattutto applicativa di questo provvedimento, improvvidamente utilizzato già da alcune Regioni - guarda caso - per penalizzare la rete ospedaliera privata accreditata. Ma é molto diffusa la sensazione che costringerà il nostro SSN al passo del gambero. E non ne avevamo bisogno.



MAGGIO 2015

Lo stigma contro il privato accreditato (un caso italiano)

Pelissero affronta il tema del pregiudizio culturale contro il privato in Italia. Non riguarda solo la sanità, ma è in questo settore che si avvertono maggiormente i paradossi della difficoltà di una imprenditorialità sana e l'autoreferenzialità dell'erogatore pubblico, tutelato al di là dell'evidenza economica. E' un pregiudizio che ha un retaggio culturale ben preciso e che limita la modernizzazione del Paese.

In tutta Europa i grandi sistemi di welfare sanitario da decenni hanno sviluppato modelli pluralistici nella produzione ed erogazione delle prestazioni.

Anche i più rigidi sistemi di tipo Beveridge utilizzano al proprio interno sempre più frequentemente gestori di attività ambulatoriali e ospedaliere di diritto privato, mentre paesi con sistemi di tipo Bismarck, come Germania e Olanda, hanno scelto da tempo di assicurare ai propri cittadini l'universalità e l'accessibilità delle cure utilizzando esclusivamente assicuratori privati (Olanda) o avviando un imponente piano di privatizzazione della gestione della rete ospedaliera (Germania). Il tutto senza alterare i principi di solidarietà e copertura universale propri dei sistemi di welfare europei. Sembra dunque ormai radicato in Europa il principio che un servizio pubblico fondamentale, come la sanità, è pubblico in quanto regolato e pagato dallo Stato, mentre può essere prodotto ed erogato da una pluralità di soggetti di diritto pubblico e di diritto privato, senza perdere il suo carattere distintivo di servizio socialmente garantito e



restando così, per dirla in linguaggio corrente, “servizio pubblico”.

In Italia la situazione, con forti differenze regionali, non è dissimile dal resto d’Europa. Il Servizio Sanitario Nazionale ingloba infatti operatori ospedalieri di diritto privato che erogano su base nazionale il 25% di tutte le prestazioni di ricovero, e operatori ospedalieri ed ambulatoriali che erogano più del 30% di tutte le prestazioni specialistiche.

Inoltre la complessità delle cure ospedaliere erogate dai privati è superiore rispetto a quella dei pubblici (nel 2012, case-mix privato 1,08; case-mix pubblico 1,00) e il costo è inferiore (spesa pubblica ospedaliera per erogatori di diritto privato pari al 15% del totale a fronte di una produzione pari al 25% del totale).

L’attenzione delle Autorità e dei media nei confronti degli erogatori di diritto privato che lavorano con e nel SSN è cresciuta negli ultimi anni, e le Associazioni di categoria Aiop e Confindustria hanno molto lavorato all’interno e all’esterno per far sempre più “maturare” il comparto in termini di assunzioni di responsabilità e sviluppo di qualità.

D’altra parte, in Italia grandissimi ospedali di assoluta reputazione internazionale sono privati (citiamo solo, fra i non pochi, l’Ospedale S.Raffaele di Milano e il Policlinico



Gemelli di Roma) ed esprimono anche una formidabile capacità di produrre ricerca scientifica e formazione universitaria.

A fronte di tutto questo, nel nostro paese rimane diffusa una diffidenza, e non di rado un pregiudizio, nei confronti del privato in sanità.

Diffidenza e pregiudizio che non si ritrovano nei cittadini quando utilizzano il SSN, anzi essi sistematicamente apprezzano ed ricorrono alle strutture di diritto privato tutte le volte che ne hanno l'opportunità.

Diffidenza e pregiudizio sono invece presenti non di rado nelle burocrazie centrali e regionali, in parti del mondo politico e nei media.

Qualche contrasto è presente anche nel mondo medico, dove assume per lo più la caratteristica della preoccupazione e





del fastidio per la comparsa di competitori molto attrezzati e professionalmente agguerriti.

Possiamo domandarci perché politica, burocrazia e media sono ostili al privato in sanità. In parte certamente per ragioni ideologiche, espressione oggi un po' declinante della cultura anti-imprenditoriale così forte in Italia nei passati decenni, nei quali la visione marxista e quella di alcune aree del cattolicesimo si incrociavano per esaltare la gestione pubblica della sanità, che nei fatti si traduceva poi in lottizzazione politica di centri di potere, con l'inevitabile corollario di assunzioni clientelari e appalti orientati.

Oggi è difficile trovare, nel dibattito pubblico, prese di posizione esplicite che esaltino il valore delle gestioni pubbliche della sanità dal punto di vista politico ed etico.

La cultura "monolitica" che nel passato discriminava il privato ed esaltava il pubblico in sanità si è però evoluta in una concezione puramente statalista, che ha abbandonato le teorizzazioni ideologiche, ma che è rimasta ben salda nel pretendere di gestire direttamente una consistente fetta del PIL, il che poi significa, ancora una volta, posti di potere, assunzioni e appalti. Una strada che, alla fine, porta nei gestori pubblici alle clamorose differenze del prezzo di acquisto della ormai mitica siringa. Una mala gestione che, bisogna riconoscere, anche il Governo nazionale ha iniziato a denunciare.

In questo contesto, seppur declinante, burocrazie ministeriali e regionali difendono il proprio spazio di gestione operativa della sanità in sintonia con gruppi politici trasversali, che sono presenti per lo più nelle Regioni, e che vedono in questo settore uno dei pochi spazi di potere rimasti, mentre intellettuali e giornalisti cresciuti nel clima culturale di



qualche decennio fa dedicano severità e grande spazio di comunicazione agli “incidenti di percorso” del privato, e molto meno spazio, unito a ponderata indulgenza, agli “incidenti di percorso” del pubblico.

Per la verità, situazioni di questo tipo non sono solo una caratteristica italiana, e si ritrovano in non pochi paesi europei, a dimostrazione di quanto sia faticoso evolvere verso la modernità.

Evoluzione che, nel caso della sanità, paradossalmente richiede proprio di accettare il pluralismo e il confronto fra pubblico e privato per salvare, uniti, quel grande patrimonio comune che è il sistema di welfare sanitario.

Appendice



APPENDICE N.1

Audizione Commissioni Bilancio e Affari Sociali della Camera 27 giugno 2013

Tab. 1 - Incidenza percentuale della spesa sanitaria pubblica sul PIL (1990, 1995, 2000-2010)

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

Fonte: OCSE (Health Data)



Tab. 2 - Spesa sanitaria: entità dei tagli previsti nel triennio 2012-2014
(dati in milioni di euro)

Voci di spesa	Anno 2012	Anno 2013		Anno 2014	
	L. 135/12	L. 11/13	L. 135/12	L. 11/13	L. 135/12
Opedailera accreditata	45,00		90,00		180,00
Specialistica accreditata	25,00		50,00		100,00
		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 e funz.			30,00		30,00
Nuovi ticket				2.190,00	
Totale L. 11/13 e L. 135/12	905,00	2.500,00	1.850,00	5.456,00	2.000,00

Triennio 2012-2014 (L. 11/13 e L. 135/12) -> 12.650,00
 Legge di stabilità (0,6 mlrd per il 2013 e 1 mlrd per il 2014) -> 1.500,00
 Tagli complessivi triennio 2012-2014 -> 14.250,00

Tab. 3 - Volumi di attività e spesa degli ospedali pubblici e privati accreditati nel loro complesso

Dimessi			Giornate di degenza			Spesa ospedaliera pubblica		
Anno 2010			Anno 2010			Anno 2011 (in mli di euro)		
Pubblico	Privato accr.	Totale	Pubblico	Privato accr.	Totale	Pubblico	Privato accr.	Totale
8.163.438	2.632.230	10.795.668	51.403.111	18.904.647	70.307.758	52.683	8.201	61.574
73,6%	24,4%	100,0%	73,7%	26,9%	100,0%	85,6%	14,4%	100,0%
Spesa sanitaria pubblica								
Anno 2011 (in mli di euro)								
Ospedaliern			Extra-osped.			Totale		
61.574	51.315	112.889						
54,5%	45,5%	100,0%						

Fonte: Ministero della salute - dati SDO 2010 e Ministero Economia e Finanze - Rassegna Gen. Stat. Econ. Del Paese 2012





Percorso interno per il salvataggio e la sostenibilità futura del SSN

Punti fondamentali dell'intervento:

- a) modificare profondamente il metodo di finanziamento del SSN esaltandone le componenti di solidarietà e di responsabilità. Solidarietà nel senso che tutti i bisogni sanitari della popolazione di ogni Regione devono trovare copertura in un finanziamento adeguato e garantito. Responsabilità nel senso che gli sprechi devono essere impediti, il loro ripianamento non deve avvenire a spese delle Regioni virtuose, gli amministratori responsabili del deficit debbono essere definitivamente allontanati. Il metodo può in parte rifarsi al principio dei costi standard, corretto con la giusta valorizzazione delle prestazioni tariffate ospedaliere e ambulatoriali (oggi con ogni probabilità spesso sottodimensionate), il cui costo deve essere rimborsato in eguale misura a tutti gli erogatori, pubblici e privati, assolvendo in tal modo anche all'obbligazione costituzionale della tutela del diritto alla salute. Questo approccio genererebbe risparmi rispetto all'attuale valore della spesa sanitaria pubblica, liberando risorse che potrebbero essere impiegate per finanziare lo sviluppo e l'aggiornamento professionale, tecnologico e strutturale di tutte le strutture del SSN, per guadagnare in efficienza e non soccombere alla competizione tecnologica internazionale.
- b) Premiare la qualità, applicando regole che valorizzino i sistemi sanitari regionali, le aziende sanitarie e ospedaliere e gli operatori migliori. Questo significa, in sintesi



estrema, non porre limiti alla mobilità sanitaria e, anzi, esaltare la libertà di scelta del paziente, rilanciare con forza il pagamento a prestazione come strumento fondamentale di finanziamento per le attività ospedaliere e specialistiche, promuovere una virtuosa competizione fra erogatori costringendo pubblici e privati ad adeguarsi ai più rigorosi standard di qualità.

- c) Porre le condizioni per una radicale ristrutturazione della rete ospedaliera, sia sotto il profilo delle tecnologie sia sotto il profilo edilizio, anche tramite il potenziamento della collaborazione pubblico/privato.
- d) Istituire una agenzia di vigilanza e controllo autenticamente terza rispetto a tutti gli erogatori pubblici e privati e ai governi regionali, che operi con criteri di assoluta trasparenza in collegamento con organismi internazionali, quale tutela dell'utenza e argine al conflitto di interessi insito in un sistema con una così ampia presenza di erogatori di diritto pubblico.
- e) Porre le basi per una effettiva trasparenza ed accessibilità ai bilanci delle Aziende ospedaliere e delle ASL in modo da consentire:
- la trasparenza, l'uniformità, la comprensibilità e l'affidabilità delle poste dei costi e dei ricavi; in conformità alle prescrizioni per la redazione dei bilanci civilistici.
 - la pubblicità dei bilanci che dovrebbero essere consultabili da chi lo desidera, in piena analogia a quanto già oggi avviene per i bilanci delle aziende di diritto privato, anche attraverso l'uso della rete internet.



APPENDICE N.2

lettera del 29/10/2013

Ill.mo Signor Ministro,

con la ripresa dei lavori per la definizione del nuovo Patto per la Salute, e nella eventualità che nell'ambito di tale provvedimento vengano ripresi, in tutto o in parte, i temi relativi alla definizione degli standard ospedalieri che furono ampiamente da noi discussi con il precedente Governo, ritengo doveroso anticiparLe sin d'ora la posizione della nostra Associazione, almeno in relazione ad alcuni aspetti particolarmente significativi.

1. Per quanto attiene alla eventuale determinazione di un tetto minimo di posti letto presenti nelle strutture ospedaliere di diritto privato al fine della sottoscrizione di contratti per l'erogazione di prestazioni a carico del SSN, questa Associazione continua a ritenere dannosa e ingiustificata da determinazioni ex lege di una soglia minima, in quanto tale provvedimento determinerebbe la chiusura di aziende sane e utili, e la perdita di moltissimi posti di lavoro a fronte dell'assenza di qualsiasi effetto di risparmio sulla spesa sanitaria pubblica. Infatti tutte le nostre strutture sono già oggi esclusivamente pagate a prestazione, e conseguentemente le prestazioni non più erogate dalle strutture escluse in tal modo dal SSN sarebbero semplicemente trasferite ad altri erogatori.

Siamo invece da sempre favorevoli a ogni iniziativa per la promozione della qualità e dell'appropriatezza, che chiediamo con forza interessi in pari modo e con trasparenza sia gli erogatori privati che quelli pubblici.

2. Riteniamo invece particolarmente utile per la qualità complessiva del SSN l'introduzione di norme che promuovano



e disciplinino iniziative di integrazione e aggregazione fra strutture private, nel rispetto della autonomia amministrativa delle stesse, liberando dall'arbitrarietà e dai vincoli burocratici le iniziative di fusione e i trasferimenti di aziende o di rami di azienda.

E ciò da un lato per consentire alle reti regionali di strutture ospedaliere private di meglio organizzarsi per rispondere alle variazioni della domanda e conseguire l'obiettivo di una sempre maggiore qualità, dall'altro per consentirci pur nelle presenti difficoltà economiche di mantenere i livelli occupazionali attuali.

3. Sottolineamo l'importanza che per tutti i processi di riorganizzazione e riqualificazione sia sempre previsto un tempo sufficiente, ed in particolare segnaliamo come eventuali adeguamenti strutturali debbono trovare adeguata disciplina che ne consenta l'attuazione anche sotto il profilo urbanistico.

4. Vogliamo infine richiamare l'estrema importanza di una corretta valorizzazione delle tariffe ospedaliere e ambulatoriali, sollecitando a tal fine un continuo e approfondito confronto anche con la attivazione delle procedure previste dal DL. 95/2012.

Nel confermarLe ancora una volta il pieno appoggio di Aiop alla Sua autorevole azione a tutela di un adeguato finanziamento del SSN in tutte le sue componenti, rinnovo la nostra più ampia disponibilità alla collaborazione nell'interesse dei nostri pazienti e per la tutela del SSN, da noi considerato una componente fondamentale e insostituibile del sistema di welfare del nostro Paese.

Prof. Gabriele Pelissero



APPENDICE N.3

lettera del 19/02/2013

Cari Amici,

dopo mesi di silenzio, sembra purtroppo riaffiorare, nell'ambito dell'emanando Patto per la Salute, la norma che prevede la chiusura di tutte le Case di cura accreditate con meno di 60 posti letto per acuti.

Si tratta di una decisione gravissima, che determinerebbe la chiusura in tutte le Regioni di più di 100 aziende sane e attive, che occupano più di 10.000 lavoratori e che effettuano un servizio pubblico prezioso per moltissimi cittadini.

Aiop è determinata a contestare in ogni modo questo provvedimento iniquo, ricorrendo a tutte le vie legali in Italia e in Europa, e sollevando immediatamente la questione di costituzionalità.

Incomprensibile e irragionevole è inoltre l'intento di chiudere solo le strutture private, senza intervenire sulle corrispondenti strutture pubbliche che, a differenza di quelle private, spesso pongono veri problemi di efficienza e gravano pesantemente sul bilancio dello Stato.

E' indispensabile che tutta la nostra Associazione si presenti unita e determinata a questo confronto, che si



profila insidioso e difficile. In attesa dell'incontro ufficiale che avremo presso il Ministero della Salute il prossimo giovedì 20 febbraio, invito tutti ad una preventiva mobilitazione, confermando l'impegno a tenervi tempestivamente informati e a consultarvi per decidere insieme quali azioni intraprendere.

Un cordiale saluto.

Prof. Gabriele Pelissero



Regolamento degli standard ospedalieri. Osservazioni critiche.

(pubblicato sul n.38, anno XV, di *Monitor*)

1. Premessa. Caratteristiche generali del documento

Il regolamento recante “*Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera, in attuazione dell’art. 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n.311 e dell’art. 15, comma 13, lettera c) del decreto legge 6 luglio 2012, n.95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n.135*” (di seguito Regolamento 2015) è un documento complesso ascrivibile, concettualmente, agli strumenti di programmazione sanitaria. Le considerazioni che seguono non ne affrontano i risvolti giuridici, e non si ripromettono di analizzare analiticamente l’impatto sul SSN di una sua eventuale completa attuazione, poiché un tale studio richiede risorse e assume dimensioni con ordine di grandezza troppo elevato.

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

In particolare discuteremo:

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

Premettiamo sin d’ora che, anche ad una lettura inevitabilmente “esterna” al Regolamento, in quanto non supportata dall’accesso alle elaborazioni tecniche sottostanti, si evidenziano alcune contraddizioni anche rilevanti, di cui daremo esempi, ed è frequente il rimando ad altri documenti, non di



rado ancora da adottare, o a percorsi di approfondimento successivo, come peraltro è ragionevole prevedere quando si lavora alla programmazione sanitaria.

A questo proposito non si può non manifestare qualche perplessità sulla scelta di introdurre in un Decreto Ministeriale un così ampio documento programmatico, composto da decine di pagine, che solo in parte ha le caratteristiche anche formali di una norma.

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

2. La programmazione sanitaria “top-down”

I modelli di programmazione sanitaria che si sono sperimentati nel tempo in Italia trovano la loro prima espressione con la Legge 132/68 e il DPR 128/69, la cosiddetta riforma “Mariotti” con la quale giunge a maturazione un modello di organizzazione ospedaliera prodotto dall'evoluzione scientifica e tecnologica della medicina degli anni '50 e '60.

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

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

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

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

A tale proposito è interessante notare come già a partire dagli anni '70 il metodo di programmazione “top-down” è stato sottoposto a forti critiche, e in effetti l'attuazione di strumenti di



programmazione così rigidi non ha per lo più dato risultati pratici soddisfacenti.

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

a) L'assenza di valutazione sulla reale dimensione dell'attività ospedaliera.

Dal 1968 ad oggi il modo di lavorare e il tipo di prestazioni della rete ospedaliera si è enormemente modificato, la mobilità dei pazienti è altrettanto incrementata, unità operative in singoli presidi sono cresciute per capacità delle équipe diventando poli di attrazione importanti, altre sono praticamente estinte.

Per fare un esempio, che senso ha programmare rigidamente una unità di otorinolaringoiatria in ogni ospedale provinciale/presidio di I livello, ogni 130.000-300.000 abitanti, senza valutare preliminarmente quali unità esistono e con quali dati di funzionalità?

b) L'inconsistenza del posto letto come indicatore di riferimento per il dimensionamento della rete ospedaliera (di cui parleremo più avanti).

c) L'assenza di riferimenti alla domanda espressa, ai volumi di prestazioni erogate nella serie storica, all'appropriatezza e ai tempi di attesa. Tutte variabili che sono alla base di un approccio che possiamo definire "funzionale".

3. Modalità di dimensionamento della rete ospedaliera

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

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

a) Il posto letto come unità di misura ha oggi poco senso rispetto al volume di attività, che si può esprimere molto precisamente misurando i DRG.



- b) Se il criterio di finanziamento fosse (come dovrebbe) legato alle prestazioni e non alla struttura, i processi di efficientamento avrebbero una razionalità incomparabilmente superiore.
- c) Come si vede in tab. 1, lo standard di 3 p.l. per acuti sembrerebbe da un lato già raggiunto in Italia, dall'altro assolutamente sottodimensionato rispetto ai principali paesi UE con noi confrontabili.

Tab 1. Posti letto per acuti per 1000 abitanti

Paese	Anno 2011	Anno 2012
Germania	5,3	5,4
Francia	3,4	3,4
Media Paesi G7	3,9	4,4
Media Paesi OCSE Europa	3,1	3,1
Italia	2,8	2,7

Fonte: *Oecd Health Data 2015*

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

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

Qual è lo standard?

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

Nel caso dell'intera rete ospedaliera italiana possiamo effettuare una simulazione macrostrutturale partendo dal numero



totale dei ricoveri ospedalieri nell'anno 2013, dal numero di posti letto presente in tutti gli ospedali pubblici e privati italiani nello stesso anno, e dal valore della degenza media, come riportato in tab.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	1.607.089	45.775	5,1
Totale	10.196.767	223.274	6,8¹

(1) Media ponderata.

Fonte: Elaborazione su dati ISTAT 2014

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

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

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

e) Curiosamente, il Regolamento 2015 e il suo allegato sembra interessarsi poco della durata media della degenza, che a parità di adeguatezza esprime meglio di ogni altro standard il livello di efficienza di una rete ospedaliera.

Il tema andrebbe molto approfondito, ma possiamo qui rilevare che se applicassimo alla rete ospedaliera di diritto pub-



blico il valore della media ponderata della degenza di cui alla Tab. 2 utilizzando l'algoritmo

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

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

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

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

f) Nella premessa dell'allegato 1, la consapevolezza del rischio di sottodimensionamento dell'offerta sembra affiorare nei diversi passaggi in cui si sostiene la necessità di integrare/sostituire parzialmente la rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali. Anche se sussistono legittime perplessità sui progetti di sostituzione delle strutture e professionalità specialistiche con strutture e professionalità di base e generalistiche, l'ipotesi resta interessante, ma dovrebbe essere verificata ex post. In altre parole la riduzione dell'offerta ospedaliera dovrebbe essere la conseguenza finale di una minore domanda espressa a seguito dell'attivazione concreta di risposte territoriali efficaci e credibili per l'utenza, e non l'azione iniziale dell'attuazione di un programma.

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

4. Classificazione delle strutture ospedaliere

Abbiamo già accennato come la classificazione delle strutture



ospedaliera di cui al punto 2 dell'allegato al Regolamento 2015 sia una sostanziale riproposizione del modello contenuto nella L. 132/68.

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

Peraltro, specialità un tempo diffuse oggi sono molto più aggregabili (abbiamo già ricordato l'ORL) o strutturate in modalità completamente diverse (vedi ad es. la psichiatria).

Altrettanto stranamente il punto 2.5 dell'allegato al Regolamento 2015 introduce la non accreditabilità delle strutture private sotto i 60 p.l., anche se importanti miglioramenti sono stati introdotti nell'ultima versione del testo con l'accreditabilità delle strutture monospécialistiche e le possibilità di riconversioni e/o fusioni.

Resta impossibile comprendere le ragioni ultime di questa impostazione.

Se l'obiettivo è la qualità, infatti, il limite dovrebbe essere esteso alle strutture ospedaliere pubbliche di analoghe dimensioni, che invece non vengono soppresse.

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

5. Utilizzo degli standard qualitativi

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

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



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

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

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

Con questa norma intere regioni rimarrebbero totalmente prive di cardiocirurgia, mentre scomparirebbero centri dell'importanza di Niguarda a Milano e Umberto I e S.Andrea a Roma.

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

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

6. Un altro approccio è possibile

Le sintetiche e parziali considerazioni fin qui formulate portano a raccomandare, nell'immediato, l'adozione di un criterio di applicazione del Regolamento 2015 prudente e progressivo. Attraverso opportuni strumenti normativi e adeguate azioni di indirizzo, infatti, le fasi attuative dovrebbero essere programmate con una tempistica adeguata a valutare analiticamente e criticamente gli effetti, evitando cadute pericolose



dell'offerta e operando tutti i necessari correttivi nell'intero arco temporale previsto per l'attuazione. Fondamentale, a tal fine, l'attivazione di una funzione di monitoraggio permanente che intervenga sui sistemi informativi esistenti e che consenta di disporre di una visione approfondita ed analitica di tutte le componenti delle reti di offerta regionali.

Più in generale, dobbiamo ancora una volta manifestare un forte scetticismo sulla reale efficacia dei metodi di programmazione top-down, soprattutto se centrati sul posto letto, e ciò anche sulla base delle esperienze degli anni '70 e '80, che hanno visto l'insuccesso, e spesso la vera e propria mancata predisposizione, dei piani ospedalieri e sanitari previsti dalla L. 138/68 e dalla L. 833/78.

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

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

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

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

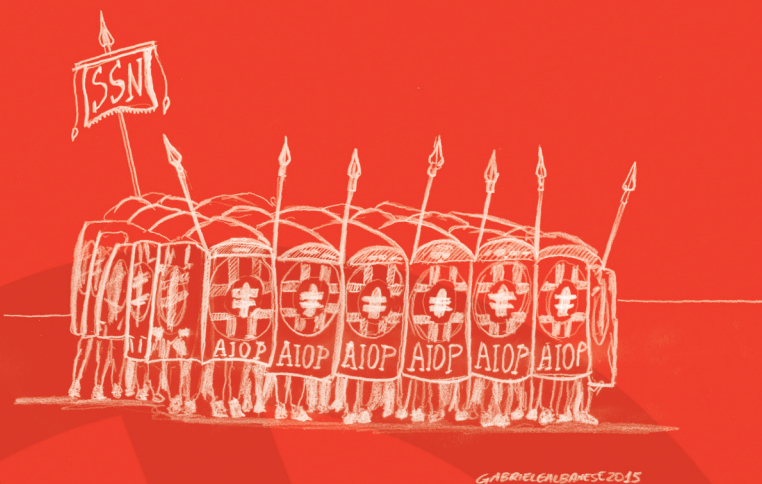


offerta.

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

Se l’obiettivo per cui ci si muove è quello di salvare l’esistenza di un welfare sanitario universale e solidaristico, e lo strumento ineludibile per raggiungerlo è il conseguimento di maggiori livelli di efficienza, la via migliore è quella della libertà unita alla responsabilità dei gestori, del pluralismo degli erogatori come fattore di sana competitività, del finanziamento rigidamente legato alle prestazioni effettivamente erogate, della libertà di scelta e di mobilità, inteso come diritto dei cittadini ma anche come strumento di prevenzione per incrementare la qualità.

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



Rileggendo gli editoriali di Gabriele Pelissero su *Aiop-Magazine*, lungo tutto il triennio 2012-2015 della sua Presidenza nazionale Aiop, emergono due sensibilità principali: l'attenta lettura della realtà e il pervicace sforzo di seminare nuove idee.

Questo triennio, dal punto di vista economico, è stato forse il più difficile della storia repubblicana. Dopo anni di crescita esponenziale e comunque di grande intraprendenza, che avevano portato il nostro Paese tra i più floridi e industrializzati al mondo, siamo arrivati ad una pericolosa recessione, tutt'altro che superata.

È la realtà che Pelissero descrive attraverso gli editoriali in questi tre anni, segnata soprattutto da una serie di provvedimenti legislativi che hanno impoverito il Servizio Sanitario Nazionale, forse il più grande traguardo del Paese negli ultimi 40 anni. Gli unici indici crescenti sono quelli delle liste di attesa, del ricorso alla spesa sanitaria privata, dell'inefficienza e della corruzione. È il triennio della *spending review* nella sua versione italiana. Tutt'altro che superata.



AIOP

Associazione Italiana Ospedalità Privata

via Lucrezio Caro, 67 - 00193 Roma

www.aiop.it