



INTRODUZIONE AL 14° RAPPORTO OSPEDALI&SALUTE

Il cappio

Il 12 gennaio a Roma, la presentazione del 14° Rapporto "Ospedali&Salute", un appuntamento per conoscere lo stato di salute del sistema ospedaliero nazionale. L'Italia ha bisogno di un Ssn adeguatamente finanziato, che lavori per cercare sempre più alti livelli di qualità ed efficienza, che accetti al proprio interno la coesistenza di pubblico e privato accreditato, in condizioni di parità di diritti e doveri e in competizione virtuosa, per raggiungere una sempre maggiore qualità. Con la realizzazione di un sistema pluralistico verrebbe confermata e salvaguardata la libertà di scelta del cittadino.



GABRIELE PELISSERO
 Presidente nazionale Aiop

Il Servizio Sanitario Nazionale nasce nel 1978 con una indiscutibile aspirazione al monopolio pubblico della produzione di tutte le prestazioni sanitarie, figlio in questo del clima politico degli anni '60 e di una analoga concezione già presente nell'originario modello britannico.

La realtà dei fatti non consentì mai la piena attuazione di questa aspirazione iniziale, ma solo agli inizi degli anni '90 l'idea del pluralismo degli erogatori, all'interno di un Sistema di welfare, universalistico, sempre rigorosamente governato da Stato e Regioni, troverà una buona elaborazione normativa con i DDLgs 502/92 e 517/92.

UNO SCONTRO INFINITO

La cosiddetta "riforma della riforma" introduce infatti, da un lato l'idea della aziendalizzazione degli erogatori pubblici, dall'altro un principio di pluralismo e parità fra pubblico e privato che tenta di immettere qualche elemento di competitività nel Ssn quale motore per il miglioramento della qualità e dell'efficienza generale. In questo rinnovato contesto la presenza di operatori di diritto privato all'interno dei Sistemi Sanitari Regionali cresce, seppur disordinatamente in modalità molto diverse da Regione a Regione. Ma pochi anni dopo il grande scontro istituzionale del 1996 fra la Regione Lombardia, che vuole realizzare una vera parità competitiva fra pubblico e privato, e il Governo nazionale, dove il Ministero della Sanità si preparava a varare la terza riforma di orientamento nettamente statalista e pubblicista, raffigura in modo evidentissimo l'esistenza di due visioni inconciliabili del Ssn. Uno scontro destinato a non interrompersi neppure dopo l'approvazione della DLgs 229/99, ma anzi a consumarsi nella quotidianità di uno stile di governo regionale per lo più ostile alla presenza di chi non è pubblico, al quale si contrappone la dinamicità degli operatori privati e il loro continuo e crescente successo decretato dai citta-

dini e dai pazienti, che quando possono, in tutte le regioni, li utilizzano e ne apprezzano maggiormente le prestazioni offerte.

Per più di 10 anni questa situazione si protrae in una sostanziale continuità senza significativi interventi normativi, mentre la quota di prestazioni ospedaliere rese per conto del Ssn dai privati arriva su base nazionale al 25% del totale, mentre in più di una grande Regione (Lombardia, Lazio, Campania) si spinge verso il 35-40% del totale. La reazione del pensiero statalista e del declinante monopolio pubblico in sanità non poteva, prima o poi, mancare, e sarà la grande crisi dell'economia mondiale e soprattutto quella drammaticamente emergente della finanza pubblica italiana a offrire l'occasione.

LA TRAPPOLA

Già nel 2011 la prima risposta governativa alle crescenti difficoltà della

finanza pubblica si era concretizzata con un taglio alla spesa sanitaria con contenuti discutibili, ma l'intervento più radicale e foriero di effetti più negativi sul sistema sanitario si avrà

nel 2012 con la cosiddetta spending review del Governo Monti, espressa nel DL 95/2012, convertito nella L. 135/2012. E su questo tema occorre soffermarsi per un approfondimen-

to. Partendo dalla visione complessiva dei tagli al Ssn operati nel periodo 2011-2014, riportati in tabella 1, si osservi in particolare le prime due righe della tabella che evidenziano i



FOCUS

Un sistema sanitario in deflazione

Dopo anni di tagli il nostro sistema si contrae. Il servizio pubblico non riesce a liberare risorse. La conseguenza è un'offerta di servizi inadeguata, una crescita dei costi per gli utenti, una percezione di logoramento del sistema e un fenomeno di rimando o rinuncia alle cure che nel 2016 ha coinvolto il 26% circa degli italiani.



NADIO DELAI
 Presidente Ermeneia
 Studi & Strategie di Sistema

Fare annualmente un bilancio dell'andamento del sistema ospedaliero richiede di tener conto dei fenomeni specifici che hanno caratterizzato gli ultimi dodici mesi e di verificare se essi siano riportabili ad un processo unitario di fondo che caratterizza l'intero sistema e che si sviluppa non solo nell'immediato, ma anche nel medio periodo. Si è davanti innanzitutto ad un processo di deflazione da sottofinanziamento che ad esempio è rilevabile negli ultimi tre anni, visto che la spesa sanitaria pubblica risulta stabilmente bloccata in Italia al 6,8% del Pil, mentre risulta significativamente più alta e in crescita quella relativa ai Paesi del G7 (8,2%). Con l'aggravante che il Pil italiano ha registrato i segni "-", anno per anno, a causa della crisi e delle conseguenti politiche (salvo un +0,4% nel 2015). E ciò si è manifestato anche per la spesa ospedaliera pubblica complessiva, ferma in Italia al 3,9% del Pil. Ma esiste anche un pro-

cesso di deflazione aggiunta derivante dall'inefficienza, in quanto il sistema ospedaliero pubblico non riesce a "liberare" risorse come invece potrebbe, qualora fosse in grado di rivedere significativamente le proprie modalità organizzative e gestionali attuali: potendo così

investire le risorse recuperate sul miglioramento delle strutture, delle attrezzature e dei servizi agli utenti. A questo proposito è stato stimato quest'anno il valore dei possibili "Sovraricavi" (mentre l'anno scorso si erano stimati i "Sovracosti"), con riferimento alla valorizzazione delle attività "a funzione", riconosciuta alle Aziende Ospedaliere (tenendo presente i Conti Economici 2015) e quindi stimata anche per gli Ospedali a gestione diretta. Tali Sovraricavi, prudentemente valutati, sono compresi tra 2,6 e 3,2 miliardi di euro, su cui sarebbe necessario procedere con un'operazione combinata di efficientamento e di maggiore trasparenza. Ma queste cifre sono passibili di ulteriori aumenti a seguito dell'applicazione del riconoscimento forfetario delle attività "a funzione", le quali potrebbero arrivare sino ad un massimo del 30% dei ricavi da produzione ospedaliera totale.

La difficoltà dell'ospitalità pubblica nel fare effettiva ristrutturazione e riorganizzazione secondo una logica di maggiore efficienza alimenta un'ulteriore processo di deflazione a seguito del trasferimento di oneri economici e normativi ai soggetti di offerta di servizi ospedalieri privati accre-

➔ SEGUE A PAG. 3

Tab. 1 - Spesa sanitaria: entità dei tagli previsti nel triennio 2012-2014 (Manovra Tremonti 2011, Spending review 2012 e Legge di stabilità 2013) (in milioni di €)

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

Fonte: dati di spesa come da Provvedimenti di legge citati

tagli selettivi previsti proprio dalla L. 135/2012 a carico degli erogatori ospedalieri e specialistici ambulatoriali di diritto privato. La storia di questo provvedimento contiene un dato di cronaca che mi riguarda personalmente, perché toccò a me, appena eletto Presidente Nazionale di AIOP nel maggio 2012, confrontarmi con l'allora Ministro della Salute Renato Balduzzi e con i suoi collaboratori. La previsione di un taglio alle prestazioni erogate dagli operatori di diritto privato mi venne prospettata, in quei difficili mesi, come un inevitabile sacrificio che, insieme a tanti altri, era indispensabile per la salvezza finanziaria del Paese, mentre l'urgenza di effettuare risparmi di cassa rendeva vana, agli occhi del governo, la mia obiezione di fondo che in questo modo si riducevano le prestazioni meno care per il Ssn e più apprezzate dai cittadini, con una conseguente prospettiva, a breve-medio termine, di una crescita delle liste d'attesa e del disagio sociale. In effetti, la prima formulazione della legge prevedeva un taglio ancora più gravoso, pari al 1% nel 2012, al 2% nel 2013 e al 4% nel 2014. Riuscii a convincere il Ministro che ciò avrebbe provocato una vera catastrofe nella capacità del Ssn di erogare prestazioni in molte Regioni, e nella formulazione finale il DL 95/2012, poi convertito nella L. 135/2012 operò un taglio complessivo ai privati del 0,5% nel 2012, del 1% nel 2013 e del 2% nel 2014. Con un risparmio presunto, a regime, di 280 milioni come si può rilevare nella tabella 1, riga terza. Il sacrificio, doloroso per le aziende e per i pazienti, fu responsabilmente registrato da AIOP come un tributo allo sforzo comune per aiutare il Paese in un momento di straordinaria tensione finanziaria, e tutti cademmo nella trappola. Il testo finale convertito in legge è riportato in tabella 2.

Nessuno, nell'immediato, si soffer-

Tab. 2 – DL 95/2012 convertito in L. 135/2012, art 15 comma 14

Ai contratti e agli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'Articolo 8-quinquies del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi di acquisto in misura determinata dalla Regione o dalla Provincia Autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5% per l'anno 2012, dell'1% per l'anno 2013 e del 2% a decorrere dall'anno 2014. (...)

mò sulle quattro parole finali "a decorrere dall'anno", comparse nel testo finale e gravide di molte conseguenze, e solo con il tempo e per di più con modalità molto differenziate da Regione a Regione apparve con crescente chiarezza il disegno sottostante: bloccare per sempre qualunque sviluppo della componente privata nell'intero Ssn, inchiodando i volumi di attività erogabili al valore 31-12-2011 meno il 2%. Un cappio per soffocare, anno dopo anno, la prospettiva di un Ssn pluralistico, improntato ad una sana competi-

Tab. 3 – Livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato. Anni 2009-2018

Anni	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
- Fabbisogno del Ssn e dei servizi sanitari regionali (in mil. di euro)	103,483	104,614	106,934	107,961	107,004	109,928	109,715	111,000	113,063	114,998
- Incidenza % sul Pil	6,81	6,52	6,53	6,69	6,67	6,78	6,68	6,64	6,60	6,51

Fonte: Patti della Salute e Riparti del Fondo Sanitario Nazionale 2009-2018 per i dati sul fabbisogno; serie storiche Istat e DEF 2016 per i dati consolidati 2006-2015 e per le stime 2016-2018 del PIL



vità fra erogatori di diversa natura giuridica e costruito intorno alla centralità del paziente e al suo diritto di libera scelta del luogo di cura.

LA MOBILITÀ SANITARIA INTERREGIONALE

Da sempre l'Italia è un Paese ad altissima mobilità sanitaria, un fenomeno legato alle differenze qualitative nell'offerta di prestazioni nelle diverse Regioni italiane, ben presente fin dalla nascita del Ssn che non a caso poneva fra i propri obiettivi "il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese" (Art. 2, L. 833/1978). Obiettivo certamente non raggiunto se, come evidenzia la figura 1, vent'anni dopo l'istituzione del Ssn ben 803.655 ricoveri ospedalieri avvenivano in una Regione diversa da quella di provenienza. Ma l'attento esame dei dati contenuti nella figura 1 evidenzia alcuni fenomeni ancora più rilevanti. In primo luogo, conferma che una elevata mobilità interregionale è una componente strutturale della sanità italiana, che nei 17 anni illustrati mantiene costantemente un livello altissimo in valore assoluto, senza mai scendere sotto i 700.000 ricoveri annui. Ma anche il calo che si legge a partire dell'anno 2006 non evidenzia una prospettiva di vera contrazione del fenomeno. Se infatti più correttamente ci si concentra sull'altra curva, che descrive la percentuale di mobilità annuale calcolata sul tasso di ospedalizzazione, si può chiaramente apprezzare come il fenomeno sia in continua e costante ascesa, al netto dei processi di deospedalizzazione. Inoltre, a partire dall'anno 2010, l'incremento annuale tende a raddoppiarsi rispetto a tutti gli anni precedenti, evidente espressione di una crescente difficoltà a trovare risposte adeguate sul proprio territorio, conseguenza a sua volta di una più marcata sofferenza di alcuni sistemi sanitari regionali. Questo flusso imponente e continuo ha una direzione tendenziale costante da Sud verso Nord, conseguente a fenomeni strutturali di lunghissima deriva temporale, ma ciò che qui interessa osservare è l'indubbio aggravamen-

Fig. 1 – Mobilità sanitaria nel periodo 1998 – 2014 (G. Pelissero & N. Bedin 2016)



Note: Ordinary and day hospital admissions.

Source: Processing by AIOP – data from the Ministry of Health: mobility matrix, 1998-2014

to delle dinamiche di mobilità a danno delle Regioni centromeridionali proprio a causa delle disposizioni della L. 135/2012, gestita nelle Regioni in Piano di Rientro (e cioè per lo più in Regioni del Centro e del Sud) in modo rigido, attraverso il commissariamento da parte del Governo centrale.

I Commissari infatti sistematicamente e implacabilmente bloccano la possibilità di utilizzare tutte le risorse dei territori interessati (soprattutto capitali e managerialità privati) per investire in qualità e in-

crementare l'offerta di prestazioni a cittadini che, di conseguenza, sempre più frequentemente si spostano a cercare le prestazioni di cui hanno bisogno.

Il paradosso di una politica sanitaria intrinsecamente sbagliata va così a formare una tenaglia che soffoca ogni possibilità di avviare un percorso di riequilibrio nella capacità di offerta delle Regioni italiane. Da un lato, infatti, si mantiene la quantità di risorse complessivamente disponibili per il Ssn a valori bassi rispetto a quelli dei Paesi europei con

noi confrontabili, costantemente sotto la soglia di guardia del 7% del Pil e con una tendenza alla progressiva riduzione (tab. 3). Dall'altro si blocca con la L. 135/2012 la possibilità per le Regioni, e soprattutto per quelle in Piano di Rientro, di ridurre la quota di emigrazione sanitaria e più in generale di riqualificare la propria struttura di offerta potenziando l'investimento degli operatori privati all'interno dei sistemi sanitari regionali, gli unici in grado di intervenire con rapidità ed efficacia.

QUALI RISPOSTE?

Se la difficoltà crescente del Ssn a dare adeguate risposte alla domanda di prestazioni dei cittadini è e rimane il problema centrale, intimamente connesso alla ineludibile esigenza di incrementare l'efficienza della gestione della componente pubblica della rete di erogatori, la mobilità interregionale e il suo governo si confermano nel 2015/2016 come l'aspetto emergente in forma più acuta. Per affrontare il problema – essendo diventato a tutti evidente che il blocco della possibilità di attivare gli ope-

ratori di diritto privato, introdotto con la L. 135/2012, sia un pesante ostacolo alla ricerca di soluzioni anche parziali – su impulso del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin la L. 208/2015, comma 574 e segg., tenta di intervenire per la prima volta per rimuovere, almeno parzialmente, il rigido blocco apposto nel 2012, consentendo a tutti i privati che operano nei sistemi sanitari regionali di offrire liberamente e senza limiti le prestazioni di alta complessità a tutti i pazienti provenienti da altre regioni, e rendendo altresì frui-

Un sistema sanitario in deflazione

➔ SEGUEA DALLA PRIMA PAGINA

ditati nel loro complesso. Vale la pena ricordare a tale proposito che la spesa ospedaliera riconosciuta a tali soggetti si contrae – tra il 2010 e il 2014 – del 4,8% contro una crescita sia pure lieve (+0,8%) di quella riconosciuta alle strutture ospedaliere pubbliche.

Ma è il caso anche di sottolineare che queste ultime utilizzano l'86,2% della spesa pubblica ospedaliera complessiva contro il 13,8% che affrisce invece agli ospedali privati accreditati nel loro complesso, i quali peraltro forniscono il 28,2% delle giornate di degenza complessive. E l'obiezione – che viene talvolta avanzata – riguardante le strutture private accreditate che sottrarrebbero risorse e offrirebbero per lo più prestazioni di modesta complessità richiede di precisare come in realtà: – tali strutture contribuiscano a presidiare in maniera tutt'altro che marginale i diversi territori del Paese, visto che esse forniscono il 23,3% dei ricoveri totali per acuti in Italia (nell'anno 2014), ma arrivano a toccare anche quote molto più elevate in singole Regioni come nel caso della Lombardia (30,4%), della Puglia (32,4%), della Campania (34,1%) o del Lazio (45,9%). Senza contare che è lo stesso sistema ospedaliero pubblico (e non solo gli utenti) a prendere l'iniziativa, ricorrendo a strutture private accreditate per carenza di posti letto oppure al fine di liberare parte di questi ultimi (nel caso di alte specialità) a fronte di una domanda cui non si riesce a dare risposta in termini accettabili e/o con modalità appropriate; – e inoltre le strutture private accreditate offrano prestazioni che risultano mediamente di più elevata complessità rispetto a quelle che fanno capo agli ospedali pubblici: il 17,5% dei ricoveri presso le strutture accreditate sono di questo tipo rispetto al 13,9% dei ricoveri presso quelle pubbliche, a cui è il caso di aggiungere che tale situazione si verifica in quasi tutte le Regioni italiane.

Ma è evidente che trasferire sistematicamente oneri economici aggiuntivi sulla componente accreditata finisce con l'innescare anche per quest'ultima un processo di erosione dei servizi forniti agli utenti. E infine esiste un processo di deflazione da razionamento di fatto dei servizi offerti nell'ambito dell'ospedalità pubblica. Quest'ultima infatti ha subito l'impatto dei provvedimenti di spending review, che si sono succeduti in questi anni di crisi (nel

quadro delle politiche di austerità), mentre non è stata in grado di incorporare quote significative di efficienza, anche per le ben note rigidità che presenta il sistema pubblico (a partire dalla normativa che riguarda il personale). E la conseguenza è stata perciò quella di un razionamento dei servizi rivolti ai pazienti, che ha assunto forme diverse e cioè:

– da un lato, quella della riduzione dell'offerta, connessa ad esempio, nel periodo 2009-2014, alla riduzione del numero di posti letto (-9,2%), alla contrazione del numero di ricoveri (-18,3%) e alla diminuzione delle giornate di degenza (-14,0%), tendenze queste che comprendono certamente anche uno sforzo di maggiore appropriatezza delle prestazioni e di riconduzione delle dotazioni a standard internazionali, ma a ciò si è affiancata la contrazione, il ritardo o il peggioramento delle prestazioni fornite, accentuato anche dalla progressiva riduzione del personale che è diminuito di 45 mila unità (-9,0%) tra il 2010 e il 2014 (a seguito soprattutto delle mancate sostituzioni dei pensionamenti);

– e dall'altro, quello di un aumento degli oneri per gli utenti (valore dei ticket, ricorso a prestazioni intramoenia a pagamento, ricorso a prestazioni di tipo privato, aumento delle addizionali Irpefe allungamento delle liste di attesa): col risultato di spingere i pazienti e le loro famiglie a cercare soluzioni alternative presso l'ospedalità accreditata e quella del tutto privata o ricorrendo a strutture ospedaliere presenti in Regioni diverse da quella di residenza oppure addirittura a rimandare o a rinunciare alle cure, queste ultime – tra l'altro – alimentano prospettive (tutte da valutare) di una certa preoccupazione sul possibile peggioramento nel medio periodo dello stato di salute della popolazione.

A quanto appena ricordato si aggiunga che i Piani di Rientro hanno applicato la logica economico-finanziaria, aven-

te come obiettivo primario la riduzione dei costi. Ma questo ha avuto un impatto ancora più pronunciato sulla quantità e sulla qualità dei servizi. La separazione tra sanità "finanziaria" e sanità "reale" ha potuto dunque migliorare i conti, ma a scapito delle risposte fornite ai pazienti.

A questo punto bisogna prendere atto che il sentiero si sta facendo stretto, in quanto non si può ragionevolmente ritenere di gestire permanentemente un modello basato su un processo di tipo deflattivo che viene rafforzato dall'accumulazione progressiva dei disagi degli utenti, col rischio di una possibile ipoteca nei fatti del principio universalistico e solidale che – formalmente almeno – si continua a ribadire essere alla base del Sistema Sanitario Nazionale.

Diventa perciò necessario procedere ad una manutenzione straordinaria di quest'ultimo che deve saper reinterpretare

magari più confrontabili con quelle di altri Paesi simili al nostro), anche se è più probabile che ci si trovi in una situazione di non automatica espansione di esse in modo da risultare coerente con l'espansione della domanda;

– di una divaricazione tra strutture di punta, caratterizzate da una elevata qualità delle prestazioni e strutture di tipo intermedio che non sempre riescono a garantire una qualità accettabile e diffusa dei servizi offerti (e un sistema "tiene" a condizione che il livello eccellente di alcuni ospedali si appoggi su un tessuto medio accettabile);

– e infine dell'esistenza di significative differenze interne tra strutture ospedaliere analoghe (siano esse di alto o di medio livello) quanto a capacità di efficientamento sul fronte gestionale e a capacità di pervenire ad esiti adeguati sul piano clinico.

Di conseguenza bisognerà far crescere l'abilità di fare di più e meglio con meno, riuscendo così a liberare risorse, oggi "blocate" dalle difficoltà di procedere ad una ristrutturazione e riorganizzazione sostanziale delle strutture pubbliche. In tale quadro una maggiore trasparenza dei bilanci delle strutture pubbliche aiuterebbe a misurare, anno

per anno, gli impegni di revisione gestionale effettivamente messi in atto e permetterebbe di effettuare più adeguati accreditati. Anche se a tutt'oggi si assiste ad un accumularsi di normative di controllo, nonché di certificabilità e di certificazione, che non sono seguite automaticamente dai comportamenti coerenti necessari. In conclusione bisognerà ripensare lo stesso Patto con i Cittadini per quanto riguarda la tutela e la promozione della salute, in modo da tener conto delle mutate condizioni rispetto al passato, con in più una tendenza pronunciata della domanda orientata alla continua crescita e con la presenza di un'offerta ancora troppo irrigidita nel proprio modo di operare, nonché di una disponibilità più ridotta di risorse finanziarie pubbliche. Per questo sarà necessario intraprendere un percorso evolutivo che, oltre all'efficientamento, conduca verso forme di Neo-Welfare, in cui far convergere le responsabilità e le risorse del pubblico con a fianco le responsabilità e le risorse dei cittadini (singoli ed associati), delle aziende (a loro volta singole ed associate), del mondo della rappresentanza degli interessi e di quello del Terzo Settore: questo allo scopo di ridisegnare un sistema di protezione e di promozione della salute che rispetti ancora il principio universalistico e solidale, ma che sia anche compatibile con le condizioni che viviamo oggi e che vivremo domani. In tema di Patto con i Cittadini è il caso di ricordare che il 77% dei care giver, appositamente intervistati per il Rapporto "Ospedali e Salute/2015", dichiarava che "sarebbe importante preservare al meglio il Sistema Sanitario di cui disponiamo, pur sapendo che non sarà più possibile dare tutto a tutti, poiché i bisogni crescono, anche per l'invecchiamento della popolazione e per le attese dei pazienti, mentre le risorse pubbliche certe non si espandono di conseguenza". E un parallelo 71% riconosceva che "è importante promuovere un nuovo sistema di welfare, in cui possano convergere le coperture pubbliche, le coperture assicurative private individuali, le coperture assicurative collettive, aziendali, di categoria o di territorio, allo scopo di creare una situazione di migliore equilibrio tra le esigenze crescenti delle persone e la possibilità di dare risposte eque e solidali nel loro complesso". Bisogna dunque uscire dalla trappola deflattiva che oggi finisce col punire gli utenti più deboli e col delegittimare il sistema attraverso il suo progressivo logoramento nei fatti (oltre che nella percezione delle persone), specialmente quando si considerino le prestazioni fornite da strutture di tipo medio. L'esercizio di far convergere i bisogni dei cittadini con le risposte (rinnovate) del Sistema Sanitario Nazionale costituisce – ed è bene ribadirlo – una parte fondamentale del necessario processo di ricostruzione del ruolo delle istituzioni, la cui adeguatezza è condizione essenziale per ristabilire il consenso e la fiducia tra cittadini e classi dirigenti, che mai come oggi sembrano essersi particolarmente consumati. ■



Il principio suddetto alla luce: – di una inevitabile crescita di domanda di servizi a seguito in primis dell'invecchiamento progressivo della popolazione, ma anche di altri fattori connessi con maggiori flussi di informazione che creano attese sempre più ampie e diffuse (e peraltro non sempre necessariamente fondate) negli utenti; – di una disponibilità di risorse economiche auspicabilmente maggiore (e

per anno, gli impegni di revisione gestionale effettivamente messi in atto e permetterebbe di effettuare più adeguati accreditati. Anche se a tutt'oggi si assiste ad un accumularsi di normative di controllo, nonché di certificabilità e di certificazione, che non sono seguite automaticamente dai comportamenti coerenti necessari. In conclusione bisognerà ripensare lo stesso Patto con i Cittadini per quanto riguarda la

**REPORT ATTIVITÀ AIOP
DICEMBRE 2016 GENNAIO 2017**
martedì 6 dicembre ore 12.00

 Riunione di redazione
AiopMagazine n.12/2016

martedì 6 dicembre ore 15.00

Incontro con CIMOP

martedì 13 dicembre ore 17.00

Commissione Non Accreditate

mercoledì 14 dicembre ore 9.30

COMITATO ESECUTIVO

mercoledì 14 dicembre ore 11.30

 Riunione comunicazione Rapporto
Ospedale&Salute 2016
(Delai, Cassoni, Rinaldi, Cereseto,
Astolfi)

mercoledì 14 dicembre ore 13.30

 CONSULTA NAZIONALE AIOP
GIOVANI

mercoledì 14 dicembre ore 14.30

CONSIGLIO NAZIONALE

15-16 dicembre Palermo

 Convegno ANMDO
"La gestione del farmaco in
ospedale e nel territorio"
(patrocinio Aiop)

sabato 17 dicembre

 Brescia
Convegno CIMOP
(E.Miraglia, patrocinio Aiop)

lunedì 19 dicembre ore 9.30

RIUNIONE ESECUTIVO UEHP

lunedì 19 dicembre ore 11.00

 Tavolo tecnico ENR
(Cassoni)

mercoledì 21 dicembre ore 12.00

 Riunione di redazione
AiopMagazine n.1/2017

mercoledì 21 dicembre ore 13.30

COMITATO ESECUTIVO

mercoledì 11 gennaio ore 17.00

COMITATO ESECUTIVO

mercoledì 11 gennaio

 Tavolo ministeriale sulla
neuropsichiatria
(P.Rosati)

giovedì 12 gennaio ore 10.00

 Presentazione 14° Rapporto
Ospedali&Salute 2016

venerdì 13 gennaio ore 12.00

 Riunione di redazione
AiopMagazine n.2 2017

lunedì 23 gennaio ore 9.30

 Confindustria, Form Up 2016
(Caiazza)



 IL FOGLIO DEI SOCI AIOP
ANNO VI - NUMERO 1 - GENNAIO FEBBRAIO 2017

Direttore Responsabile:

Gabriele Pelissero

Direttore Editoriale:

Filippo Leonardi

Coordinamento di redazione:

Fabiana Rinaldi

Redazione:

Angelo Cassoni, Patrizia Salafia, Alberta Sciachi,

Andrea Albanese, Annagiulia Caiazza,

Andrea Ortolani, Fabiana Rinaldi

Segreteria operativa:

Sonia Martini, Stefano Turchi

Progetto grafico e impaginazione:

Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma

n. 533 del 23/1/2003

Editore: AIOP

via Lucrezio Caro, 67 Roma

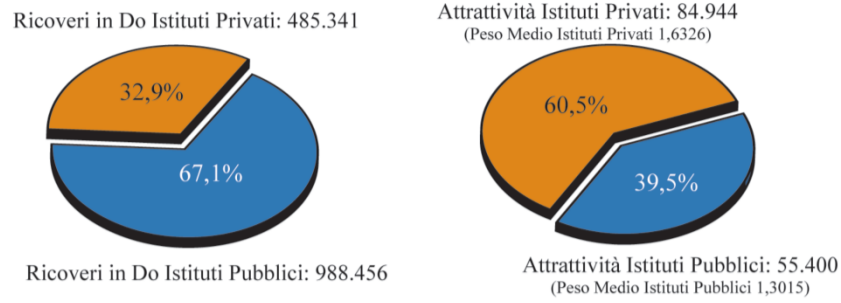
Direzione: 00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67

tel. 063215653 - fax. 063215703

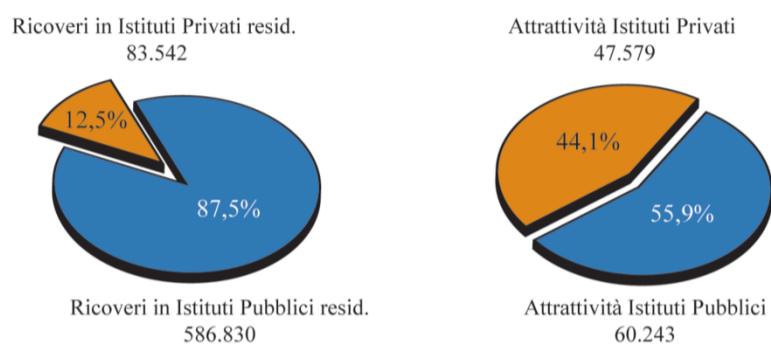
Internet: www.aiop.it **e-mail:** f.rinaldi@aiop.it

Stampa: Grafica Di Marcotullio - Roma

chiuso in redazione il 2 gennaio 2017

Fig. 2 – Ricoveri totali e attrattività extraregionale negli istituti ospedalieri di diritto pubblico e privato della Lombardia. Anno 2015 (in degenza ordinaria Ssn)


Fonte: pubblicazione Regione Lombardia "Ricoveri in Lombardia anno 2015"

Fig. 3 – Ricoveri e attrattività extraregionale negli istituti ospedalieri di diritto pubblico e privato nell'Emilia Romagna. Anno 2015 – Day Hospital e degenza ordinaria (Ssn)


Fonte: dati Regione Emilia Romagna

Le figure 2 e 3 mostrano il contributo che il privato accreditato reca alla mobilità attiva nelle due Regioni da sempre al primo posto nella capacità di attrarre pazienti, la Lombardia e l'Emilia Romagna. Sono dati che non meritano commenti per la loro clamorosa evidenza, ma che suscitano almeno una precisa domanda: perché in altre Regioni non si è tentato di percorrere la stessa strada?

bili tutte le prestazioni erogate dagli Ircs di diritto privato. Affiora così una impostazione orientata ad una visione più aperta e pluralistica del Ssn, che tendenzialmente conferma anche quanto attuato negli anni precedenti nelle poche regioni che non avevano posto barriere alla mobilità. Ma il testo della L. 208/2015 documenta anche, in modo quasi emblematico, la coesistenza nelle stesse strutture governative di visioni diverse e in fondo inconciliabili. Infatti, a parte le limitazioni alle sole

prestazioni di alta complessità che rimanda a questioni tutte da approfondire sui temi della qualità e dell'appropriatezza, la seconda parte del comma 574 introduce elementi sulla copertura finanziaria che tendono a invalidare le aperture precedenti. Tre sono i principali passaggi contenuti nella legge:

1) al fine di garantire, in ogni caso, l'invarianza dell'effetto finanziario connesso alla deroga di cui al periodo precedente, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bol-

zano provvedono ad adottare misure alternative, volte, in particolare, a ridurre le prestazioni inappropriate di bassa complessità erogate in regime ambulatoriale, di pronto soccorso, in ricovero ordinario e in riabilitazione e lungodegenza, acquistate dagli erogatori privati accreditati;

2) possono contribuire al raggiungimento del predetto obiettivo finanziario anche misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria;

3) le Regioni trasmettono trimestralmente ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze i provvedimenti di propria competenza di compensazione della maggiore spesa sanitaria regionale per i pazienti extra-regionali presi in carico dagli Ircs. Ne danno altresì comunicazione alle Regioni di residenza dei medesimi pazienti e al coordinamento regionale per la salute e per gli affari finanziari al fine di permettere alla fine dell'esercizio, le regolazioni in materia di compensazione della mobilità sanitaria nell'ambito del riparto delle disponibilità finanziarie del Servizio Sanitario Nazionale.

COME SI PUÒ INTERPRETARE TUTTO QUESTO?

Le Regioni possono finalmente avvalersi della capacità attrattiva dei privati che operano all'interno del loro Servizio Sanitario Regionale, ma le prestazioni che erogheranno ai cittadini di altre, dovranno essere pagate con il denaro sottratto alle prestazioni da erogare ai propri cittadini, atteso che le prestazioni appropriate non devono comunque esistere e invece esistono ovunque liste d'attesa?

Oppure che per pagare le prestazioni a cittadini di altre regioni si dovrà fare risparmi nei confronti dei servizi ai propri cittadini? E che significa allora la compensazione della mobilità sanitaria nell'ambito del riparto a fine esercizio? La netta impressione è che dietro alla complicazione che si spinge al limite della contraddittorietà di queste norme ci sia, ancora una volta, il perenne scontro fra una burocrazia centralista sostanzialmente indifferente alla qualità dei servizi e una visione più aperta e orientata al soddisfacimento dei bisogni tramite la promozione della qualità e dell'efficienza accettando se occorre anche elementi di competitività virtuosa. Detto in altre parole, bisogna scegliere se affrontare la mobilità interregionale chiudendo le frontiere regionali ed elevando muri burocratici per fermare i cittadini che vogliono/debbono spostarsi, oppure cercare in ogni regione di fare crescere un'offerta di qualità, convincente ed efficace, utilizzando per questo inevitabilmente anche erogatori di diritto privato. ■

FRANCO ANGELI
La novità dal 2017 si chiama Open Access

La novità in arrivo con il 14° Rapporto Ospedali&Salute si chiama Open Access, la piattaforma di FrancoAngeli per pubblicare articoli e monografie di ricerca, rispettando gli standard etici e qualitativi, i protocolli della selezione tramite blind-peer review e la messa a disposizione dei contenuti in modalità ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA (come DOAB - Directory of Open Access Books e OAPEN Library), l'integrazione

con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Dal 2017 in poi Ospedali&Salute sarà pubblicato in Open Access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma FrancoAngeli Open Access (<http://bit.ly/francoangeli-oa>). ■



