



AIOP
Associazione Italiana Ospedalità Privata

ASSEMBLEA STRAORDINARIA

Roma, 7 maggio 2014

ore 14:00 - HOTEL LEONARDO DA VINCI

Via dei Gracchi, 324 - Roma

PATTO PER LA SALUTE: il ruolo dell'ospedalità privata

introduce: **prof. Gabriele Pelissero**,
Presidente nazionale AIOP

interviene: **on. Beatrice Lorenzin**,
Ministro della Salute

GABRIELE PELISSERO Presidente nazionale Aiop

Un cordialissimo saluto al Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che con un gesto storico e per noi particolarmente significativo, ha dato la sua disponibilità a essere qui con noi per farci conoscere in diretta il suo orientamento politico su uno dei temi più rilevanti per la nostra associazione, che si concretizza

sono decine di migliaia nel paese, il lavoro dei nostri medici e, anche, la fatica, attraverso le generazioni, che ha consentito di costruire una rete di più di cinquecento aziende che operano all'interno del Servizio Sanitario Nazionale dando un contributo fondamentale. Come ricordo sempre, noi produciamo il

In questo senso tutto ciò che avviene nel Servizio Sanitario Nazionale è per noi fondamentale, perché è la nostra vita, il nostro primario interesse, il lavoro delle nostre aziende, il lavoro di tutti i nostri collaboratori, che sono

ma perché è la verità. Il Ministro lo sa bene. Lo ha denunciato e sono contento di avere trovato un ministro che lo abbia denunciato, dopo avere trattato con dei governi che, invece, lo hanno prodotto. È stato un bel passo in avanti, dal mio punto di vista. Il taglio della spesa pubblica sanitaria italiana è stato molto pesante in questi anni, considerando che eravamo già al livello minimo della spesa sanitaria pubblica rispetto ai paesi dell'Unione Europea confrontabili con noi.

Adesso che siamo sul 7% riteniamo che questo sia il limite inferiore, assolutamente invalicabile, sotto il quale la sanità italiana uscirebbe dall'Europa per portarsi in altre aree territoriali meno fortunate. Questa opinione non è tra l'altro solo nostra perché ho letto, con piacere, che l'OCSE ha espresso la stessa valutazione a dimostrazione del fatto che stiamo facendo una valutazione corretta.

In questo momento in cui la crisi del paese, che naturalmente c'è e nessuno lo vuole negare, chiede sacrifici a tutti, è indispensabile avere una voce forte e autorevole all'interno del governo, che faccia capire e difenda nel confronto quotidiano - che so essere difficilissimo - il concetto che l'Italia è un paese che avrà anche una spesa pubblica molto alta, non lo so, ma certamente non nella sanità. Non è questo il settore nel quale si può fare cassa. Non lo diciamo noi, ma i numeri e lo dicono, finalmente, anche le organizzazioni internazionali. Io, che ho vissuto in prima persona la stagione del

spending review - quella che si è condotta completamente nell'ambito del governo Monti con il Ministro della Salute Balduzzi, con il quale ho trattato continuamente - a un'impostazione che ha danneggiato noi e il sistema due volte: la prima perché ha accettato grandi tagli alla sanità; la seconda perché, nel modo con cui questi tagli sono stati operati, accettando cioè un taglio lineare concentrato soltanto su alcune componenti. E AIOP ha pagato duramente per quello, lo sappiamo tutti, perché abbiamo visto i nostri budget tagliati. Si è affermato un principio molto grave, cioè che questa rete di aziende, che oggi fornisce il 25% di tutte le prestazioni ospedaliere del paese, non è, secondo la spending review Monti/Balduzzi, una componente fondamentale del sistema sanitario, ma un fornitore di beni e servizi. **Noi non ci sentiamo fornitori di beni e servizi, ma una componente fondamentale del sistema della salute di questo Paese.**

La battaglia per ripristinare un modello corretto e fermare il disinvestimento nella sanità, Beatrice Lorenzin l'ha condotta e per questo, se vi ricordate, già a dicembre quando abbiamo presentato il nostro Rapporto "Ospedali & Salute", le ho dato atto, numeri alla mano, di questa azione.

Voglio ricordare a tutti che il modello originario del Governo Monti, prevedeva un taglio dei nostri budget che inizialmente era posizionato sul 2% il primo anno, il 3% il secondo anno, il 4% il terzo anno. Sto parlando del 2012, 2013, 2014.

Dopo una trattativa serratissima - e di questo gliene do atto - il Ministro Balduzzi arrivò al famoso 0,5-1-2%, quello che esiste oggi. Su questo abbiamo fatto un'assemblea straordinaria, abbiamo commentato, ovviamente, ed eravamo riusciti ad ottenere il male minore



nel testo del nuovo Patto per la Salute che sta concludendo in queste ultime settimane. Devo dire però che la presenza del Ministro in una nostra Assemblea Straordinaria - ricordo che questa è la seconda assemblea straordinaria che convoco su questo tema così importante - è un evento storico per la nostra associazione perché sottolinea il ruolo che AIOP ha come negoziatore, come parte sociale fondamentale nel Servizio Sanitario Nazionale. Di questo le sono molto grato, perché in passato abbiamo trattato sempre con il governo ma, per dovere di cronaca, devo dire che ho trovato nel Ministro Lorenzin una disponibilità e un'attenzione che non avevo trovato prima. Questo è un dato oggettivo sul quale credo sia necessario riflettere.

Noi siamo un'associazione statutariamente apartitica, ma non apolitica. Facciamo politica sanitaria, da sempre. Abbiamo un'idea molto chiara della nostra posizione. Siamo a favore del Servizio Sanitario Nazionale e di un Servizio Sanitario Nazionale universale, solidaristico ma pluralistico nel momento dell'erogazione perché, attraverso la pluralità degli erogatori, pubblici e privati, si può garantire veramente il diritto di scelta del cittadino e del paziente che è il pilastro della buona sanità.

25% di tutte le prestazioni ospedaliere di questo paese e costiamo il 15% della spesa ospedaliera. Siamo orgogliosi di questo, così come siamo orgogliosi della storia di AIOP perché è dalle nostre aziende che è derivata, per l'Italia, la soluzione di alcuni drammatici e storici problemi della sanità. Ne cito uno fra tutti: i viaggi della speranza per le malattie del cuore che, per decenni, sono state una delle piaghe di questo paese cui, grazie all'imprenditorialità sanitaria, alle aziende associate AIOP, siamo riusciti a dare una risposta di eccellenza all'interno delle regioni dell'Italia, con una capacità di curare riconosciuta nel mondo. Siamo in una fase in cui cominciamo ad attrarre i pazienti anche dagli altri paesi.

Tutto questo per dire che il compito e il ruolo del Ministro Lorenzin sono strategicamente fondamentali. Veniamo da tre anni nei quali la sanità è stata massacrata. Uso questo termine non per fare della facile demagogia verbale, che tra l'altro non è nel mio carattere,



l'inizio della spending review e ho trattato a lungo, con i governi precedenti, so anche molto bene quanto sia ostinato e continuo il tentativo di fare cassa sulla sanità. Noi l'abbiamo visto e, come AIOP, abbiamo dovuto condurre delle battaglie durissime per attenuare il più possibile questo effetto. Abbiamo dovuto assistere, con la prima

re per cui già si è abbastanza contenti quando si ottiene il male minore. Non eravamo contenti soprattutto del fatto di essere considerati come un soggetto esterno nel quale si può andare, a fisarmonica, a togliere e mettere qualcosa, a pagare e non pagare, come se fossimo il fornitore delle siringhe, che merita tutto il rispetto del mondo, ma noi siamo una

componente del sistema. Questo è ciò che, soprattutto, imputiamo a quel modello.

L'altro elemento emerso in questo lungo e difficile periodo della spending review, era il modello del decreto sugli standard della rete ospedaliera, che abbiamo criticato dal punto di vista tecnico in modo netto e preciso, perché questo modello, il cosiddetto decreto Balduzzi, è fatto molto male. È figlio di una visione della programmazione degli anni '60, e siamo nel 2014. Mi spingo a dire che è fatto con una cultura della programmazione che fa ridere oggi e che, oltretutto, genererà solo danni ma nessun vantaggio perché non deriva niente da quel modello. **L'Italia alla fine di quel provvedimento, se mai passasse, sarebbe il paese dell'Europa con meno posti letti ospedalieri. È un grande risultato? È una grande catastrofe!**

Su questo, in passato, abbiamo cercato di fare qualche osservazione e approfittato dell'attenzione del ministro per ribadirlo, almeno su quelli che sono i punti più critici, dal nostro punto di vista, del disegno della rete ospedaliera che viene da quel provvedimento. All'interno di questo, infine, c'era la ciliegina sulla torta, la chiusura di tutte le strutture private (chissà perché solo private!), che - nella versione originaria - avessero meno di ottanta posti letto per acuti.

Questo era il primissimo testo del novembre 2012. Sono andato a rivedermelo perché poi c'è stato il balletto: prima ottanta posti letto, e noi abbiamo protestato ferocemente, allora hanno minacciato che se non avessimo fatto i bravi lo avrebbero portato a centoventi. Abbiamo risposto di mettere anche quattrociento così da chiudere la sanità italiana, facendo un bel colpo! Alla fine il provvedimento non è passato, credo anche perché nessuno se l'è sentita di fare un affondo di questo tipo.

Il giorno in cui il Ministro Lorenzin si è insediato - me lo ricordo molto bene perché aveva ancora gli scatoloni in stanza - molto cortesemente e gentilmente mi ha invitato al ministero. Spostando gli scatoloni abbiamo fatto due chiacchiere e la prima cosa che è venuta fuori è che questo provvedimento era lì, già pronto, sul suo tavolo per la firma.

Questo dimostra un accanimento su questa materia che non sarebbe comprensibile se non pensassimo a una ragione ideologica di fondo. Perché è del tutto evidente che chiudere una struttura privata, che lavora esclusivamente a prestazione, pagata solo per le prestazioni che dà, non fa cambiare nulla nei conti dello Stato. A meno che non si sostenga che questi pazienti non li curiamo più. Questo è un altro discorso che, evidentemente, ufficialmente nessuno ha il coraggio di fare.

Questa partita però è andata avanti con una continua pressione che abbiamo avvertito e, se ricordate - e vengo alla cronaca recente - due o tre mesi fa ci siamo resi conto della fortissima pressione che alcune componenti, all'interno del sistema governativo, operavano per ripristinare il provvedimento. In quel momento ci siamo allarmati. Voi avete cominciato a ricevere lettere e circolari. Io ho scritto, sollecitato i presidenti delle nostre sezioni regionali a darsi da fare, a parlare con i presidenti delle loro regioni, in un crescendo di attenzione e preoccupazione che, veramente, è stato per la nostra associazione un elemento profondamente angoscioso.

Se guardiamo l'unica diapositiva che abbiamo voluto proiettare oggi, abbiamo ricostruito la mappatura delle aziende ospedaliere italiane di diritto privato che sarebbero implicate nel provvedimento dei 60 posti letto per acuti, inserendo anche quelle non associate ad AIOF. Arriviamo alla bellezza di 142 aziende sane, presenti in tutte le regioni italiane, con delle punte straordinarie come nel Lazio 19, in Sicilia 26, nell'Emilia Romagna 13 e via dicendo. Ma tutte le regioni sono interessate, e occupano, secondo la nostra misurazione,

11.249 addetti e che oggi sono in equilibrio, lavorano bene, danno un buon servizio, ricevono pazienti, li curano e li mandano casa.

A fronte di questa drammatica situazione, consapevoli del fatto che sul piano tecnico l'elaborazione del procedimento andava avanti, abbiamo rivolto un appello personale al Ministro, recandoci, Barbara Cittadini ed io, a parlarle e abbiamo, per la prima volta, raccolto una risposta di attenzione vera a questo problema. Ho chiesto al Ministro di venire in una nostra assemblea, cosa assolutamente fuori protocollo. Per questo la ringrazio in modo particolare, perché è una straordinaria disponibilità da parte di un Ministro della Repubblica incontrare in un'assemblea una categoria sociale. Dimostra un'attenzione che non avevo mai visto prima. Ho portato via anche troppo tempo ma credo che fosse necessario ricostruire questo percorso, perché da due anni ci coinvolge e mi coinvolge, continuamente, con grandissime preoccupazioni. Oggi abbiamo la straordinaria opportunità di avere dalla persona che ha la massima responsabilità della sanità italiana, il ministro in carica, un'indicazione del suo orientamento e indirizzo su questa materia che riguarda noi ma anche tutto il Servizio Sanitario Nazionale italiano di cui ci sentiamo una parte fondamentale e, crediamo, ineliminabile. Grazie e passo la parola al Ministro.

BEATRICE LORENZIN Ministro della Salute

Grazie a voi, in realtà. Non trovo straordinario il fatto di andare in un'assemblea. Ne faccio tante e sto cercando di incontrare tutto il mondo che si occupa di salute: l'impresa, l'industria, gli operatori, i sindacati, i medici, le associazioni dei pazienti, tutti quelli che ruotano intorno al mondo del sistema salute in Italia, per il semplice motivo che la mia opinione è che non si possa lavorare a compartimenti stagni.

Il grande problema per cui siamo arrivati a registrare i disastri, di cui lei parlava, è dovuto a due fattori principalmente: il primo che, **da troppo tempo, non ci sono politiche sanitarie** e quando parlo di politiche sanitarie intendo politiche di economia sanitaria, politiche d'igiene pubblica, politiche di azione sui territori, politiche farmaceutiche. Cioè una visione omnicomprensiva generale, del sistema salute che non è un comparto della spesa pubblica, ma è quella rete di organizzazione, di qualità professionale, scientifica e di ricerca che, da un lato, tiene in piedi un sistema che garantisce la salute a 60 milioni di persone, un sistema di allerta su tutto quello che riguarda l'igiene nel nostro territorio, le epidemie, uomini e animali; dall'altro, produce l'11% del prodotto interno lordo.

Considerare questo in modo settoriale, scomponendolo in caselle e guardando una casella piuttosto che un'altra, è stato il grande errore degli ultimi anni per la mancanza di una visione di sistema.

L'Italia sta attraversando una grande crisi, da cui stiamo cercando di uscire: noi, l'Europa, il mondo occidentale in genere. Per uscire da una crisi, che è strutturale, non si può immaginare di avere provvedimenti che non abbiano una visione e una strategia. Innanzitutto vanno elaborate le strategie e per elaborarle bisogna conoscere quello che sta accadendo



nel tessuto della nazione, quello che sta accadendo intorno a noi, perché siamo piccoli all'interno di un sistema che si sta muovendo con noi e a volte contro di noi. E da qui disegnare una strategia. Poi questa strategia va condivisa altrimenti non ce la si fa, a realizzarla.

Questo richiede fatica, ma soprattutto una visione politica. **Non mi vergogno di dire che non sono un tecnico della salute, sono un politico e come tale ho una visione di sistema** che tiene insieme il lavoro, la sanità, la previdenza, l'economia, il bilancio, le ragioni della cultura, tutto. Questo vuol dire fare il Governo.

Con questa mentalità ho approcciato il mio ruolo e, permettetemi di dirlo dopo un anno di lavoro, con tanta trepidazione, perché questo è un settore in cui se sbagli muore qualcuno. Il tema riguarda voi, ma anche un decisore che assume delle scelte. Questa visione bisognava imporla e ancora non ci siamo riusciti completamente. Bisogna far capire che le politiche sanitarie di un paese, che sono le politiche che vi ho detto, che riguardano la salute, i cittadini, i pazienti, la scienza, la ricerca, l'innovazione, l'industria quindi il sistema economico che si muove dietro, non le fa una rete della dirigenza del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Questo è il primo passaggio, per niente scontato, che ovviamente trova moltissime resistenze, **perché è molto più facile considerare il fondo sanitario come un bancomat piuttosto che come un tesoro da preservare**, ed eventualmente trovare il modo di incrementare e farlo rendere un sistema di valore. È difficile perché in una fase di penuria di risorse, quando abbiamo come unica spesa pubblica veramente conosciuta quella sanitaria, è molto facile pescare dove si conosce.

Da qui poi si affrontano i capitoli, nel senso che quando si sta nella ragioneria si va a guardare dove sta la cassa, sul convenzionato, sulla spesa farmaceutica ospedaliera, sui tagli al personale e sui device. Quella è la cassa. Quando vai sui territori, in realtà, con 100 milioni in meno, chiudono i reparti, si comprime il personale, ci sono le file nei Pronto Soccorsi e non ci sono i farmaci. Questa è la realtà.

Per sapere queste cose non mi potevo studiare i dossier - anche se li ho studiati - ma

poi vanno calati nel tessuto, nel sangue dei nostri territori. Questa cosa, che è già difficile, diventa immensa nelle regioni in piano di rientro, che sono regioni che subiscono una situazione di stress altissimo.

Il mio tentativo - fino ad adesso ci sono riuscita - è stato quello di fare comprendere a tutto il governo che questo non può essere un tema di spending come negli altri comparti, ma che bisogna, dopo 25 miliardi di euro di tagli lineari, ritornare a fare politiche sanitarie. È evidente che questa cosa non si fa in un giorno.

Abbiamo bisogno innanzitutto di rafforzare il **Ministero della Salute, che deve diventare un organismo più forte di quanto non sia adesso non solo dal punto di vista quantitativo ma qualitativo**. Abbiamo bisogno di meno Direttori Generali, ma di più tecnici. Abbiamo bisogno di ingegneri, ingegneri clinici, ingegneri di sistema, informatici, economisti, statistici, matematici. Medici ne abbiamo tantissimi. Dobbiamo fare una programmazione moderna, alert moderni, sistemi di raccolta dati moderni, non come sessant'anni fa. Dobbiamo reimpostare il sistema del ministero e non sarà una cosa semplice.

In più dobbiamo instaurare un rapporto diverso, oltre che con l'Economia, con lo Stato-Regioni. Siamo in materia concorrente, non so se si farà la riforma del Titolo V. Spero di sì, ma comunque ci vorrà tempo. Ero in Bicamerale per il federalismo, abbiamo fatto le nor-





me di attuazione, ci abbiamo messo soltanto cinque anni, dopo che era stato approvato. Dobbiamo risolvere i problemi del sistema sanitario ora, non fra cinque anni.

Quello che ho chiesto, a fronte di una stabilità del Fondo Sanitario Nazionale, che ho ottenuto per due anni, a fronte dei costi standard realizzati, è un impegno serio alle Regioni su un Patto per la Salute che non sia un disegno, diciamo così, di buone intenzioni com'è stato nel passato. Tra l'altro inattuato al 70%.

Ho proposto di fare poche cose ma di sistema, che ci permettano di riprogrammare e trasformare il sistema, in cui ognuno di noi deve cedere qualcosa in termini di potere, con clausole di salvaguardia e con un meccanismo che rafforzerà Agenas. Che non sarà l'ente di ricerca, quello lo fa l'Istituto Superiore, ma sarà un organismo di controllo che si deve sostituire al Ministero dell'Economia, gradualmente, e che deve riappropriarsi di funzioni per leggere bene i numeri legandoli a quello che oggettivamente c'è dietro.

Questo me lo avete sentito dire tante volte. Penso che noi possiamo recuperare fino a 10 miliardi di euro. Non con i tagli ma con un sistema di risparmi che vengono da un'implementazione dell'efficienza della programmazione. Mi tengo bassa sulle cifre reali, soltanto perché, come lei diceva giustamente, spendiamo molto meno degli altri, però spendiamo peggio quindi abbiamo ancora dei margini di

recupero.

Dico queste cose perché non possiamo immaginare aumentare le tasse. Non si possono chiedere, oggi, 10 miliardi allo Stato italiano per le riforme di cui ha bisogno il Sistema Sanitario. Sarei un'illusoria e farei come hanno fatto tutti, fino a oggi, nella gestione della spesa pubblica: chiedere più soldi. **Non voglio chiedere più soldi, voglio che si lasci il budget che abbiamo e avere la possibilità di lavorarci sopra per risparmiare e reinvestire.** Credo che ognuno di voi nella propria società farebbe la stessa cosa.

Con questo tipo di approccio, dove si reinveste? Primo: infrastrutture e tecnologia. Lavorate tutti e sapete che senza infrastrutture moderne e una tecnologia avanzata oggi non si fa medicina, si fa un'altra cosa. La medicina di quaranta anni fa non quella del 2014 o del 2020.

Secondo: accesso alla medicina personalizzata che non possiamo tenere fuori dal banco, in Italia, e non possiamo lasciarla soltanto a chi è ricco. Perché si divide una popolazione tra ricchi e poveri, anzi tra ricchi e ceti medio, tra giovani e vecchi. Cosa inconcepibile per un sistema che ha avuto un'impostazione come la nostra.

Terzo: il personale. Abbiamo la necessità di fare più investimenti sul personale. Blocchi contrattuali da anni, blocco del turn over da più di dieci anni in molte aree del territorio: le strutture sono allo stremo. In questo modo riusciamo a tenere in equilibrio il sistema e ad affrontare le sfide che abbiamo, prossime future: soprattutto l'aumento della longevità, che non è una iattura, ma una benedizione, ma che dobbiamo capire che ci porta anche un aumento della spesa sanitaria e anche della domanda sanitaria.

Questa benedetta organizzazione del territorio! A proposito di posti letto, abbiamo fatto gli *hub and spoke*, però ci sono gli *hub* e non ci sono gli *spoke*. Quindi questi cronici stanno sempre in ospedale, non abbiamo diminuito le spese delle degenze. Certo non vale per tutta l'Italia, parliamo in generale, ci sono anche delle realtà che stanno andando oltre questa situazione, ma altre sono rimaste troppo indietro. Quando parliamo della telemedicina, della rete sul territorio, parliamo di cose che ci sono, ma sono sperimentazioni.

Stamattina sono andata a un'apertura di strutture per anziani in tre rioni di Roma. È una sperimentazione promossa anche dall'Istituto, quello sotto il Ministero, per la cura delle povertà e dei migranti.

Si fa un programma di volontariato insieme ai medici, alle strutture, i medici di medicina generale e i volontari, semplicemente andando a casa a fare visita, facendo la spesa e stando insieme agli over 75. Abbiamo diminuito in quel distretto del 10% i ricoveri ospedalieri. È tanto, oltre al fatto che è stata migliorata la vita di quelle persone che entrano nella quarta età. Immaginiamo cosa sarà tra venti anni la popolazione anziana.

I dati di come saranno gli anziani tra vent'anni già li abbiamo: mono famiglie, senza figli, sole. Avremo quindi delle grandi tra-

sformazioni da accompagnare e devono essere accompagnate da tutte le reti sanitarie: pubblico, privato, territorio, ospedaliero, acuti, non acuti. **Dobbiamo accompagnare una trasformazione sociale. Non la dobbiamo subire.** Questo deve essere fatto sin da ora.

Sto girando in tutti i posti - e non mi sento minimamente a disagio - perché, o siamo tutti consapevoli delle trasformazioni che sono in atto, oppure non riusciamo a mantenere il livello che abbiamo nel nostro Sistema Sanitario Nazionale. Non riusciamo a farlo rimanere competitivo nei confronti degli altri sistemi sanitari. Rischiamo di avere un declino, come molte cose in Italia. **Dobbiamo invertire il declino:** era lo slogan di un altro partito, mi piace, glielo rubo. La programmazione in sanità come si fa? Quando dovete fare una programmazione nelle vostre aziende, non la fate ora per il prossimo anno, la fate ora da qui a dieci anni, gli investimenti e via dicendo.

La stessa cosa avviene nell'industria. Oggi cosa ti chiede l'industria? Regole certe, anche dure ma certe. Senza cambiamenti e un budget anche basso ma certo, perché questa è la base della programmazione a lungo termine. Chi fa innovazione, chi investe sul capitale umano fa questo.

leri ero nell'azienda che qui in Italia ha prodotto il famoso farmaco sull'epatite C, che sarà in commercio a breve. Insieme ai loro concorrenti hanno investito più di qualche decina di miliardi di euro per realizzare un farmaco salvavita che noi proveremo a trattare al minimo del prezzo, ma che comunque poi, dobbiamo socializzare, poiché non costerà meno di un miliardo di euro e che salverà la vita a 500 mila persone in Italia, oltre a debellare uno dei flagelli più grandi, l'AIDS. Quindi una cosa entusiasmante. A quanti capita nella vita di aver scoperto un farmaco che debella un morbo come questo? Una volta succedeva agli scienziati. A quanti ministri capita? Mi è capitata la fortuna di avere la possibilità di gestire con una grande pianificazione, in qualche anno, l'eradicazione di questo morbo, di questa malattia, e su questo poi, dovrete aiutarci anche voi.

In questo contesto, che cosa è accaduto negli anni scorsi? Innanzitutto, vedendo la torta in modo economicistico, si andava a incidere sui centri di costo ed è stata una guerra tra poveri, invece di ragionare tenendo a sistema tutto, si è ragionato su quello che ci piaceva di più o che a qualcuno piaceva di più. Mi piace di più il pubblico, uccido il privato. Questo è stato, più o meno, l'andazzo, **quando il problema non è il fatto di essere pubblico o privato, ma che tipo di qualità di servizio eroghi.** Se eroghi un ottimo servizio, di alta qualità, devi vivere, se sei una schifezza, devi sparire, che tu sia pubblico o privato. Non c'è differenza, perché nell'interesse di tutti c'è la salute del paziente e la possibilità di prender-

si in carico il malato, di curarlo, possibilmente al costo inferiore possibile, garantendo un servizio di alta qualità e pagando anche, in modo adeguato, il personale che lo fa. Questa è la programmazione e tenere in equilibrio il sistema. È ovvio, è difficile e comporta il fatto di fare delle scelte coraggiose, a volte impopolari. Quali ad esempio, i reparti di maternità: gli ospedali che fanno meno 500 parti l'anno, si chiudono. Per me non sono sicuri.

Questo è un modo di ragionare, di concepire il sistema organizzativo nell'interesse e nelle linee che diamo a livello centrale per la salute del paziente. Poi, chi eroga il servizio a me non interessa. Come non m'interessa il tema che **molti mi pongono sul fatto che il privato renda competitivo il pubblico e che questo soffra della competizione.** Vuol dire che c'è qualcosa che non va nella struttura pubblica. Vuol dire che non si riescono a tenere i conti, perché se a parità di livello di organizzazione, di complessità, di presa in carico, uno costa un terzo di meno dell'altro, ci sarà un problema. Non si può pensare di uccidere quello che costa di meno. Bisogna mettere in efficienza quello che costa di più a parità di livello. Questa si chiama management, governance, senza ideologie.

Io non ho ideologie su questo settore, su altri sì, ma non su questo. Non sono rossa, non sono bianca, non sono blu, ragiono in termini di programmazione e di visione politica. La mia cultura di appartenenza c'è e mi fa pensare in un modo piuttosto che in un altro, ma sono aperta a tutto. Se da una persona culturalmente lontana da me arriva una proposta buona, ragionevole, che funziona, me la prendo. Non guardo certo chi me l'ha fatta. Questo per dirvi come ragiono, perché dobbiamo risolvere problemi concreti, pragmatici e mantenere in piedi questo sistema non nei prossimi vent'anni, ma nei prossimi tre.

Quando ho visto le tabelle che mi avete mostrato prima, ho notato che sono coinvolti 11.630 dipendenti. Ho pensato alle crisi che facciamo quando c'è la Fiat che entra nel caos per uno stabilimento, ma qui parliamo di interi comparti che non possono essere riassorbiti.

Ho detto molto chiaramente che dobbiamo uscire dalla logica del passato senza debordare. Dobbiamo avere la grande capacità di poter fare uno switch off culturale nella gestione della sanità. Questa è una responsabilità, veramente, di tutti, perché se diciamo che la gestione delle politiche della salute deve ripassare dal MEF al Ministero della salute e dopo un anno andiamo fuori di 200, 300 milioni, vuol dire che non siamo stati all'altezza del compito. Tutti noi dobbiamo essere all'altezza del compito, agire con rigore e responsabilità.

Ho fatto una proposta sulle questioni che abbiamo in campo oggi, che ho dato al Direttore Generale e ho già cominciato a condividerla con le Regioni. Innanzitutto, sicuramente, c'è il tema delle monospecialistiche. Non ha senso il conteggio dei posti letto, non c'è nel pubblico non vedo perché debba esserci nel privato. Abbiamo la necessità di cambiare l'ottica, la visione da questo punto di vista. Andrei anche nel pubblico per prestazioni e non per posti letti. Il tema del posto letto è una comodità di calcolo perché il posto letto è stato utilizzato come un'unità di misura.

Passare alla prestazione significa un calcolo molto più difficile e corposo, ma credo che si possa fare. È evidente che devono essere d'accordo le regioni e il MEF, soprattutto il MEF, ma qui scatta un meccanismo di responsabilità. Se noi proponiamo un passaggio di questo tipo e poi facciamo splafonare la spesa, è ovvio che si chiude tutti, chiudiamo tutti, anche il San Camillo. È un tema d'intelligenza, perché i posti letto, i medici se li gestiscono come vogliono, in base alle esigenze strutturali che hanno.





L'altro tema è quello di tutte le altre strutture. Su questo non pensiamo a chiusure ma a un piano triennale di rifunzionalizzazione, di accorpamenti, in modo di dare la possibilità, anche in base alle funzioni, alle necessità regionali, alle specialità di ogni singolo operatore di potersi riorganizzare. Poi avremo il tempo, ovviamente, di vederlo anche con i tecnici e capire come implementarlo. Ovviamente c'è una differenza tra i nuovi e i vecchi, perché anche qui bisogna tenere conto di chi c'è stato fino adesso e di chi arriva dopo. Dobbiamo riuscire a far stare insieme il sistema.

Credo che in questo modo riusciremo a garantire un accesso ai servizi sanitari in ogni parte del nostro territorio nazionale in un clima di sussidiarietà e integrazione e non in un clima di opposizione tra buoni e cattivi. Altro punto è di riuscire anche a fare un'opera buona e meritoria di accompagnamento di un processo che deve tenere conto dei lavoratori, delle aziende, di chi fa impresa, di chi investe nel nostro territorio e, come ultimo ma non per ultimo, di tenere anche in equilibrio i conti. È ovvio che questo è un passaggio nuovo, che va accompagnato, condiviso e che deve essere assunto da tutti con grande responsabilità.

Prendo un impegno davanti a voi, l'ho già comunicato al Ministero dell'Economia, per una visione complessiva che tenga insieme tutto, pubblico e privato nel nostro paese, per far fare a tutte e due le tipologie di strutture un passo in avanti e, possibilmente, per arrivare a un'integrazione che non comporti sempre questa dicotomia che è veramente degli anni '60 e che oggi non si comprende più. Nello stesso tempo bisogna riuscire a rendere il nostro sistema sostenibile, avanzato, con un'alta qualità. L'alta qualità la chiedo a tutti. Non sono disponibile ad accettare una bassa qualità nel servizio. La qualità è la prima cosa e deve esser garantita perché, alla fine, è sempre il cittadino che paga.

GABRIELE PELISSERO

Ringrazio moltissimo il Ministro per il suo intervento, veramente importante perché abbiamo sentito, tutti insieme, una serie d'indirizzi e di politica sanitaria che, al di là dei singoli problemi importantissimi, è quello che anche la nostra associazione chiede da tempo, cioè che in questo paese si ritorni a fare politica sanitaria vera e che la visione di questa politica si renda conto, tra tante altre cose, dell'importanza di un sistema aperto e pluralistico nel quale tutti possono e debbono vivere, a garanzia di tutti, e portare il loro contributo.

BEATRICE LORENZIN

Vorrei dire anche un'altra cosa. Noi non abbiamo uno squilibrio, in Italia: la media del rapporto tra pubblico e privato è assolutamente fisiologica e in equilibrio. Anzi, con una componente privata molto bassa quindi non vedo problemi, vedo soltanto dei meccanismi che sono stati attuati in modo sbagliato. È mancata la programmazione. Far fare a tutti quello che era necessario. La programmazione è stata un grandissimo problema nel nostro paese ed è il motivo per cui oggi mi occupo, quasi totalmente, di programmazione. Voglio precisare inequivocabilmente che non voglio che si chiudano strutture ospedaliere. Le strutture possono essere ristrutturate, rifunzionalizzate, riaccorpate. Si possono fare tante cose, ma non devono essere chiuse e io lo sto dicendo pubblicamente anche se, ovviamente, si tratta di materia concorrente. Voglio che siano fatte le cose necessarie. Poi ci saranno da modulare e programmare alcuni interventi, ma stiamo lavorando su questo anche per le strutture pubbliche. Stiamo rivedendo i piani aziendali del Lazio, per esempio, parlo della Regione in cui sto, e mi sono resa conto che alcune strutture possono essere riconvertite, possono essere cambiate alcune funzioni, si possono accorpate le questioni degli acuti, si possono fare tante cose, ma lasciare completamente scoperti alcuni territori è totalmente inutile. Dobbiamo tenere sempre d'occhio, con rigore, l'equilibrio di bilancio ma, nello stesso tempo, garantire la rete dell'assistenza. Questa cosa, ribadisco, non si fa guardando le tabelline, ma con un po' di fantasia e tanta fatica.

GABRIELE PELISSERO

La posizione del Ministro è chiarissima. Riguardavo il mio dossier. Tutta la discussione su questa faccenda degli standard della rete ospedaliera inizia ad agosto 2012. Siamo a maggio 2014 e finalmente c'è una parola chiara. Credo che dobbiamo assolutamente sostenere il Ministro in questo. Sappiamo che è un confronto ma credo di poter dire che questo confronto va con la consapevolezza e la solidarietà di tutti gli operatori della nostra associazione, del nostro comparto, perché questa è una battaglia epocale. Poi, una volta stabilito questo, speriamo davvero, di avere davanti a noi un quadro di stabilità e di chiarezza per qualche anno, in modo da poter lavorare serenamente nelle nostre aziende. Come sempre capita, avendo qui il Ministro ho avuto moltissime segnalazioni su cose da dirle. In realtà Beatrice Lorenzin è bene informata, però due cose più istituzionali glielo giro. La prima, è la lettera del Presidente Zingaretti che mi è pervenuta attraverso la nostra

sede del Lazio in cui Zingaretti, nero su bianco, prende una posizione a noi vicina, e credo che darà forza al Ministro in Conferenza Stato-Regioni. C'è poi una lunga nota, che io la passo, della nostra sezione regionale Campania, che è una sezione coinvolta molto intensamente. Tra l'altro ha fatto una riflessione molto approfondita, ho avuto un lungo confronto con il governatore Caldoro e credo che, anche dalla Campania, per quanto riguarda noi e la Conferenza Stato-Regioni dovrebbe esserci un atteggiamento di appoggio alla posizione del Ministro per realizzare un testo che sia il più ragionevole possibile. Mi permetto anche di dire, per quanto riguarda la rigidità degli standard obsoleti a posto letto, se si potranno mettere degli elementi di flessibilità, che rendano un po' più moderno questo testo, sarebbe una cosa veramente importante. Non siamo solo qui per soffrire per cui approfitto di questa circostanza per fare un invito ufficiale al Ministro, se potrà, alla nostra Assemblea Generale di Venezia.

BEATRICE LORENZIN

Un posto bello. Ci piace.

GABRIELE PELISSERO

Si farà dopo le elezioni. 29, 30 e 31 maggio. Perciò se volesse farci l'onore di essere con noi a Venezia, quando vuole, ci farebbe veramente molto piacere.

BEATRICE LORENZIN

Prenderò con l'inganno il mio compagno dicendogli che andremo a riposarci.

GABRIELE PELISSERO

Il Ministro credo debba scappare perché è molto impegnato, ma noi continuiamo ancora per un po' con la nostra assemblea. Se poi ci

sarà qualche osservazione ulteriore, le raccoglierò puntualmente e gliel'ho farò avere. La devo incontrare molto presto per le iniziative della Presidenza italiana nel semestre europeo con il quale, lo dico subito a tutti, noi come AIOP insieme a UEHP, stiamo lavorando e vorremo affiancare il Ministro per avere un grande momento di riflessione sulla sostenibilità dei sistemi sanitari in Europa. Integreremo le riflessioni di oggi e prendo l'impegno di portarle alla sua attenzione. Le faccio, soprattutto, tantissimi auguri di buon lavoro perché le cose che ci ha detto oggi sono importanti e speriamo, veramente, che abbia successo. Mi pare che le affermazioni del Ministro sull'impegno a non chiudere nessun'azienda, sono un punto fondamentale, come anche trovare una tutela assoluta per le mono specialistiche. Costruire dei percorsi nel tempo, e non immediati, e di favorire ogni forma di ristrutturazione che consenta la sopravvivenza di tutte le aziende, mi sembra un quadro rassicurante. Ma, soprattutto, mi pare rassicurante la visione del Ministro, perché, effettivamente, consentitemi di dire, io che ho avuto una trattativa lunga in tutti questi anni, vedo un atteggiamento diverso. Naturalmente, non nascondiamoci, il Ministro Lorenzin è il Ministro della Salute, non è il governo intero. Sicuramente quello che il Ministro stesso ha detto, la brutta idea di vedere la sanità come un bancomat con cui si fa cassa, è un'idea che, in alcuni componenti della compagine governativa e nella struttura dei ministeri, rimane di sicuro attiva. Ovviamente non siamo noi a essere in prima fila ma abbiamo lavorato tanto, ci siamo battuti molto e, credo che qualche risultato l'abbiamo portato a casa. Vi ringrazio tutti. Avevamo l'impegno di fare un'assemblea intensa ma breve. Credo che intensa lo sia stata sicuramente, se chiudiamo subito anche breve. ■

Nel dibattito sono intervenuti: Vincenzo Schiavone, che ha apprezzato le dichiarazioni del Ministro e la necessità di vigilare su eventuali processi di riconversione delle strutture. Ha evidenziato, inoltre, situazioni come quella della Campania, i cui posti letto ospedalieri sono al di sotto del 3,2 per mille abitanti e che con il decreto Balduzzi sarebbero ancora di meno; Piero Galluccio, che ha auspicato una rapida approvazione del Patto per la Salute, prima che avvenga una eventuale modifica del panorama politico. Ha proposto, inoltre, la costituzione permanente della Commissione Aiop Piccole strutture; Sergio Crispino che, tra l'altro, ha apprezzato la volontà del



Ministro di proporre una visione di programmazione di lungo periodo, che consentirebbe una migliore gestione delle aziende sanitarie private, anche al fine di fermare la mobilità passiva, attività mortificata dalla Regione Campania. I video dei loro interventi integrali e di quello dell'intera Assemblea Straordinaria sono disponibili sulla Newsletter Informaiop n°82 su www.aiop.it o utilizzando il codice QR qui a fianco con il vostro smartphone.