

MONDO SALUTE

PERIODICO DI ATTUALITÀ A CARATTERE SCIENTIFICO CULTURALE
ANNO VI - OTTOBRE 2009



Roma, 29 maggio 2009

44^a Assemblea Generale Aiop

Convegno Nazionale
La sanità della libera scelta
**L'Italia è malata
di statalismo?**



Sicuri non solo *al lavoro*



GEAS

Insurance Broker

Per il personale della Casa di Cura e per il nucleo familiare

Ge.As. mette a disposizione il proprio **call-center** con personale specializzato, con chiamata gratuita per offrire

Un' Assicurazione **AUTO** studiata

**meglio di un'assicurazione telefonica,
le tariffe più convenienti del mercato:**

- Polizze in convenzione con primarie compagnie, per coperture R.C.A., incendio e furto anche con impianti satellitari, altri danni (atti vandalici, cristalli etc.)
- Possibilità di pagamenti personalizzati
- Preventivi immediati
- Pronta e rapida definizione dei sinistri

Responsabilità Civile Professionale Medici e Paramedici

- Responsabilità civile con massimale da € 500.000,00 a € 4.000.000,00 con premi a partire da € 250
- Tutela legale e Peritale per la difesa Civile, Penale e Amministrativa con € 25.823.00 per caso assicurativo
- Polizza Infortuni Professionale ed Extraprofessionale con supervalutazione delle mani con massimali a scelta

Altre proposte

- Casa
- Responsabilità civile famiglia
- Assistenza sanitaria
- Infortuni
- Vita
- Vacanze

Possibilità di concentrare in un unico servizio le vostre coperture assicurative mantenendo il vantaggio dei pagamenti personalizzati



VERDE

8 0 0 9 1 4 3 8 8

CHIAMATA GRATUITA

I privati reclamano pari dignità

DI ALFIO SPADARO

Basta alle tirate di giacca e alle discriminazioni con il pubblico sprecone. La sanità sull'orlo del baratro a causa della politica dissennata di Governo e Regioni ha però ancora margini per risollevarsi. La nuova linea emerge dalla recente Assemblea nazionale degli imprenditori delle case di cura che hanno rieletto presidente l'avvocato Enzo Paolini

La recente assemblea dell'AIOP che ha rieletto all'unanimità l'avvocato Enzo Paolini stavolta ha voluto sciogliere gli indugi dando mandato al presidente di seguire una strategia nuova e meno paludata per l'Associazione.

Basta fair play o responsabile accettazione dei diktat dei ministri e degli assessori di turno, buoni sempre a promettere e mai a dare. E piuttosto un confronto serrato prioritariamente sulla qualità dei servizi e poi sui numeri: quelli che si riferiscono ai costi spropositati del pubblico e quegli altri che invece progressivamente vengono ridotti nel comparto privato, in termini di posti letto e di tariffe.

Nella sua relazione (che leggerete) Paolini illustra lo stato dell'arte della sanità; ne vien fuori un quadro allarmante: risorse sempre più esigue e prospettive da brivido. Dove però a farne le spese non è solo l'ospedalità privata ma anche il cittadino che si vede espulso vieppiù da un sistema che non tutela il suo diritto alla libera scelta ma soggiace all'imposizione del padrone del sistema: il Governo prima e la Regione dopo.

Non ci sono soldi, occorre tirar la cinghia. Ecco lo stucchevole refrain degli ultimi anni. Si dà però il caso che i tagli valgano solo per gli imprenditori, i quali rischiando in proprio hanno fin qui saputo far quadrare i conti, a fronte di un settore pubblico che invece ha scialacquato, fra costi illimitati e spesso impropri (clientelismo politico e altro..) e sprechi derivanti da governance inadeguata.

L'AIOP a più riprese ha denunciato

questo andazzo. In più sedi ha sciorinato i dati del disequilibrio. Epperò ha forse sbagliato nel non fare la voce grossa, nel reclamare con moderazione e senza strilli. Diciamo insomma che si è fidata dei governanti alternatisi nel tempo, senza alla fine trarne alcuna utilità pratica.

Risultato? Appelli inascoltati e promesse rimaste tali.

LA FORZA DELL'UNITÀ

Preso coscienza che sarebbe inutile un'ulteriore attesa, la grande assise di Roma, caratterizzata da un'unanimità mai così chiara, ha dettato la linea della svolta: da ora in avanti sarà molto determinata, coerente e coraggiosa.

L'AIOP non può (e non deve) accontentarsi di un ruolo marginale nell'ambito del delicato settore della sanità. Perciò, ha deciso che farà valere la forza delle sue strutture e il livello della qualità che con queste riesce a produrre, grazie a personale motivato e tecnologia di ultima generazione.

I PERCHÉ DELLA SVOLTA

Le ragioni del nuovo corso dell'AIOP sono tutti nell'intervento del presidente uscente e rientrante Enzo Paolini ma non mancano le frustate del prof Gabriele Pellissero ai "decisori" che mortificano l'impegno di chi opera per offrire al cittadino una sanità qualificante a costi decisamente bassi mentre perpetuano all'infinito gli scandali di gestioni pubbliche senza freni.

Tante altre voci nel dibattito assem-

bleare di Roma meriterebbero citazione per la pregnanza degli argomenti e per l'impatto che hanno avuto sui tre giorni di lavori. Ma è meglio rimandare al dettaglio nelle pagine che seguono; per non perdere una sola battuta e per capire compiutamente lo spirito con cui l'AIOP affronterà la gestione politica del prossimo triennio sociale. ■

**MONDO
SALUTE**

PERIODICO DI ATTUALITÀ
A CARATTERE SCIENTIFICO CULTURALE
Anno VI - n. 2 2009

Editore SEOP s.r.l.
via di Novella, 18 - ROMA

Direttore
Enzo Paolini

Direttore responsabile
Alfio Spadaro

Comitato di direzione

Lino Dall'i Cani, Lorenzo Orta, Emmanuel
Miraglia, Gabriele Pellissero, Vito Sabbino,
Enzo Schiavone.

Autorizzazione Tribunale di Roma n°533 23/12/2003

Direzione

00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67
tel. 063215653 - fax. 063215703

Internet: www.mondosalute.it

Stampa

Graficassia s.r.l.
Via Volusia, 61 - 00189 Roma

e-mail: uffstampa@aiop.it

Roma , 29 maggio 2009

44[°] Assemblea Generale Aiop



Introduzione ai lavori

ENZO PAOLINI

Benvenuti a tutti. Cominciamo con la parte preliminare dell'odg. Nomina della Commissione Verifica Poteri costituita da tre componenti: Vi propongo Angelo Anselma, Filippo Leonardi e Paolo Rosati.

Per quanto concerne il Presidente dell'Assemblea come tradizione, da prassi ormai consolidata, tale incombenza viene attribuita al Presidente Aiop della Regione che ci ospita e, pertanto, propongo la dottoressa Jessica Faroni, alla quale cedo la parola per l'apertura dei lavori, non prima di chiedervi la nomina del Segretario nella persona di Franco Bonanno e i due scrutatori nelle persone di Ermanno Ripamonti e Bernardino Scarpino.



JESSICA FARONI

In qualità di presidente regionale, carica che ricopro solo da pochi giorni, ho il piacere di porgere a tutti voi il saluto di benvenuti a questa Assemblea nazionale e accetto di buon grado la Presidenza anche se debbo preavvertirvi che molto probabilmente non potrò essere presente sino alla conclusione.

In considerazione di questa larga partecipazione suppongo che il dibattito sarà ampio. Pertanto iniziamo subito i lavori di questa nostra 44° Assemblea. Con i dati delle presenze che la Commissione verifica poteri mi comunica, posso dichiarare valida questa Assemblea.

Infatti, essendo il numero dei posti letto associati pari a 53.492, l'Assemblea

in seconda convocazione è valida con la presenza di un terzo dei posti letto associati (17.831), e in questo momento i voti totali presenti, direttamente o per delega, sono pari a 20.305, pari al 38%. La maggioranza per la validità delle deliberazioni all'assemblea ordinaria in seconda convocazione è uguale alla metà più uno dei voti presenti. Pertanto le deliberazioni saranno valide raggiungendo almeno 10.154 voti.

Come abbiamo detto, il dibattito sarà abbastanza ampio, passo quindi la parola al Presidente Enzo Paolini per la relazione annuale.

Diamo la parola al presidente Enzo Paolini.

ENZO PAOLINI

Consentitemi di cominciare con una citazione musicale "spero che un anno così non ritorni mai più".

Ne abbiamo viste di tutti i colori. Commissariamenti che di fatto hanno espropriato dalle loro competenze gli organi istituzionali, accreditamenti transitori basati su un cervellotico tasso di occupazione dei posti letto, pretese di rinuncia preventiva e pregiudiziale a far valere qualsiasi proprio diritto, sottrazione delle legittime remunerazioni delle Case di cura per pagare i crediti pregressi delle stesse aziende, chiusura di strutture in base al numero di posti letto stabilito come soglia di una non bene definita antieconomicità affermata da improbabili consulenze inaccettabili - ed inaccettabili - sul piano scientifico, e poi le solite minacce di sospensio-

ORDINE DEL GIORNO

PARTE PRELIMINARE

1. Nomina della Commissione di verifica dei poteri (3 membri)
2. Elezione del Presidente dell'Assemblea
3. Nomina del Segretario
4. Nomina di due scrutatori

PARTE ORDINARIA

1. Relazione generale annuale 2008 - Discussione e deliberazioni conseguenti
2. Bilancio Consuntivo 2009 - Relazione dei Revisori dei conti sul bilancio consuntivo anno 2008. Discussione e deliberazioni conseguenti
3. Bilancio preventivo anno 2009 - Discussione e deliberazioni conseguenti
4. Elezione del Presidente Nazionale per il triennio 2009-2011
5. Elezione di n. 2 Consiglieri nazionali per il triennio 2009-2011
6. Elezione del Collegio dei Revisori dei Conti (3 membri effettivi e 2 membri supplenti) per il triennio 2009-2011
7. Varie ed eventuali

ne di accreditamento, intimidazioni tendenti allo scippo della libera determinazione contrattuale, morosità sempre più pesanti, e chi più ne ha più ne metta.

Eppure se fossi il marziano che Ennio Flaiano fa calare a Roma stando dalla finestra politica l'impressione sarebbe diversa.

Non so se siamo ai prodromi di un nuovo umanesimo ma il Libro Bianco presentato dal Ministro del Lavoro, Salute e Inclusione sociale ruota tutto sul valore cardine della "centralità della persona" che, nel rapporto fra chi governa e chi è governato, diventa, quindi, cittadino e come tale soggetto di diritti e di doveri. In questo il Libro Bianco del ministro della Salute fa suo lo slogan "People first" (le persone prima di tutto) lanciato nel Social Summit tenutosi a Roma fra i Ministri del Welfare dei quattordici Paesi industrializzati.

Viene anche rilanciata l'idea vitale della ricerca della felicità come elemento propulsore del destino di un popolo che, inevitabilmente, si snoda e si modula nella declinazione degli aspetti costitutivi della esperienza elementare dell'uomo e cioè la salute, il lavoro, gli affetti, il riposo.

La SALUTE, dunque, al primo posto in un laico concetto di legittima ricerca della felicità.

L'anno trascorso ritengo che dobbiamo considerarlo, a tutti gli effetti, un anno di transizione nel senso che la politica nazionale non ha avuto per la Sanità l'attenzione di cui ha goduto nei precedenti governi sia di centrodestra che di centrosinistra, salvo l'aspetto



della spesa fuori controllo in quelle regioni definite, immaginificamente, regioni "CANAGLIA", mutuando il termine da scenari di guerra.

E' pur vero che il ministro Sacconi, nella triplice competenza di ministro del Lavoro, della Salute e dell'Inclusione sociale, ha finito per svolgere per la Sanità un ruolo residuale e puramente rappresentativo, delegando ai suoi sottosegretari il compito di prendere posizioni ed esternare valutazioni nelle situazioni in cui il problema della Sanità veniva occasionalmente a riproporsi nel dibattito politico.

In questo senso è doveroso tener presente il contesto politico – economico di una crisi a livello globale che ha condizionato le politiche di tutti i governi non solo occidentali.

So bene quali situazioni, nelle varie realtà regionali, i nostri Associati hanno dovuto affrontare e le vedremo tra poco ma, a livello nazionale, in termini di elaborazione di nuovi assetti del SSN, più funzionali e più rispondenti alla domanda di salute dei cittadini, l'anno trascorso dobbiamo considerarlo una fase di stallo.

“Nessun pregiudizio”

Ci conforta aver sentito, alcuni giorni fa, il presidente del Consiglio, Silvio Berlusconi, all'inaugurazione a Milano del nuovo San Donato, riaffermare la necessità della coesistenza in condizioni paritari di una sanità pubblica e di una sanità a gestione privata, e ribadire che il cittadino deve essere libero di scegliere il medico e la struttura dove farsi curare.

“Il governo – ha detto Berlusconi – è consapevole della necessità di una riforma del sistema sanitario nazionale, non ci devono essere pregiudizi ideologici tra sanità pubblica e sanità privata. La sanità è un servizio pubblico che deve essere garantito a tutti, si tratta di una grande conquista di libertà, un servizio che può essere fornito sia dal pubblico che dal privato”.

Berlusconi ha invitato gli imprenditori a investire nel settore della sanità che “non è rischioso. Secondo l'ONU il Pil in questo settore aumenterà del 50% nei prossimi 8 anni grazie all'aumento della vita media. Gli imprenditori potranno avere grandi soddisfazioni. Solo la collaborazione tra pubblico e privato può migliorare il sistema sanitario nazionale. Per questo – annuncia Berlusconi – possiamo anche pensare a esenzioni fiscali a chi investe nella sanità, esenzioni che potrebbero valere nei primi anni di attività”.

“Abbiamo – ha aggiunto Berlusconi – situazioni di eccellenza, ma

ci sono situazioni di disastro in molte regioni soprattutto del sud”. E' necessario far cadere “la discriminante ideologica tra pubblico e privato. Il servizio sanitario è sempre pubblico anche se è garantito da una struttura privata”. Il Presidente Berlusconi ha inoltre annunciato, nel formalizzare la nomina di Ferruccio Fazio a ministro, una nuova riforma sanitaria i cui punti essenziali sono – testualmente – “la libertà di ogni cittadino nella scelta del medico, quella di andarsi a curare dove vuole e il pagamento a prestazione”. Definiti questi i punti imprescindibili della riforma, quanto al SSN nel suo complesso il presidente

Berlusconi ha ribadito che “l'impegno dello stato nel settore della sanità è indispensabile ma non sufficiente. E' necessario assolutamente anche l'impegno dei privati”.

Da qui, da queste affermazioni autorevoli e significative dobbiamo partire per e nuovi obiettivi, nuovi traguardi e lusinghieri riconoscimenti.

Le sollecitazioni del capo del governo sono rivolte al profilo più alto dell'ospedalità privata là dove managerialità e professionalità coniugate sapientemente hanno reso possibili strutture tecnologicamente avanzate e risultati di attività che oggi rendono imprescindibile la nostra presenza nel sistema.

La riaffermazione da tale principio di competitività è per noi di grande importanza se si tiene conto di quelle realtà regionali dove residuano, a livello politico, pregiudizi ideologici nei confronti dei meccanismi liberali della domanda e dell'offerta, della qualità dei servizi messi in virtuosa concorrenza e del legittimo risultato economico dell'attività di impresa, per come si configura, a tutti gli effetti, la conduzione manageriale di strutture sanitarie.

Il federalismo

La differenza, rispetto ad altre attività di impresa, è data dalla specificità del suo oggetto, cioè la salute del cittadino.

E qui, in un Paese ancora fortemente segnato dai differenziali di sviluppo Nord-Sud, si pone il problema, già affrontato nella nostra assemblea dell'anno scorso, del rischio che sotto la spinta del federalismo fiscale si vengano a creare due diversi livelli qualitativi dell'offerta sanitaria ed ospedaliera, anche sotto il profilo tecnologico, nell'ambito del differenziale storico Nord-Sud che da sempre distingue le due aree del Paese.

Le prospettive di sviluppo e di miglioramento del sistema dipendono soprattutto dal rispetto delle regole in una leale competizione fra pubblico e privato dove unico arbitro deve essere il cittadino che sceglie in piena autonomia e libertà.

Vi sono problemi strutturali che vanno affrontati con urgenza e dai quali dipendono molte delle diseconomie che gravano sulla spesa sanitaria nazionale e che hanno portato a coniare il termine "regioni canaglia".

La soluzione starebbe dentro le regole del federalismo fiscale che dovrebbe andare a regime dal 2016. Prima fra tutte quella che prescrive il finanziamento delle Regioni non più secondo la cosiddetta “spesa storica” bensì secondo i “costi standard”. In parole semplici il fabbisogno sanitario delle Regioni sarà soddisfatto con ri-

ferimento al costo dei servizi in condizioni di buona efficienza produttiva.

Ciò dovrebbe condurre ad un risparmio nella spesa globale dello stato ed ad una autonoma ed ulteriore imposizione fiscale delle Regioni per coprire i costi aggiuntivi. Qualità della spesa e responsabilizzazione delle singole Regioni. Bene. Se non fosse che le eccedenze di spesa relative ai cosiddetti servizi fondamentali continueranno comunque ad essere finanziati dallo stato anche in favore delle Regioni meno virtuose mediante un fondo perequativo.

Dunque per i propri servizi essenziali le Regioni potranno continuare ad infischiarci dei costi standard perché godranno di un contributo statale. Se si aggiungono la persistente confusione tra costi di produzione e costi di erogazione, la necessità di procedere per dati omogenei circa patologie, qualità, caratteristiche, (presupposto che in Sanità non esiste), la diversità dei processi produttivi e dei bisogni erogativi e la necessità di individuare metodologie condivise per una trattazione così complessa, si capisce che la strada per giungere ad un finanziamento equo (cioè un mix tra le capacità ed i bisogni di ogni Regione) non è affatto semplice. Anzi si corre il rischio di mettere in campo un rimedio (stessa spesa con scelte meno eque) peggiore del male (spesa enorme con una alta quota di spreco).

“No agli sprechi”

La verità è che la sanità non è roba per contabili ma per politici. Non è una boutade né una provocazione ma la più solare delle evidenze. La vita ed il benessere dei cittadini non possono soggiacere a logiche di risparmio. Sono un bene primario e come tale vanno considerate. Partendo da un presupposto: i soldi ci sono in quantità più che sufficiente. Basterebbe non sprecarli, applicando il principio inserito (inutilmente) nei programmi elettorali di tutti i partiti e cioè che la politica – per essere tale - deve governare e non occupare la Sanità.

Il che significa – in ultima analisi – essere garanti del rispetto delle

regole sotto ogni profilo: organizzativo (no ad organici gonfiati per esigenze clientelari), strutturale (rispetto assoluto dei requisiti minimi e degli standard di sicurezza), clinico (controlli costanti ed intransigenti per evitare le prestazioni inutili o inappropriate), programmatico (reti ospedaliere, deospedalizzazione, prevenzione), assicurando la libera scelta dei cittadini e la competizione tra strutture, cioè l'unica ricetta che fa aumentare la qualità e diminuire i costi delle prestazioni.

I demagoghi di destra e di sinistra rifiutano come un'eresia l'idea che alla sanità possano applicarsi le rigorose regole di mercato. Ma tale stucchevole ritornello è appunto, una demagogia, un'affermazione suggestiva priva di seria motivazione sospinta da due elementi: 1) la intrinseca debolezza del nostro sistema politico che per deficit di autorevolezza e competenza è incapace di governare con rigore e, 2) la volontà di continuare ad avere mano libera nella gestione di appalti, assunzioni, forniture, consulenze ecc. ecc. Tutte cose che con un Governo garante e non ingerente non sarebbero possibili.

Il refrain che si ripete da Milano a Palermo è che bisogna razionalizzare la spesa che, di per sé, è una ovvietà. Ma non è lavorando soltanto nella riduzione dei posti letto nelle strutture che si limita la spesa o la si abbatte. Bisogna, semmai, intervenire sull'alterazione dei costi come quello, decisamente anomalo, rappresentato dal personale amministrativo, vera ipertrofia della componente clientelare.

Quanto alla spesa sanitaria in sé, l'AIOP sostiene da anni che, per una corretta valutazione, non bisogna pregiudizialmente partire da un'analisi quantitativa. Il problema, a fronte degli sprechi e delle inefficienze documentate da recenti inchieste giornalistiche, non è quanto si spende ma come si spende.

La quantità della spesa, peraltro non comprimibile se correttamente connessa alla domanda di salute del cittadino, finisce per essere non la risultante contabile delle somme impegnate per garantire assistenza ai cittadini ma il prodotto delle scelte di politica sanitaria che in ogni regione variano in dipendenza della cultura manageriale, delle competenze professionali e del profilo etico della rappresentanza politica che occupa le istituzioni.





La giurisprudenza

Dunque il marziano di Flaiano, si disincanta, come nel libro, e vede cose diverse da quelle che sente. Sul piano giudiziario, la summa di tutte le iniquità è stato il consolidamento dell'orientamento - espresso già nel 2008 dal Consiglio di Stato con una famigerata Adunanza Plenaria - secondo il quale sia il diritto alla salute di cui è portatore il cittadino, sia quello della libertà d'impresa di cui sono titolari aziende come le nostre sono comprimibili e sacrificabili sull'altare delle esigenze di bilancio, delle casse dello stato. Se non ci sono i soldi i cittadini non hanno una piena libertà di scelta e le aziende devono ridurre o chiudere le attività.

Proprio così, non è che la congiuntura deve indurre a rivedere i costi, magari a ridurre gli sprechi (ne parlerò tra un minuto), a regolare meglio la erogazione dei servizi. No. Si comprimono le libertà. La cifra di uno Stato e del suo Governo è tutta qui.

Questo lo ha detto, con un certo sprezzo della dignità delle Istituzioni, la Corte Costituzionale, un organo di compensazione e di indirizzo politico decidendo, su ricorso anche nostro, sulla denunciata incostituzionalità di una decurtazione tariffaria delle prestazioni specialistiche che incideva - ed incide - solo nei nostri confronti. Ed ha deciso che è legittima, costituzionale, perché

- testuale - "non sussiste, nel nostro ordinamento la enunciata parità tra strutture pubbliche e strutture private", le quali possono e devono rendere le loro prestazioni nei limiti delle tariffe stabilite dai politici e dai burocrati, dei tetti di spesa stabiliti dai burocrati e dai politici, secondo le regole stabilite discrezionalmente dagli impiegati e dai portaborse, e con i tempi di pagamento calibrati dalle amicizie e dalle simpatie dei direttori di ragioneria. E se non ce la fanno devono ridurre le attività e per di più non possono licenziare perché se no il sindacato disturba il manovratore.

“Scandali”

Non è un quadro a tinte fosche descrittivo di un regime sudamericano buono per suggestionare una platea già predisposta. E' solo una parte della verità che voi vivete tutti i giorni e che condotta nelle regioni, ratificata nelle aule giudiziarie è - ahinoi - orchestrata da anni sempre con maggiore incoscienza da sedicenti forze politiche che, nelle due formazioni maggiori, hanno umoristicamente, nel nome, una il sostantivo "libertà" e l'altra l'aggettivo "democratico". Le quali (parlo al plurale perché mai come oggi mi è apparsa consociativa la conduzione della cosa pubblica in materia sanitaria) non hanno più neanche il pudore di nascondere la

tutela - vera e propria - che predispongono per gli sprechi, per i costi immani, impropri ed illegali, che gravano sulle nostre tasche e che provengono dalle strutture pubbliche. Esempi ormai ne abbiamo tanti sotto gli occhi, anche grazie a talune inchieste giornalistiche e a coraggiose denunce che però rimangono solitarie e che sembrano avere l'effetto di un moscone sulla groppa di un cavallo infastidito. Basta pensare alla vicenda del S. Giacomo, ospedale succhiasoldi di Roma, 100 posti letto con 700 dipendenti, ipocritamente chiuso per far credere agli sprovveduti di aver usato con le strutture pubbliche lo stesso criminale metro usato per le 21 Case di cura del Lazio, strutture efficienti e vitali chiuse d'imperio, da un governatore sedicente liberale ma in realtà degno del peggiore regime, sulla base, l'ho già detto, del solo dato numerico dei posti letto. Con indifferenza totale rispetto all'indice di qualità assicurata per numero di prestazioni rese, al gradimento dei cittadini, al costo delle prestazioni ed ai dipendenti occupati. La vergogna dello spreco del S. Giacomo strideva con il giro di vite sulla sanità privata e così si è deciso di chiuderlo con un impeto di demagogia e di non risparmiare neanche un euro perché i dipendenti pubblici (non licenziati, come quelli privati) sono stati semplicemente trasferiti, così che l'effetto della cancellazione dell'ospedale pubblico è stato solo quello di perdere le prestazioni - poche o molte - che rendeva. Oppure lo scandalo calabrese, ospedali killer, istituti di ricerca che non ricercano niente, fatiscenti strutture con 20 posti letto con organici di 400 persone di cui più della metà amministrativi. Non una parola né una iniziativa su questi, nessuna sospensione di accreditamento, nessun contratto, nessun tetto, nessun controllo. Anzi, per finirla con questa menata dell'AIOP che protesta e fa il grillo parlante, dalle stanze del Ministero del Lavoro e della Salute hanno pensato di chiarire una volta per tutte che aria deve tirare. Ed hanno impudicamente detto, nella recente relazione tecnica definita "ricognizione ed aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie", di cui sono venuto in possesso qualche ora fa, che gli effetti dei nuovi valori tariffari sono da considerarsi riferibili solo agli erogatori privati dal momento che "è questa la componente di attività la cui remunerazione costituisce una spesa a carico del servizio sanitario nazionale, soggette all'impatto delle variazioni tariffarie introdotte con il presente decreto, (mentre la remunerazione dei ricoveri erogati dalle strutture ospedaliere pubbliche costituisce una forma di trasferimento di risorse finanziarie tra enti del SSN)".

Addio riforma Amato, addio finanche a Rosy Bindi, ciao ciao al DLvo 502/92, non parliamo più di aziendalizzazione e di competitività, di qualità e di libera scelta. Il burocrate che assiste la sottospecie di politico che avalla simili cose ci dice che i servizi rese da imprese private sono soggetti a tariffe ed a controlli.

Quelli rese da strutture pubbliche li dobbiamo lasciare stare, non sono neanche contemplate da un piano tariffario, non sono soggette alla legge, sono trasferimenti tra enti del SSN di cui non dobbiamo dar conto. Non disturbate il manovratore. Argomento chiuso.

Sono eccessivo, catastrofico? No. Sono solo molto arrabbiato per il livello del confronto cui siamo costretti.

Ma fatto questo prologo andrò con ordine, come si conviene ad un presidente che deve relazionare su un anno di attività e deve/vuole chiedere un mandato politico all'Assemblea.

La riforma

Uno degli aspetti più rilevanti, ai miei occhi il più importante, deciso dall'Assemblea di Reggio Calabria dello scorso anno, era la

sollecitazione ed il contributo che avremmo dovuto realizzare verso una riforma legislativa, in senso liberale, del DLvo 502/92. Mai scelta è stata più tempestiva ed opportuna nel quadro delineatosi. La nostra risposta al virulento ed anacronistico attacco al cuore dei valori, dei principi e dei diritti di un sistema sanitario moderno, messo in discussione su più fronti al solo scopo di mantenere libera la mano della politica politicante per prebende clientele e spesa pubblica non controllata, non può che essere una rigorosa, intensa, testarda insistenza a cercare fessure legislative nelle quali inserire i grimaldelli liberali che guardano al rispetto delle regole, all'efficientamento dei servizi, alla qualità delle prestazioni, alla razionalizzazione della spesa, all'intransigenza ed alla terzietà dei controlli, alla trasparenza dei comportamenti, all'etica dei risultati, alla sobrietà della politica.

Bene, in questo anno, da maggio scorso ad oggi ci abbiamo provato ed abbiamo realizzato un lavoro che io giudico di estremo valore scientifico e che abbiamo tradotto in una proposta di riforma introdotta presso gli uffici del Sottosegretario alle riforme, on. Brancher, del Ministro delle Semplificazioni, on. Calderoli ed ovviamente trasmessa al Ministero della Salute, diretto dal sen. Maurizio Sacconi e dell'Economia dell'on. Giulio Tremonti. L'esito lo vedremo nei prossimi tempi, anche se posso dire, senza illusioni ma anche senza pessimismo, che l'attenzione, le richieste di chiarimento e di integrazione, i colloqui che ci sono stati richiesti sono indice che questa potrebbe essere - anzi è certamente - la strada giusta e che su questa dobbiamo insistere. Anche perché questi sono i nostri strumenti culturali. Siamo dotati di tali e tanti valori al nostro interno che sarebbe un delitto non farne buon uso.

Mi riferisco ai componenti del Laboratorio Aiop di giuristi appositamente costituito che hanno dato al Comitato Esecutivo ed a me idee giuridiche e pensiero politico che fanno cambiare il giudizio che ho dato prima sulla possibilità di sviluppo del nostro paese.

I contratti collettivi nazionali di lavoro

Un altro dei temi sui quali ho chiesto un mandato esplicito all'Assemblea dello scorso anno è stato quello del lavoro, di una nuova idea di contratto di lavoro con i dipendenti delle nostre strutture sanitarie.

A Villa S. Giovanni vi ho chiesto di darmi la forza politica per non accettare le modalità di tavoli apparecchiati nel solito modo: la stucchevole e ripetitiva pretesa di incrementi parametrati su quelli sottoscritti per il comparto pubblico con l'ARAN (cioè con se stessi e prelevando i soldi dalle tasche dei contribuenti senza dare neanche un'oncia di efficienza in più in cambio) e per di più con coefficienti diversi ed ulteriori richieste economiche aggiuntive rispetto a quelle tabellari, con il settore privato.

Ho avuto il vostro imprimatur ed ho ripetutamente chiesto in tutte le forme possibili - in particolare al Ministro competente - l'avvio, quantomeno l'avvio di una riforma che parta da un presupposto semplice semplice e che è affermato da tutti gli studiosi giuslavoristi del mondo: quando si liberalizza il mercato del lavoro la disoccupazione diminuisce, non aumenta.

Abbiamo chiesto di stipulare un patto, almeno triennale, con il quale, mentre si fanno le riforme (che secondo il Presidente del Consiglio impegneranno sino a quasi la fine della Legislatura) e si liberano le risorse per la copertura della componente del costo del lavoro, si introducono nel contratto principi di meritocrazia, di premio alla produttività, di flessibilità, che consentano di incre-

mentare il livello quali – quantitativo del servizio e di investire nei giovani, nei neolaureati, offrendo formazione ai disoccupati ed assunzioni regolare alla manodopera sommersa.

Un nuovo contratto che spazzi via vecchie logiche tutte ripiegate su un unico concetto: strappare quanto più possibile in favore di chi il posto di lavoro ce l'ha, facendo in modo che sia sempre più "posto" (cioè statico ed assistito da tutte le tutele possibili) e sempre meno "lavoro" (cioè dinamico e pronto ad assecondare le esigenze del mercato del lavoro).

Questo dicevamo l'anno scorso e così ci siamo comportati. La delegazione trattante ed io abbiamo conformato il nostro atteggiamento a questi principi ed alle singole esigenze regionali, mutevoli ed in continua evoluzione, proponendo lo strumento più adatto a rispondere prontamente e con margini di manovra adeguati a tutte le sfaccettature di un rapporto così complesso ed articolato. Un contratto nazionale leggero – ricorderete la mia proposta-shock di un euro di aumento su tutto il territorio nazionale – un rinnovo serio della parte normativa ed una contrattazione diversificata di secondo livello in sede regionale tale da consentire a tutti gli attori, sindacati, aziende e governi regionali di fare la propria parte e di assumere impegni possibili e responsabilità precise ed individuabili.

Una posizione seria, moderna, ragionevole, aperta a tutti i contributi ed i miglioramenti. Espressa a giugno del 2008 e ripresa dal Ministro Sacconi a novembre ma respinta da un sindacalismo verboso ed inconcludente, tutto ripiegato su polverosi ideologismi, su logiche stantie ed obsolete e fragilmente costruito su una struttura di vertice assolutamente autoreferenziale completamente scollegata dai problemi e soprattutto dalle esigenze e dai diritti dei lavoratori.

I sindacalisti non vogliono perdere il totem del contratto nazionale perché temono di perdere o di frammentare il loro potere ed il loro peso politico. Ma è ciò che, in mancanza di una riforma organica, noi siamo obbligati a perseguire ed abbiamo perseguito con una certa lungimiranza, se è vero come è vero che gli stessi concetti – da noi espressi a giugno 2008 – li ritroviamo nella proposta di accordo interconfederale siglato il 15 aprile 2009 da Confindustria, da UIL e da CISL e non firmato da CGIL.

Siamo dunque ancora in mezzo al guado? Io dico di no. Forse siamo più vicini alla sponda della flessibilità. E se un segnale anche se flebile volessimo individuare è l'accordo ponte siglato con la CIMOP che nella formulazione ratificata dal Consiglio Nazionale ed in via di formalizzazione con il Segretario nazionale Campanozzi, prevede – appunto ed in considerazione delle diverse realtà regionali rispetto alle quali invece di chiudere ottusamente gli occhi occorre spendere una politica comune tendente al riconoscimento dei diritti di aziende e lavoratori – oltre agli arretrati una tantum, un primo livello di incrementi di carattere nazionale (il 50% del tabellare condiviso), cioè applicabile dovunque e dovuto da tutti, anche dalle aziende site in Regioni in forti difficoltà economico-finanziarie (o forse sarebbe meglio dire in Regioni che a causa dello spreco criminale impongono illegali riduzioni alle aziende site nel loro territorio), ed una contrattazione regionale di secondo livello mediante la quale raggiungere nelle altre regioni – quelle virtuose – il 100% del tabellare condiviso.

Non è la riforma, naturalmente, e non è tutto ciò che è necessario per dire raggiunti principi di efficienza e di meritocrazia nel campo della regolazione dei rapporti di lavoro ma, come dicevo prima, è la spia che un cambiamento è possibile. Occorre pazienza, perseveranza, nervi saldi e visione ampia delle cose. La nostra delegazione, quella che ha lavorato sino ad oggi e quella che lavorerà da domani, ha visione e competenze più che adeguate per raggiungere un cambiamento necessario. Tornare indietro sarebbe un errore.

La nostra struttura

Il capitolo che riguarda la nostra organizzazione, la nostra struttura, il nostro interno.

Tra poco esamineremo il bilancio che continua ad essere certificato da apposita società di revisione, ma tenuto e redatto con il consueto rigore e senso di responsabilità da Franco Bonanno, assistito da Patrizia Salafia, ai quali va il mio, nostro ringraziamento e firmato da Lorenzo Orta. Tutta la struttura della Sede nazionale si è impegnata con professionalità e, posso dirlo, con abnegazione nel contribuire al difficile nostro lavoro, non fatto di risultati visibili ma avendo come unico obiettivo possibile quello di giocare in difesa, contenere i danni, limitare un ulteriore regresso.

Ecco perché ad essi occorre dire grazie due volte. Perché hanno lavorato bene e senza la gratificazione della soddisfazione dell'associato, il quale spesso e comprensibilmente – anche se non giustificatamente - individua in AIOP il responsabile del proprio disagio senza considerare che senza AIOP le cose andrebbero molto ma molto peggio.

Abbiamo rispettato l'impegno di rivedere e potenziare il nostro ufficio comunicazioni, ricercando forme d'accesso più dirette e costanti presso la stampa quotidiana e configurando in maniera più utile e rispondente al nostro messaggio la testata MondoSalute. Il cambiamento visibile è in corso. La nostra presenza sul Riformista, nella nuova veste liberale, che abbiamo individuato come interlocutore giusto per un dibattito non occasionale, gli interventi su Il Sole 24 ore e su Libero hanno avuto rilievo e risposta, come testimonia la raccolta non esaustiva che avete trovato nelle vostre cartelle in un numero assembleare chiamato TuttoAIOP. Gli stessi ultimi numeri di MondoSalute hanno via via deviato verso la linea voluta dall'editore, cioè il nostro Consiglio Nazionale. Infine, aspetto non secondario, questa innovazione nel settore comunicazione che ha sinora prodotto più voce, ha consentito un consistente risparmio nel relativo capitolo di spesa, come rileverete dal bilancio.

Abbiamo intensificato l'attività del nostro ufficio studi che non si limita a produrre il prestigioso ed ormai autorevole Rapporto annuale Ospedali & Salute, la cui presentazione quest'anno è stata ospitata alla Camera dei Deputati, nei locali di Vicolo Valdina, ormai incapienti per l'affluenza di politici e giornalisti interessati ai dati da noi elaborati, ma è autore di pubblicazioni e di elaborazioni per le quali oltre ad Angelo Cassoni ed a Filippo Leonardi abbiamo costituito un team – che dovremmo a mio avviso consolidare e potenziare nel prossimo triennio - che si avvale di consulenze esterne di particolare peso ed entrate nei database della pubblica amministrazione.

Ed infine, last but not least, abbiamo



stabilito un rapporto di collaborazione a mio avviso molto proficuo, interessante e gratificante con l'Istituto Bruno Leoni il think tank liberale in questo momento più ascoltato ed autorevole del nostro paese. Intitolato al grande economista liberale Leoni è diretto da giovanissimi professori brillanti ed innovativi, non omologati, Alberto Mingardi e Carlo Stagnaro. Annovera tra le proprie collaborazioni premi Nobel come Vernon Smith, politici economisti come Vaclav Klaus, presidente della Repubblica Ceca autore di un recente saggio sui riflessi che i luoghi comuni sulla tutela dell'ambiente possono avere sulla economia mondiale e sulla libertà d'impresa, e pubblica periodicamente saggi che si possono considerare vere e proprie spine nel fianco di governi che vogliono proporsi come liberali ma non riescono ad esserlo. Uno - "Liberare l'Italia" - risale all'inizio della legislatura e lo avete trovato nelle vostre cartelle. Un altro - "L'indice delle liberalizzazioni 2009" - è stato presentato il 25 maggio a Milano ed ha confermato tra l'altro che pochi settori del nostro Paese migliorano la propria performance competitiva (elettricità, gas, professioni) mentre per la maggioranza dei comparti, i servizi in primis, si conferma l'affanno e la dipendenza dal potere politico.

Enpam e Iva

Stiamo trattando le storie infinite che riguardano l'ENPAM e l'IVA. La prima, per ridisegnare gli ambiti di una norma iniqua ed

illegittima, mediante la quale l'Enpam pretenderebbe da noi il versamento del 2% sull'intero fatturato relativo alla produzione del settore, non si sa come ed in favore di chi imputabile, mentre sarebbe, come è ovvio, più giusto e praticabile versarlo sulla quota di fatturato di pertinenza del professionista in favore del quale viene effettuato il versamento stesso.

Anche su questo come sull'IVA, la giurisprudenza, ondivaga e soggetta ai condizionamenti della politica, fornisce risposte - sotto forma di sentenze - contraddittorie e non chiare. Noi ci atteniamo alla linea che riteniamo più seria e giusta, cercando e trovando supporti nelle decisioni di alcuni Tribunali e lavorando, con la nostra struttura, affinché si possa giungere in breve ad un disciplina senza equivoci.

Europa

L'attività europea ed internazionale è sintetizzata, come al solito con chiarezza e competenza da Alberta Sciachì nel documento in vostro possesso. Le questioni affrontate, dalla mobilità del paziente ai ritardi nei pagamenti, dalla sicurezza alla qualità delle prestazioni sino agli aiuti di Stato, sono quelle che sempre più ci rendono cittadini europei in grado di ottenere servizi il più possibile uniformi in tutti i paesi. La spinta propulsiva della Comunità e del Parlamento europeo è stridente rispetto alla realtà italiana nella quale, come visto, gli aiuti di stato ci sono, le norme sono eluse e



ineanche in maniera nascosta, anzi l'aiuto è rivendicato. Eppure, nonostante la nostra iniziativa presso la Corte di Giustizia, stentiamo anche in questa sede a squarciare il velo dell'ipocrita statalismo, sostanzialmente ed evidentemente protetto anche dalla casta europea.

Nuove prospettive

Di fronte al configurarsi, dunque, di una nuova realtà in progressiva trasformazione bisogna pensare per tempo alle risposte da dare in termini di organizzazione delle strutture in funzione dei meccanismi della domanda e dell'offerta di prestazioni.

E' in atto, in medicina, una rivoluzione nelle conoscenze. Cambia l'approccio alle malattie e alla salute in forza della decrittazione del genoma umano che consente di prevedere una predisposizione alla malattia e di proteggere la salute prima che sopraggiunga l'alterazione.

Se bene riflettiamo, rispetto alle modalità oggi in vigore, è una svolta epocale, un passaggio netto dalla medicina preventiva a quello della PREDITTIVA, cioè che predice.

Nella pratica clinica si dovranno utilizzare le conoscenze della ricerca genetica, della medicina dei sistemi e della medicina molecolare applicate al singolo paziente.

Maggiore valore aggiunto verrà dato dall'applicazione dell'informatica alla decrittazione del genoma.

La medicina del futuro che sta dietro l'angolo anticipa uno scenario di sistema CITTADINOCENTRICO in cui tutti i dati acquisibili dalla decrittazione del genoma sono riportati in una scheda informatica che il cittadino porterà con sé come documento di identità genetica.

Non sarà più una prevenzione generica delle malattie possibili, ma grazie allo studio del genoma sarà possibile dire anzitempo a quali alterazioni o patologie, per cause genetiche, il soggetto è predisposto.

Senza addentrarci negli aspetti più tecnici di una mutazione così rilevante della pratica clinica, vorrei invitare tutti voi a riflettere su quanto tutto ciò inciderà sulla nostra attività d'impresa.

Siamo chiamati a dare nuove risposte alla domanda di salute che viene dal corpo sociale in parallelo all'evoluzione della struttura ospedaliera, che punterà ad unificare tecnologia, ricerca scientifica e professionalità intesi come i fattori idonei a dare, in virtuosa sintesi, nuove risposte a vecchie e nuove patologie.

Dico questo perché dovremo dedicarci per tempo ad appositi approfondimenti della materia per non trovarci impreparati nel momento in cui il cittadino avrà l'opportunità di potere scegliere fra una pratica clinica tradizionale e quella al passo dei tempi, che utilizza tecnologia, ricerca, informatica e professionalità in sinergia per sconfiggere la malattia.

Forse è il caso di proporre ai nostri innovativi leaders di AIOP Giovani di affrontare per tempo la materia con studi mirati e qualche convegno di discussione e approfondimento.

Confindustria

Avremmo – avrei, lo dico con molta sincerità ed altrettanta amarezza – sperato in qualcosa di più nel rapporto con Confindustria. Il nuovo corso di Emma Marcegaglia non mostra di voler spendere energia e risorse nella battaglia per le liberalizzazioni dei servizi e la razionalizzazione della spesa pubblica.

Non mi addentro nell'analisi storica di questo retaggio confindustriale poiché non è né il momento né la sede. Registro solo che,



nonostante in alcune realtà abbiamo una forte sinergia dovuta al valore degli uomini e delle donne di AIOP - penso alla Sicilia o all'Emilia Romagna o alla Lombardia - sul piano generale e politico rimaniamo affluenti finanziari di un grande brand e nulla più. Mi perdonerete la nettezza della riflessione sollecitata dalla necessità di sintesi di una relazione, ma l'estrema onerosità del rapporto indurrà l'Esecutivo ed il Consiglio Nazionale ad una riflessione sulla opportunità di una così organica simbiosi priva di sostanziali riflessi politici.

Conclusioni

Le conclusioni: stiamo assistendo al crepuscolo della libertà economica? Chi – come noi – crede nella libera iniziativa deve fare ciò che si fa nei momenti di crisi, cioè investire in termini di progetti e di rilancio delle proprie aziende? In un clima come quello che si respira da qualche mese anche da noi non sorprende affatto che si



stia facendo strada l'idea che una severa limitazione della libertà economica sia un prezzo da pagare per ottenere una più efficace tutela del proprio benessere. Oggi finanche l'America obamiana pende su questo crinale. Sul piano politico questo atteggiamento trova legittimazione non solo presso i nemici irriducibili del mercato e della libertà economica, ma anche negli eredi di quella tradizione tutta italiana che distingue il liberalismo economico (che essi chiamano con una punta di disprezzo "liberismo") da quello politico. Come è noto si tratta di una distinzione proposta da Benedetto Croce, un liberale piuttosto peculiare, deciso ad ammettere che il fascismo poneva un problema serio per la libertà degli italiani solo quando stava diventando regime.

Ecco, per non ripetere l'errore, occorre lucidamente vedere che l'illusione si rivela come tale non appena si riflette sulle conseguenze di una restrizione della libertà d'iniziativa giustificata con l'appello ad un interesse superiore. Quando si evoca con nostalgia la stagione dell'intervento pubblico in economia sarebbe opportuno ricordare che essa ci ha regalato una corruzione diffusa a tutti i livelli dell'amministrazione e una società tra le meno mobili dell'occidente. Alla lunga il trade-off proposto dai difensori del ritorno al "big government" finisce per avere un effetto mortificante per le diverse dimensioni della libertà individuale. Ogni impedimento è una diminuzione della libertà – senza aggettivi – che nessun governo può compensare.

Dobbiamo stare attenti. Le parole del premier Berlusconi a S. Donato sono state prive di equivoci. Tuttavia il suo Governo pare si incammini verso un orizzonte di economia sociale di mercato.

L'anno scorso a Reggio Calabria avevamo chiesto al nuovo governo di essere veramente nuovo, di stare dalla parte giusta, di proporre e realizzare con noi un liberismo che generasse alta opportunità, tutela dei deboli, che avesse sembianze di uno stato civile, moderno, incoraggiante, produttivo e non protezionistico, che facesse la sua

parte nel mettere tutti in parità nelle condizioni di partenza generando il benefico effetto della ricchezza collettiva del Paese e dell'equità delle sue regole.

Oggi sembra che una dottrina statalista – questa appunto dell'economia sociale di mercato – abbia contaminato un Governo di ispirazione liberale.

Il motivo è che questi fratelli liberisti non hanno una solida teoria dello stato e delle garanzie perché ritengono che ogni problema vada risolto avendone di meno (ad esempio non risolvendo il problema del contenimento della spesa pubblica in sanità con la riduzione degli sprechi denunciati dalle strutture private, ma più semplicemente chiudendo le strutture private).

Per questo il liberalismo economico, nonostante la superiorità scientifica della sua analisi, non è divenuto competitivo sul piano elettorale.

Il fatto è che invece di rinchiuderci in minoranze dovremmo – dobbiamo – attaccare creando una nuova dottrina di complementarità tra stato e mercato. Lo stato deve dare garanzie, il mercato

ricchezza. Il primo regola il secondo. Le garanzie devono essere attive per favorire gli investimenti e non passive generando assistenza. Lo Stato fa quello che il mercato non può fare e viceversa, con sconfinamenti nel primo solo nei casi di emergenza. Lo stato ha il compito di creare individui ed aziende capaci di essere liberi e non tutele permanenti.

Dal 1994 tutti i Governi di centrodestra e centrosinistra, tutti, a parole, con forti connotazioni liberali, hanno fallito il programma del riformismo ogni volta annunciato perché ne hanno affidato la gestione a massimalisti e statalisti. Per questo noi liberali dobbiamo mostrare potere cognitivo e prendere quello reale senza cedere a disillusioni, amarezze o sbandamenti.

Anche noi speriamo che la strada sia lunga per raccogliere tanti lungo il cammino.

Avrei concluso davvero se non dovessi fare tre ultime considerazioni. La prima è quella derivante da quei fatti di cronaca che, in assenza di un provvedimento definitivo della Magistratura hanno prodotto discredito e indignazione nell'opinione pubblica. Mi sento di dire che – pur prendendo con grande determinazione le distanze da quei casi in cui, al di là delle responsabilità giuridiche, contano i comportamenti sotto il profilo etico – ci dobbiamo attrezzare per reggere l'urto di campagne denigratorie provocate da provvedimenti giudiziari a mio avviso profondamente discutibili, comunque iniqui ed inutilmente afflittivi nella parte relativa alla restrizione delle libertà personali e dei quali dopo il polverone iniziale, basato sul solito buco della serratura, le intercettazioni – passate con dovizia di particolari ai cancellieri di fiducia di stanza nelle redazioni di taluni giornali – non si parla più, non si parlerà per molto tempo e si riparlerà, forse, quando, tra qualche anno, le inchieste saranno archiviate e gli imputati assolti.

L'ho detto anche all'Assemblea dell'Aiop Lazio: chi parla non è un innocentista per partito preso, nè uno che pensa che nel proprio club vivono solo delle mammolette immacolate, ma solo uno che pensa che il rispetto delle leggi sia sacro in generale e che quindi chi sbaglia, con sbaglio accertato al di là di ogni ragionevole dubbio, debba pagare. Ma pensa anche che tale regoletta valga con maggior rigore nei confronti di chi amministra la giustizia il quale, ferma ogni sua prerogativa (sempre, per fortuna, sindacabile), deve per prima cosa astenersi dal fare dei suoi provvedimenti d'accusa esibizione muscolare nel circo mediatico. Questo è avvenuto nel nostro caso ed ha costretto a fare molti passi indietro a persone stimabili che godono della piena presunzione d'innocenza e non rei in flagranza come i magistrati, che violando camionate di leggi passano informazioni a veline e giornali.

La seconda, più che una considerazione è un invito agli assenti, a chi ha cercato riparo sotto ombrelli diversi, a chi ha fondato nuove sigle, a chi si è allontanato, a chi è scontento, a chi si è sentito – a ragione o a torto – marginalizzato ed inscaltato. Un invito alla riunione di tutte le forze, le energie, le risorse e le idee. Siamo tutti indispensabili in questo momento e tutti insieme, indipendentemente dalle cariche e dagli incarichi, dobbiamo dare corpo e voce alle nostre idee ed ai nostri comuni interessi.

Anche per ragioni evidenti a chi si sofferma a riflettere un secondo: le azioni giudiziarie scomposte e scoordinate – dunque con esiti verosimilmente diversi – giovano sempre a chi rema contro la chiarezza del diritto. Le azioni politiche condotte da più sponde con argomentazioni diverse danno ragione e linfa – sempre – a chi vuole mantenere lo statu quo, la stagnazione, il tirare a campare. Tutti e due i risultati sono l'opposto di ciò che ci serve.

La terza è che alla fine del mio mandato trovo in me la voglia e l'entusiasmo di riproporvi la mia candidatura per il prossimo triennio. Lo devo a questo mondo, fatto di persone per bene, di imprenditori valorosi che rendono un servizio pubblico essenziale in con-

dizioni difficilissime, che non ricevono contributi a fondo perduto, che non licenziano, che pagano regolarmente i loro dipendenti, non godono di privilegi, non usufruiscono di cassa integrazione, investono e credono nell'innovazione, non sono antagonisti ma sono consapevoli che la competizione, la concorrenza ed il mercato sono elementi che danno autorevolezza e dignità alle Istituzioni.

A tutti voi, ai collaboratori della Sede nazionale, al Consiglio Nazionale va il mio ringraziamento per come avete sostenuto il mio non facile compito.

Ai membri del Comitato Esecutivo con i quali abbiamo intrecciato intensi momenti di lavoro e di elaborazione, di analisi e di confronto un saluto diretto: a Emmanuel Miraglia dal quale ho in parte appreso una cosa difficilissima nello svolgimento del ruolo, quella di dire sempre la verità, magari scomoda, non accomodante ma rispettosa dell'interlocutore; a Enzo Schiavone che ammiro per la leggerezza e per il coraggio con il quale interpreta il suo ruolo di imprenditore; a Gabriele Pelissero che ha dimostrato a me ed a tutti noi come la lealtà e lo spirito associativo siano le doti che fanno grandi gli uomini e le associazioni; a Vito Sabbino per l'indomito atteggiamento che mi ha insegnato a non dare niente per scontato; a Lino Dalli Cani dal quale ho appreso la saggezza di chi persegue i propri obiettivi con determinazione; a Lorenzo Orta (che ho lasciato per ultimo e non solo per seguire il giro del tavolo) perché dopo 15 anni lascia la sua carica di Tesoriere ed a me un grande insegnamento umano e professionale. Di lui ho osservato in questi anni la tenacia dell'uomo, la grande cultura, la stupenda autoironia, il senso della famiglia, la pacatezza del ragionamento senza arrendevolezza e cedimenti, il grande amore per il suo lavoro.

Insomma per me è stato un vero privilegio essere il vostro presidente e sedere a questo tavolo.



LORENZO ORTA

Vi leggo la relazione mentre vengono proiettate le tabelle delle varie dei voti in modo che chi vuole può approfondire gli aspetti numerici in maniera più dettagliata.

Signori Associati, i bilanci, consuntivo 2008 e preventivo 2009, predisposti dal Comitato Esecutivo il 25 marzo 2009 e definitivamente approvati dal Consiglio Nazionale il 23 aprile 2009, sono stati inviati alle Sedi regionali e al Collegio dei Revisori dei Conti nei tempi previsti all'art. 24 dello Statuto e depositati presso la Sede nazionale affinché ogni socio in regola con il pagamento delle quote associative possa prenderne visione.

Il "Bilancio" che sottoponiamo a Codesta Assemblée, come ormai da consuetudine, è stato predisposto rispettando il nostro "Piano dei Conti", quello che era stato approvato sin dal 1988 e che in questi 20 anni si è sempre affinato al fine di rendere edotti gli associati sia sui costi di tutte le "funzioni di spesa" che formano i vari Capitoli del bilancio sia sui ricavi che vengono differenziati per singolo tipo di Struttura associata (accreditata, non accreditata, per acuti, per lungodegenti, per Rsa e per Centri di riabilitazione ex art. 26)

Per gli enti non commerciali e non profit, quale la nostra Associazione di categoria, è molto importante e significativo impostare il proprio Bilancio Consuntivo, sia per quanto concerne i "Costi" sia per quanto concerne i "Ricavi", ponendo i risultati a confronto con quanto era stato preventivato. Questa è sempre stata una delle esigenze richieste dagli Associati e, pertanto, anche quest'anno nella predisposizione del bilancio ci siamo fatti carico di tale esigenza che rende, senz'altro, con maggiore trasparenza l'attività dell'associazione e per ulteriore maggiore chiarezza il Conto economico 2008 è stato messo a confronto anche con il consuntivo relativo all'anno 2007.

Come già consuetudine, Vi confermo che questo bilancio che sto per esporre e che, come già detto, è stato predisposto in base al nostro "Piano dei Conti" è stato sottoposto al giudizio di un ente revisore.

Bilancio consuntivo 2008

Durante l'esercizio 2008, grazie alla corretta tenuta dei libri contabili da parte del nostro ufficio amministrativo che, tra l'altro, ha sempre scrupolosamente osservato le indicazioni scaturite dai vari deliberati del Comitato Esecutivo, mi è stato possibile controllare tutti i movimenti in entrata e in uscita, confortato anche dall'assiduo controllo del Collegio dei Revisori dei Conti che ha sistematicamente verificato ed analizzato l'esattezza delle spese impegnate ed effettuate. Permettetemi di ringraziare pubblicamente, a fine di questo triennio, ognuno dei Componenti il Collegio, Angelo Anselma, Alberto Prandin e Marcello Ilardi, per i loro consigli sempre suggeriti con l'alta professionalità che li distingue. STATO PATRIMONIALE al 31 dicembre 2008

Le voci comprese tra le ATTIVITA', ovviamente, sono quelle inerenti "le disponibilità liquide" - compreso l'importo di quanto depositato alla RAS quale fondo quiescenza personale - le "immobilizzazioni finanziarie e materiali" e i "Crediti". Tra questi ultimi notiamo quelli così detti "diversi", quelli dalle Sedi Regionali



JESSICA FARONI

Complimenti. Se siete d'accordo rimanderei la discussione sulla bellissima relazione dopo aver dato lettura dei due bilanci dell'Associazione: il consuntivo 2008 e il preventivo 2009.

L'assemblea approva.

Prima di dare la parola all'Amministratore Tesoriere, Lorenzo Orta, devo correggere soltanto il numero dei voti totali dato che mi comunicano che in questo momento siamo le presenze in Assemblée sono pari a 22.606



e quelli da associati.

Analizzando gli allegati inerenti queste partite creditizie – dal n°1 al n°4 - si evidenzia che i crediti da associati per quote associative pregresse dall'anno 2000 all'anno 2008 (allegati 1, 2a e 2b) sono pari a € 975.740,10 quelle relative ai così detti crediti "al contenzioso" (all. 3) risultano essere pari a € 191.932,88, mentre quelli dalle Sedi Regionali per quote associative da loro riscosse al 31 dicembre 2008 per nostro conto e non ancora a noi trasmesse pari a € 658.402,34 sono evidenziate all'allegato 4.

A questo proposito e in considerazione che al 31 marzo 2009 rimane ancora un credito pari a circa 256 mila euro, il Consiglio Nazionale ha assunto una deliberazione che prevede anche il commissariamento delle sedi che non trasmettono tempestivamente le quote di competenza della Sede Nazionale.

Alla data del 31 marzo 2009 tra i crediti vantati abbiamo riscosso € 64.060,83 per quote relative agli anni dal 2000 al 2008, € 12.238,22 per quote al Contenzioso e, come prima evidenziato, € 402.183,09 dalle Sedi Regionali. A tale data hanno azzerato il loro debito le Sedi Piemonte, Lombardia, Toscana, Puglia e Sardegna.

Analizzando la parte delle "PASSIVITA'" gli importi più salienti sono quelle delle partite debitorie ed elencati negli allegati 5/a per i "ratei passivi" e i "debiti diversi", 5/b per quelli verso i nostri consulenti in attesa della fatturazione per onorari di competenza dell'anno e per quelli verso le nostre Sedi Regionali, 5/c verso i fornitori. Serve precisare che tra i debiti verso le nostre Sedi Regionali, 115.081,53 euro rappresentano la quota parte di loro competenza sui crediti per quote associative vantati sino all'anno 2003.

Tra le "Passività" riscontriamo anche i vari "Fondi" tra i quali quello di "ammortamento" della nostra Sede Sociale che rispecchia l'intero importo dell'acquisto, il Fondo per il TFR, il nostro Fondo riserva e il Fondo svalutazione crediti al contenzioso che è rimasto pari a quello previsto al 31/12/2007

Alla data del 31 marzo 2009 la situazione debitoria è completamente mutata, infatti si sono quasi azzerati tutti gli importi di cui agli allegati.

Il Bilancio Consuntivo 2008 si chiude con un avanzo di gestione pari a € 2.352,71 che il Comitato Esecutivo e il Consiglio Nazionale Vi propongono di portare al fondo riserva.

Conto economico

Costi:

Esaminando il Conto Economico, messo a confronto, oltre che con il consuntivo al 2007 anche con quanto era stato preventivato per il 2008, evidenziamo lo scostamento dei costi relativi al Cap. 4 per alcune spese straordinarie per onorari per il ricorso alla Corte Costituzionale sull'art. 1 comma 796 della legge 296/06 in materia di determinazione dello sconto sulle prestazioni specialistiche, per l'adeguamento del nostro attuale Codice di Comportamento, che era già stato approvato nel 2004 dal Ministero di Giustizia, alla luce delle integrazioni che sono pervenute in questi ultimi 5 anni e per alcuni pareri richiesti a livello universitario sulla politica sanitaria adottata da alcune Regioni. richiesti a livello universitario.

Credo sia importante sottolineare che a consuntivo abbiamo mantenuto i costi relativi al Cap. 10 al di sotto di quanto preventivato. Questo è stato possibile in quanto su precise indicazioni del Comitato Esecutivo il periodico MondoSalute è stato limitato a due soli numeri nell'anno e così dovrebbe essere per il prossimo anno, come si evidenzierà nel preventivo 2009. Pertanto i costi

complessivi dei capitoli del bilancio non si sono, in linea di massima, discostati da quelli in preventivo e abbiamo contenuto le spese in 2 milioni 762.810,78 euro rispetto ai 2 milioni 831 mila preventivati.

Oltre gli importi relativi ai Costi dei vari Capitoli di bilancio sono stati imputati anche quelli riferiti alle sopravvenienze passive, per un importo totale pari a 60.809,84 euro di cui 41.646,00 per una netta decurtazione dei posti letto nella Regione Sardegna, in base al loro nuovo piano sanitario, e comprensivi anche di quella parte dei crediti al contenzioso dichiarati inesigibili che non sono stati imputati al Fondo svalutazione.

Ricavi:

La voce dei ricavi, che comprende le quote di competenza 2008 relative alle strutture associate, gli interessi attivi e le sopravvenienze attive, è risultata pari a 2.825.973,00 euro con un decremento di 9.238,00 euro rispetto a quanto avevamo preventivato. Per quanto concerne i ricavi inerenti le quote associative abbiamo riscontrato un decremento in valore assoluto di 33.215,17 euro causa la decurtazione sia dei posti letto che del valore della quota associativa della Regione Sardegna. Gli interessi attivi, tra quelli bancari e quelli relativi al deposito presso la RAS per il TFR, sono stati pari a 15.548,78 euro e la voce relativa alle sopravvenienze attive, pari a € 18.427,64 per rettifiche effettuate nel corso dell'anno su alcune spese non più sostenute ma precedentemente preventivate.

Mentre le poste di bilancio stanno scorrendo attraverso la proiezione dei lucidi io e lo staff amministrativo rimaniamo a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

Chiudo questa mia breve relazione al bilancio consuntivo 2008 chiedendo la Vs. approvazione e la destinazione dell'avanzo di gestione.

Bilancio preventivo 2009

Il Bilancio Preventivo 2009 approvato dal Consiglio Nazionale il 23 aprile u.s. viene oggi presentato e predisposto mettendo tutte le voci dei "Costi e dei "Ricavi" a confronto con il Consuntivo appena illustrato e prevedendo un avanzo di gestione pari a € 1.593,00.

Per quanto concerne l'entità delle quote associative per l'anno 2009 il Consiglio Nazionale ha condiviso quanto proposto dal Comitato Esecutivo, cioè di lasciare inalterate, rispetto al 2008, le quote per le strutture per acuti, per lungodegenti, per i Centri di riabilitazione e per le RSA accreditate e non accreditate pur evidenziando una decurtazione di 3.698 posti letto associati rispetto all'anno 2008

Pertanto i ricavi preventivati per l'anno 2009 pari a 2.631.367,00 risultano essere inferiori di ben 160.629,00 euro rispetto alle quote relative all'anno 2008.

L'entità delle quote associative per singola struttura rimarranno quelle attuali e così suddivise:

per le strutture accreditate:

per acuti€ 54,00 per posto letto
per lungodegenti€ 39,00 per posto letto
per RSA€ 35,00 per posto letto

Per le strutture non accreditate:

per acuti€ 39,00 per posto letto
per lungodegenti€ 33,00 per posto letto
per RSA€ 30,00 per posto letto
per i Centri di riabilitazione ex Art. 26 ...€ 33,00 per posto letto

Precisando che:

se la Struttura risulta essere accreditata anche parzialmente deve corrispondere la quota associativa relativa alle strutture accreditate per il totale dei posti letto autorizzati anche, quindi, per i posti letto non accreditati

se una stessa Struttura è autorizzata con posti letto per acuti (specialità mediche, chirurgiche, riabilitative, neuropsichiatriche) e per posti letto per lungodegenza, RSA e/o Cdr ex Art. 26, corrisponderà una quota associativa differenziata.

Per quanto concerne gli importi delle voci dei costi di cui ai singoli capitoli di bilancio che sono messi a confronto con il consuntivo 2008, sono state riviste alcune spese dei vari capitoli in considerazione dei minori ricavi preventivati, come prime esposto.

Pur senza variare la nostra politica siamo riusciti ad abbattere i costi di 124 mila euro, rispetto al consuntivo 2008, agendo su alcuni capitoli di spesa (- 27 mila al Cap. 10 mantenendo in solo due numeri la pubblicazione di ModoSalute, - 18 mila al Cap. 7 per alcune sponsorizzazioni alla nostra Assemblée, -71 mila al Cap. 4 non avendo previsto spese straordinarie per pareri legali e legislativi come per l'anno 2008, e altri).

Chiudo questa mia breve relazione al bilancio preventivo 2009, rimanendo a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti e chiedendoVi congiuntamente all'approvazione, l'impegno di Voi tutti alla regolarizzazione della quota associativa a termine di stato.

JESSICA FARONI

Ringrazio il Tesoriere nazionale per la sua relazione, oltre al dono della chiarezza ha anche quello della sintesi, per cui doppio merito. E prima di dare la parola al Presidente dei Revisori dei Conti per la sua relazione sul bilancio consuntivo 2008, come avevo già preavvertito mi debbo assentare e pertanto ringraziandovi porgo a tutti un caro saluto.

Su proposta del Presidente Paolini, la Presidenza dell'Assemblée viene affidata al Prof. Gabriele Pelissero che dopo aver ringraziato per l'applauso, da subito la parola al Rag. Angelo Anselma.



ANGELO ANSELMA

Presidente Revisori dei Conti

Signori associati, il bilancio al 31.12.2008 presentato e approvato dagli organi direttivi dell'Associazione nei termini statutari è stato puntualmente trasmesso e sottoscritto ai revisori dei conti. Il documento composto dal conto patrimoniale e dal conto economico è stato preso in attento esame in ogni sua parte e rilevato conforme alle risultanze della contabilità. I revisori rilevano altresì la chiarezza con cui sono esposti i dati, ciò permette una lettura agevole e una valutazione sintetica dei risultati.

Per offrire un contributo ulteriore alla sintesi, i revisori presentano il bilancio in cui le poste che presentano caratteri di

omogeneità sono state raggruppate.

In sintesi, nel contro patrimoniale si evidenziano l'incremento per euro 37.606 e rotti delle immobilizzazioni finanziarie originato dall'apporto al deposito RAS per fondo quiescenza del personale; l'aumento dei crediti di euro 107.872,21 e, a questo proposito è bene fare qualche riflessione.

E' interessante, infatti, notare a parte la morosità ormai cronica riferita ad alcune regioni, il permanere tra i crediti di euro 78.279,31 rappresentati da quote a suo tempo rateizzate. I crediti da sedi regionali per euro 658.402,34 per quote versate dalle case di cura alle sedi regionali stesse e da queste non tempestivamente trasmesse alla sede nazionale. E' un deriva che sinceramente ci auguriamo non perduri e rientri il più presto possibile.

I crediti al contenzioso per euro 191.932,88 sono in parte bilanciati dal fondo svalutazione crediti, segnato al passivo per euro 48.593,93 nonché dalla quota parte del totale che compete alle regioni per 92.827. Tuttavia, rimane ancora una parte dei crediti al contenzioso che non trovano compensazione al passivo con l'adeguato fondo.



Nel conto economico nulla di particolarmente rilevante da evidenziare, diamo dunque il nostro parere favorevole all'approvazione da parte dell'assemblea, del conto patrimoniale e del conto economico al 31.12.2008.

Concluso il nostro mandato, sentiamo doveroso ringraziare gli associati che in tutti questi ci hanno accordato la loro fiducia. Ringraziamo il Presidente, il Direttivo, l'Amministratore Tesoriere per l'attenzione prestata al nostro contributo, minimo peraltro, alla chiarezza dei conti. Non ultimi, ringraziamo i funzionari della sede nazionale e in particolare il dottor Angelo Cassoni, la signora Patrizia Salafia per la gentile e intelligente collaborazione.

Presiede l'Assemblea

GABRIELE PELLISSERO

Ringrazio Angelo Anselma per la sua puntuale relazione. A questo punto apriamo la discussione sulla relazione del Presidente, sul bilancio consuntivo e preventivo, corredato di tutti gli adempimenti previsti dalla legge.



AVERARDO ORTA

Più che intervenire sulla bella relazione del nostro Presidente, che è stata lucida ed esaustiva, mi allaccerei ad una serie di passaggi della stessa, per raccontarvi che cosa stiamo facendo, perché la sezione AIOP Giovani è molto attiva e una parte degli associati forse non ha modo di rendersi conto della nostra attività.

Credo, invece, che - proprio collegandoci al futuro molto serio descritto dal nostro presidente - la sezione AIOP Giovani è stata probabilmente una buona idea, perché ci confrontiamo



sempre più spesso, come avete visto anche nel nostro convegno, con funzionari che stravolgono i dati, che piegano esperienze internazionali al loro volere, per affermare che è giusto trattarci come fanno, perché viene fatto ugualmente in altri Paesi.

Noi abbiamo deciso di andarci a vedere questi Paesi: siamo stati in Catalogna, uno dei sistemi sanitari che i nostri oppositori citano come modello di riferimento; abbiamo potuto vedere quali sono i problemi che affliggono la Catalogna e, in una contestazione anche pubblica su quel modello, non siamo più passivi, siamo soggetti in grado di riportare esperienze dirette. Siamo andati negli Stati Uniti, alla John Hopkins University e alla Harvard Medical School. In tutti questi viaggi, come sanno il dottor Bonanno, il dottor Miraglia, che sono venuti con noi, la parte ludica è veramente ridotta. Sono tour faticosi, fatti di lectures, incontri, visite dalla mattina alla sera, per capire come è disegnato il sistema sanitario di quel Paese e poterci confrontare, una volta tornati, con i nostri referenti di parte pubblica alla pari, anzi, a volte portando un'esperienza diretta più precisa di quella che possono vantare loro.

Quest'anno andremo in Giappone, un Paese molto strano dal punto di vista del sistema sanitario, simile per certi versi e diverso per altri, probabilmente uno dei più sconosciuti a livello internazionale. Per cultura il popolo giapponese è, infatti, molto aperto ad esperienze all'esterno, ma poco aperto per far vedere agli altri che cosa sta facendo.

Ho impiegato due anni per l'organizzazione, sono andato diverse volte a mie spese, per organizzare uno Study Tour che partirà il 3 ottobre prossimo e ci consentirà di avere un incontro con il ministro della sanità giapponese e di visitare le università dove vengono formati i medici. Ci verrà disegnato il sistema sanitario nazionale, vedremo le strutture sanitarie di eccellenza, capiremo quali sono i sistemi gestionali più moderni e anche le tecnologie utilizzate. Tutto ciò per offrire all'Associazione la possibilità di arricchirsi di contenuti.

In un incontro dell'Agenzia per i Servizi Sanitari dell'Emilia Romagna, parlando dell'accreditamento, dove le strutture private hanno fatto una figura eccellente, è stata prodotta una esercitazione, che citava la solita clinica del professor Tersilli, ma noi non lo accettiamo più, vogliamo portare contributi, esperienze avanzate, contatti di vario livello.

Vedrete nelle slides, che il dottor Leonardi fa scorrere, che quest'anno abbiamo avuto contatti con l'Università Bocconi, La Sapienza, il Politecnico di Milano, incontri che compaiono a livello istituzionale negli atti di questi importanti istituti e ci hanno consentito di sviluppare rapporti personali con professori di rilievo nazionale e internazionale. Abbiamo un corso che CERGAS Bocconi - ritagliato proprio per noi - al quale parteciperanno una trentina di giovani imprenditori della sanità a Milano. Avremo la possibilità di studiare i modelli più moderni, che la Bocconi è in grado di spiegarci ed illustrarci. Abbiamo avuto un convegno, a cui una gran parte di voi ha assistito, che per la qualità dei relatori e per il tema porta nuova linfa ai lavori delle nostre giornate assembleari, come il nostro presidente ha riconosciuto e lo ringrazio.

Siamo ormai cento membri e per questo ho ritenuto di poter lanciare un appello. L'attività della nostra sezione è una vera palestra, quello che il dottor Emmanuel Miraglia immaginò quando la inserì nello Statuto rinnovato della nostra associazione. Lo scopo era, infatti, di creare un gruppo di giovani imprenditori, in grado di sondare le punte più avanzate della tecnologia, della scienza, dei sistemi organizzativi, politici, nei rapporti internazionali. Facciamo parte stabilmente dell'UEHP, la nostra federazione europea di categoria, come un membro osservatore, partecipiamo ai

lavori, abbiamo quindi modo di trasferire al nostro interno un'apertura che non è solo nazionale.

Ebbene, qualche Regione non ha ancora costituito la sezione AIOP Giovani, e ciò mi sembra abbastanza incomprensibile: fra noi, infatti, non solo si è creato un buon gruppo di lavoro, ma anche una bella amicizia, un altro importante elemento che rafforza la nostra associazione e la rafforzerà ancora di più nel prossimo futuro. Manca soltanto un passaggio e lo propongo, dopo averne parlato con il Presidente Paolini. Penso che un ulteriore passo avanti si possa compiere, consentendo alla nostra sezione di partecipare anche alle sedi di AIOP, che più di altre costituiscono osservatori importanti, come il Comitato Esecutivo. In Confindustria o in altre associazioni, le sezioni giovani hanno un posto come osservatore all'interno di questi organismi, per poter capire che cosa fa l'associazione dove l'attività è più frenetica ed essere pronti alle sfide che il futuro ci riserverà.

Spero che questa mia proposta vi trovi d'accordo, so di poter contare sull'accordo del presidente Paolini e mi impegno a tenervi informati sulle nostre attività. Vi chiedo però anche di andare sul nostro sito, costantemente aggiornato dal dottor Leonardi, la colonna portante della nostra sezione per tutto il lavoro, l'impegno, l'affetto che dedica. Sono a vostra disposizione, e confermo ai presidenti regionali, che ancora non hanno costituito una sezione AIOP Giovani, tutta la nostra disponibilità per venire, fare un'assemblea e accendere anche nella vostra regione una fiammella, che sta bruciando bene.



ENZO SCHIAVONE

Consentitemi di partire dall'ultimo intervento di Averardo, per ringraziarlo dell'impegno che ha profuso nella sua attività, nel suo ruolo di presidente di AIOP Giovani, per come si stanno evolvendo, stanno crescendo le nostre leve. Questo è un momento di grande significato perché viene a darci la forza e la certezza di avere un patrimonio professionale, di cui tutta AIOP deve essere orgogliosa e fiera, per la propria continuità. Di questo ti do atto, come ti ho testimoniato più volte, che i viaggi all'estero non sono stati per nulla ludici, ma molto faticosi tanto che i ritmi erano veramente pesanti per me.

Il tuo auspicio di consentire la partecipazione dei giovani nei Comitati esecutivi delle singole Regioni, o nei punti dove maggiormente possono trarre spunti per la loro maturazione, trova il mio plauso. Sono quindi favorevole alla tua richiesta e prego l'Esecutivo e il Consiglio AIOP di tenerne conto per la sua evoluzione.

Ora consentitemi di ringraziare, di complimentarmi, di stringere pubblicamente la mano di Enzo Paolini. Sono stato orgoglioso nei tre anni di questa presidenza, indipendentemente dai risultati raggiunti, perché il momento è stato difficile, di grande complessità, ha travagliato non poco l'intero sistema Paese e ha causato anche nel campo della sanità gravissime ripercussioni e che tutti, chi più e chi meno, in svariato modo nelle nostre regioni, abbiamo comunque dappertutto registrato.

Non esiste una regione in cui ci sia stato un momento di tranquillità, di pace e di serenità. In alcune regioni le problematiche all'interno sono state affrontabili, in altre sono state terribili, addirittura di tipo esistenziale per la nostra stessa associazione, di so-

pravvivenza per le nostre aziende. Mi riferisco in particolare a quelle regioni che vengono ancora chiamate da alcuni politici, le "regioni canaglia". Ma perché? In queste regioni esiste un servizio sanitario della nostra associazione che è di tutto rispetto e viene annoverato spesso tra quelli che generano disavanzo, mentre questo problema non è affatto causato da noi, ma esclusivamente da una parte malata, che è quella pubblica.

Presidente, tu hai presentato una lettura completa, hai attraversato tutti i punti difficili di questo lungo periodo; vorrei ora proporre a te ed agli amici qui presenti due momenti di riflessione, come abbiamo fatto in molte occasioni nel Comitato esecutivo e nel Consiglio nazionale. I punti sono la materia economica - finanziaria e l'organizzazione stessa della nostra associazione. Per quanto riguarda il primo, siamo partiti dalla situazione di alcune regioni, in cui le difficoltà si sono poi tramutate in lotte interne: la tipica lotta dei poveri perché la coperta era sempre corta, e ciò ha determinato all'interno di singole regioni tante situazioni di conflittualità, come in Sicilia e nel Lazio. In quasi tutte le regioni, peraltro, si sono registrate tensioni interne.

Noi dicemmo, perché analisi l'abbiamo fatta in più occasioni e sempre bene, che il deficit non stava nelle nostre attività, ma nel grande disavanzo che si accumulava giorno per giorno nel settore pubblico. Poi dicemmo che forse non era opportuno mettere troppo in evidenza questo grande divario; quando però lo abbiamo registrato, abbiamo riportato dati ben diversi da quelli riferiti ieri: le regioni non applicano alle strutture ospedaliere solo il 25% in più rispetto alle tariffe. In Campania abbiamo riportato dati ufficiali, pubblicati come atti deliberativi sui BUR, in cui al settore pubblico, rispetto al 100% del tariffario nazionale, viene applicato un 3,5% in più per le prestazioni di emergenza e un 40% in più per la complessità delle prestazioni. A questo bilancio poi, considerato un deficit permanente del 40, 50, 60, 70%, va aggiunto il ripiano. Il differenziale, dunque, non è il 25% in più, ma, andando a fare bene i conti, è probabilmente del 125% in più.

Le situazioni evidenziate da questi dati non potranno mai essere risanate con i magri risparmi che il settore pubblico o i suoi ragionieri tentato di operare sulle nostre strutture; è impossibile, infat-



ti, cercare di ripianare questo divario enorme solo con i nostri risparmi. Il debito è strutturale, va quindi evidenziato che i piani di rientro di queste regioni sono praticamente fasulli e non hanno cominciato a produrre alcun tipo di ripiano, attraverso una manovra oggettiva e reale. È, quindi, necessaria la provocazione di cui parlava ieri Pelissero, chiedendo di applicare i criteri civilistico ai bilanci degli ospedali pubblici.

Abbiamo registrato qual è la pochezza del Ministero della Salute e l'ingerenza massiccia, che subisce da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Io sarei dell'avviso che noi dobbiamo provocatoriamente rendere pubblico che le risorse disponibili sono sufficienti e dobbiamo rinforzare l'azione del Ministero della Salute, affinché siano riequilibrati i conti nel settore pubblico, perché è lì che possono ricavarsi quei risparmi di cui oggi il Paese ha bisogno. E' lì, quindi, che può cominciare una vera e propria azione di ripiano del settore.

Continuando così, certamente non potremo seguitare a mantenere gli attuali livelli organizzativi nelle nostre strutture, eppure il sacrificio di noi imprenditori, come Paolini ha evidenziato molto bene nel suo passaggio finale, non si è ancora rivelato nella sua intenzione perché va avanti in maniera costante.

Quante sono le aziende che hanno messo mano a processi di contrazione del personale, nonostante i grossi deficit accumulati, i piani di rientro, i contenimenti dei budget e la decurtazione delle tariffe? Non molte, mentre oggi il Ministero dell'Economia ci dice che due aziende su cinque hanno avviato processi di riduzione del personale, non per la crisi della sanità, ma per la crisi mondiale del sistema economico finanziario, che attanaglia tutto il sistema Paese. Nel nostro settore, nonostante ciò, queste due aziende su cinque probabilmente non si sono ancora viste.

Allora come pensiamo di poter continuare di questo passo? Cioè, di continuare accumulando ritardi su ritardi, riguardo al contratto di lavoro ed alle manovre interne, con i bilanci che si affievoliscono sempre di più, con sotto-sistemi tariffari e budget ancora sempre più onerosi. E' difficile poter prevedere un futuro roseo! La fermezza, mantenuta soprattutto nel campo del contratto di lavoro dal Presidente e dal capo delegazione Emmanuel Miraglia,

ha garantito la nostra compattezza, perché eravamo nell'impossibilità di concedere spazio a quanto ci si richiedeva. Pur riconoscendo, infatti, di dover ridare ai nostri lavoratori la dignità del contratto, ormai fermo da oltre quaranta mesi, le condizioni non erano assolutamente tali da poterne permettere l'attuazione.

E' necessario, quindi, raggiungere l'obiettivo di restare uniti e compatti, perché non sono le piccole realtà, a volte divaricanti per semplici beghe politiche locali, che possono dare forza alla nostra associazione in questo momento difficile. L'unità è essenziale e, mai come ora, va mantenuta nella nostra associazione. Voglio dare atto ad Enzo Paolini per quanto sta facendo per mantenerla, e soprattutto per riportare in associazione anche chi tempo addietro se ne era allontanato.

La conclusione è di evidenziare lo scontro tra il Ministero dell'Economia e quello della Salute, convincendo il primo che con queste risorse ci si fa e probabilmente è necessario mettere mano ad un vero e proprio ripiano all'interno dei servizi sanitari regionali per fare sì che i disavanzi possano finalmente trovare una soluzione.

Bisogna cementare sempre più l'azione al nostro interno in modo compatto, come abbiamo fatto per il contratto di lavoro, perché dobbiamo continuare su questa strada.

Ti ringrazio, Presidente, per quanto hai fatto e per quanto sicuramente ancora farai.

MARIO COTTI



Il mio intervento è soprattutto per presentarmi a questa assemblea in quanto da poco sono stato eletto presidente dell'Emilia Romagna, succedendo a Lorenzo Orta: il mio compito, quindi, non è facile anche perché egli è stato con noi per più di venti anni, lasciando un segno veramente grande e, anzi, a nome di tutti gli associati dell'Emilia Romagna, va a lui il mio sincero ringraziamento.

Il mio intervento è doveroso, perché ieri e oggi è stata citata l'Emilia Romagna come una delle regioni più virtuose in assoluto del nostro contesto nazionale, insieme ad altre, come la Lombardia. Da noi, però, c'è una differenza sostanziale:

abbiamo un centrosinistra piuttosto forte, e sono stato molto moderato a usare questa espressione, perché si tratta di un bel segno rosso. Nonostante questo, devo dire che Lorenzo Orta è riuscito ad instaurare un rapporto di collaborazione con un assessore che tutti voi avete conosciuto, Bissoni, molto preparato e tenace nella trattativa, ma che ormai pensiamo sia in scadenza, come ci ha detto anche lui.

E' un momento difficile per tutti, per noi forse in particolare, proprio perché il tema più scottante in assoluto è la tariffa. Anche se devo ammettere che alcuni nostri associati hanno fatto i conti e hanno detto che tutto sommato non si tratta poi di un disastro così grande. In Regione hanno fatto sbagli esagerati su alcune voci e questo ci dà una grossa mano. Se avessero fatto un documento, che poteva andare quasi bene, sarebbe stato più difficile contrastarlo, mentre in questo caso l'errore è più che evidente.

Mi complimento molto con Pelissero per l'intervento di ieri, quando ha sostenuto che, se noi dobbiamo fare i nostri bilanci con quelle tariffe, proviamo a vedere se anche l'ospedale pubblico ri-



esce a fare i suoi con le stesse tariffe; qui sta veramente la sfida. Pelissero lo può dire, perché si trova in una regione dove esiste questo tipo di scambio, di collaborazione. Da me è capitato, invece, che in una trattativa dura, ad un certo punto l'assessore ha preso tutte le sue cose, si è alzato ed è andato via. Ma è assurdo! In alcune situazioni sono rimasto stupefatto e ho capito, che data la difficoltà, in certe trattative non bisogna andare da soli, ma almeno in tre o quattro, perché l'interlocutore vede una platea più grande e si trattiene di più, non può andarsene in quel modo!

La linea deve essere ferma e aggressiva, sono d'accordo con il Presidente. Noi siamo orgogliosi delle nostre strutture, dobbiamo esserlo come lo sono i cittadini. Ai miei amministratori locali ogni tanto chiedo perché, se siamo fieri del nostro ospedale di Parma, m'invitano poi a fare una trattativa, dove mi fissano limiti provinciali, più ristretti di prima. Adesso, infatti, dovremmo avere, secondo loro, un budget provincia per provincia, rigido e penalizzante.

Ci troviamo in situazioni veramente difficili da gestire, lo dimostra il fatto che anche il governo di centrodestra non è molto sensibile alle nostre problematiche; i suoi delegati, nonostante abbia sentito ieri parole rincuoranti, sembrano forse un po' impreparati. Dobbiamo dunque impegnarci moltissimo per avvicinare di più questo governo.

Approfitto per riprendere un discorso fatto da Schiavone, che condivide pienamente. Essere uniti è fondamentale: noi non riusciamo ad esserlo come i farmacisti, perché siamo troppo differenziati, abbiamo realtà completamente diverse, non c'è una struttura uguale all'altra. Su certe problematiche, però, dobbiamo essere uniti: ad esempio, non dobbiamo entrare in contrasto per avere più budget, perché ultimamente io registro proprio la volontà di metterci l'uno contro l'altro. Stiamo attenti perché è un rischio! Nella mia provincia ho creato un tavolo di dialogo anche con i poliambulatori privati, perché sono i primi ad essere pericolosissimi, ci fanno una concorrenza incredibile quando, mi permetto di dire, mi sento più paragonabile ad un ospedale, che ad un ambulatorio in un condominio. Questo ogni tanto nelle mie trattative lo dico: l'affidabilità delle nostre strutture, con tutto il rispetto, è ben diversa. Noi ci siamo, c'eravamo ieri, ci saremo domani, e abbiamo anche una certa credibilità, mentre i poliambulatori se la devono guadagnare ogni giorno e possono perderla il giorno dopo. Un complimento ad Averardo Orta, perché ha portato avanti un discorso molto bello per i giovani; spingo sempre i miei due figli a partecipare, con qualche difficoltà perché sono un po' giovani. A Barcellona c'erano, sono venuto anche io ed è stato anche molto interessante.

GABRIELE PELISSERO

Siamo tutti consapevoli che l'Emilia Romagna è una delle trincee, nelle quali l'AIOP deve andare a combattere, e sicuramente ci sarà un'attenzione associativa nei confronti di questa regione. Ho apprezzato molto l'intervento di Cotti, perché in questo periodo siamo tutti colpiti dall'idea di una questione meridionale forte, ma c'è anche una questione settentrionale altrettanto forte. L'unità dell'Associazione, pertanto, è funzionale ad affrontare questi due risvolti, che sono molto simili ed hanno molte più interazioni di quanto si possa pensare. L'incontro di AIOP Giovani credo l'abbia dimostrato molto bene.



FABIO MARCHI

Il tema della guerra di trincea forse si applica bene anche al Piemonte, dove in circostanze fortuite e diverse, nei due giorni che hanno preceduto il nostro odierno incontro, il Presidente e il Vice presidente hanno avuto la ventura di conoscere il nostro Assessore regionale, una dinamica signora di Rifondazione Comunista che gestisce con polso ed in linea con la sua impostazione ideologica i rapporti con gli erogatori privati. Da noi, quindi, il tema è particolarmente sentito, la negoziazione separata azienda per azienda, Casa di cura per Casa di cura è stata molto impegnativa, ha lasciato sul campo anche strutture importanti, vittime del de - accreditamento

che, quindi, cessa di essere uno spauracchio per divenire una circostanza già percorsa e applicata.

Gli aneddoti sono importanti, ma nella nostra assemblea vale la pena di spostare l'ordine di misura, quindi comincio ringraziando la sede Lazio per la sontuosa ospitalità e l'organizzazione di queste giornate. Mi associo anche io ai ringraziamenti ai giovani non solo nella figura del loro coordinatore, ma anche a tutti gli altri per il loro impegno, perché mi è capitato di rilevare che, per fare altrettanto bene il convegno del giorno dopo, avremmo dovuto faticare, dopo aver assistito a quello di AIOP Giovani.

Ovviamente mi associo ai ringraziamenti al Presidente, del quale ho molto apprezzato la relazione, sintesi di un periodo di lavoro che ho avuto occasione di seguire anche nelle stanze della Sede nazionale, con diversi incarichi, che mi hanno permesso di apprezzare lo sforzo di tutti, l'impegno dell'Esecutivo e la competenza del Presidente. Questa ovviamente è una dichiarazione di voto e spero che la sua rinnovata candidatura trovi l'accoglienza dall'applauso, che ha coronato la sua relazione.

Consentitemi alcune riflessioni strategiche rapidissime. Visto che abbiamo parlato della inadeguatezza dei nostri interlocutori politici, dell'insuccesso dei nostri rapporti con Confindustria, della criticità della nostra organizzazione squassata da interessi localistici che portano a dividere la nostra compagine su temi contingenti, desidero suggerire una strategia lobbistica rinnovata a livello centrale e una lobbying, che vorrei definire multilivello e che deve impegnarci tutti.

Vedere presunti amici politici, o parti politiche più coerenti con il nostro sentire, dare prova di assoluta incompetenza sui temi profondi significa che noi dobbiamo fare di più, Confindustria non ci aiuta, i politici sono almeno superficiali, quindi mentre tra noi i senior intrattengono rapporti con le alte sfere politiche, i giovani si relazionano con i funzionari a tutti i livelli, ma in maniera strutturata. Dobbiamo avere rapporti con l'apparato burocratico romano, che sembra indirizzato a recuperare valenza in una rinascita del Ministero, ma che comunque detiene un sapere tecnocratico pericoloso se strumentalizzato: la nostra Associazione deve svolgere un'attività costante, alla quale sarei disposto di suggerire di devolvere i soldi spesi in una insoddisfaccente Confindustria.

E' una provocazione, ma è anche un richiamo. Da una tale impostazione penso scaturirà anche un recupero di compattezza associativa alla periferia, che è messa in pericolo quando i temi romani ci sfuggono di mano, come nella proposta delle tariffe che è ben più pericolosa di quanto i numeri dicano, per l'utilizzo strumentale della tariffa. Qui vorrei ricollegarmi a quanto diceva il collega



dell'Emilia Romagna: leggere le tariffe e simulare i bilanci, è la mistificazione nella quale ci vogliono trarre. Le tariffe massime non verranno recepite nelle Regioni, mentre lo saranno quelle più basse. Questo è uno scenario che ho chiaro nella mia Regione e temo sia così per tutti.

Per favore, quindi, lavoriamo per strutturare le attività di lobbying nel loro senso più alto, tutti insieme per la crescente coesione della nostra Associazione.

SERGIO CRISPINO

Della Campania non dobbiamo dire nulla, perché ormai siamo assurti all'onore delle cronache anche sulla stampa mondiale. Schiavone, fra l'altro, ha detto molto bene alcune cose fondamentali. Anche noi ovviamente siamo in trincea, all'interno di un regime che dura da oltre quindici anni, e forse, se si sommano i mandati della città di Napoli con quelli della Regione, dura da oltre un ventennio. Dobbiamo dire, però, che da un posto di trincea, dove siamo abituati a combattere quotidianamente, ci viene un suggerimento al Presidente, al quale voglio rivolgere un augurio per il prosieguo del lavoro di questa Presidenza, del suo Consiglio e del prossimo

Esecutivo. Personalmente vorrei che ci fosse un minimo di tecnicismo in più. Capisco che le azioni di lobbying si fanno lavorando al fianco della politica, ma da un posto di trincea vi dico che molte battaglie si vincono sul confronto tecnico. Il dato tecnico è incontrovertibile, riduce molto spesso alla ragione anche il più irriducibile degli oppositori.

La preghiera che rivolgo al Presidente è quella di costituire nuclei tecnici, che lavorino non a progetti campati in aria, ma per obiettivi e per progetti, che man mano si considerano perseguibili. Adesso abbiamo un problema di tariffe: ci hanno dato sette giorni di tempo per esprimere un parere, ma io so per certo che in molte Regioni d'Italia sono stati fatti studi sulle tariffe e un lavoro tecnico può essere elaborato rapidamente, per ricondurre alla ragionevolezza quanti ci vogliono propinare questo livello di revisione tariffaria, che è abbiamo visto tutti dove ci porta.

L'invito per il prossimo Consiglio Nazionale è eleggere un Esecutivo che abbia, sì, la forza politica, ma anche una forza tecnica, e di costituire nuclei tecnici, che studino e lavorino su progetti e problemi concreti, per fare passi avanti nel senso che tutti speriamo.

Sono d'accordo anche io sulla necessità il rapporto con Confindustria vada quanto meno rivisitato. Sono altresì certo che serva l'unità, perché anche da noi c'è il pericolo di una "guerra fra poveri". Il problema però non ci ha spaccato, noi continuiamo a mantenere il cento per cento delle Case di cura esistenti all'interno dell'Associazione, e vi posso garantire che non è semplice. Molti tentativi di fuga verso altre associazioni vengono fatti, ma poi c'è una marcia indietro che deve servire da esempio. Se parliamo di unità a livello centrale, dobbiamo avere chiaro che non la raggiungeremo mai se nelle varie sedi regionali non c'è il concetto di unità e si va a cercare gloria altrove, anche solo per fini personalistici.

EMMANUEL MIRAGLIA

Ho ascoltato e apprezzato moltissimo la relazione del Presidente Nazionale, la condivido e l'approvo: è una relazione di alto profilo che affronta tutti gli argomenti, con completezza nelle valutazioni. C'è un però. In alcune mie relazioni e anche in quella di Enzo Paolini dell'anno scorso ci sono stati attacchi alla politica nazionale e regionale, ma questa volta il tiro è stato fatto molto alto e duro.

Mentre ascoltavo, sentivo alcune perplessità, perché pensavo che l'anno di riferimento è quello di Berlusconi, di un governo di centrodestra, di una maggioranza quasi bulgara in Parlamento. Allora ripensavo all'inizio della relazione:

è stato un anno terribile. Ma davvero è stato così? Dentro di me ho concluso: sì, è stato l'anno peggiore della storia dell'ospitalità privata. Quel "però" si concludeva, allora, riconoscendo che l'attacco è giusto, perché abbiamo un anno alle spalle in cui non solo nella politica sanitaria non è cambiato nulla, ma abbiamo avuto i peggiori interlocutori, sia a livello nazionale che regionale.



La politica opera con i fatti, non con le parole. Abbiamo sentito dire che Silvio Berlusconi ed altri in convegni, inaugurazioni, cerimonie ufficiali si esprimono in certo modo, ma ricordiamo che, ad esempio, quando ad Ischia facemmo un convegno, il Presidente della Regione Lazio Marrazzo intervenne e dichiarò di essere per una sanità senza aggettivi, senza discriminazioni tra pubblico o privato. Per quattro anni tutta la sua politica è stata contro l'ospedalità privata, con chiusure, tagli di posti letto, riduzione di budget.

Ieri un senatore, nostro amico, che conosce i nostri problemi, è vicino alle nostre problematiche ci ha portato la notizia che è stato approvato il nuovo tariffario dei DRG, che regoleranno la disciplina dei ricoveri ospedalieri. A tal punto non conosceva il problema (gliel'ho detto quando l'ho accompagnato alla porta) che trasformava un insulto nei confronti della nostra categoria in un successo del Governo. Chi fa la politica sanitaria sono due funzionari di due Ministeri, Palumbo e Massicci, che erano i nostri nemici con il governo Prodi. I nuovi governanti li hanno lasciati al loro posto, anzi, hanno dato loro più peso, perché della sanità questo Governo non vuole interessarsi.

Mentre ricevevamo in prima lettura le notizie su questi tariffari, sui quali dobbiamo dare una risposta in tempi brevissimi, ci ponevamo una domanda: come faranno gli ospedali, con tariffe ridotte del 20-30%? Alla fine abbiamo capito: a loro non si applicheranno, ma solo a noi! In molte Regioni dove opero ci dicevano che era inutile lottare sui budget, perché tanto non li avremmo raggiunti. Ecco, non li raggiungeremo perché, a parità di produzione, se entrano in vigore questi tariffari, nessuno di noi sarà in gra-

do di arrivare agli stessi modesti budget, che ci vengono normalmente assegnati.

Questo quadro è stato affrontato in maniera veramente egregia dal Presidente Paolini, e ritengo l'Associazione, nell'approvare la relazione, debba dargli un mandato, per il prossimo triennio, a non fare sconti né a Berlusconi, né a Prodi o altri, perché questa è la politica che porta al suicidio, alla chiusura di molte nostre strutture e dobbiamo perciò oggi lanciare questo grido di allarme forte.

Riguardo poi al problema dei contratti di lavoro, sono trent'anni che lo affronto, o come Presidente nazionale o come capo delegazione, e porto nelle nostre strutture i nuovi contratti che hanno un costo, ma danno pace alle nostre aziende. Non si era mai verificato che a distanza di uno, due, quattro anni non ci fossero rinnovi contrattuali. I responsabili sono essenzialmente i nostri sindacati, perché non si era mai verificato che un sindacato nazionale trascurasse di insistere, di muoversi, di aggredire la controparte e la politica, per arrivare ad un rinnovo dei contratti di lavoro. Abbiamo, d'altra parte, Regioni le quali ricevono dal Ministero, dai ministri di centrodestra a cui accennavo, l'indicazione di non dare nulla all'ospedalità privata. Abbiamo una Conferenza delle Regioni, in cui sono rappresentate regioni di destra e di sinistra, che non intendono riconoscere nulla per il rinnovo del contratto dei centomila lavoratori dell'ospedalità privata. Lo dicono a chiare lettere: se si verificano tensioni, se si arriva alla chiusura di strutture... ben venga! Questa è la chiave di lettura del disinteresse manifestato sia dai sindacati, sia dagli amministratori pubblici, nazionali e regionali.

Questo contratto non potrà più essere rinnovato, perché oggi le



Regioni hanno approvato nella loro Conferenza un incremento con propri fondi, al di fuori di quanto assegnato nella ripartizione del fondo sanitario. Hanno così previsto un ulteriore finanziamento per il secondo biennio, mentre noi dobbiamo ancora dare il primo, con risorse che sono superiori a quelle che servirebbero per dare la copertura del nostro contratto. Alcune di queste Regioni sono amministrate dal centrodestra, altre dal centrosinistra. Noi vediamo che la difficoltà delle nostre strutture esistono ovunque: in Sicilia con un governo di centrodestra, in Veneto, una Regione di centrodestra, con tanti provvedimenti che vengono impugnati. Esistono difficoltà in tutte le altre Regioni, forse esclusa la Lombardia, ma anche in questo caso non si riesce ad ottenere tutto quello a cui l'ospedalità privata avrebbe diritto, per raggiungere una parificazione effettiva nei confronti dell'ospedalità pubblica.

Noi abbiamo tentato una carta con il contratto dei medici, sul quale voglio soffermarmi brevemente. Poiché non ci sarà più possibilità di fare un rinnovo di contratto per gli anni 2006-2007-2008, abbiamo proposto un contratto per il biennio 2009-2010, che superi così il primo e il secondo biennio, ma permetta ai nostri collaboratori medici di avere comunque un aumento, anche importante, per portare pace nelle nostre aziende eliminando problemi di rivendicazioni arretrate. Tutto questo per un semplice motivo, perché nel quadro normativo delle varie Regioni non è ipotizzabile che nel 2009 o 2010 ci siano riconoscimenti, né per il corrente, né, a maggior ragione, per gli anni pregressi che cominciano ad essere due-tre. Se si dovesse arrivare ad un rinnovo del contratto nel corso del 2010, con una riapertura della trattativa alla fine di

quest'anno, esso avrebbe un costo di un miliardo di euro nelle nostre aziende per il personale non medico. Escludiamo che ci sia una possibilità del genere.

Per i medici abbiamo fatto trattative molto lunghe per rinnovare il biennio 2009-2010, siamo arrivati ad ottenere il riconoscimento, che chiedevamo anche a CGIL-CISL-UIL, della doppia contrattazione. L'ho scritto nella mia ultima relazione e il presidente Paolini l'ha sottolineato nelle sue: ormai la diversificazione regionale è tale che le tariffe, i budget, il rapporto tra la Regione e le Case di cura è caratterizzato da una diversità non più colmabile. In ogni Regione si deve, dunque, valutare quale contratto possono applicare le nostre Case di cura ed eventualmente ottenere la rivendicazione della copertura.

Con i medici ci siamo riusciti, abbiamo non solo bloccato gli anni pregressi e perciò il biennio parte dal 2009, ma abbiamo anche fatto un contratto di doppio livello, riconoscendo certi aumenti per tutto il territorio nazionale e prevedendo la possibilità di una contrattazione di secondo livello, per arrivare fino al massimo del raddoppio degli incrementi contrattuali fissati in sede centrale, solo nelle Regioni in cui ciò è possibile.

Questo potrebbe essere un segnale di apertura. Ho incontrato i sindacalisti, ma la risposta per il personale non medico è stata negativa, trascurando il fatto che almeno in questo modo si poteva ottenere qualcosa per i lavoratori. La replica è stata: non accetteremo mai, noi firmeremo, anche tra dieci anni, il rinnovo che parte dal primo anno, cioè dal 2006. Emerge qui un vuoto intellettuale, oltre che una pochezza nella valutazione sindacale.

Dico questo a completamento della relazione, perché come delegazione ci stiamo muovendo sotto le direttive del Presidente, affinché si rimanga sul doppio livello e non si possa più parlare di incrementi che abbiano effetto retroattivo dal 2006. Se noi dovessimo chiudere un contratto in base alle rivendicazioni dei lavoratori, che richiedono un primo, un secondo e una parte del terzo biennio, il costo per le nostre aziende sarebbe di un miliardo di euro. Certamente impossibile.



GABRIELE PELLISSERO

Abbiamo terminato gli interventi. A questo punto pensavo di non prendere la parola... avendone già combinate di tutti i colori negli ultimi giorni! Prima di venire qui, sono andato a Torino all'assemblea dei direttori sanitari di una serie di ospedali pubblici importanti e gliene ho dette quattro, perché, con tutta l'amicizia, quando uno fa dei disastri bisogna avere il coraggio di dirlo.

Penso proprio di non tormentare più nessuno, tanto più che il Presidente ha scritto un relazione bellissima e gli interventi di tanti amici hanno già affrontato tutti i problemi. Mi permetto, perciò, soltanto una piccolissima considerazione aggiuntiva alla relazione di Paolini,

che approvo con grande convinzione, in relazione al problema di Confindustria, che ritengo molto delicato.

Chi si ricorda per caso dei miei interventi alle nostre assemblee, sa che sono sempre stato un critico così forte di Confindustria, che con la prima presidenza Miraglia mi feci addirittura interprete di un sondaggio, che, realizzato insieme, nei confronti di



Confcommercio, per vedere se c'era la possibilità di trovare un altro meccanismo di alleanze. Questa possibilità però è sfumata per tante ragioni storiche, politiche, anche di opportunità.

Il discorso dell'unità, in una fase in cui siamo sicuramente una categoria fortemente sotto attacco, ci obbliga a pensare al problema delle alleanze in modo serio, anche se sono d'accordo sul fatto che Confindustria nazionale rappresenti un grande problema, non solo per AIOP, ma per l'intero mondo imprenditoriale italiano.

Torneremo a discuterne in Consiglio, sicuramente ne dovrà parlare l'Esecutivo. Credo, infatti, che questo problema vada affrontato, come abbiamo fatto in tante Regioni, dove, partendo con difficoltà da una posizione di estraneità e poi da una di minoranza, siamo però riusciti a conquistare una leadership in Confindustria. Questa certamente è una montagna da scalare, ma sono convinto e sicuro che AIOP nazionale sia capace, se vuole, di scalare queste montagne. Dal mio punto di vista, la sollecitazione assembleare, che io porrei alla Presidenza ed all'Esecutivo prossimi, è di mettersi d'impegno a riaffrontare questo problema, perché noi abbiamo bisogno delle aggregazioni e dei momenti di unità.

Da tutti gli interventi che sono emersi nasce un quadro desolante del mondo politico. Non sono assolutamente sorpreso di questo fatto, perché non dobbiamo pensare alla politica come al regolatore del sistema, ma come al nostro concorrente, cioè al padrone delle aziende ospedaliere che ci fanno concorrenza tutti i giorni. Che cosa volete che otteniamo dal nostro concorrente? Un atteggiamento benevolo? Sarebbe veramente molto improbabile, fino a quando non troveremo gli strumenti per eliminare, o quanto meno ridurre, l'immenso conflitto d'interessi della classe politica italiana, che è il legislatore e al contempo il regolatore ed il proprietario dell'80% della rete ospedaliera italiana. Fino a quando non saremo riusciti ad aggredire questo gravissimo problema, noi ci troveremo sempre nelle stesse condizioni.

La vitalità dimostrata dalla nostra categoria, in tutti questi anni,

dice però che siamo combattivi, tenaci e ben determinati nel combattere questa battaglia. Con questo spirito, presente nella relazione di Paolini e nell'assemblea di oggi, credo che dobbiamo avviare il prossimo mandato. Essendo terminati gli interventi, dobbiamo ora porre in votazione la relazione generale annuale relativa al 2008 del Presidente Paolini.

APPROVATO ALL'UNANIMITÀ

Pongo in votazione, per alzata di mano, il bilancio consuntivo 2008.

APPROVATO ALL'UNANIMITÀ

Pongo in votazione, sempre per alzata di mano, il bilancio preventivo 2009.

APPROVATO ALL'UNANIMITÀ

Credo d'interpretare il pensiero dell'Assemblea, porgendo i complimenti al Tesoriere e al Collegio dei Revisori dei Conti, che hanno ben lavorato ancora una volta.

Entriamo adesso nella fase elettorale. Questa è la prima assemblea operativa con il Regolamento, che è stato recentemente approvato dal Comitato Esecutivo e dal Consiglio Nazionale ed è ormai in vigore. Le candidature sono state depositate presso l'Esecutivo, nei termini previsti dal regolamento, e sono state valutate dalla commissione elettorale, costituita ai sensi del regolamento stesso. Sono perfettamente valide e possono essere poste in votazione all'Assemblea.

Vi do lettura delle candidature pervenute per le cariche, che sono oggetto dell'Ordine del Giorno nella parte ordinaria della nostra Assemblea.



Presidente Nazionale: abbiamo registrato la candidatura dell'avvocato Enzo Paolini, non abbiamo altre candidature.

Elezioni di due consiglieri nazionali: abbiamo due candidature, Emmanuel Miraglia e Ettore Sansavini.

Revisori dei Conti effettivi, dobbiamo eleggere tre revisori, e abbiamo le candidature di Angelo Anselma, Lorenzo Orta, Fabio Rossi.

Revisori dei Conti supplenti, due revisori da eleggere: le candidature sono di Medardo Magni e Silvano Verlicchi.

Avendo un numero di candidati per ciascuna delle elezioni corrispondente al numero delle cariche, propongo di procedere per votazione diretta per ciascuna carica. Se non ci sono obiezioni, metto in votazione l'elezione del Presidente Nazionale per il triennio 2009-2011 nella persona dell'avvocato Enzo Paolini.

APPROVATO ALL'UNANIMITÀ

ENZO PAOLINI

Grazie, assicuro il mio impegno.

GABRIELE PELISSERO

Complimenti al nostro Presidente. Metto in votazione l'elezione dei due consiglieri nazionali per il triennio 2009-2011 di pertinenza dell'Assemblea Generale, nelle persone di Emmanuel Miraglia ed Ettore Sansavini.

APPROVATO ALL'UNANIMITÀ

Metto in votazione l'elezione dei revisori dei conti effettivi nelle persone di Angelo Anselma, Lorenzo Orta e Fabio Rossi.

APPROVATO ALL'UNANIMITÀ

Metto in votazione l'elezione dei revisori supplenti nelle persone di Medardo Magni e Silvano Verlicchi.

APPROVATO ALL'UNANIMITÀ

Non essendoci varie ed eventuali, do la parola ad Antonio Frova.



ANTONIO FROVA

Ormai di ringraziamenti, di apprezzamenti ne sono stati espressi molti, e non credo si debba aggiungere altro. Mi limito ad associarmi. Volevo solo dire che ieri abbiamo fatto una premiazione di quanti erano sul campo di golf, ma sul campo ci siamo tutti, in particolare quelli che ci rappresentano stabilmente! Volevo perciò porgere, a nome di tutti e mio personale, oltre che un apprezzamento anche un piccolo ricordo da mettere sulla scrivania ai nostri tre uomini chiave: il Presidente Nazionale Enzo Paolini, il mio Presidente regionale e vostro Vice Presidente, Gabriele Pelissero e il Direttore Generale, Franco Bonanno.

Paolini, il mio Presidente regionale e vostro Vice Presidente, Gabriele Pelissero e il Direttore Generale, Franco Bonanno.

L'ASSEMBLEA VIENE DICHIARATA CONCLUSA

Roma, 29 maggio 2009

CONVEGNO NAZIONALE AIOP - ISTITUTO BRUNO LEONI

La sanità della libera scelta. L'Italia è malata di statalismo?

Coordinatore

dr. Oscar Fulvio Giannino
Giornalista-Economista

Introduzione

dr. Alberto Mingardi
Direttore generale Istituto Bruno Leoni

Interventi

prof. Francesco Forte
Università La Sapienza Roma - prof. emerito

prof. Claudio De Vincenti
Università La Sapienza Roma

prof. Gabriele Pelissero
V/Presidente Nazionale Aiop

Conclusioni

avv. Enzo Paolini
Presidente Nazionale Aiop

Qual è il giusto spazio del privato nella salute? Quando la vita media si allunga e i costi della sanità pubblica diventano sempre meno sostenibili per le finanze statali, è possibile pensare a ridisegnare il nostro modello sanitario? Libera scelta e sostenibilità economica sono conciliabili? Di questo ed altro l'AIOP ha discusso insieme con l'Istituto Bruno Leoni, in un dibattito sul futuro del nostro modello di welfare.



ENZO PAOLINI

Presidente Nazionale AIOP

Abbiamo organizzato questo convegno insieme con l'Istituto Bruno Leoni - di cui vi parlerà il Direttore generale, dr. Mingardi - un nostro partner privilegiato per le idee di cui è portatore, per il dibattito che suscita e per l'autorevolezza delle sue posizioni. Il titolo del Convegno si chiude con un punto interrogativo, perché mi sembra d'interpretare il pensiero di tanti, affermando che l'Italia appare malata di statalismo. Di questo tema discuteremo con i nostri relatori: il prof. Francesco Forte, il dr. Claudio De Vincenti, il dr. Mingardi e il prof. Gabriele Pelissero. Cedo ora la parola ad Alberto Mingardi.



“Dinamiche del Sistema Sanitario”

ALBERTO MINGARDI

Direttore Generale Istituto Bruno Leoni

Come Centro Studi dell'Istituto Bruno Leoni - che tende a proporre i temi delle idee di mercato, della libera concorrenza e della tutela dei diritti di proprietà - ci ha fatto molto piacere organizzare questo convegno insieme all'AIOP, Associazione che, in tutta evidenza, rappresenta nell'arena politica, nelle camere di compensazione, gli interessi legittimi in gioco in una materia così delicata e sentita come la sanità.

Noi facciamo un altro mestiere, ci occupiamo di idee e, nel migliore dei casi, di disegnare alcune soluzioni.

In un Paese normale, tuttavia, gli interessi legittimi trovano an-

che, in modo trasparente e chiaro, soluzioni politiche che propongono un orizzonte di ragionamento coerente sia con gli interessi dei loro rappresentanti, sia con un disegno da sottoporre al Paese. Ho trovato quindi molto interessante la richiesta della vostra associazione, perché in essa prospettive intellettuali e culturali vengono a trovarsi per una volta assieme con interessi chiaramente definiti, mentre in Italia molto spesso avviene il contrario. Agli interessi piace muoversi nell'ombra e le prospettive intellettuali sono, nella migliore delle ipotesi, un paravento, lontano da una logica più trasparente e chiara.

Il titolo del dibattito odierno ci porterebbe su mari sconfinati: nessuno meglio di voi sa quali sono i problemi legati alla gestione quotidiana delle strutture in cui quella entità, astrattamente definita come sanità o diritto alla salute, si esplica, diventando poi assistenza, aiuto, cura, di un singolo malato giorno dopo giorno. Nessuno meglio di voi conosce le dinamiche di quel rapporto fiduciario, e inevitabilmente asimmetrico, che va a stabilirsi tra un malato e la persona che lo ha in cura.

Nello stesso tempo, nessuno meglio di voi sa che il confronto sui temi della sanità, specialmente in questo periodo, ha sfumature eminentemente diverse nel dibattito pubblico nazionale, perché è evidente che, al di là delle esperienze individuali, ciò che conta nella vita di ciascuno di noi, come persone e come pazienti, è sapere che esistono problemi ed esigenze del sistema, c'è una situazione di finanza pubblica estremamente complessa, che continuiamo ad attraversare, per giunta in un periodo complicato come quello che stiamo vivendo. Il dibattito si sposta, quindi, e si va ad incardinare su concetti più difficilmente avvicinabili da parte dei singoli individui, perché molto spesso non vengono messi assieme, nella loro esperienza di persone, il vissuto del malato e la prospettiva politica, la visione di come il sistema sanitario nazionale dovrebbe funzionare. Il risultato è, in qualche maniera, un dibattito a due velocità, che è molto facilmente dimostrato ed esemplificato dai diversi casi di “malasanità” che ogni tanto vediamo inevitabilmente affiorare.

In altri termini, da una parte abbiamo problemi di conti che destano scandalo perché riguardano appalti poco chiari, o questioni più asettiche di cattivo management; dall'altra invece abbiamo problemi di persone, malati costretti a fare le dodici fatiche di Sisifo per poter incontrare un medico, persone che sono state mal curate o addirittura danneggiate nelle strutture in cui hanno avuto la ventura di entrare.

Quando abbiamo definito il titolo di oggi come “la sanità della libera scelta”, in qualche modo abbiamo voluto unire questi due diversi aspetti. Da una parte abbiamo messo al centro la libera scelta per il paziente, pensando che sia un valore fondamentale attorno al quale organizzare un sistema sanitario; dall'altra, però, abbiamo voluto richiamarci alla concretezza di quella libera scelta che inevitabilmente diventa, nella storia personale e clinica di ciascuno di noi, la possibilità di trovarsi a scegliere, di vivere la competizione, diventando così un paziente più forte, in un rapporto che comunque, per necessità e per definizione, resta sbilanciato. Per questo abbiamo chiesto a tre esperti di rilievo di discutere con noi questi temi. Il professor Francesco Forte, cui darò ora la parola, oltre ad essere noto al grande pubblico per la sua intensa attività di editorialista per *Libero* e per *Il Foglio*, nonché per il suo impegno politico in passato, è anche uno dei più importanti economisti italiani degli ultimi decenni. Il professor Forte ci aiuterà, con la sua esperienza ed i suoi studi, a guardare all'economia delle scelte pubbliche per la sanità.

Un grande economista francese, Frédéric Bastiat, diceva che in ogni decisione c'è sempre ciò che si vede e ciò che non si vede. Molto spesso di determinate decisioni pubbliche noi vediamo so-



lamente ciò che si vede, gli effetti, ma non vediamo ciò che non si vede, i costi, che però nel lungo periodo contribuiscono a costruire l'orizzonte di sviluppo di determinati programmi, a porre vincoli di spesa, o di altro genere, all'azione dei policy makers e di chi opera all'interno dei sistemi pubblici.

Il professor Claudio De Vincenti è un'autorità indiscutibile in Italia sui temi dell'economia della sanità. Anche lui ha unito nel recente passato esperienze di studioso con altre di ausilio ai policy makers e conosce quindi molto bene il sistema di cui parleremo, aiutandoci a capire più da vicino quali sono le direzioni in cui effettivamente evolversi e quali invece i sentieri sbarrati da vincoli di altra natura.

Il professor Gabriele Pelissero è noto a tutti voi, non ha dunque bisogno di presentazioni: è autore di alcune pubblicazioni molto illuminanti che hanno per oggetto sia una prospettiva comparata tra i sistemi sanitari in Europa, sia quel particolare sistema, che è il modello della Lombardia, in cui si è trovato ad operare e non solo ad osservare da studioso.

Prima di dare la parola al professor Forte, vorrei semplicemente notare alcuni temi, attualmente al centro della discussione, che credo sia opportuno porre sul tappeto, per tornarci con attenzione durante il dibattito.

La prima questione è ovviamente quella del federalismo fiscale, che ha impostato nei mesi scorsi un nuovo filone di dibattiti, destinati a proseguire negli anni a venire, ed è servita indubbiamente anche al ministro Sacconi, al sottosegretario Fazio e a tutti coloro che animano questa discussione nell'alveo della politica, ad accendere un faro su un dato, riscontrabile in tutte le realtà italiane, ma veramente molto forte nella sanità, e cioè la grande disparità, la strepitosa differenza tra nord e sud.

L'altro tema, che credo valga la pena di approfondire in questa sede, anche se è difficile predirne gli effetti, perché non ci sono politiche chiaramente disegnate, è quello della prospettiva data al modello sociale italiano, al welfare in generale ed alla sanità in particolare, dal Libro Bianco costruito dal Ministero del Lavoro, della Sanità e delle Politiche Sociali. Si tratta, infatti, fondamentalmente di una road map che indica una direzione finale, senza però spiegare bene quale strada verrà presa nel dettaglio delle singole decisioni. Il documento ha però la grande forza di sortire (uno dei primi casi in Italia) da un processo di consultazione pubblica, che ha visti impegnati più di mille soggetti nei mesi scorsi. C'è stato un Libro Verde, l'apertura della consultazione e poi l'elaborazione di questo Libro Bianco, che sulla sanità, seppure in modo non puntuale e senza dare chiare indicazioni per il futuro, traccia una via: parla di maggiore partecipazione dei privati, socchiude, anche se non apre, la porta al secondo pilastro di carattere assicurativo, dà anche qualche altra indicazione, che credo possa essere interessante mettere anche al centro della nostra discussione.

Il terzo tema, sotteso ai primi due, che deve essere al centro delle nostre riflessioni quando parliamo della sanità della libera scelta, è quello del costo della libera scelta. Se la libertà di scelta del paziente è un valore, non di meno i vincoli di finanza pubblica sono tali che la libera scelta non può essere a carico del contribuente, perché francamente non ce lo possiamo permettere, anzi, andiamo inevitabilmente nella direzione di un rationing progressivo delle risorse messe a disposizione di questo comparto. Un razionamento che colpisce, per ora, i segmenti della spesa sanitaria più facilmente razionabili, ma può avere un impatto sulle vite e le aspettative di tutti noi.

Un'ultima chiosa. Entriamo in una fase in cui i temi della sanità saranno necessariamente più presenti nell'agenda politica. Come sapete, prima delle elezioni vengono effettuati sondaggi, in cui si chiede alla gente su quali temi sarebbe importante che i politici si

pronunciassero e dessero una ricetta: curiosamente la sanità viene al primo posto. A ciò non ha corrisposto poi un'offerta politica coincidente con la domanda dell'elettorato, emersa dai sondaggi. In un mondo contrassegnato dalle dinamiche demografiche che conosciamo, in cui tutti invecchiamo di più e meglio (per fortuna!), è però evidente che ad un certo punto la domanda di salute troverà uno sbocco anche all'interno della discussione politica centrale nel Paese. Ad un certo punto la questione uscirà dai consessi dei tecnici e arriverà in maniera plateale nei "Porta a Porta" con i leader dei partiti, perché la conformazione dell'elettorato fa sì che ciò in qualche modo debba avvenire.

Discussioni come queste credo siano estremamente importanti per fare in modo che, quando la questione si paleserà in tutta la sua importanza agli occhi della opinione pubblica, vi siano riflessioni precedenti sufficienti a far sì che il tema non sia posto in modo populista e banale, con potenziali ricadute ampiamente negative per il futuro delle politiche sanitarie.

Detto questo, cedo la parola al professor Forte ringraziandolo per essere con noi e citando un suo libro, appena uscito per l'Istituto Bruno Leoni, su "Ezio Vanoni, Economista Pubblico", una pubblicazione che racchiude scritti disseminati nel corso degli anni, molto interessanti per riscoprire questo protagonista della vita economica italiana nel secondo dopoguerra.



“Privato: scelta obbligata”

FRANCESCO FORTE

Università La Sapienza Roma

Ringrazio Mingardi e l'Istituto Leoni, nonché gli organizzatori del convegno, per l'occasione che mi viene offerta di trattare questo tema che, in effetti, è uno dei più grossi dell'economia pubblica e probabilmente il più grosso della finanza pubblica dell'epoca contemporanea, sul quale potrò fare solo alcune parziali riflessioni.

La prima riguarda la dimensione del settore di cui ci occupiamo, il quale tende ad essere già ora il più importante della nostra economia perché sta per raggiungere il 10% del prodotto nazionale, se mettiamo insieme il servizio sanitario pubblico con i suoi bilanci preventivi e con i ripiani successivi e le spese del settore privato, quelle che si vedono e quelle che non si vedono, perché non tutte sono oggetto di un'accurata rilevazione statistica.

Ciò dipende anche dal fatto che la nozione del settore della sanità si è molto estesa dall'epoca in cui la Costituzione italiana lo ha definito come il "diritto alla salute", perché adesso questo settore in Italia, ma non solo, è concepito non soltanto come diritto alla salute, ma anche come diritto al benessere. Basti pensare al fatto che una parte rilevante dei servizi sanitari riguardano non già la mera cura delle malattie o la loro prevenzione, ma, ad esempio, anche le situazioni dei malati terminali, che non comportano terapie, ma cure che possiamo chiamare di benessere.

Negli altri aspetti della vita noi registriamo ugualmente questi svi-



luppi della sanità, anzitutto per l'infanzia, dove si è ridotto il tasso di mortalità infantile, ma soprattutto si è adottata una nuova concezione della salute e del benessere delle nuove generazioni che implica un aspetto, che non è propriamente una terapia perché non si tratta di malattia, ma della crescita delle persone appena nate. Il concetto di diritto alla salute si estende, quindi a quello di diritto ad una crescita favorevole al benessere fisico e psicologico.

Anche nel caso dei postumi delle malattie, notiamo questa estensione del diritto alla salute, che è diventato desiderio di benessere per la riabilitazione delle persone, che hanno subito delle lesioni o amputazioni, e desiderano non soltanto essere sane, ma essere pienamente o diversamente abili.

Il concetto della sanità, quindi, si è molto esteso rispetto al tema del diritto alla salute, ma notiamo nello stesso tempo che la spesa pubblica e quella privata sono crescenti, perché il progresso tecnologico ha generato la possibilità di nuove terapie, di prolungamento della vita umana, di riduzione della mortalità alle varie età e questa realtà naturalmente accresce da un lato l'offerta e dall'altro la domanda, proprio perché le persone vivono più a lungo.

Tale interazione tra domanda e offerta, anche prescindendo da quanto è stato detto prima sul diritto al benessere o il desiderio di benessere oltre che di salute, genera in sanità un grosso problema di sostenibilità, perché nel tempo le spese sanitarie diventano inevitabilmente una quota crescente del prodotto nazionale, in quanto all'aumento della domanda da parte della popolazione corrisponde un'offerta non solo crescente in risposta alla domanda stessa, ma anche tale da provocare un'ulteriore domanda di sanità tra-

mite il progresso tecnologico. Le persone vivono più a lungo quindi la domanda aumenta nella parte della vita, in cui si ha più bisogno di sanità ed esistono nuove opportunità offerte dalle tecnologie. Naturalmente il progresso tecnologico genera anche riduzione di costi, in particolare del personale, ma tendenzialmente bisogna far fronte a questa legge di crescita.

Ha ragione Mingardi ad osservare che difficilmente l'operatore pubblico sarà in grado di soddisfare al fabbisogno sanitario con la sola spesa pubblica. Ciò non è possibile e quindi dobbiamo concepire il settore sanitario come prevalentemente privato, perché con il progresso tecnologico e con la crescita della domanda di spesa pubblica, il settore pubblico deve accrescere la propria efficienza ed ha quindi bisogno di servirsi sempre di più di quello privato, se non vuole diventare una burocrazia mostruosa e complicata, ha bisogno cioè di articolarsi come ogni organismo che cresce, quindi di privatizzarsi, operazione che è stata spesso condotta più nominalmente che nella sostanza.

D'altra parte, poiché la domanda è crescente, l'operatore pubblico non è in grado di soddisfare tutte le richieste, e tra l'altro quelle di salute fanno parte del suo dovere costituzionale, mentre quelle di benessere molto meno, anche se sono incluse nelle politiche sanitarie regionali. È evidente, quindi, che avremo una sanità finanziata mediante assicurazioni integrative detraibili in sede di imposta personale sul reddito – cosa molto importante – nonché spese private aggiuntive di ogni specie. Dobbiamo immaginare, pertanto, che questo settore ad alto contenuto tecnologico, corrispondente ora a circa il 10% del PIL, crescerà ancora.

La questione della libertà di scelta è controversa perché l'economia pubblica, nella storia di questo settore, si è sviluppata seguendo un modello differente. Prima degli anni '40 esisteva poca sanità nel pubblico ed operava soprattutto un'ampia sanità del terzo settore al servizio del pubblico, formata da organizzazioni religiose e benefiche. Gli ospedali erano in gran parte fondazioni, opere pie religiose o no, erano, in ogni caso, istituti giuridici non appartenenti al settore pubblico, anche quando ricevevano sovvenzioni pubbliche.

Con le teorie della sicurezza sociale, che si sono sviluppate durante la guerra, particolarmente in Gran Bretagna, si è ideato un sistema nuovo di interventi nel settore sanitario o, in genere, nel settore della sicurezza sociale, che porta il nome di un personaggio, William Beveridge, ufficialmente liberale, ma in effetti molto dirigista, la cui concezione è che lo Stato deve occuparsi degli individui dalla culla alla bara. In questa concezione totalitaria, l'individuo è un numero, che gli viene assegnato alla nascita e lo conduce fino alla morte, e che corrisponde oggi alla tessera del Servizio Sanitario Nazionale. In questo schema, tutti i cittadini, come ha recentemente ripetuto l'onorevole Franceschini, sono uguali: ricchi, poveri, uomini, donne vengono livellati.

Questa tesi riguardante il servizio sanitario, interessa anche le altre prestazioni della sicurezza sociale, cioè le pensioni, l'invalidità di vecchiaia, gli assegni sociali in caso di malattia, le forme di tutela per la disoccupazione, ecc. Esiste, tuttavia, una differenza fondamentale, perché in questo schema creato con una grande confusione intellettuale da Beveridge, il quale non era un vero economista ma uno storico del pensiero economico, la tesi ora esposta si applica in realtà solo al settore sanitario, in quanto negli altri settori, quali l'indennità di disoccupazione, le pensioni, ecc., lo schema non postula che tutti sono uguali, come erroneamente sostenuto da Beveridge, ma applica il criterio precedente, che già esi-

steva in Italia e si era particolarmente sviluppato nell'epoca fascista (tra l'altro la Cassa integrazione guadagni è un istituto del 1942). Tutti questi settori, infatti, hanno la caratteristica di essere proporzionali al reddito. La pensione è una quota del reddito, la cassa integrazione è una quota del salario, l'assegno in caso di malattia sostituisce la retribuzione di chi è assente, che viene pagata dal servizio pubblico, non dall'impresa perché la persona non sta partecipando al lavoro.

In realtà il sistema è nato bicefalo: da un lato prevedeva, infatti, il livellamento nel settore sanitario, dall'altro uno schema, che tutto sommato esisteva già ed è stato razionalizzato e nazionalizzato. Le cosiddette "mutue" erano originariamente assicurazioni obbligatorie dei vari settori economici e semi-obbligatorie di tipo privatistico, e sono rimaste tali in seguito, perché l'INPS è una società per azioni, una volta si chiamava Istituto Fascista, ma grosso modo si basa sempre sulla stessa teoria di Beneduce, il creatore di questi schemi. Questi, essendo un professore di demografia, li aveva sviluppati particolarmente bene, era un socialista, ma comunque Mussolini seguiva questo schema della proporzionalità. Nel modello Beveridge questa limitata possibilità di scelta (a ciascuno il suo istituto) è stata abolita e stranamente, passando da un sistema dittatoriale statalista al nuovo sistema di Beveridge, si è compiuta un'operazione ancora più statalista, perché tutto è stato convogliato in un unico ente per tutti, compresi i non lavoratori, seguendo però sempre lo schema proporzionale, mentre per la sanità si è affermata la teoria dell'uguaglianza per tutti. Esiste, però, un equivoco, che è rimasto nel pensiero stesso di Beveridge e dei successivi pensatori, come Titmuss. Alcuni sostengono, infatti, che il privato non deve avere diritto a qualcosa in più, in nessun caso; altri, invece, dicono semplicemente che il sistema è uguale per tutti dal punto di vista pubblico, ma il privato può fare quello che vuole al di fuori del settore pubblico.



Una nuova complicazione, che ci portiamo dietro, deriva sempre da questo pensiero originario: chi lavora nel settore pubblico non può lavorare in quello privato e l'ospedale pubblico o il servizio pubblico deve essere unicamente pubblico ed operare in modo uguale per tutti. Si è creato quindi un "moloc" unitario, che presenta diverse facce nella storia di questo sistema dal dopoguerra in poi nei vari Paesi che lo hanno adottato, quindi anche in Italia. A seconda delle epoche, abbiamo avuto periodi in cui il settore si è abbastanza privatizzato ed epoche in cui, invece, il settore è retrocesso ad una maggiore statalizzazione anche dal punto di vista dei servizi pubblici.

Questo sistema, così come si presenta e l'ho delineato, in senso pratico lo si può descrivere come un modello, anche se teoricamente è difficile sostenere che lo sia, perché è piuttosto un assieme confuso di modelli, sovrapposti nel tempo. Aggiungiamo che in Italia si è generata altra confusione con la Costituzione, perché il servizio sanitario è nazionale secondo le concezioni alla Beveridge, ma la sanità è competenza delle Regioni. Rileviamo, perciò, questa stranezza: il servizio sarebbe nazionale secondo la concezione egualitaria, è però regionale e quindi non può essere realmente egualitario. Non si capirebbe, altrimenti, a che servirebbe l'attribuzione alla Regioni, se in questo caso non sono articolazioni dello Stato, ma soggetti autonomi, che quindi dovrebbero articolarsi in modi diversi. È proprio ciò che accade attualmente in modo sempre confuso e complicato perché, da un lato, esiste l'esigenza nazionale di prescrivere certi parametri ed inoltre una tendenza della burocrazia statale a volere imporre le proprie scelte, dall'altra esiste la propensione delle Regioni a fare, per conto proprio, scelte differenziate.

Con la riforma del cosiddetto federalismo fiscale (termine improprio in quanto non siamo una federazione), o meglio con la devoluzione alle Regioni di una maggiore autonomia nel settore sanitario (come in genere in quello dell'istruzione e in qualche altro) e con una maggiore capacità di entrata, si presume che le Regioni stesse potranno differenziare sostanzialmente il servizio sanitario. Qui nasce un nuovo concetto, che farebbe piangere Beveridge e i suoi: lo Stato vuole e ciascuna Regione è obbligata a rispettare gli standard minimi e tale impostazione non vale solo per la sanità, ma per tutto lo schema federalista italiano in genere. Lo Stato provvede poi ad erogare contributi finanziari parametrati sullo standard minimo per le Regioni che non ce la fanno. Non abbiamo più quindi il modello di Beveridge: "tutto uguale per tutti", perché esso vale all'interno di ciascuna Regione, ma non tra le varie Regioni, tra cui rimane uguale solo lo standard minimo, al di là del quale le Regioni stesse differenziano la loro offerta. Come poi si stabiliscano gli standard minimi io non lo so, perché sono convinto che sia un concetto nebuloso e di impossibile definizione, anche se ho scritto un volumetto sugli indicatori sociali... pur non comprendendo io stesso molto bene come si misurino. Alla base esiste, comunque, l'idea di un minimo garantito.

In realtà andiamo verso un modello in cui la sanità pubblica offre un minimo garantito, mentre il resto è un di più che possono offrire le Regioni con il denaro pubblico, o il sistema mediante l'esonero fiscale delle spese per assicurazioni integrative private nel settore pubblico, o le istituzioni non profit, a loro volta favorite fiscalmente, a coloro che non hanno mezzi sufficienti, o infine i privati sul mercato. In realtà noi entriamo in un modello ibrido.

Adesso vorrei esporre un modello ibrido, che ritengo sia corretto e che attualmente in Italia non esiste, ma mi sembra dovrebbe essere valido in ogni campo. Questo mio modello deriva da un saggio che ho scritto nel 1965, in un numero di una rivista oggi famosa, che si chiama Public Choice ed allora si chiamava Primi Numeri. Questo mio saggio, intitolato "Non Market Decision

Making", risultava da una conversazione alla Università di Virginia su una questione che potrebbe riassumersi così: perché i beni pubblici devono essere pubblici? In esso sostenevo che la teoria dei beni pubblici era basata su un equivoco, ossia sull'assunto che se un bene deve essere fornito dall'operatore pubblico, ciò implica che tale operatore lo deve anche produrre.

Io affermavo, invece, e tuttora sostengo, che il compito di base dell'operatore pubblico è quello di fornire il trasferimento dei mezzi finanziari per raggiungere l'obiettivo pubblico. Si tratta poi di capire se c'è una ragione per cui l'operatore pubblico debba anche fornire la produzione pubblica e quanto di questa produzione. Ho introdotto allora due concetti, che sono diventati abbastanza usuali. Il primo, che in inglese si può chiamare trust e in italiano fiducia, indica che esistono casi in cui non si può ricorrere ad un affidamento privato perché la qualità del servizio sia garantita, in quanto non si riesce ad avere abbastanza fiducia, non si fa un controllo adeguato. L'altro concetto è che non si può ricorrere al privato in alcuni campi laddove deve intervenire il potere dello Stato. Arrivavo, però, ad un'affermazione in apparenza paradossale, sostenendo che anche le carceri potrebbero essere private. Dopo tutto si potrebbe gestire il carcere con un sistema privato, se noi immaginiamo che tutti i servizi, tranne quello delle guardie carcerarie, siano affidati alla gestione privata, e così via in moltissimi settori, anche dove si pone la questione del potere pubblico, problema che naturalmente il settore sanitario non ha.

Il mio saggio è stato mandato a Samuelson, in quanto avevo sostenuto che la sua teoria dei beni pubblici non aveva senso, e lui rispose con mezza pagina contestando le mie tesi. Invece avevo ragione, perché il problema di che cosa fa l'operatore pubblico si è successivamente posto. In Inghilterra hanno inventato una formula che potrebbe essere più o meno applicata alla sanità: Back Office e Front Office: per i passaporti, ad esempio, c'è l'offerta pubblica, c'è un addetto che lo timbra, ma il passaporto è costruito con il sistema informativo, esiste dunque anche un Back Office, un ufficio che lo prepara. Naturalmente questo outsourcing si è sviluppato nonostante il giudizio negativo di Samuelson, e gli ospedali ricorrono ai servizi esterni per la mensa, le pulizie ecc., come avviene in molti settori: le strade le costruiscono i privati, l'operatore pubblico si limita a fare i controlli opportuni affinché i lavori vengano eseguiti nella maniera desiderata.

Nella mia tesi, che si è sviluppata poi in Gran Bretagna, illustravo i casi in cui le strade sono interamente gestite da un'impresa privata con un global servi e questo stesso schema è stato applicato anche ad un ospedale inglese, il Queen's Victoria, che credo sia il più importante, dove tutto il sistema è privato tranne i medici e parte del personale paramedico. Si può comunque applicare anche in un ospedale pubblico lo schema che immaginavo per le carceri: un completo outsourcing di tutto quello che non forma il cosiddetto Front Office, che in questo caso rappresenta la qualità particolare del servizio di coloro che svolgono questa specifica missione.

Il modello della sanità pubblica in questo caso sarebbe di trasferimento. Noi possiamo immaginare cioè, che solo grandi centri pubblici siano in grado di fare certe cose con le economie di scala, che quindi, sia necessario avere ospedali estremamente specializzati in certi campi, ospedali che possono anche svolgere ricerca scientifica di interesse generale, magari in collegamento con le università pubbliche, ma qui il discorso si complica. Si può immaginare, insomma, che alcuni servizi per ragioni tecnologiche, di dimensione, di importanza convenga siano specificamente attribuiti all'operatore pubblico. Per il resto, immaginerei uno schema basato sui buoni, più o meno come avviene per i medicinali per le farmacie, dove si può avere gratis la medicina prescritta dal servizio

sanitario. Lo schema tendenziale che io immaginerei è appunto questo: si ha diritto ai buoni, non ad una cifra annua, secondo una certa tesi già dibattuta, che non avrebbe senso perché si tratta di un principio assicurativo, mentre non deve esserci un plafond. Si ha diritto, invece, a determinate terapie e prestazioni e per ciascuna di esse è stabilito un prezzo, che corrisponde ad un buono. La persona si reca dove vuole utilizzarlo e, nel caso in cui voglia un di più, paga una differenza, ma può scegliere comunque il meglio. Nel sistema francese questo metodo viene applicato per le unità mediche; mentre da noi abbiamo il medico di base per i cittadini, in Francia si può scegliere su un elenco da quale medico andare per le varie specialità di cui si ha bisogno ed il sanitario viene poi retribuito in base al numero di visite effettuate; si tratta di un medico pubblico e quindi s'instaura anche una concorrenza che tende a migliorare le prestazioni e consente di mantenere i buoni entro un certo prezzo.

Questo è il modello che io avrei in mente e che naturalmente si può incrociare con l'altro. Ritengo che tale approccio dovrebbe riguardare tendenzialmente quella parte del settore pubblico, che diventerà il minimo garantito per tutti e quel di più che le Regioni vogliono garantire, includendo anche il diritto di scegliere tra una Regione all'altra, come già del resto accade, e mettendo in concorrenza tra di loro gli operatori sia pubblici, sia privati. Potrebbe essere questo il sistema valido per la Parte pubblica, ma, a mio parere, si deve considerare che esiste una spesa assicurativa privata in questo campo da cui deve essere alimentato, anche tramite le detrazioni fiscali, quel settore di sanità e benessere sanitario, che sicuramente l'operatore pubblico non può sostenere e credo costituirà una parte crescente.

E' sbagliato immaginare il settore in questione come servizio erogato soltanto dal pubblico perché, se noi pensiamo che il 10% del nostro PIL, con una tendenza alla crescita, deve essere pubblico, immaginiamo una mostruosità, perché si tratta di un ambito estremamente articolato dal punto di vista sia del capitale umano, sia di quello tecnologico. Ottenere lo sviluppo dell'economia in questo campo così delicato, così importante, e immaginare che un settore in crescita possa essere alimentato dalla finanza pubblica, che non può andare al di là del PIL perché è già aumentata troppo, è una pura illusione. Non possiamo pensare che sia possibile ottenere tutto ciò all'interno del settore pubblico, per quanto riguarda sia l'offerta tecnologica, sia la capacità finanziaria. Un'economia di tale genere tende a non essere valida, a non essere di crescita, mentre nel futuro la sanità rischia di diventare veramente il settore più importante, superando, ad un certo punto, il settore dell'alimentazione come quantità di prodotto nazionale, quando ha già superato quelli dell'abbigliamento e dell'arredamento. La sanità diventa quindi uno dei grandi settori portanti di un'economia, che si chiama "di servizi", ma in realtà molte volte produce più beni che servizi. In effetti, una parte sostanziale dei servizi che esso produce è composta di beni, di attrezzature, di beni d'investimento e di consumi che sono ad alto contenuto tecnologico. Immaginare che questo settore sia pubblico significa votarsi ad un'idea irrealistica, perché non esistono né i mezzi, né le capacità tecnologiche. Concludo sottolineando che bisogna operare una svolta culturale. Quando Franceschini afferma che la sanità deve essere uguale per tutti, le cose in realtà non stanno così: questa affermazione non si sa neppure che cosa significhi esattamente. In ogni caso, un obiettivo di questo genere non è possibile raggiungerlo con il solo l'operatore pubblico e quindi la sanità dovrà essere offerta sempre più con il sistema di economia di mercato e con la Parte pubblica, che la sorveglia, la controlla, la gestisce solo parzialmente.

"Ruolo di servizio pubblico"

ALBERTO MINGARDI

Ringrazio il professor Forte e, ad ulteriore riprova della validità del suo importante saggio sui beni pubblici, mi fa piacere ricordare che le carceri private oggi esistono. E' un settore molto florido negli USA e in Inghilterra, che non si applica solo alle carceri di massima sicurezza, perché in questo caso scattano preoccupazioni di altro genere.

Prima di cedere la parola al professor De Vincenti, vorrei sottolineare alcune cose molto importanti che Francesco Forte ci ha giustamente ricordato. La prima riguarda una questione a voi molto cara, cioè la possibilità che siano le strutture private ad espletare un ruolo di servizio pubblico. La seconda verte sulla "medicina premium", sull'offerta e sulla domanda, quindi inevitabilmente sui costi. La terza concerne la necessità di un finanziamento privato e assicurativo, che in Italia ha sfumature di diverso genere, perché siamo un Paese tendenzialmente molto restio ad assicurarsi, nel quale esiste invece una componente importante della spesa for profit. Il quarto punto, sul quale vorrei richiamare ancora brevemente la vostra attenzione, è il modello Beveridge, che in questo caso è appropriato, stando all'exkursus storico di Forte, e quello che possiamo chiamare "il modello Forte" ora delineato. Esiste una possibilità di modulazione dell'offerta che talora vede protagoniste strutture pubbliche, talora quelle for profit e non profit, che sono poi una componente importantissima della storia dei modelli di welfare in occidente. Credo, quindi, che in qualsiasi situazione, anche in quella attuale, la fornitura di beni pubblici è sempre fatta di sfumature, non è mai monolitica. Cedo, ora, il microfono al professor De Vincenti, aspettandomi magari anche una prospettiva un po' diversa da quella che abbiamo ora ascoltato.





“Investire sulla salute”

CLAUDIO DE VINCENTI

Università La Sapienza – Roma

Ringrazio l'Istituto Bruno Leoni e l'AIOP per l'invito a discutere un tema che mi piace molto e su cui mi concentrerò: la sanità della libera scelta. Forse, come anticipava Mingardi, dirò cose un po' diverse da quelle affermate da lui e dal professor Forte, ma serviranno a confrontarci e a ragionarci sopra. Toccherò il tema della sanità della libera scelta su due versanti: quello del finanziamento e quello dell'organizzazione del sistema sanitario.

Sullo sfondo di entrambi si pone la questione della sostenibilità. Il professor Forte ci ricordava le determinanti di una tendenza strutturale di lungo periodo, che si verifica ormai da decenni in tutti i paesi avanzati: quella ad un aumento dell'incidenza della spesa sanitaria sul PIL. Le proiezioni che abbiamo a disposizione evidenziano questa tendenza generale all'aumento dell'incidenza sul PIL, che per quanto riguarda in particolare la componente della spesa pubblica, nel nostro Paese, oscilla dal 6,7% del 2007 all'8,6%. Ci sono poi proiezioni di lunghissimo periodo basate su fattori demografici, ipotesi sul tasso di crescita del PIL, sulla produttività, ecc. Le previsioni ECOFIN collocano in Italia nel 2050 la spesa pubblica in una forchetta compresa tra l'8,7% e l'11,5% di PIL. Altre previsioni prevedono dati lievemente maggiori o minori. Noi economisti ci divertiamo a costruire modelli, che immanicabilmente prospettano cose diverse, magari sbagliate. Io sono abituato a fare modelli di previsione e sono consapevole che dipendono da una serie di ipotesi su cui bisognerà ragionare e quindi possono essere più o meno verosimili, ma pretendere l'esattezza è fuori luogo. Per nostra fortuna l'economia è un mondo di comportamenti umani, quindi è una realtà che non può essere prevista come la traiettoria di un pianeta in astronomia. In genere le pre-

visioni non indicano un'esplosione della spesa, ma si tratta certamente di un incremento abbastanza significativo.

Questo indicatore della incidenza sul PIL, mi consente di essere un po' "antipatico" nelle mie affermazioni, ma sono comunque il primo a sostenere che la salute è un campo su cui bisogna investire, perché, come diceva Forte, la sanità è un settore di alta qualità tecnologica e scientifica, il cui sviluppo va visto positivamente. Per un attimo, tuttavia, consentitemi di considerarlo come un costo per la collettività, invece che come un investimento. Se lo esamino da questo punto di vista, l'indicatore che misura il peso di questo costo per la collettività è il rapporto tra la spesa complessiva pubblica, più quella privata, ed il PIL. E' qui che dobbiamo guardare al tema sostenibilità, chiedendoci quante risorse richiede questo settore, quanto occupa del PIL. In altri termini, sotto il profilo della sostenibilità, quanto ci costa? La mia avvertenza è quella del vecchio economista: l'economia c'insegna che non esistono pasti gratis. Le risorse necessarie, e crescenti nel tempo, la collettività dovrà comunque metterle, che ciò avvenga attraverso un sistema pubblico a ripartizione o attraverso un sistema privato a capitalizzazione.

Un primo aspetto mi lascia perplesso e mi distingue da quanto diceva prima il professor Forte. Quando parlo di sostenibilità, ragiono sull'insieme della spesa sanitaria, altrimenti si rischia di cadere in quella che William Bono, un grande economista americano, chiamava l'illusione fiscale: se consideriamo in quest'ottica la dinamica della spesa pubblica, possiamo giudicarla insostenibile e la facciamo "dimagrire". Resta tuttavia il fatto che dopo dobbiamo provare a guardare che succede all'altra componente perché, ripeto, non esistono pasti gratis.

Se considero l'insieme della spesa, facendo un breve confronto internazionale, osservo che in Italia, secondo i dati 2006 dell'OCSE, registriamo un'incidenza complessiva della spesa pubblica più quella privata pari all'8,8%: 6,8 di spesa pubblica, 2% di privata. Nel Regno Unito rileviamo più o meno la stessa percentuale, con un maggior peso della spesa pubblica; in Svezia la spesa si assesta intorno al 9%; in Germania e Francia intorno al 10%, con componenti di spesa pubblica e privata simili a quella italiana, con piccole variazioni; se guardo poi agli Stati Uniti, nel 2006, osservo un'incidenza complessiva della spesa del 15,3% sul PIL statunitense, composta da un 7% di spesa pubblica e da un 8,3% di privata.



Che cosa dice questo confronto? I sistemi europei, i quali offrono una copertura universale, una sorta di assicurazione pubblica generalizzata alla popolazione, sono meno costosi in termini di PIL di un sistema americano, che non offre a tutti la copertura assicurativa pubblica. Ci si chiede allora com'è possibile che negli Stati Uniti la spesa complessiva sul PIL sia di una volta e mezza, due volte superiore a quella europea, senza che si riduca la spesa pubblica, perché è un po' più alta che in Italia. Proviamo a chiederci che cosa sta succedendo.

Chi mi conosce sa che sono un accanito sostenitore delle virtù del mercato da tempi non sospetti, dagli anni '60-70, quando non andava di moda. Ho mantenuto questa posizione, anche quando si è finiti sul versante opposto, ma ritengo che, se si tiene al mercato e alla libertà di scelta, si debba ragionare bene su quali sono le virtù del mercato e su come fare affinché esse si dispieghino, e si debba conoscere dove il mercato fatica, per poterlo aiutare.

Sappiamo che il settore sanitario è caratterizzato da vistosi fenomeni di asimmetria informativa, da esternalità, da poteri di mercato diversi, da quello squilibrio, di cui parlava prima Mingardi. In questa situazione un'assicurazione pubblica generalizzata presenta alcuni pregi: amplia al massimo la platea degli assicurati ed ha quindi una capacità di spalmare il rischio, che non possiede un'assicurazione privata; è in grado di non effettuare scremature dei rischi, tutelando così la libertà di scelta delle persone, perché se vengo emarginato perché sono troppo rischio, la mia libertà di

scelta viene compressa e non esaltata; è capace di gestire le esternalità.

Insomma, siamo di fronte ad una tipica situazione in cui il sistema dei prezzi di mercato non processa adeguatamente tutte le informazioni ed abbiamo dunque bisogno di aiutarlo. Da questo punto di vista un'assicurazione pubblica generalizzata svolge un ruolo chiave.

Notate che negli Stati Uniti la spesa pubblica è più alta che in Italia, e ciò implica che, quando non si ha un sistema di assicurazione generalizzata e quindi non si possono spalmare i rischi su tutta la popolazione, restano a carico del pubblico i rischi più pesanti in termini di costi. La spesa pubblica americana è a livello di quella europea, ma quella europea copre tutto o gran parte, mentre quella americana copre molto poco. Sto facendo un discorso di efficienza economica, non un discorso di equità, che sarebbe pure molto importante, ora però sto esaminando un problema di efficienza macroeconomica e valutando quante risorse assorbe un sistema sanitario.

Riguardo al tema della sostenibilità di lungo periodo, proprio quelle proiezioni, che prevedono l'aumento della spesa complessiva, m'inducono a stare in guardia sulle assicurazioni private, anche se ciò non significa che esse non abbiano un ruolo. Quando facevo il consulente di policy maker ho collaborato a dare un ruolo alle assicurazioni private, ma bisogna essere prudenti.

Il tema della sostenibilità spesso viene portato avanti, per affer-



mare che il pubblico non ce la farà, mentre è esattamente il contrario. Il tema sostenibilità esalta la funzione del primo pilastro, sotto il profilo del finanziamento; non sto parlando ora dei soggetti erogatori, su cui mi soffermerò fra un momento. Se considero questo aspetto dal punto di vista della libertà di scelta, quest'ultima viene garantita ad una quota più ampia della popolazione. Devo precisare, pertanto, di non condividere l'idea che un sistema Beveridgiano sia totalitario. Lo ritengo, invece, un modello chiaramente liberale, non a caso adottato per la prima volta nel Regno Unito, un Paese che ha maggiore cultura di mercato in Europa. Dotarsi di una rete universale non significa che siamo tutti uguali, ma che abbiamo un diritto di base che va garantito, proprio per tutelare la nostra libertà di scelta. Esattamente per questo motivo il sistema Beveridge non è totalitario, ma è il contrario.

Il secondo pilastro può essere molto importante: nella logica secondo cui non si pone il problema di essere tutti uguali, ma di avere una base che garantisca la libertà di scelta di tutti noi, si può ammettere che vi siano scelte anche più "ricche", in base ai propri mezzi. E' importante che tutti siamo messi in condizione di scegliere e da questo punto di vista il secondo pilastro può essere importantissimo, se s'inserisce in un finanziamento assicurativo generalizzato, fungendo così da pilastro che arricchisce le prestazioni e non che le sostituisce.

Segnalo che, nello scorcio della scorsa legislatura, fu prevista dalla Legge Finanziaria 2008 un'omogeneizzazione dei regimi di agevolazioni fiscali, a cui erano sottoposti i vari segmenti del mondo assicurativo e dei fondi integrativi. Applicando la Finanziaria 2008, dunque, si è dato un forte impulso al settore, anche attraverso un Decreto Ministeriale che ha fissato una serie di indicazioni su come fruire degli incentivi fiscali previsti da quella norma.

Intendo ora esaminare l'altro lato del problema, perché la sostenibilità non va considerata solo dal versante del finanziamento, ma anche da quello dell'organizzazione del sistema. Notiamo guadagni di efficienza rilevanti, perché certamente il nostro Paese ha una spesa sanitaria, anche se mi concentro solo su quella pubblica, non particolarmente alta nel contesto internazionale. Registriamo anche situazioni di spreco, che ci sono ben note: non sto parlando solo dei piani di rientro di quelle Regioni, che sia il governo precedente sia l'attuale hanno giustamente costretto a guadagni di efficienza e contenimento della spesa, parlo anche delle zone più avanzate del Paese. La Lombardia, l'Emilia, la Toscana, il Veneto sono Regioni dotate di un sistema sanitario di tutto rispetto, ma in cui esistono situazioni molto differenziate, di grande efficienza e di grande efficacia nell'erogazione delle cure, ma anche di debolezza in alcuni punti.

Qui c'è molto da fare. Su questo sono d'accordo con il professor Forte. Credo sia molto importante sottolineare che un sistema, in cui il finanziamento base è assicurativo generalizzato ed il settore pubblico è posto in una condizione di governo e di regolazione del sistema stesso, non implica affatto che l'erogazione delle prestazioni debba essere svolta necessariamente da soggetti pubblici. Devo dire, a tale proposito, che sono molto interessanti alcune esperienze fatte, tra l'altro anche da noi. Penso ai Paesi, dove si sono sperimentati quelli che gli economisti di questo settore chiamano ormai i "quasi mercati", mercati fortemente regolati dall'operatore pubblico, in cui però operatori pubblici e privati competono tra loro. Di questa esperienza dobbiamo fare tesoro: penso in particolare al Regno Unito, ma anche all'Olanda che di recente sta sperimentando una riforma molto interessante, sempre basata sul finanziamento obbligatorio, ma che sfrutta anche le assicurazioni nell'ambito del sistema di assicurazione generalizzata obbligatoria.

Esistono diverse esperienze, in vari Paesi, da cui dobbiamo imparare, ma se guardiamo a casa nostra ce ne sono alcune molto interessanti, in cui si è tentato di costruire un quadro unitario di regole, sia per gli erogatori pubblici, che per quelli privati, senza favoritismi nei confronti degli uni e degli altri, almeno in linea di principio. Si è cercato di costruire una competizione tra gli erogatori ed una regolazione che premia la competizione nei risultati, cioè l'efficienza e l'efficacia. Il problema non è stato risolto, ma sono stati fatti passi avanti.

Proviamo a prendere in considerazione, tra le quattro Regioni già citate, soprattutto le prime due, Lombardia ed Emilia, le quali sono sicuramente le realtà più avanzate. Mi soffermo in particolare sul caso lombardo, che molti di voi credo conoscano anche meglio di me. Il tentativo in corso in Lombardia s'ispira ad alcuni obiettivi di fondo: mettere gli erogatori pubblici e privati sullo stesso piano; concepire le aziende sanitarie locali non come soggetti di offerta, ma come soggetti di domanda che interagiscono con un'offerta plurale; distinguerle quindi dagli erogatori, in particolare dalle aziende ospedaliere, ma più in generale dagli operatori; stimolare una competizione aperta in cui il pagamento delle strutture sanitarie avvenga attraverso il pagamento a tariffa.

Sappiamo che questi erano gli obiettivi di fondo e che poi il modello lombardo ha lavorato su una serie di aggiustamenti, ponendosi in particolare un problema di controllo della spesa, che ha indotto a passare da una pura regolazione in base alle prestazioni, ai DRG e al pagamento a tariffa, ad una regolazione attraverso contratti. In qualche modo c'è stata una frenata rispetto all'idea originaria e si è verificato, quindi, un avvicinamento al modello emiliano. Sappiamo che in Lombardia gli operatori privati, esaurito il budget, possono cessare di erogare altre prestazioni nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, quelli pubblici no e questa differenza ha posto un serio problema, più volte evidenziato dall'AIOP. Di fatto, il pagamento da parte della Regione alle aziende ospedaliere pubbliche non è un vero pagamento a tariffa, ma ai fattori di produzione. A questo riguardo, ci si giustifica affermando che il pubblico è obbligato comunque ad erogare servizi, come il pronto soccorso, l'emergenza, ecc., che non necessariamente il privato è tenuto a fornire. Non mi nascondo, però, il vero problema, e cioè che gli ospedali pubblici alla fine devono, comunque, essere coperti. Ciò mi porta a pensare che, come confermato dagli amministratori lombardi, esistono costi fissi con cui dobbiamo fare i conti, perché l'offerta pubblica è tenuta comunque a garantire una presenza sul territorio, determinate prestazioni ecc...

Non intendo dire che il modello lombardo non vada bene, anzi lo valuto con molto favore, ma è un esempio della complessità nella costruzione dei quasi mercati in sanità. Ci sono nodi ancora irrisolti, dei quali non ho la soluzione in questo momento, ma ritengo che la strada da imboccare sia quella, che la Lombardia, l'Emilia e altre Regioni stanno cercando di percorrere, anche se gli sbocchi non sono definiti. È una ricerca in corso, non abbiamo la ricetta magica, bensì l'esigenza di stimolare una competizione nei risultati tra operatori pubblici e privati. Abbiamo l'esigenza di aprire spazi alla capacità di innovazione e di iniziativa dei soggetti privati.

Come farlo? Ripeto, queste esperienze mi sembrano importanti, seppure non risolutive: non ci hanno dato la soluzione definitiva, ma vanno nella direzione su cui credo abbia senso lavorare.

In sintesi finale, il tema della libertà di scelta in sanità è complesso ed il mercato costituisce un elemento essenziale, ma, come ho cercato di spiegare prima, anche l'intervento pubblico è essenziale per garantire la libertà di scelta. Il punto è, allora, come questi due nodi, intorno a cui si sviluppa un sistema economico, interagiscono tra loro.

ALBERTO MINGARDI

Grazie professor De Vincenti. Mi consenta di dirle che, se ha nostalgia dei tempi in cui eravamo pochi ed era difficile difendere il mercato, non deve preoccuparsi perché quei tempi sono già tornati.

CLAUDIO DE VINCENTI:

Posso dire che questo ritorno è in parte il frutto della retorica promercato, poco critica, degli ultimi venti anni. Personalmente difendevo il mercato molto prima di questa retorica, ma quando si attribuiscono al mercato virtù taumaturgiche e non si ragiona su come aiutarlo a lavorare fino in fondo, il risultato è che, nel momento in cui i nodi vengono al pettine, scatta la tentazione opposta.

ALBERTO MINGARDI

Questo ci porterebbe molto lontano, per gli interessati c'è una lunga discussione in atto su Il Sole 24 Ore in questi giorni. Prima di cedere la parola al professor Pelissero e poi aprire un secondo giro per il dibattito che si svilupperà in seguito, passo brevemente la parola ad Enzo Paolini.

ENZO PAOLINI

Presidente Nazionale Aiop

Soltanto per un saluto ed un ringraziamento a Cesare Corsi, che è un referente importante nel PDL, non solo per quanto riguarda la sanità, ed è un difensore del mercato liberale in sanità. Avendo ascoltato almeno l'ultima parte dell'intervento di Claudio De Vincenti, egli può, quindi, intervenire anche su questo punto.



“Funzione pubblica del privato”

CESARE CURSI

Responsabile Politiche Sociali PDL

De Vincenti sa che non mi sottraggo mai al confronto, anche se talvolta è stato aspro e serrato, perché sono convinto che dal dibattito nascono tante idee interessanti. A proposito di mercato e di liberalizzazione, come presidente della Commissione industria e commercio del Senato, vi segnalo che abbiamo varato recentemente una legge, che spero lasci il segno a livello nazionale.

Da una settimana il PDL mi ha nominato responsabile delle politiche sociali e della sanità del Partito, senza che io lo chiedessi, perché mi dedicavo ad altri temi, pur avendo creato un Osservatorio di sanità e salute. Come presidente di questo organismo, stamattina sono andato a presentare all'Istituto Superiore di Sanità un bando per la lotta al tabagismo,

una sorta di premio che daremo alle strutture sanitarie in cui si adotteranno particolari tipi di prevenzione. Mi ritroverete, dunque, nel confronto politico parlamentare, perché penso sia giunto il tempo di riscrivere qualcosa a livello di sanità.

Vorrei riaffermare alcuni principi fondamentali: io sono un tifoso del Servizio Sanitario Nazionale, ma sono anche un difensore di questa bipartizione, che alla fine esiste. Affermare ancora la distinzione fra pubblico e privato è anacronistico, è una follia e una sciocchezza, perché il mercato ci sta dimostrando che, quando un privato è accreditato e convenzionato, svolge una funzione pubblica. Se un domani, in modo provocatorio qualcuno, la stessa AIOP, decidesse di chiudere le cliniche, non si sa dove andrebbe tutta la gente ricoverata. Siccome si tratta di migliaia di posti letto, vuol dire che voi privati svolgete una funzione pubblica, proprio perché siete stati accreditati e convenzionati.

Noi facemmo un patto per la salute, a cui ho creduto, come ho creduto al ministro Turco. Penso di aver fatto opposizione in maniera corretta e garbata, ma allo stesso tempo ho anche collaborato perché sui temi della sanità non c'è solo la maggioranza e l'opposizione, ma esiste un minimo denominatore comune: la tutela della salute del cittadino. Quando uscì la Legge per il ripiano, in Senato invitai l'opposizione di allora all'astensione, perché ritenevo che dovesse esserci l'intervento dello Stato, attraverso i piani di rientro. Per non parlare di Regioni che sono lontane, prendo ad esempio il Lazio, visto che sono romano: noi stiamo ancora aspettando questo piano di rientro e i dati di dieci giorni rilevano che siamo ancora fuori di 1,6 miliardi strutturali. Allora dovremo cominciare a pensare in maniera seria a come si spendono i soldi del Servizio Sanitario Nazionale.

I DRG sono lo strumento, attraverso il quale misuriamo l'efficienza e la qualità del servizio, ma anche i costi. Come provocazione, possiamo stabilire un bel DRG per le strutture sanitarie pubbliche, e poi andarle a visitare una per una, per verificare i servizi ed i costi e valutare se sono efficienti. Lancerò questa idea di creare un bollino blu per gli ospedali.

Tre mesi fa ho preso ad esempio un ospedale pubblico e una struttura privata, senza fare i nomi, ed ho trovato che mediamente la struttura pubblica spende il 20-25% in più. Si deve giustamente tenere conto anche di una serie di considerazioni, perché l'ospedale pubblico ha la rianimazione, il pronto soccorso, ecc. A parte il fatto che qualche struttura privata di un certo tipo fornisce anch'essa questi servizi, andiamo a verificare i DRG e i costi, per scoprire i motivi per cui gli ospedali pubblici costano il 20-25% in più. Per mancanza di controlli, dispendio di soldi, cattiva gestione?

Nel caso del privato, la cattiva gestione porta alla decisione del Consiglio di amministrazione di licenziare i responsabili. Nel caso del pubblico ciò non avviene, anche se facemmo una legge in base a cui i direttori generali, se alla fine dell'anno non presentavano un bilancio in pareggio, venivano dichiarati dimissionari. E' mai successo? Anche nella scelta dei direttori generali dovremo inventarci un criterio nuovo e diverso.

Vogliamo vedere che cosa si è realizzato per il Patto per la Salute? Era una buona idea, ma tale è rimasta. Vogliamo vedere, a proposito di finanziamenti e di risorse finanziarie, che cosa è successo del famoso articolo 29? I soldi devono ancora essere utilizzati in certe Regioni. Alcune, come Toscana, Emilia, Lombardia, Friuli hanno utilizzato il 101%, in altre siamo ancora al 23-25%. Anche questi sono fatti importanti, perché si tratta di fondi che non sono rientrati nei cassetti del Ministro Tremonti, il quale è pronto a dire: “non avete speso i soldi, bene me li prendo io!” Anche sui costi di pubblico e privato forse occorrerà mettersi attorno ad un tavolo e definire le cose.

Il 31 dicembre il Ministero della Salute ha inviato al Ministero del-

le Finanze la proposta di revisione tariffaria ed a fine aprile il Ministero della Salute ha approvato il nuovo tariffario, che già conoscete ed è ora all'esame della Conferenza Stato-Regioni. Per la prima volta questo governo nella persona del Vice ministro Fazio, ho voluto incontrare in consultazione le società scientifiche, le associazioni di categoria, non solo nazionali, ma anche locali, e alcune federazioni esistenti sul nostro territorio. Anche questo penso sia un modo nuovo, che mi auguro dia buoni risultati, perché la mia presidenza non vuole essere solo di enunciazione, ma, anche alla luce dell'incarico conferitomi oggi dal PDL, è mio compito di verificare che a quelle enunciazioni corrispondano poi fatti concreti.

Sia le società scientifiche che le associazioni di categoria hanno tempo fino al 5 giugno prossimo per inviare al Ministero, via e-mail, le proprie proposte di modifica al tariffario e anche questo è un fatto importante. Le nuove tariffe riguardano i DRG per acuti, la riabilitazione e la lungodegenza ospedaliera, uno dei settori fondamentali, che costituisce un peso consistente sui fondi del Servizio Sanitario Nazionale, la specialistica ed i laboratori di analisi, pena la loro chiusura. In alcune regioni non si riesce ancora a definire un tariffario dei laboratori di analisi e della specialistica, che non sia risalente almeno al 1996-97, e da allora non solo siamo passati dalla lira all'euro, ma c'è stato anche qualche costo in più, che andrà considerato.

La Legge 133/2008 non impone più il riferimento al costo medio e alla migliore prestazione, stabilendo che, se una Regione ce la fa con una determinata tariffa, deve riuscirci anche l'altra. Io mi rifiuto di ritenere che ci sia un modello emiliano, un modello toscano, un modello lombardo o altri, penso invece che ogni Regione, con i fondi che riceve dal Servizio Sanitario Nazionale, deve attrezzarsi in maniera seria, tenuto conto delle realtà locali. E ciò ad una sola condizione, quella di offrire qualità dei servizi e costi commisurati. Ritengo politicamente ed eticamente scorretto che un cittadino possa ritenersi fortunato se nasce in una

Regione, sfortunato se nasce in un'altra. Questo è vergognoso, perché l'art. 32 della nostra Carta Costituzionale garantisce a tutti il diritto alla salute.

Al di là delle enunciazioni, pensate che un cittadino lombardo abbia le stesse prestazioni che in Toscana, Lazio, Campania, Basilicata o Sicilia? E' una domanda che ha una sola risposta: no! Allora ci deve essere uno Stato che impone il rispetto delle regole, attraverso la Conferenza Stato-Regioni, tagliando i fondi, intervenendo con gli ispettorati regionali. Ogni tanto si scopre che qualche struttura ospedaliera, pubblica o privata convenzionata, ha speso male i soldi. Ma gli ispettorati regionali le fanno le ispezioni? Vanno a verificare i documenti? Oppure compaiono solo quando qualcuno decide che debbano arrivare?

Evitiamo - lo dico con forza - che si possa passare da un controllo di tipo pubblico o pubblicitario ad uno di altro genere ... con le divise. Qualche Regione ha fatto convenzioni per fare i controlli con strutture preposte ad altro, per esempio con la Guardia di Finanza. I controlli devono essere effettuati dal pubblico non da altri organismi, perché questa è una cosa seria che riguarda ciascuno di voi ma anche ciascuno di noi a livello pubblico.

Il Ministero, lo posso dire, poi lo verificheremo insieme quando ci incontreremo nelle sedi ufficiali, non vuole lo scontro, non ci sarà trattativa, ma un'apertura totale all'adesione di tutti, anche con l'invito ai gruppi parlamentari di fornire considerazioni in modo tale che si possa andare al confronto fuori e dentro le aule, con dati alla mano, come abbiamo fatto già nel precedente governo, 2007-2008, attraverso confronti anche abbastanza duri. È stato un errore differire questo tema e ritenere che la salute fosse solo un problema di cassa, mentre occorre impostare il rapporto con le strutture, sulla base dell'eccellenza e della qualità.

Il DRG rappresenta un livello massimo, che le regioni virtuose possono superare, ma non quelle in crisi. E' recentissima la notizia del commissariamento di altre Regioni, oltre al Lazio, l'Abruzzo, il Molise, la Campania, la Sicilia. Tale decisione pone



però un problema, che alla fine farà pagare lo scotto del commissariamento: i soldi, infatti, saranno sicuramente impegnati prima per l'emergenza, e molto meno per l'attività normale, che invece va salvaguardata. Bisogna, dunque, evitare che la riserva di risorse finanziarie possa essere prima destinata alle situazioni di crisi, per vedere poi che cosa si può fare con ciò che resta.

Quando sono stato sottosegretario, ho visitato moltissime strutture, girando per dieci anni in Italia, ed è stata la mia fortuna perché, non provenendo dal mondo sanitario, già dal confronto con i direttori generali, i medici, le infermiere ecc. o nelle visite vere e proprie, ho acquisito notizie valide, anche nelle strutture private, dove ho trovato grandi livelli di eccellenza. I DRG per acuti sicuramente in alcuni casi penalizzano troppo sia la struttura sia il lavoro che i medici e il personale svolgono.

Se oggi sono finiti i viaggi della speranza, e lo diciamo con orgoglio, ciò è dovuto al fatto che è cresciuta la medicina italiana, sono cresciute le strutture pubbliche e private, e in alcune di esse oggi vengono dall'estero. Andate a vedere la mobilità in termini finanziari attiva e passiva: venti anni fa si andava a Parigi, a Londra, da anni l'Inghilterra ha convenzioni con la Lombardia e la Toscana per certi tipi di interventi. Il successo riguarda anche il corpo medico. Sono andato all'estero l'anno scorso e devo dire che in alcuni Paesi costituivamo motivo di riferimento. Vedere nei convegni la citazione di strutture sanitarie nostre, di medici nostri, per un italiano è motivo di orgoglio. Il made in Italy non è soltanto la tecnologia, la ricerca, ma è anche la sanità.

Le tariffe per riabilitazione ospedaliera sono molto ridimensionate, c'è un forte contenimento per i laboratori di analisi e la specialistica, e sono destinati a sopravvivere solo quelli più grandi, facendo morire sia le strutture che i laboratori medi. Esiste un'evoluzione tecnologica anche in sanità e spero che l'AiOP voglia organizzare quanto prima un incontro per far vedere le sue strutture di eccellenza, in campo sanitario: ci sono alcune istituzioni private che costituiscono un punto di riferimento importante a livello nazionale e anche internazionale, compresa la formazione. Per comprendere l'evoluzione tecnologica, basta considerare che per una cataratta, fino a venti anni fa, ci volevano sei giorni di ricovero, oggi si fa un intervento di quindici minuti in day surgery. Solo dove c'è tecnologia, c'è alta specializzazione.

Questa tendenza può creare pericolo di tensioni sociali, per la chiusura di piccoli laboratori, per la perdita di posti di lavoro, e gli imprenditori possono anche decidere di starsene a casa. Noi facciamo una guerra perché a livello europeo vengano definiti i tempi di rimborso entro un certo periodo, sono stati definiti gli interessi che vanno riconosciuti, ma succede che l'Europa decide delle cose che da noi non vengono rispettate.

Posso concludere dicendo che ho letto con attenzione i vostri documenti, conosco le vostre iniziative, e manifestando la mia disponibilità, come quella di tanti altri colleghi del Parlamento. Va di moda dire che siamo una casta, ma sulla sanità le mode non valgono, c'è soltanto l'interesse della gente a fare in modo che siano rispettati i vostri diritti, ma soprattutto la tutela della salute del cittadino.



“Rielaborare il tariffario”

GABRIELE PELISSERO

VicePresidente Nazionale AiOP

Approfitto della presenza del senatore Corsi perché vorrei riprendere con forza il discorso del tariffario che apparentemente non è di spessore culturale, ma in realtà lo è, perché voglio presentare una sollecitazione fortissima. Questo tariffario, nei termini in cui si presenta, non va bene per la sanità. Mi permetto di avanzare questa critica ad un governo pieno di miei amici: non si chiamano le associazioni di categoria e le società scientifiche a documento finito, dando dieci giorni per fornire un parere, perché non serve a niente, è demagogia. Vogliamo definire tariffe vere, corrispondenti alle esigenze reali di un ospedale sano, che cura bene i pazienti. Se è questo l'obiettivo, calcolare una tariffa è un lavoro difficilissimo, che è necessario condurre insieme. La procedura seguita in questo caso dal Ministero del welfare e della salute, invece, non è neppure chiara, basandosi su un campionamento di venti ospedali e prendendo come riferimento quello che succede in Valle d'Aosta. Ma si può calcolare il costo di una prestazione in Italia andando a vedere un operatore di quella particolare Regione?! Non ci siamo come metodo!

Il danno che può derivarne è molto grave. Io non amo fare dietrologia e dico quello che penso in modo chiaro. Questa manovra è costruita esclusivamente allo scopo di dare ad una serie di Regioni



uno strumento per tagliare la spesa in modo indiscriminato. Un simile metodo danneggia il cittadino perché, se vogliamo togliere le prestazioni inappropriate e non pagare una cifra elevata per qualcosa che potrebbe essere fatto in modo semplice, esistono altri metodi. Ma la scelta di far scendere da 8 a 6 mila euro la protesi ortopedica dell'anca - un intervento costoso, che va fatto bene, comprando protesi di qualità - mette in pericolo la salute dei cittadini. La responsabilità compete poi a chi fa i tariffari. Mi scusi senatore, la ringrazio per le cose che ha detto, e credo di interpretare l'opinione dei presenti, ma le affido un messaggio forte per cercare di cambiare qualche cosa in extremis, perché questo tariffario non va bene. Se passerà, farà del male alle aziende e ancor più agli cittadini italiani.

Lei ha detto una cosa molto importante: il meccanismo di pagamento delle prestazioni, il DRG, deve applicarsi a tutti gli erogatori, pubblici e privati. I grandi ospedali di proprietà privata, che svolgono servizio pubblico e fanno parte del Servizio Sanitario Nazionale, fanno benissimo interventi chirurgici di bypass o di protesi, prendendo una certa somma. Lo stesso intervento, nella stessa Regione, fatto ad un cittadino con la stessa malattia, costa allo Stato il 20-30-40% in più e nessuno lo va neppure a calcolare. Non si può andare avanti così!

La ringrazio ancora, perché il concetto che il tariffario deve valere per tutti è un pilastro gestionale per un sistema sanitario sano, quale non è quello che abbiamo oggi in Italia. Sono perfettamente consapevole delle enormi difficoltà e della rete di interessi di lunga durata, che sono alle spalle di tutto ciò, ma dobbiamo anche dirci che la magagna più grossa oggi nel nostro Paese sta nella quota di attività del Servizio Sanitario Nazionale, che fa riferimento a strutture di proprietà e a gestione pubblica. Senza fare accuse, perché non siamo un tribunale e non possiamo portare nessuno sul banco degli imputati, chiediamo alla classe politica del Paese una forte assunzione di responsabilità sotto questo profilo. Nel momento in cui si sono generati tagli di sistema in una serie di Regioni e se ne profilano altrettanti, perché con il federalismo fiscale il problema economico verrà fuori, non possiamo più permetterci il disavanzo che oggi è tutto collocato nella quota di erogatori di diritto

pubblico. Questo è un problema fondamentale del nostro Paese.

Noi ci rendiamo disponibili a collaborare, sappiamo che questo processo di rinnovamento e cambiamento è complesso, ma siamo costruttivi, non distruttivi. Non rappresentiamo una demagogia antisistema, non vogliamo fare un attacco alla casta, c'interessa lavorare insieme. Vi chiediamo, però, di usare la nostra esperienza e di non dimenticarvi della nostra disponibilità.

Scusate se sono uscito dal terreno culturale, ma non credo che questi aspetti siano privi di valenza culturale. Per tornare ai temi molto importanti che sono stati posti, volevo dire al professor Forte che ha un allievo importante, anche se forse lui non lo sa, si chiama Silvio Berlusconi. Il Presidente del Consiglio, quando è venuto la scorsa settimana in Lombardia ad inaugurare il mio ospedale, ha fatto un'affermazione che adesso scriveremo sul frontone di tutte le nostre strutture e sulle pubblicazioni dell'AIOP: "è pubblico il servizio, non è pubblico l'operatore". Questo è il concetto che si riallaccia all'idea del modello del professor Forte, per cui dobbiamo chiarire molto bene per l'ennesima volta che cosa è pubblico e che cosa è privato. In Italia è pubblico il dovere, prima di tutto dello Stato poi della Regione, di assicurare il diritto alla salute.

Mi appassiona la storia dei sistemi di welfare in Europa. Nel nostro Paese abbiamo un Beveridge anomalo fin dall'inizio, perché è la nostra Costituzione che ha generato l'anomalia: quello schema, infatti, non poteva essere compiutamente realizzato con le caratteristiche costituzionali dell'Italia, che assegna alle Regioni un ruolo fondamentale. Lo ritengo, tuttavia, di fondamentale importanza per due aspetti.

Il primo sta nel fatto che in Italia ci sia un Servizio Sanitario Nazionale il quale assicura, bene o male, ai cittadini tutte le prestazioni in fase di prevenzione, diagnosi e cura. Questo è un valore sociale ma anche sanitario importante.

Il secondo punto consiste nel fatto che la spesa pubblica della sanità italiana è molto bassa. Noi spendiamo il 6,8% del PIL, al di sotto della Francia, della Germania, dell'Olanda, della Svezia, e solo di poco al di sopra della Spagna. Ciò significa che la sanità italiana è sotto - capitalizzata e sotto - finanziata, rispetto ai sistemi pubblici degli altri Paesi europei con economie simili alla nostra. Sto parlando di confronti della spesa pubblica, basandomi sui dati OCSE: il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale in Italia è inferiore in percentuale sul PIL rispetto a quello dei Paesi, con cui noi ci dobbiamo confrontare, come quelli già citati e parte del Regno Unito. Siamo al di sopra della Spagna, del Portogallo e della Grecia ... ma vorrei ben vedere!

Spiego anche il perché di questa situazione: da trent'anni il nostro Paese ha scelto di avere un carico pensionistico molto superiore a quello di tutti gli altri e di conseguenza, questo settore del welfare è andato a comprimere la spesa sanitaria. Sarà un tabù, i sindacati dissenteranno, ma la vicenda macroeconomica e di politica economica italiana conduce a questa considerazione. Ciò nonostante, con il 6,8% del PIL saremmo in grado oggi di rispondere ai bisogni degli italiani, ma abbiamo il problema dello spreco. Se dovessimo pensare in una prospettiva adeguata, dovremmo aumentare il finanziamento pubblico della sanità in questo Paese, anche perché avremmo un grande bisogno di investimento. Rileviamo, infatti, una drammatica obsolescenza degli ospedali, una grande carenza di tecnologie, una insufficienza di formazione: fra poco mancheranno i medici perché stiamo sbagliando la programmazione e già cominciamo ad importarli dagli altri Paesi europei, il che è una follia in un Paese come il nostro, che non ha materie prime e può produrre solo professioni e intelligenza. Mandiamo via ragazzi che vogliono iscriversi a medicina e abbia-



mo cominciato ad importare medici rumeni, sia nel pubblico sia nel privato, perché non abbiamo più laureati in medicina. La Germania l'anno scorso ha aumentato del 20% il numero degli iscritti alle facoltà di medicina ed aveva parametri già più alti dei nostri.

Affermato, dunque, che la spesa sanitaria è bassa ed il vero problema è l'inefficienza, vorrei inserire a questo punto il discorso sulle assicurazioni che vedo riaffiorare qua e là. Le assicurazioni sono il secondo pilastro, ma bisogna avere ben presente a che cosa può servire l'inserimento delle assicurazioni dentro il sistema. A mio parere, se tutta la spesa pubblica oggi esistente, pari al 6,8% del PIL, fosse usata bene e non fosse sufficiente per curare i pazienti, l'ipotesi assicurativa si dovrebbe porre, al di là delle assicurazioni integrative, che riguardano comunque una nicchia della popolazione. Ma stiamo attenti: se pensiamo di inserire il pilastro assicurativo, avendo lasciato sopravvivere l'inefficienza, compiamo un'operazione non accettabile concettualmente. È un modo surrettizio di mettere un'altra tassa. L'esigenza di affrontare il problema dello spreco resta primaria, per rendere credibile qualunque manovra di politica sanitaria.

Come componente privata nel Servizio Sanitario Nazionale, abbiamo dimostrato a sufficienza che è possibile rientrare nelle tariffe, cioè operare al solo costo del DRG: curiamo in Italia circa il 20% dei pazienti, in alcune Regioni il 30-40%, e non creiamo disavanzo, non chiediamo soldi in più. Se facesse così anche l'altra componente gestita dal pubblico, il 6,8% del PIL sarebbe sufficiente. Questo è un punto da mettere in evidenza.

Vengo al tema della libertà di scelta, che si ricollega a questi concetti. Nei vari modelli regionali sperimentati in questi anni, notiamo Regioni che sono in equilibrio e non presentano disavanzo pubblico. Si citavano prima Lombardia, Emilia-Romagna ed in generale questa situazione è abbastanza presente nel nord. Voglio però ricordare un problema particolare che riguarda la Lombardia. La caratteristica che rende questa Regione diversa dalle altre è l'uso che ha fatto del settore privato: invece di utilizzarlo, assegnandogli semplicemente una quota di prestazioni, lo ha

usato per aumentare la qualità complessiva del sistema pubblico. Il risultato è stato che la Lombardia è diventata la Regione più attrattiva e il privato presente è identico al pubblico, forse anche migliore. Ogni tanto si dice che il privato smette di ricoverare i pazienti perché ha raggiunto il tetto, il privato non ha l'urgenza, l'emergenza, la terapia intensiva. Tutto ciò in Lombardia non è vero.

Un altro problema è quello del "tetto", che De Vincenti ricordava, ma in merito al quale voglio aggiungere un elemento di novità. In Lombardia e nell'area metropolitana milanese il numero dei ricoveri di tutte le strutture, pubbliche e private, da un anno è al di sotto del tetto, nel senso che questa Regione ha smesso spontaneamente di andare nella direzione della crescita dei ricoveri. Tant'è vero che in Lombardia, oggi, una serie di prestazioni essenziali - dai ricoveri per tumori maligni alla massima parte di quelli con codice rosso - sono tutti ricoveri fuori tetto e nessuno supera il plafond. Questa è la dimostrazione che è possibile costruire un sistema sanitario usando bene la presenza del privato, che in Lombardia fornisce quasi il 40% delle prestazioni, tenendolo in equilibrio economico e raggiungendo il massimo di qualità. E' colpa del privato se in alcune Regioni non lo si fa? Neanche per idea, perché qui è la politica che deve prendere le decisioni di fondo. In effetti, però, in Italia solo in alcune realtà abbiamo dei sistemi misti, dove si è realizzato il modello che ci presentava il professor Forte, dove il pubblico, inteso come governo, garantisce a tutti le prestazioni e le paga, dove nella rete degli operatori non ha più nessuna importanza se essi siano di diritto pubblico o privato. Un ultimo passaggio riguarda il disavanzo. Che succede quando l'azienda va male? Il Senatore Cursi lo ricordava prima: la legge italiana stabilisce che, se l'azienda è privata, porta i libri in tribunale e il suo disavanzo lo pagano i soci, non i cittadini italiani, se l'azienda è pubblica teoricamente si applica una sanzione: il direttore generale va a casa. Di un simile evento non abbiamo avuto mai sentore, in Italia non abbiamo mai visto nessuno andare a casa, mentre il disavanzo pubblico in sanità è quello che sappiamo. Evidentemente questo meccanismo non funziona.

Abbiamo una modesta proposta da questo punto di vista, non vogliamo privatizzare il sistema degli erogatori nel nostro Paese: le aziende di proprietà pubblica, che sono la maggioranza, restino di proprietà pubblica e giustamente le amministri la Regione, che ha perfettamente il diritto di nominare il direttore generale. A differenza di quei giornalisti, che fanno demagogia, non mi sono mai scandalizzato se il presidente di una Regione nomina il direttore generale, perché ne risponde e ne ha perfettamente diritto e dovere, così come in ogni azienda privata il Consiglio di Amministrazione viene nominato dall'assemblea dei proprietari. Dobbiamo però fare l'ultimo passo: quando questa azienda va male, noi sosteniamo che deve comportarsi in analogia a quella privata, cioè deve rientrare nel meccanismo civilistico e portare i libri in tribunale. Assolutamente non per chiudere, ma per cambiare la proprietà, come capita a noi quando dimostriamo di essere stati in capaci di amministrare e perdiamo la proprietà. Questa è l'unica vera sanzione, che può funzionare. Mi rendo perfettamente conto che è un'idea rivoluzionaria, finché non saremo arrivati a stabilire un sistema di regole uguali pubblico-privato, in tutto e per tutto. La procedura fallimentare mantiene in vita l'azienda, che viene immediatamente commissariata dal curatore. Nel corso della mia vita ho rilevato alcune aziende andate in fallimento e i pazienti non se ne sono neanche resi conto, è la proprietà che se n'è resa conto! Non esiste il minimo problema per i ricoverati, ma certamente bisogna entrare nell'ordine di idee che, se non sono capaci di amministrare, devo smettere di farlo.

CONCLUSIONI

“Tariffe uguali per tutte”

FRANCESCO FORTE

Mi sembra che lo schema da me delineato sia, più o meno, quello che tutti ritengono accettabile: bisogna distinguere il finanziamento pubblico dalla gestione pubblica. E' rimasta in sospeso la questione di come e quanto si debba finanziare la gestione pubblica in questo Giano bifronte che è lo Stato insieme con le Regioni.

Vorrei sottolineare, a questo proposito, due concetti messi in luce dall'ultimo relatore. Il primo concetto è che evidentemente qualcosa non va riguardo ai tariffari. Bisogna effettivamente che i costi dei tariffari applicati ai privati, lo siano anche al settore pubblico, soprattutto nel campo degli standard minimi garantiti e non ha alcun senso fare il regionalismo.

E' chiaro, infatti, che non si può fare il regionalismo della Liguria con i soldi del Piemonte, o della Calabria con i soldi della Lombardia o anche del Lazio, in ogni caso con i soldi dei cittadini italiani. D'altro canto, il regionalismo italiano nasce spurio, perché l'IRAP è un'imposta delle Regioni, ma in pratica è una parte dell'imposta statale. L'imposta sul valore aggiunto è la quota di un'imposta statale, perché il contribuente non è necessariamente di una data Regione. L'IRAP regionale non è in realtà un'imposta sul valore aggiunto delle Regioni, bensì è un'imposta indiretta e quindi la pagherà il consumatore. Teniamo presente, poi, che anche in quelle Regioni, le quali non hanno bisogno della garanzia dello standard minimo da parte di terzi, è in realtà il fisco statale a pagare attraverso queste devoluzioni di imposte. Il tariffario, quindi, deve esserci dappertutto per lo standard minimo e questo deve avere costi uguali dovunque, perché non è possibile immaginare che i costi debbano essere superiori, tranne in particolari Regioni che possono essere indicate.

Il secondo criterio riguarda in particolare le Regioni meridionali dove c'è il deficit, che hanno proprio questo problema. Il primo elemento da verificare è se esiste un eccesso di strutture pubbliche che servono per mantenere il pubblico impiego: in molte Regioni, infatti, l'industria principale è la sanità pubblica, alla base anche delle elezioni, perché in Italia esiste da tempo immemorabile questo intreccio politico, che con il regionalismo si accentua. Il business della sanità pubblica genera, in alcuni casi, anche criminalità organizzata, minore ma ugualmente tragica. Si tratta comunque di potere politico e quindi una simile gestione è chiaramente inficiata da questo intreccio tra potere politico e spesa pubblica. Bisogna che nelle Regioni dove esiste il deficit, di singole unità o complessivo, si vada a vedere quanta parte è rimasta pubblica e quanta privata, perché moltissime volte si impedisce l'attività privata per mantenere in piedi farraginose strutture pubbliche che, tra l'altro, registrano anche elevati tassi di assenteismo e sprechi negli appalti, originati appunto dal fatto che la gestione pubblica serve per acquisire consensi di vario genere.

L'ultimo aspetto, che voglio sottolineare, riguarda invece la mia professione di professore di scienza delle finanze. Da quando mi occupo di questa materia, il problema principale del bilancio pubblico dipende dalla sanità; da sempre, da quando ho cominciato ad occuparmi di finanza alla Camera o al Senato, da quando ha fatto il ministro o il relatori di leggi finanziarie, da quando mi hanno chiesto di vedere come sistemare un dato problema, ogni volta il nostro debito pubblico non è sceso è stato perché abbiamo il de-

bito sanitario pregresso. Una volta ho realizzato un modello econometrico del debito pubblico, da cui risultava che se non ci fosse stato il pregresso della sanità, noi non avremmo avuto affatto questo disavanzo nel rapporto deficit - PIL del 110 o 106%, che adesso diventa 112%, ma saremmo rimasti al 90-95%. Questo è il punto.

In Italia ogni anno si nasconde, con una tecnica contabile ormai diventata corrente, il fatto che esiste un disavanzo sanitario, il quale non viene sommato al bilancio pubblico, perché lo si scopre due o tre anni dopo e viene chiamato debito pregresso; perciò esso non transita nel deficit ma va a finire nel debito pubblico. Tutte le privatizzazioni italiane, che sono ingenti, sono servite per pagare in parte il baraccone dell'IRI e in parte il debito sanitario pregresso, non per diminuire il debito pubblico.

Dobbiamo assolutamente mettere a regime anche questo sistema e mi preoccupa molto il fatto che il federalismo fiscale rischia di creare una nuova gestione fuori bilancio. Questo schema Stato-Regioni non ha alcun senso, nel contesto del patteggiamento del bilancio pubblico, quando il ministro deve presentare a Bruxelles il bilancio generale del governo. È dunque assolutamente necessario che questo problema della sanità entri nel bilancio in un modo normale e non è accettabile una gestione fuori bilancio, se c'è il deficit. Questo problema di finanza pubblica a monte è estremamente importante e va preso in considerazione, perché ho l'impressione che, dovunque si metta l'asticella della spesa sanitaria, c'è sempre qualcuno che la scavalca, generando questo terribile fenomeno della gestione fuori bilancio, che squilibra tutto il bilancio pubblico italiano.





“Razionalizzare la spesa”

CLAUDIO DE VINCENTI

Un paio di osservazioni su due punti sollevati da Gabriele Pelissero. La prima riguarda il pilastro delle assicurazioni. Sono d'accordo sulla giusta esigenza, da lui presentata con forza, in merito al fatto che con il 6,8% del PIL di spesa sanitaria potremmo fare più di quanto facciamo, ma questo non significa rinviare la costruzione del secondo pilastro. Già oggi abbiamo più di 28 miliardi di euro spesi out of pocket dalle famiglie per servizi sanitari, rileviamo cioè una quota del 2% del PIL che è già spesa privata. La funzione chiave dello sviluppo dei fondi sanitari, delle mutue territoriali ecc., è allora quella di organizzare meglio questa spesa. In tal senso vedo un problema di sostenibilità, non perché tutto ciò migliori la sostenibilità della spesa pubblica, che deve essere ottimizzata attraverso l'efficienza, ma perché rinforza la sostenibilità della spesa privata, la finalizza meglio, consente di razionalizzarla e di conferire anche maggiore capacità di contrattazione ai cittadini.

Anche questo fa parte della libertà di scelta e, da tale punto di vista, il secondo pilastro può essere un fattore che potenzia il funzionamento del mercato, nel senso che migliora il modo in cui domanda e offerta si rapportano, laddove già oggi esiste una domanda privata.

Il Ministero del welfare sta per varare il regolamento per costruire l'anagrafe dei fondi sanitari, e tale passaggio sarà essenziale per acquisire un'idea chiara della situazione, perché la base informativa è al momento molto scarsa: non abbiamo, infatti, il numero preciso degli iscritti alle casse di categoria o alle mutue territoriali e così via. Si tratta, però, già di diversi milioni di cittadini. In quale misura il settore potrà estendersi, dipenderà anche dalla capacità della contrattazione (penso al bilateralismo di cui si parla nel Libro Bianco), dalla volontà di dare spazio a questo tipo di fondi. Credo comunque si tratti di un canale, il cui ampliamento potrà essere significativo. Le mutue territoriali possono crescere anche grazie al fatto che la nuova normativa, varata l'anno scorso, ha equiparato l'incentivo fiscale per le mutue territoriali a quello per i fondi di categoria.

Per quanto riguarda la proposta rivoluzionaria di Gabriele Pelissero, a me piace molto anche se bisogna capire bene come renderla operativa. Forse egli ricorderà che qualche anno fa, in uno studio che avevo coordinato con il Centro Europa Ricerche, illustravo la proposta, nel caso delle strutture pubbliche in disavanzo, di fare quello che in francese si chiama l'affermage, una sorta di gara per il management in cui i privati entrano nella gestione dell'ospedale, rimanendo peraltro pubblica la proprietà delle strutture.

Tale soluzione è interessante per diversi motivi, e anche perché facilita questo genere di competizione. Potrebbe, inoltre, essere un modo per evitare un aspetto non chiaro. In effetti, o non devono esserci gli ospedali pubblici, oppure - se partiamo dall'idea che garantire un minimo di presidi sul territorio sia un compito pubblico e che ciò possa richiedere un'offerta pubblica - il problema è appunto di fare in modo che l'offerta pubblica sia gestita con criteri innovativi di efficienza. In tal caso la soluzione migliore mi sembra proprio l'affermage, più che il passaggio di proprietà. Ciò comporta anche la possibilità di andare in tribunale, per poi aprire la gara.

“Bilanci pubblici trasparenti”

GABRIELE PELISSERO

Se posso fare una battuta, Claudio De Vincenti è un riformista, io sono un rivoluzionario un po' più estremista. Il primo punto, che voglio approfondire, riguarda la spesa privata: questo out of pocket è una realtà tutta da capire, perché copre, ad esempio, l'assistenza odontoiatrica, un settore molto complesso in termini assicurativi. In secondo luogo, io sono un sostenitore del sistema pubblico e della tutela pubblica della salute, ma mi rendo anche conto che il fatto di avere una quota out of pocket è un regolatore del quasi-mercato molto interessante. Prendiamo il caso del ticket farmaceutico, già sperimentato: nel momento in cui, nell'alternarsi delle vicende politiche del Paese, il ticket farmaceutico è stato tolto, abbiamo immediatamente registrato un'esplosione della spe-



sa farmaceutica. Se, invece, il cittadino quando va a comprare un farmaco tira fuori due euro di tasca sua, la spesa farmaceutica crolla, la salute della popolazione rimane uguale. Si tratta di un aspetto importante da ricordare. In una visione prudente, che prende qualcosa di liberalistico dalle sue tradizioni più smithiane, forse non è poi così male lasciare un po' di responsabilità ed interesse diretti al singolo cittadino sul proprio denaro, fatto salvo le fasce deboli, che vanno tutelate in altro modo. Il trasferimento del potere decisionale dal cittadino a qualunque altro organismo, invece, è una scelta che mi lascia molto freddo e perplesso.

Per quanto riguarda la mia rivoluzione, chiarisco meglio il mio pensiero. Secondo me, l'elemento veramente importante sarebbe l'adozione di un criterio civilistico nella redazione dei bilanci e nella gestione delle aziende ospedaliere pubbliche. Ho espresso questo orientamento nella forma più estremistica. In realtà, non voglio che l'ospedale pubblico porti i libri in tribunale, non sono assolutamente un avversario della proprietà pubblica per una quota degli erogatori sanità, ma sono convinto che oggi, in una situazione in cui l'amministratore dell'azienda ospedaliera pubblica ha la facoltà di spendere e, di fatto, non paga... è come avere il papà che salda i conti alla fine dell'anno! Sono anche persuaso che la struttura pubblica, se obbligata a far bene, poi lo fa.

Il vero passaggio è quello della natura giuridica delle aziende sanitarie e ospedaliere. Al riguardo, il professor Forte ricorderà la disputa sulla natura giuridica delle USL, uno dei grandi problemi non risolti in Italia. Torniamo a questo problema di diritto: oggi le strutture ospedaliere di diritto pubblico sono aziende, ma non seguono il codice civile, hanno una contabilità opaca, e questo è un metodo sbagliato per il governo, per la finanza pubblica, per le tasche degli italiani. Noi abbiamo l'SpA, la società per azioni regolata, la quale fa un bilancio civilistico, abbastanza leggibile. Cominciamo a partire da questo punto: l'azienda sanitaria ospedaliera è una SpA, il 100% delle azioni è posseduto dalla Regione, così non abbiamo toccato niente dalla proprietà pubblica, ma il bilancio redatto dal direttore generale e le regole a cui è sottoposto, la visibilità di queste regole, diventano chiari. Ricordiamoci che oggi nessuno di noi è in grado di prendere il bilancio di qualunque azienda sanitaria ospedaliera pubblica, perché è un segreto di Stato. Ma vi sembra possibile nel 2009 in Europa che un operato-

re economico, che vale il 6,8% del PIL, abbia i bilanci segreti? Per dare un segnale e rientrare nelle regole, se si potessero andare a leggere i bilanci delle aziende ospedaliere e delle aziende sanitarie di tutte le nostre regioni, basterebbe questo fatto perché l'anno dopo i bilanci migliorino, senza bisogno di spaventare nessuno.

Non voglio sembrare polemico, ma l'AIOP deve aiutare il Servizio Sanitario Nazionale a migliorarsi, aiutare il Governo e il Parlamento a fare norme e leggi che migliorino la finanza pubblica, in modo che i cittadini possano ricevere più prestazioni e di migliore qualità. Il nostro contributo fattivo oggi è il seguente: pensiamo ad una riforma di questo tipo, non costa niente, fa risparmiare allo Stato, può valere per tutte le regioni italiane e noi ci andremo a leggere i bilanci delle aziende sanitarie ospedaliere pubbliche. Chissà che non ne vanga fuori qualcosa d'interessante!

“La nostra bandiera: lotta agli sprechi”

ENZO PAOLINI

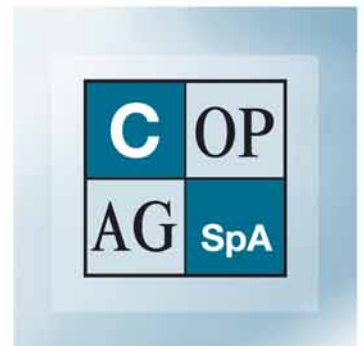
Sulla brochure è scritto “conclusioni”, ma io non devo concludere. Trarremo spunto da quanto detto per far partecipare delle idee che seminiamo in questi convegni anche chi non c'è. Piuttosto cerco di dare una risposta alla domanda contenuta nel titolo del convegno: “l'Italia è malata di Statalismo?” Alla luce di quanto emerso oggi, la risposta è affermativa: il nostro Paese è malato di statalismo ed è una particolare forma di statalismo, quella protezionistica, la più pericolosa. Voglio trarre spunto anche io dalla presenza del senatore Cursi il quale ci ha annunciato di essere stato nominato responsabile della sanità del PDL. Voglio dirgli di fare attenzione, perché questa particolare forma di statalismo protezionistico si esprime anche nei documenti ufficiali del Governo, se è vero com'è vero che sul suo tavolo da qualche settimana c'è quel documento che si chiama “Ricognizione del sistema tariffario” e però contiene un altro inciso. In un corsivo molto significativo, infatti, si dice che le tariffe che andrete ad approvare, ed io spero non approverete in questa formula, valgono comunque soltanto per il settore privato. Viene detto: per il settore pubblico, per gli ospedali gli importi sono individuati solo come meri trasferimenti tra enti dello stesso soggetto pubblico. Si afferma così praticamente il ritorno al pagamento a piè di lista. Non c'è nessuna parità e nessun tariffario che deve valere per il pubblico e per il privato, con buona pace di Silvio Berlusconi, del professor Forte e di tutti quelli che credono nella libertà e nella libera competizione. Mi auguro, Senatore, che eviterete questo sconcio, anche attraverso la sua presenza qui e la sua nuova figura istituzionale.

A me piace molto l'idea espressa da Gabriele Pelissero, che abbiamo tradotto anche in una proposta di riforma del 502, è un'idea che non trova posto nei palazzi delle istituzioni, nelle stanze che contano, ma questo genere d'idee spesso diventa rivoluzionario. Dal livello del dibattito sono emersi orientamenti molto chiari sul federalismo, sui costi standard, sulla sostenibilità, di cui ci ha parlato Claudio De Vincenti, sulla lotta agli sprechi che è la nostra bandiera, sulle tariffe inique e su ciò che ne consegue, sui sistemi solidaristici e sull'universalità delle cure. Tutte idee molto chiare. L'unico che sembra non avere le idee chiare in questo momento è il Governo e temo sia giusto quanto diceva Leo Longanesi: quando si ha un'idea imprecisa, questa idea ha un grande avvenire davanti a sé!

PERCHÉ RESTARE IN BILICO



Meglio affidarsi ad un partner
forte, efficiente, puntuale



F O R N I T U R E G L O B A L I P E R L E C A S E D I C U R A

Copag Spa - Via Lucrezio Caro, 63 - 00193 Roma - Tel. +39.06.36737 - Fax +39.06.3240503 - www.copag.it - info@copag.it
Certificazione Reg. 3508 - ISO 9001:2000 - EN 46002:1996 - ISO 13488:1996