

ROMA - 1° GIUGNO 2013

49^a Assemblea Generale Aiop



CONVEGNO

Quel che si vede, quel che non si vede,
della spesa sanitaria in Italia

10° CONVEGNO NAZIONALE AIOP GIOVANI

Ritorno dal futuro: quale?



IL FOGLIO DEI SOCI AIOP

SUPPLEMENTO AL NUMERO 10
OTTOBRE 2013

Direttore Responsabile:
Gabriele Pelissero

Coordinamento Editoriale:
Maria Rosaria Lanciano, Alberta Sciachi

Coordinamento operativo:
Maria Rosaria Lanciano

Redazione: Angelo Cassoni, Maria Rosaria Lanciano, Filippo Leonardi, Patrizia Salafia, Fabiana Rinaldi, Alberta Sciachi.

Progetto grafico e impaginazione:
Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma
n. 533 del 23/12/2003

Editore: SEOP srl - via di Novella, 18, Roma

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

Internet: www.aiop.it
e-mail: uffstamp@aiop.it
Stampa: EuroLit s.r.l. - Roma
Foto: Gabriele Albanese

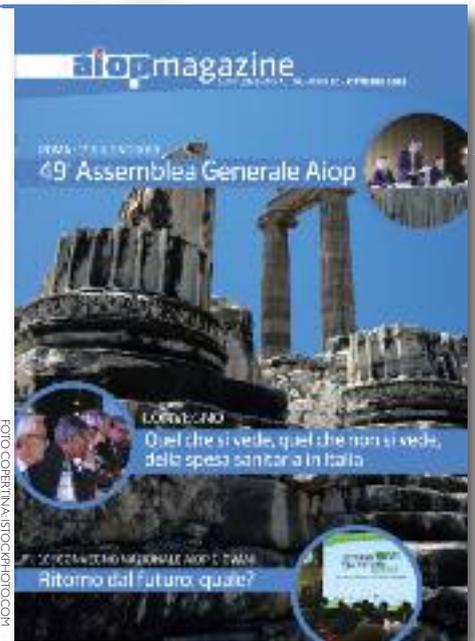


FOTO: COPERNICUS/ISTOCKPHOTO.COM



10° CONVEGNO NAZIONALE AIOP GIOVANI

Ritorno dal futuro: quale?

PAG.

2

PAG. CONVEGNO

4

Quel che si vede, quel che non si vede, della spesa sanitaria in Italia



PAG.

20



ROMA - 1° GIUGNO 2013

49^a Assemblea Generale Aiop

Ritorno dal futuro: quale?



Ha aperto il Presidente nazionale di Aiop Giovani, Domenico Musumeci il 10° convegno nazionale Aiop Giovani del 30 maggio scorso, tenutosi a Roma, ribadendo la

necessità di un rilancio della sanità in termini qualitativi, compatibilmente con ciò che è disponibile sul piano della finanza pubblica. “La strada scelta sino ad ora dalla politica dei tagli lineari, della riduzione dei posti letto, del blocco delle assunzioni, della riduzione delle tariffe di rimborso per le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, della soppressione dei servizi rischia solo di privare un numero sempre più elevato di cittadini di servizi essenziali e appropriati. – continua Musumeci – È necessario trovare una strada condivisa e percorribile di identificazione e di riduzione degli sprechi. E per farlo è necessario il coinvolgimento di tutte le categorie di stakeholders. Un Servizio sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile per l’uguaglianza e la dignità di tutti i cittadini italiani.”

“Quotidianamente leggiamo delle difficoltà economiche che sta attraversando il nostro Paese, del numero sempre maggiore di imprenditori che non riescono più a mantenere in vita le proprie aziende e delle difficoltà che si incontrano nella ricerca di un posto

di lavoro, ma soprattutto delle difficoltà insite nella conservazione del proprio lavoro.

Se è vero che proprio noi giovani rappresentiamo il futuro dell’Italia, - almeno questo è quanto ci sentiamo dire ogni giorno - allora come è vissuta da noi giovani questa crisi economica che attanaglia il nostro Paese?

Mi è sembrato utile allargare il nostro consueto raggio visivo e dal settore sanitario, osservare gli aspetti economici più generali, interpellando i giovani protagonisti della scena economica italiana.

Lo spirito imprenditoriale degli italiani è sempre stato un elemento che ci ha distinto nel mondo, ma oggi purtroppo, sono innumerevoli le difficoltà che si riscontrano nel fare impresa. Un bilancio allarmante, soprattutto perché colpisce le nuove leve economiche, quelle che dovrebbero garantire un futuro al tessuto imprenditoriale.

Secondo i dati che emergono dall’osservatorio sull’imprenditoria giovanile realizzato dall’ufficio studi di Confartigianato, sono stati



proprio i giovani capitani d’industria ad essere brutalmente falciati dalla recessione, secondi solo ai dati spagnoli.

La disoccupazione giovanile ha raggiunto nella comunità europea livelli di guardia e, nel contesto nazionale, addirittura numeri drammatici. Non vi è politico italiano che

non ne parli ogni giorno, ma nel frattempo molti giovani si trasferiscono in paesi e città estere dove credono di poter veder realizzate le proprie aspettative.

Qualcuno definisce l’era in cui viviamo “l’era della fuga dei cervelli”, l’era in cui le maggiori menti italiane fuggono dalla loro patria verso orizzonti esteri più allettanti.

Questa è causa ed effetto della crisi italiana. L’incapacità del Paese di trattenere i suoi cervelli, ma anche le sue braccia qualificate, ha costi veramente alti. L’investimento in capitale umano perso per l’espatrio ammonta,

secondo alcuni calcoli ISTAT, a circa un miliardo di euro all'anno, senza contare il valore dei brevetti realizzati all'estero dai ricercatori, oltre alla capacità imprenditoriale e agli spiriti innovativi dissipati.

Confindustria giovane denuncia quotidianamente un altro grande ostacolo per i giovani e per le start-up: il meccanismo di partecipazione ai bandi pubblici. L'impostazione di base richiede di corredare alla domanda di partecipazione i fatturati dei tre anni antecedenti al bando di gara. È inconcepibile chiedere fatturati ad un'azienda avviata da poco tempo o a un'azienda costituita da giovani appena laureati che non possono avere a di-



sposizione tali dati per mancanza di curriculum imprenditoriale. In questa maniera diventa automatica l'esclusione da questi contesti, avviando inevitabilmente un circolo vizioso che non permetterà mai loro di partecipare a tali gare e probabilmente di non avviare mai i loro business.

10° CONVEGNO AIOP GIOVANI

RITORNO DAL FUTURO: quale?

La prospettiva temporale in cui si pone oggi l'economia

Roma, 30 maggio 2013
ore 15:00
SALA MEDICI
Sheraton Hotel
Via del Pattinaggio, 100

Segreteria Organizzativa:
AIOP GIOVANI - Sede Nazionale
Via Lucrezio Caro, 67 - Roma
www.aiopgiovani.it
aiopgiovani@aiop.it
tel. (0039) 06-3215653
fax (0039) 06-3215703

PROGRAMMA

15:00 Gabriele Polivaro
presentazione delle tre giornate assembleari
Matera
Fedele De Vito, giornalista Rai

15:30 Silvio Dentaro, Coordinatore Giovani Ascolomedica
Nicola Chionetti, Coordinatore Anoi Giovani
Filippo Della Piana, Presidente Anoi Giovani
Domenico Musumeci, Presidente Aiop Giovani
Enzo Lenti, Responsabile Politiche giovani CGIA
Raffaele Marcollo, Università Chieti-Pescara e Napoli
on, Giuseppe Castiglione, Sottosegretario alle Politiche Agricole (PdL)
ben Lo Bello, Vice Presidente Confindustria
on, Giuseppe Berretta, Sottosegretario alla Guardia (PD)

17:45 Conclusioni

18:00 Premio Osservatorio ICT-AiOP
Cristina Cipriotti, Claudia Natta, Coordinatore scientifico
Osservatorio ICT Sanità del Policlinico di Milano



L'immobilismo, l'impermeabilità del mondo politico dimostra la sostanziale incomprensione delle cause che sono alle radici del problema: quella che si sta vivendo non è solo una crisi economica, ma prima ancora etica e culturale. La classe politica da troppi anni ha abbracciato la *politique d'abord*, ossia un modello di semplice amministrazione del presente, espungendo di fatto il futuro dalla propria considerazione.

Il titolo di un articolo di qualche mese fa del Sole 24 Ore, "Crisi, giovani senza futuro e politici senza qualità" racchiude in sé il momento che stiamo vivendo.

E ciò che noi giovani dobbiamo assolutamente evitare è immedesimarci al protagonista del "L'uomo senza qualità" di Robert Musil.

Il protagonista Ulrich Anders, trentenne della Vienna del 1913, pur essendo dotatissimo e avendo infinite, disparate qualità, è infatti un uomo che attende, che non vuole agire, ovvero che non osa darsi all'azione.

È il giovane in crisi, che comincia a dubitare della realtà e avverte la profonda e incolmabile distanza tra la realtà circostante e il proprio spirito. Un giovane tagliato fuori dal mondo di ieri, ma senza alcun appiglio cui aggrapparsi per costruire il suo futuro. ■

Il progetto *Future Health* di Pineta Grande

Sempre in occasione del Convegno Aiop Giovani, il professor Claudio Vella, condirettore dell'Osservatorio Ict in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano ha premiato, come vincitrice del "Premio Innovazione Ict in Sanità 2013", la struttura dell'Aiop "Presidio Ospedaliero Pineta Grande" di Castel Volturno (Ce), appartenente al Gruppo La Nuova Domiziana S.p.A.



In occasione della candidatura al premio, ricerca organizzata dall'Osservatorio Ict in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano e patrocinata da Aiic, Aiop, Aisis, Fiaso, Fimmg, Fism e Himms Analytics Europe, con l'obiettivo principale di comprendere gli impatti della *spending review* e le sfide che questa pone alle strutture sanitarie, di stimare a livello quantitativo le risorse destinate all'Ict nel settore sanitario e di analizzare i benefici ottenibili con l'introduzione di soluzioni Ict in alcuni ambiti chiave per l'innovazione (Cartella clinica elettronica, Dematerializzazione dei documenti, Servizi digitali al cittadino, ecc.), è stato presentato dal Presidio ospedaliero Pineta Grande di Castel Volturno (Ce), appartenente al Gruppo La Nuova Domiziana S.p.A., il progetto "Future Health" con lo scopo primario di ottenere benefici in termini di costi, di organizzazione e di servizi al cittadino nella sanità del futuro.

Il progetto è iniziato ad aprile 2008 con investimenti Ict di rilievo sia nel settore del software che dell'hardware ed in particolare:

- sviluppo di reti wireless accessibili da ogni reparto;
- dotazioni informatiche sostanziali poste in tutti i reparti e ambulatori;
- potenziamento, virtualizzazione ed acquisto di server dipartimentali;
- cartella clinica informatizzata;
- nuovo portale www.pinetagrande.it per dare più servizi ai cittadini;
- integrazione Lis e Ris/Pacs in cartella clinica informatizzata;
- dematerializzazione attraverso un repository dei documenti sanitari (cartella clinica, referti, esami ecc.);
- collegamento di vari strumenti medicali attraverso la rete-lan aziendale per rendere i dati fruibili ed integrati;
- miglioramento della sicurezza informatica e della privacy.

Alla fine del 2011 è terminata la prima fase del progetto che ha visto come scopo prioritario la messa a regime

della cartella clinica informatizzata in tutti i reparti e l'istruzione a tutti gli operatori coinvolti, quest'ultimo aspetto è stato sicuramente il più impegnativo a causa delle resistenze e della poca propensione all'utilizzo di strumenti tecnologici da parte del personale, ostacolo che è stato comunque superato. Una delle attività innovative che ha riscosso più successo da parte del cittadino è stata quella di aver installato nel reparto di Neonatologia delle web-cam su ogni incubatrice in modo che solo i genitori, attraverso il nostro portale ad accesso controllato ed in determinati orari, possono seguire il proprio figlio in cura senza essere costretti a spostamenti.

Nel 2012 sono continuati gli investimenti Ict ed in particolare è entrata in funzione la gestione della smart-card elettroniche per la gestione degli accessi degli operatori nelle proprie aree di competenza.

Inoltre è iniziato l'utilizzo di strumenti mobili (Ipad, Notebook ecc.) interfacciati con la cartella clinica informatizzata attraverso la rete wireless. Nel 2013 è in atto l'esportazione del modello Ict di Pineta Grande nelle altre strutture del gruppo La Nuova Domiziana. L'esigenze che hanno spinto la realizzazione di questo progetto sono state quelle di migliorare la qualità dei servizi, governare ed ottimizzare la spesa, velocizzare il flusso delle informazioni nel circuito ospedaliero, ottimizzare le risorse disponibili ma principalmente migliorare la qualità e l'efficienza dei servizi resi al cittadino.

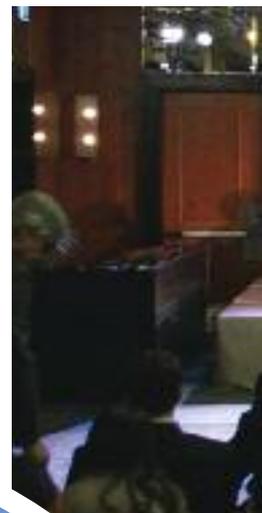
Il progetto "Future Health" per l'innovazione Ict è in pieno sviluppo su tutte le strutture del gruppo, continuano gli investimenti in termini di risorse umane e tecnologiche, senza peraltro usufruire di finanziamenti pubblici ma con l'utilizzo di sole forze economiche proprie.

Non è prevista nessuna data di fine progetto in quanto è certo che l'innovazione non ha soste e bisogna trovare sempre nuovi stimoli per migliorarsi e mantenerne il passo, cosa che per la Proprietà è di fondamentale importanza. ■



CONVEGNO

Quel che si vede, quel che non si vede,



GABRIELE PELISSERO Presidente nazionale AIOP



Iniziamo i lavori con un caloroso benvenuto a tutti ed un particolare ringraziamento ai relatori di questo importante convegno.

In questi giorni abbiamo con noi anche il Consiglio direttivo dell'UEHP (Unione Europea Ospedalità Privata), chiederò poi al Presidente, Erich Sieber, di porgerci il suo saluto. Domani mattina si terrà la nostra 49ª Assemblée Generale. Lo dico con soddisfazione

perché un'Associazione che per la quarantanovesima volta si riunisce per discutere di temi importanti come quelli che noi trattiamo, dimostra una tale capacità di affrontare le avversità della storia da renderci tutti abbastanza orgogliosi e fiduciosi per il futuro. Ieri, i Giovani AIOP hanno organizzato un bel convegno discutendo proprio del futuro, mentre questa mattina affronteremo un tema forse un po' più concreto, sicuramente non meno importante, quello della spesa sanitaria in Italia.

Come filo conduttore e contributo alla riflessione sulla spesa sanitaria nel nostro Paese in un confronto europeo, insieme a Lucia Quaglino e ad Alberto Mingardi dell'Istituto Bruno Leoni, abbiamo svolto un piccolo lavoro di ricerca "La spesa sanitaria in Italia. Quel che si vede, quel che non si vede", che Alberto Mingardi illustrerà nella relazione introduttiva. Non voglio intervenire sui contenuti del convegno, riservandomi il piacere di trarre qualche conclusione alla fine.



*La spesa sanitaria in Italia.
Quel che si vede, quel che non si vede.
Lucia Quaglino, Alberto Mingardi
e Gabriele Pelissero.
IBL Libri, 2013*

Prima di dare la parola al nostro moderatore, Danilo Taino, inviato speciale del Corriere della Sera, che ringrazio molto per la sua disponibilità, vorrei invitare Erich Sieber a portarci il saluto di tutti i nostri amici e consociati europei che come noi lavorano, in tutti i Paesi dell'UE, per il grande disegno di una sanità sempre migliore e alla portata di tutti i cittadini.

della spesa sanitaria in Italia



ERICH SIEBER
Presidente UEHP



Egregio signor Presidente, gentili ospiti e amici, a nome dell'UEHP e mio personale, esprimo il mio sentito ringraziamento per l'invito al vostro Congresso nazionale di oggi, nel corso del quale saranno prese decisioni importanti per la continuazione di un proficuo lavoro da parte dell'AIOP. Colgo l'occasione per ringraziare l'Associazione e i suoi rappresentanti per la loro impagabile attività a favore dell'UEHP. Da quasi venticinque anni l'AIOP costituisce una forza trainante all'interno della nostra associazione europea, con il suo impegno costante nel perseguire gli obiettivi

e gli interessi degli istituti ospedalieri italiani a Bruxelles. Siamo tutti convinti che gli interessi degli enti ospedalieri privati dell'Unione Europea potranno essere rappresentati solo da associazioni nazionali forti e da una UEHP unita. L'unione fa la forza e solo la forza può farci crescere. Mi permetto, dunque, di porgervi i più cordiali saluti da parte della direzione dell'UEHP ed esprimervi i migliori auguri per un esito positivo del vostro congresso. Auspico una proficua e cordiale collaborazione per molti altri anni a venire.

GABRIELE PELISSERO

Grazie Presidente Sieber. Possiamo ora dare inizio al nostro convegno e passo quindi la parola a Danilo Taino per moderare i lavori.

DANILO TAINO**Giornalista Corriere della Sera***Moderatore*

Anzitutto, grazie per l'invito. Sono Danilo Taino, giornalista del Corriere della Sera e mio compito è appunto di moderare questo dibattito. Cercherò di portare avanti una conduzione leggera, senza intervenire pesantemente sui contenuti, perché ci sono sicuramente persone che sono molto esperte più di me nel merito delle questioni. Tenterò, tuttavia, di stimolare il più possibile il dibattito, per renderlo vivace e sono sicuro che i relatori di grande qualità

qui presenti risponderanno in modo molto positivo. Il dibattito sarà preceduto da una presentazione del dottor Alberto Mingardi, direttore dell'Istituto Bruno Leoni che, insieme con il professor Pelissero e Lucia Quaglino, anche lei dell'Istituto Bruno Leoni, ha preparato il libro che troverete in sala: "La spesa sanitaria italiana". È molto interessante, pieno di dati sul Servizio sanitario nazionale e sulla sua evoluzione, con alcuni confronti internazionali e, soprattutto, con l'individuazione di alcuni punti critici e alcune proposte per affrontare il futuro.

Mingardi introdurrà l'idea di fondo del libro, in seguito mi rivolgerò direttamente al panel, farò alcune domande e si aprirà una discussione. Se avremo tempo, alla fine i presenti potranno porre alcune domande ai relatori.

In merito al tema non voglio fare commenti, limitandomi a citare le prime parole del titolo di questo convegno: "Quel che si vede e quel che non si vede", una visione che illustreranno sicuramente meglio gli esperti.

In questo dibattito si sente parlare di tagli lineari, di necessità di operare ristrutturazioni del Ssn, di spending review. Sono tutti elementi estremamente importanti, che credo vadano discussi, perché il rischio è che si facciano passi indietro (di questo ci sono segni che spero emergano nel dibattito) addirittura rispetto alla riforma del 1992, che ha introdotto alcuni elementi positivi, almeno dal punto di vista della concorrenza e della qualità del Servizio Sanitario.

All'interno del nostro sistema esistono tensioni che potrebbero portare in una direzione o nell'altra e si avanzano anche alcune proposte - penso ad esempio alla questione dei costi standard - che vanno discusse, perché alcuni ne sono entusiasti ed altri abbastanza scettici.

La parola al dottor Mingardi, Direttore dell'Istituto Bruno Leoni.

ALBERTO MINGARDI**Direttore generale IBL**

Ringrazio Danilo Taino per la sua introduzione, ringrazio l'AIOP per averci dato la possibilità di discutere oggi questa piccola ricerca di carattere essenzialmente compilativo, che consiste nella presentazione ordinata di dati, di fatti, dei quali voi tutti siete abbondantemente a conoscenza. Questo lungo paper è frutto del lavoro di tre persone, però quando si lavora in tre è difficile che ciascuno contribuisca esattamente nella stessa misura degli altri. L'autore principale del lavoro è Lucia Quaglino,

che ringrazio, l'altro autore è Gabriele Pelissero. Ovviamente quanto andrò a dire nei prossimi minuti, in maniera sintetica, impegna soltanto me, come è opportuno specificare, dato il ruolo di Gabriele Pelissero.

Questo libro si intitola: "Quel che si vede, quel che non si vede, della spesa sanitaria italiana". Si tratta di una citazione che risale ad un economista francese della prima metà dell'800, Frédérique Bastia, il quale scriveva che tutta la differenza tra un cattivo ed un buono studioso, sta nel fatto che uno si limita all'effetto visibile, mentre l'altro tiene conto dell'effetto che vede e di quelli che occorre prevedere. Ma questa differenza è enorme, perché quasi sempre accade che, se la conseguenza immediata è favorevole, le conseguenze ulteriori sono funeste o viceversa.

Il tentativo che abbiamo cercato di fare con questo lavoro è focalizzare l'attenzione su quelle che possono essere le conseguenze impreviste di scelte politiche, che paiono pure immediatamente benefiche e sensate.

La seconda citazione di un classico della storia del pensiero politico invece, ha poco a che fare con il titolo di questo volume, ma ha molto a che fare con il genere di messaggio che vorremmo trasmettervi e sul quale spero possa incardinarsi il dibattito successivo. È una citazione di uno degli articoli più noti di Luigi Einaudi, "Conoscere per deliberare", in cui scriveva: "Le leggi frettolose partoriscono nuove leggi intese ad emendare e a perfezionarsi, ma le nuove, essendo dettate dall'urgenza di rimediare a difetti propri di quelle male studiate, sono inapplicabili, se non a costo di sotterfugi. Fa d'uopo perfezionarle ancora, sicché, ben presto il tutto diventa un groviglio inestricabile da cui nessuno cava più i piedi."

Siccome nel dibattito successivo parleremo di riforme, credo sia importante ricordare questa constatazione che, se possibile, è diventata una profezia del presidente Einaudi perché, spesse volte,



quando abbiamo a che fare con atti normativi, e non solo nel campo della sanità, nel nostro Paese assistiamo esattamente a questo fenomeno: leggi frettolose che devono essere emendate e riformate e poi ancora una riforma della riforma, che ha necessità di ulteriori aggiustamenti per essere applicabile.

Quali sono i punti fermi che questo lavoro vorrebbe fissare? In primo luogo, la spesa sanitaria italiana non è superiore a quella di Paesi europei paragonabili al nostro. Questo è un punto che paradossalmente, spesse volte, sguscia via dal dibattito pubblico, perché siamo tutti comprensibilmente preoccupati del rigore dei conti e del contenimento della spesa. Non di meno, ribadisco, la nostra spesa sanitaria non appare superiore a quella di Paesi paragonabili con il nostro, sotto il profilo sia della popolazione, sia della storia delle istituzioni che dello Stato sociale.

In Italia vi è stata un'operazione di contenimento della spesa sanitaria pubblica che, possiamo dire, ha avuto successo, come ricorda anche la Corte dei Conti nel suo rapporto sul coordinamento della finanza pubblica di alcuni giorni fa. Questa operazione vive due snodi centrali: il primo ha inizio negli anni '90, se volete, come risposta politica agli scandali emersi negli anni immediatamente precedenti; il secondo, più vicino a noi, è conseguenza diretta della crisi del debito. La differenza grossa è che in un caso si tenta di dare ai problemi di spesa una risposta incardinata sul cambiamento delle istituzioni, su una modifica del modello del Servizio sanitario nazionale; nel secondo caso, invece, si fanno tutta una serie di interventi di manutenzione che lasciano sostanzialmente inalterate le premesse del Ssn.

La nostra spesa pubblica in rapporto al PIL dimostra che siamo un Paese ad elevata spesa pubblica e, in questo particolare momento storico, ciò crea tutta una serie di problemi che fanno parte dell'attualità politica, delle notizie di prima pagina dei giornali. Questo dato di fondo ovviamente informa anche il dibattito sulla sanità.

Se consideriamo la nostra spesa sanitaria, notiamo che nel 2010 era complessivamente il 9,3% del PIL e che la nostra spesa sanitaria pubblica era il 7,4% del PIL, cioè un valore lievemente inferiore a quello della media dei Paesi dell'Europa.

Se guardiamo al trend della nostra spesa sanitaria, abbiamo una situazione di sostanziale stabilità. Vi è un periodo, dal 1990 al 2008, nel quale le variazioni sono veramente limitatissime. Nel periodo successivo l'incidenza della spesa pubblica sanitaria rispetto al PIL cambia in ragione di un fenomeno che si registra anche a livello di altri Stati europei. Com'è inevitabile, c'è una incidenza maggiore come effetto della crisi nella quale noi tutti ci troviamo.

Dal 2006, la spesa sanitaria ricomincia a crescere, nondimeno questi tassi di crescita sono sostanzialmente controllabili. Fino a che si arriva alla situazione degli ultimi due anni: dal 2010 in avanti vi è un tentativo di potente contenimento della spesa sicuramente riuscito. Se leggete il focus della Corte dei Conti sul rafforzamento del Patto per la salute di alcuni giorni fa, le espressioni di soddisfazione per la riuscita di questa operazione di contenimento della spesa davvero non si contano, nonostante la stessa Corte dei Conti cominci ad indicare anche alcuni problemi o possibili tensioni.

Quando si parla di andamento della spesa in Italia, quando ci si occupa del passato, ma si cerca anche di prevedere quale sarà l'andamento della spesa sanitaria pubblica in futuro, non si deve dimenticare come, per nostra fortuna, siamo un Paese che è invecchiato bene e che desidera continuare ad invecchiare bene. La demografia

dell'Italia pone sotto stress il Servizio sanitario nazionale nel modo che sappiamo e che possiamo immaginare. In particolare, se consideriamo come vada ad aumentare, secondo le previsioni, la quota di persone di età compresa tra i 65 e gli 84 anni sul totale della popolazione italiana, da adesso al 2050, otteniamo il dato forse più rilevante per immaginare plasticamente quale sarà la domanda futura di cura e di servizi per la persona.

Il genere di approccio che è stato sin qui utilizzato, rispetto al tema del contenimento della spesa sanitaria, vede sostanzialmente la sanità come un costo. Questo è del tutto comprensibile, dato il punto di vista del decisore e i vincoli ai quali siamo sottoposti. Qui si rilevano conseguenze positive a breve, rispetto all'andamento dei conti pubblici, ma anche elementi che non sono effettivamente considerati.

Un fattore che non entra nelle strategie di contenimento della spesa è la considerazione alla quale siamo necessitati dagli andamenti demografici del nostro Paese. I bisogni delle persone sono anch'essi, sicuramente, in evoluzione. Esiste la variabile tecnologica e voi sapete benissimo come il genere di servizi che offrite oggi sia completamente diverso da quello che venivano offerti in ospedale e in casa di cura, venti o trent'anni fa.

Un altro punto, forse il più scomodo della discussione sulla sanità, è che, per quanto vi sia evidenza di blocchi del turnover nel settore sanitario, si tende molto spesso a costruire un dibattito in cui si im-



magina che le istituzioni del nostro Servizio sanitario nazionale siano destinate a rimanere immutate e non debbano essere, invece, attraversate da ipotesi di cambiamento.

Una parte del dibattito, più chiaramente definita anche nella discussione pubblica, riguarda la differenza, in questo caso un disavanzo pro-capite accumulato, presente nelle diverse regioni.

Una notizia sempre inquietante sulla quale riflettere: Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Puglia, sostanzialmente contano per l'86% del disavanzo complessivo. Uno studio della Banca d'Italia, in cui si dà conto anche nel nostro studio, sottolinea come le regioni finanziariamente peggio gestite (tendenzialmente quelle meridionali) siano anche quelle che hanno tassi di inappropriatezza crescenti negli ultimi anni. Sappiamo bene che le misure di appropriatezza e inappropriatezza sono per definizione controverse, ma forse si tratta di questioni sulle quali riflettere.

Per riepilogare, il federalismo in sanità è un tema sul quale siamo molto sollecitati anche nella discussione politica più puntuale. Un dato sul quale riflettere, soprattutto in questa sede, mi pare sia il messaggio, che sta passando, secondo cui sarebbe sostanzialmente auspicabile una "ricentralizzazione" del sistema.

In un'assemblea di alcune settimane fa, il ministro della Salute, Bea-

trice Lorenzin, ha sostenuto in termini piuttosto espliciti che il nostro Servizio sanitario nazionale dovrebbe essere messo in condizione di competere con altri sistemi sanitari europei, e che quindi, per tale ragione, è venuto il momento di abbandonare questa forma di concorrenza interna. Questo dibattito ricorda molto il genere di discussione che si verifica in altri ambiti della nostra economia in merito a concorrenza e politica industriale. Personalmente trovo ancora straordinariamente coraggiosa l'assunzione secondo cui una sanità italiana più centralizzata somiglierebbe, per definizione, di più alla sanità della Lombardia o dell'Emilia Romagna che, invece, alla sanità della Calabria o della Campania.

È vero che il meccanismo del federalismo, che avrebbe dovuto aprire margini di competizione, creando un'occasione di apprendimento reciproco tra le Regioni, è in larga misura andato sprecato. Sostenere però, che questo fatto di per sé provi che sia vero il contrario, cioè che una forma più marcata di centralizzazione possa raddrizzare le situazioni che meritano di esserlo, secondo me è un'assunzione molto forte, che viene presa nel dibattito con una leggerezza forse da zavorrare un po'.

Poniamoci ora la questione dell'orientamento che dovrebbe prendere almeno nella nostra visione la discussione, in ragione dell'elevata spesa pubblica del nostro Paese, dell'esperienza maturata nel contingentamento, nel controllo della spesa sanitaria, ma anche in ragione degli andamenti demografici, dei prevedibili effetti dell'innovazione tecnologica nel futuro prossimo e non così prossimo. Pressappoco, a me sembra che possano esservi due strade per rendere possibile questa quadratura del cerchio: una, politicamente impervia, passa per la riduzione dei servizi offerti nel perimetro nel Ssn; l'altra passa per una ridefinizione del servizio stesso nella direzione di allinearsi a tentativi di riforma per avere un sistema compiutamente misto, pubblico-privato. Tentativi di riforma, che abbiamo visto negli ultimi anni sviluppati in modi diversi in Paesi come l'Olanda e la Germania, e che in qualche modo, forse con un eccesso di benevolenza verso il legislatore, abbiamo rintracciato in controluce nella Riforma Amato del 1992.

Proseguire come stiamo facendo, credo ci esponga ad un grosso rischio (è un'opinione personale), che è stato così bene individuato da un importante commentatore delle vicende politiche italiane, Albert Einstein, il quale così ha sintetizzato l'andamento più tipico delle riforme, dell'incessante produzione di leggi nel nostro Paese, di cui parlava Luigi Einaudi: "Follia è fare sempre la stessa cosa e aspettarsi risultati diversi."

DANILO TAINO

Grazie dottor Mingardi per questa introduzione brillante e interessante, che mette sul tappeto tutta una serie di problemi. Adesso iniziamo il dibattito del panel, poi ci sarà la possibilità di alcuni interventi da parte del pubblico, alla fine tirerà le conclusioni di questa discussione il presidente, Gabriele Pelissero.

Comincerei subito con una domanda al senatore del PDL, Emilio Floris. Partendo dalla relazione di Mingardi. Vorrei chiedergli, richiamando anche le parole di Einaudi citate all'inizio: possiamo pensare di fare alcuni piccoli emendamenti, viste le condizioni complessive, non solo del Ssn, ma anche delle finanze pubbliche e, in generale, del quadro della situazione del Paese, non brillante dal punto di vista economico? Possiamo pensare di fare meglio attraverso piccole riforme? Oppure, secondo lei, bisogna colpire alle radici, cambiare per adeguarsi a tempi nuovi anche tenendo conto delle tendenze demografiche che sono state illustrate prima? Intendo dire, quale livello di radicalità lei pensa debba essere applicato alla questione sanità in Italia?

EMILIO FLORIS

Senatore Pdl



Si inizia con una domanda facile, la cui risposta è un po' più difficile. Prima di dare una mia interpretazione, permettetemi di salutare l'amico Pelissero e tutti voi. Da circa venti anni non frequento più l'AIOP. Sono stato presidente di Aiop Sardegna tra l'85 e il '93-94 e naturalmente mi sono sentito totalmente inserito nella compagine associativa. A distanza di tempo devo dire che provo un po' di emozione a respirare l'aria familiare dell'Associazione. Per dare una "non risposta" alla domanda

di Taino, mi rifaccio subito alla situazione economica italiana, chiedendomi come una Sanità che si vuole sempre più efficiente per tutti i cittadini italiani sia compatibile con le risorse disponibili.

La spesa sanitaria che avete visto collegata con quella europea (e ringrazio il presidente della UEHP Sieber per la sua presenza) è quasi sempre profondamente ancorata al PIL: se il PIL ci dà respiro, migliora tutto ciò che vorremmo offrire ai nostri cittadini, ma se il PIL si contrae, il Governo e noi tutti dovremmo responsabilmente attuare delle scelte prioritarie per la nostra nazione e sacrificare qualcosa, perché non può essere dato tutto a tutti, e non sto parlando solo di sanità.

Bisognerà compiere delle scelte e capire se la sanità costituisca o meno una priorità. Se questo è l'obiettivo che si pone il legislatore, allora, in un periodo di media portata, possiamo porci l'obiettivo di fare una riforma sanitaria. Ma se le risorse non sono disponibili, allora penso sia meglio utilizzare le attuali regole presenti nel sistema, farle funzionare meglio, trovare una maggiore integrazione tra comparto pubblico e comparto privato nella sanità, ricordando, come avevamo bene in mente anche venti anni fa, che l'azione svolta dai privati in campo sanitario è sempre un'azione rivolta al pubblico. Voglio sottolineare questo punto perché a volte sfugge a chi critica il settore privato in maniera anche dura, forse più per ragioni ideologiche che per motivi di merito.

Per quanto mi concerne, ritengo che la sanità sia uno di quei punti fondamentali che non si possono toccare, perché poi dalla sanità dipende anche la salute nel senso più ampio della nostra Repubblica. E non faccio questa affermazione perché siamo in una sede dell'AIOP che della sanità si interessa, parlo dal punto di vista politico, come senatore della Repubblica.

DANILO TAINO

Durante la scorsa campagna elettorale ho avuto modo di seguire i programmi dei partiti. Le elezioni scorse sembrano appartenere ad un'altra epoca, nel senso che il risultato è stato uno spartiacque forte. Ricordo, comunque, che i partiti principali, Pdl, Pd, anche la Lista Monti, quando si parlava di sanità dibattevano soprattutto di costi standard. Chiedo ora alla senatrice Nerina Dirindin del Partito Democratico, per quale ragione si discute, in particolare, di costi del Servizio sanitario nazionale e molto poco del funzionamento delle strutture. Mi rendo conto che ci sono problemi di bilancio straordinari, ma forse qualche volta si può cambiare punto di vista, come suggeriva nella nostra introduzione Mingardi.



NERINA DIRINDIN

Senatrice Pd



Permettetemi di ringraziare per l'occasione di riflettere su questi temi e anche di ritrovare alcuni vostri rappresentanti, con i quali in passato abbiamo avuto l'opportunità di confrontarci e riflettere.

Come mai si parla tanto di costi e di costi standard e perché la sanità è vista come componente di costo? Provo a dare una risposta, in modo semplificato (forse anche eccessivamente) per risparmiare tempo e per offrire uno stimolo al dibattito. Penso che dietro la presentazione del relatore,

che condivido in buona parte, ci sia un problema che stiamo sottovalutando e che probabilmente è già implicito negli interventi di chi mi ha preceduto.

Noi stiamo vivendo una fase storica di incultura nei confronti delle politiche per la salute, sia a livello politico e molto spesso anche a livello scientifico, sia nel dibattito quotidiano. Questa debolezza culturale con cui affrontiamo i problemi della salute, genera la mancanza di una vera politica sanitaria, nel senso nobile e più alto del termine. Di fronte a questa debolezza dei momenti di riflessione e delle scelte strategiche a livello politico, ma anche istituzionale, ovviamente il ministero dell'Economia è diventato il vero decisore delle politiche sanitarie, per quanto riguarda sia la componente pubblica, sia quella privata accreditata. Io ho una storia da economista e non posso che dire: per fortuna il ministero dell'Economia ha una strategia ben precisa di finanza pubblica per quanto riguarda le diverse componenti di spesa, compresa quella sanitaria. Il problema, però, è che in questi anni è mancata, a fianco del ministero dell'Economia e negli aspetti più strettamente di bilancio, altrettanta attenzione ad una strategia di politica di tutela della Salute. Lo dico con grande rispetto per tutti quelli che a livello tecnico e politico sono stati ai vertici delle politiche sanitarie nazionali e regionali. È questo l'aspetto importante, che forse in questi anni dovremmo cercare di condividere ed approfondire.

Se si lascia al ministero dell'Economia la guida delle politiche sanitarie, credo che si sbaglia, perché questo Ministero non può che guardare ai costi, non ha le competenze, non ha un ruolo nell'analisi

di ciò che è essenziale per la tutela della salute della popolazione, in un mondo che muta.

Il grosso problema è fare in modo che la tutela della salute ridiventi una priorità per i partiti, per i decisori politici, per i cittadini; che si ragioni su questo tema e che poi ci si domandi quanto, dal punto di vista delle finanze pubbliche o di altre forme di finanziamento, può essere fatto per garantire una tutela adeguata della salute.

Esiste, però, uno scollamento, perché le indagini rivelano che, in questo momento, la prima cosa che preoccupa i cittadini è il lavoro, ma la salute resta comunque ai primi posti, è un problema importante per la gran parte di noi.

Nelle scelte strategiche c'è stato quasi un'anestetizzarsi nei confronti di questo tema da parte dei decisori ed il risultato è che alcune regioni, quelle definite virtuose, sono state più capaci di fare qualcosa di utile, mentre altre hanno lasciato che il sistema declinasse, qualche volta addirittura degradasse. Si sono quindi originate grandi differenze.

Ma si è verificato anche un altro fenomeno, già segnalato da chi è intervenuto prima di me, rispetto a cui io sono ancora più drastica: c'è stata l'ubriacatura del federalismo, abbiamo pensato che il decentramento, non soltanto in sanità, ma anche in altri settori, fosse la bacchetta magica con la quale risolvere i problemi. Nel 2000 ero da sola a rilevare le preoccupazioni che un decentramento molto spinto poteva comportare. Dopo una dozzina di anni, quanto è stato previsto dalle norme non è ancora stato attuato. Si tratta, in effetti, di un cambiamento così sostanziale che inevitabilmente avrebbe dovuto richiedere tempi più lunghi e una gestione della transizione che non c'è stata. Il risultato è che ci troviamo in una situazione, in cui ancora oggi si invocano i costi standard per risolvere i problemi del Paese.

Chi conosce, come voi sicuramente, i temi della contabilità, dell'analisi dei costi in sanità, sa benissimo che non è così semplice parlare di costi standard. Studi internazionali hanno affermato che i parametri di riferimento possono essere utilizzati a livello macro, ma, a livello così come noi pretendiamo, rischiamo di commettere più danni di quelli che vogliamo risolvere. Se guardiamo nell'insieme il problema, è difficile parcellizzare l'analisi dei costi in un settore dove le prestazioni prodotte sono tutte per definizione una diversa dall'altra, perché si tratta di un settore ad alta personalizzazione e ad alta intensità di lavoro, e quindi non può essere considerato standard, come avviene nelle produzioni di beni, che possono essere automatizzate. Questa strada ci ha fatto perdere tanto tempo, perché non abbiamo portato a casa grandi risultati, se non qualche analisi dei costi di acquisto, mentre l'importante è che ci sia una chiarezza e una capacità di governare la spesa sulle grandi voci.

Penso che per prima cosa bisogna fare in modo che le politiche di tutela della salute siano oggetto di una strategia condivisa di questo Paese, dando vita ad una grande cultura di riflessione e di confronto senza pregiudizi.

Ho l'impressione che non ci sia bisogno di una grande riforma, sia per quanto affermava Einaudi, sia perché questo Paese non è in grado di abrogare le norme per farne una nuova. Non è il momento. Nelle norme vigenti c'è già scritto quasi tutto, si tratta di applicare ciò che è utile per la tutela della salute e di vigilare affinché sia fatto qualche aggiustamento, ma non nuove norme. Lo dico in un momento in cui occupo la mia attuale posizione all'interno del Senato, che ha in capo il potere legislativo.

Quello di cui abbiamo bisogno in questo momento è fare in modo che si rafforzi il ministero della Salute e gli assessorati alla Sanità, che si crei una condizione di grande collaborazione fra settore privato e pubblico, sapendo che in situazioni di austerità dobbiamo





fare tutto quello che serve per la tutela della salute.

Dobbiamo distinguere il problema di quanto il Paese è disposto a spendere per la salute, pubblico-privato insieme, di come finanziamo la spesa, perché spesso il problema è legato soltanto alle modalità di finanziamento. Non spendiamo tanto, grazie ai controlli fatti dal ministero dell'Economia e riconosciuti dalla Corte dei Conti, ma purtroppo le disuguaglianze sono aumentate e le capacità migliori sono sfuggite da un settore, che non è considerato così qualificato. Non riusciamo ad attrarre manager, soprattutto nel pubblico, non riusciamo ad attrarre qualità per rendere trainante il settore ed è un grande errore.

Concludendo: avendo bisogno di grandi alleanze tra produttori privati e pubblici, come è possibile mantenere i livelli di assistenza universalistici attuali, se lavoriamo in termini di appropriatezza, di miglioramento dei costi, di riduzione degli sprechi?

In questo senso, abbiamo tutti da fare, sia nel pubblico che nel privato, dove esistono eccellenze e debolezze come nel pubblico.

DANILO TAINO

A questo punto, avrei bisogno di fissare un punto per comprendere meglio il problema. Farei quindi una brevissima domanda da giornalista ai due senatori intervenuti fino a questo momento e al dottor Mingardi. Quanto siete contenti dello stato attuale e di prospettiva del Ssn, tenendo conto anche delle tendenze demografiche? Gli date la sufficienza o no?

EMILIO FLORIS

Penso che il sistema sanitario italiano, con le luci e ombre già evidenziate, sia comunque molto apprezzato, anche a livello internazionale, perché assicura realmente la salute. Laddove esistono ombre o manchevolezze spesso non è colpa del sistema o delle leggi presenti, ma qualche volta della loro realizzazione.

Secondo me il sistema funziona, ma può funzionare meglio se si attuano anche i sistemi di controllo previsti in sanità, che, a mio avviso, devono essere fatti in modo tale che chi compie il controllo non sia l'erogatore, bensì il pagatore della prestazione, colui che nello stesso tempo gestisce un ospedale pubblico, verso il quale non effettua controlli adeguati.

Mi riferisco in particolare alla regione Sardegna e all'appropriatezza dei ricoveri. Fermo restando il costo di un ospedale, i costi standard

ecc., mi piacerebbe che ci fosse un sistema di controllo più efficiente.

Bisognerebbe poi vedere come attuare le modifiche anche riguardo al numero dei posti letto, perché ancora oggi ragioniamo in funzione del numero dei posti letto e del loro turnover.

Esistono certo alcune situazioni alle quali, forse, non darei la sufficienza, ad esempio, il pronto soccorso. Se il pronto soccorso viene considerato tale, vi deve ricorrere chi effettivamente ne ha bisogno, se invece ci ricorrono tutti, è chiaro che in quella struttura si vedono file interminabili e quel servizio non viene giudicato sufficiente dalla popolazione, perché viene utilizzato male.

Nell'insieme, tuttavia, darei sicuramente la sufficienza al sistema sanitario, anche per il confronto con esperienze che ho avuto all'estero.

La preoccupazione reale che posso avere per il futuro è che, se non si investe in sanità, rimaniamo indietro dal punto di vista tecnologico, nella ricerca, nelle risorse umane, di grande importanza in questo settore.

Siamo stati leader mondiali nella medicina nel secolo scorso, poi forse abbiamo perso qualcosa, ma abbiamo intelligenze e capacità. Si tratta di rimanere al passo anche con le tecnologie e tuttavia, se scegliere tra il nostro sistema e quello di altre nazioni in Europa, ma anche in America, preferirei tenermi quello che abbiamo in Italia.

NERINA DIRINDIN

Se dovessi dare un giudizio mediamente all'intero sistema, anche facendo riferimento agli studi internazionali comparativi, che quasi sempre sono riferiti ai dati di due o tre anni fa, dovrei dare un voto molto elevato. Dal punto di vista di quanto spendiamo e otteniamo come tutela della salute, perfino gli studi comparativi sulle performance del sistema, ma anche sull'efficienza, ci dicono che non facciamo mai peggio di Francia e Germania; qualche volta siamo lì, qualche volta addirittura facciamo meglio. Questo dovrebbe essere motivo di grande orgoglio per quello che è stato fatto finora.

La situazione, tuttavia, sta peggiorando in questi ultimi anni perché le restrizioni imposte dalla finanza pubblica obbligano ad interventi che non ci fanno risparmiare e che, nel contempo, non consentono di dare risposte ai cittadini, soprattutto a quelli maggiormente in difficoltà in un momento di crisi economica. C'è molto da fare per recuperare la decadenza che si è verificata in questi ultimi anni a causa dei tagli effettuati, non selettivi e, soprattutto, eccessivi rispetto alla capacità di sostenere il sistema. Lo afferma la Corte dei Conti, che certamente è autorevole. In sanità, la spending review era già stata fatta, ma abbiamo voluto aggiungere altri tagli, per di più in una maniera indifferenziata, che ha colpito i migliori, invece di coloro che avrebbero dovuto rendere più efficiente il sistema.

Anche io sono convinta che il nostro sia un sistema da salvaguardare, che l'universalismo possa essere conservato nell'interesse dei cittadini e che sia necessario mantenere il finanziamento con la solidarietà. Sappiamo quanto i cittadini soffrano di asimmetrie infor-

mative, quindi abbiamo bisogno di lavorare insieme, perché il sistema resti sostenibile.

Condivido quanto ha detto il senatore Floris: non mi interessa cosa accadrà nel 2050, ma da qui al 2020, e non perché io abbia una visione a breve, ma perché facendo scenari fino al 2050 rischiamo semplicemente di drammatizzare la situazione, mentre molto dipende da quello che riusciremo a fare nei prossimi anni. Proviamo quindi, a capire come si possa migliorare l'utilizzo delle risorse esistenti, destinate alle strutture pubbliche e a quelle private, per migliorare la qualità dell'assistenza e la visione dei mutati bisogni dei cittadini.

Dobbiamo capire altresì come riuscire a finanziare quei settori che sono stati sacrificati in maniera anche molto confusionaria. Se guardiamo i dati internazionali, in Italia abbiamo la più alta percentuale di grandi tecnologie per bacino di utenza e ci stupiamo sempre, quando sappiamo che una metà funziona benissimo e l'altra funziona malissimo, a seconda delle regioni. Ci stupiamo del fatto che, ad esempio, per le grandi tecnologie abbiamo una dotazione due o tre volte superiore a quella della Francia e dell'Inghilterra, perché acquistiamo tecnologie, ma poi non facciamo la manutenzione o, addirittura, non le attiviamo.

Il problema quindi, è avere risorse per migliorare la dotazione tecnologica, per finanziare la ricerca, per riqualificare le modalità con le quali si eroga l'assistenza. Abbiamo bisogno di migliore qualità, e se lavoriamo su questo punto, l'universalismo può non essere intaccato. Io credo sia una grande cosa perché garantiamo a tutti, anche a quelli che non hanno la possibilità di spendere, di poter essere tutelati, ma, soprattutto, perché l'introduzione dell'intermediazione finanziaria assicurativa farebbe costare molto di più questo sistema. Quindi, i cittadini che pagano di tasca propria le tasse, spenderebbero molto di più.

ALBERTO MINGARDI

Credo che nella sua domanda ci sia anche la richiesta di un giudizio da utentepaziente e a questo proposito le posso dire che la sanità è l'ultimo dei servizi pubblici di cui mi lamento. Io, però, vivo a Milano e non mi sfugge che l'Italia non sia una grande Lombardia, da nessun punto di vista.

Per quanto riguarda la valutazione del Servizio sanitario nazionale, credo sia opportuno rifarsi alle poche informazioni che abbiamo. In questo breve studio noi citiamo le opinioni raccolte dall'Euro barometro, il quale riporta che il 54% degli italiani ritiene di ricevere un servizio sanitario di buona qualità.

DANILO TAINO

Teresa Petrangolini fa parte dell'Ufficio di Presidenza del Consiglio della Regione Lazio. A lei chiedo se ci sia stata questa ubriacatura da federalismo come dice la senatrice Dirindin.

In particolare, una totale o parziale ricentralizzazione del sistema potrebbe essere utile per affrontare anche quelle distorsioni e quelle differenze territoriali e regionali, di cui parlava Mingardi?

TERESA PETRANGOLINI

Ufficio di Presidenza Consiglio Regione Lazio



Come persona che viene dal mondo di CittadinanzAttiva, vorrei ricordare che noi abbiamo addirittura costituito un osservatorio sul federalismo per informare sulle differenze di trattamento che ricevono i cittadini a seconda della regione in cui vivono, sulle liste di attesa e sulle patologie croniche. Si registrano grandi differenze. In questa fase che mi trovo a vivere nella regione Lazio - quella che ha più disavanzo ed è un disastro dal punto di vista della spesa - mi sto rendendo conto che, in realtà,

bisognerebbe cambiare il rapporto tra lo Stato centrale e le Regioni, che in alcuni casi le Regioni hanno anche bisogno dello Stato centrale per superare i problemi. Ci vorrebbe, dunque, una maggiore collaborazione per far funzionare bene il Servizio sanitario a vantaggio dei cittadini.

Le Regioni hanno comunque le loro responsabilità e, nel mio ruolo attuale, posso accennare brevemente alle caratteristiche che stiamo cercando di dare alla gestione del Servizio sanitario regionale anche nel rapporto con i privati.

Il Lazio non era stato declassato da Moody's, ma se si nascondono i debiti lasciando sul lastrico tutta una serie di soggetti imprenditoriali, si potrà essere in regola dal punto di vista dei conti e tuttavia, a proposito di visibile e invisibile, quello che non si vede è parecchio. Se vogliamo parlare di un corretto rapporto tra pubblico e privato, bisogna mettere i conti in tavola. In un mese si è riusciti ad approvare un bilancio, per sbloccare 5 miliardi di euro di cui la gran parte servono semplicemente per pagare chi vanta crediti nei confronti del Servizio sanitario regionale. Ultimamente si è scelta la strada della razionalizzazione dei conti, delle spese e anche della gestione, e

nell'ultima riunione con il tavolo del piano di rientro, sono stati sbloccati 540 milioni, che permettono di rimettere in moto il meccanismo.

È necessario poi lottare contro gli sprechi che le Regioni hanno fatto. Nel Lazio, ad esempio, l'Agenzia di sanità pubblica (Asp) spende 16 milioni di euro l'anno, il doppio dell'Emilia Romagna. È così scandaloso che il 30 giugno prossimo la chiudiamo e credo sia un segnale chiaro. Noi cercheremo di recuperare le tante professionalità che serviranno a rafforzare l'assessorato, perché ci vogliono assessorati forti.

Riguardo agli acquisti, stiamo cercando di creare una centrale in modo da comprare tutto insieme. Sappiamo che, a lungo termine, non è detto che sia l'unica soluzione. Alcune regioni ci stanno ripensando, ma è già qualcosa poter raggiungere la trasparenza nelle modalità di trattare gli acquisti. L'idea è di mettere accanto alla centrale acquisti, una struttura di Health Technology Assessment, che valuti in anticipo le





tecnologie da acquisire, attraverso un approccio multidisciplinare che permetta di evitare pressioni e clientele.

Per far funzionare meglio la macchina della Regione abbiamo ridotto i dipartimenti, perché esistevano duecentosettanta centri decisionali: questa non è una regione, una struttura che dovrebbe garantire servizi ai cittadini e rapporti con le imprese, ma un mostro, dove ognuno ha la sua piccola parte di potere. Aver ridotto la macchina amministrativa a pochi centri decisionali, permetterà forse di realizzare economie di scala non indifferenti.

In questo quadro vorrei dire due parole sul rapporto con i privati. È chiaro che ci sono Regioni, come il Lazio o la Lombardia, dove il rapporto con il privato in sanità è fortissimo. Non penso che sarebbe possibile nel Lazio occuparsi di sanità pubblica senza i privati, ma il punto fondamentale è la correttezza dei rapporti.

Uno dei primi soggetti che Nicola Zingaretti incontrò durante la campagna elettorale fu proprio l'Esecutivo e gli associati di AIOP Lazio, per cominciare da subito ad impostare in maniera corretta, seria, non clientelare, un rapporto con il settore privato legato al tipo di servizi di cui si ha bisogno. In questi giorni stanno arrivando al Consiglio Regionale vari rappresentanti di strutture private che si trovano in grandissime difficoltà e vengono a chiedere audizioni. Sono soggetti che hanno una grande solidità manageriale, una capacità reale di rendere un servizio ai cittadini, ma ho incontrato anche altri che evidentemente qualche sforzo in più lo devono fare. Le Regioni devono rispondere ad una grande sfida per dimostrare che vale la pena di mantenere un federalismo. Dobbiamo rendere conto ai cittadini di come si spendono i soldi e quali rapporti si hanno con tutti i fornitori di servizi. Sono convinta che si possa fare un lavoro veramente positivo tra strutture pubbliche e strutture private, con chiarezza assoluta.

DANILOTAINO

Posso farle una breve domanda e avere una risposta? Lei ha parlato

del settore privato e del vostro rapporto con esso. Ha detto sostanzialmente che nel Lazio la sanità non potrebbe funzionare se non ci fosse questa forte presenza del settore privato. Lei, e in generale la regione Lazio, vede il ruolo del settore privato semplicemente come complementare per riempire i buchi che il pubblico non riesce a colmare? Oppure vedete nel settore privato anche una funzione di stimolo e di concorrenza nei confronti del resto del sistema sanitario?

TERESA PETRANGOLINI

Per me è difficile rispondere in astratto, perché dipende dalle aree di attività e sento veramente la necessità di mettersi attorno ad un tavolo per discutere. Un errore fatto in passato, quando il Lazio è entrato nell'occhio del ciclone, è stata la pianificazione per macro aree. Seguendo questa logica, in realtà, non si è tanto stabilito che cosa attribuire al pubblico e al privato, ma si è operato per zone, riempiendo Roma di tutto, pubblico e privato, con una scelta precisa, e depauperando in pochi anni un intero patrimonio sanitario nel territorio regionale. Bisogna cambiare mentalità, per rispondere alle esigenze reali dei cittadini!

DANILOTAINO

Dottor Natale D'Amico, magistrato della Corte dei Conti, avrei una domanda di carattere generale e una curiosità da rivolgerle. La domanda l'aveva posta nella sua relazione iniziale il dottor Mingardi: in assenza di riforme sono compatibili rigore, invecchiamento della popolazione e servizio sanitario universale? Lei che ha in mano i numeri del Paese, sicuramente può dirci qualcosa.

La curiosità, un po' più politica è, invece, la seguente: all'interno di una logica di spending review o, comunque, di riduzione dei finanziamenti a tutta una serie di servizi, suppongo anche in sanità, c'è il rischio che venga penalizzata la componente privata del servizio sanitario?



Grazie anzitutto per l'invito: è un piacere stare con voi a ragionare di queste cose. Mi pare che le questioni poste dal moderatore siano sostanzialmente quelle centrali, e peraltro il libro ci mette sui binari giusti. Il primo è relativo al fatto che bisogna partire dai dati di fatto anche nel confronto internazionale. Il secondo è che questa discussione deve tenere presente che esistono vincoli finanziari, ma non può limitarsi a ragionare su di essi. Se procediamo solo sulla base dell'emergenza finanziaria

– che sarà con noi per molti anni – e se ogni volta che l'emergenza si allenta smettiamo di intervenire, non comprendiamo come stiamo cambiando sull'onda dell'emergenza.

Come dice il rapporto della Corte dei Conti, i dati fanno vedere che la spesa nel settore si è ridotta in termini nominali (0,7% nel 2011, 0,8% nel 2012), a cui bisogna aggiungere circa due punti di inflazione. Ciò è in contrasto con le pressioni presenti nel settore, che derivano dall'invecchiamento della popolazione, ma anche dall'innovazione tecnologica che accresce le opportunità di analisi e cura.

Darei per scontato che la pressione, esercitata dall'invecchiamento della popolazione e dall'innovazione tecnologica, produca un aumento dei costi in sanità. Per i prossimi anni si prevede che la spesa nel settore sanitario ritorni ad aumentare, ma con un tasso di crescita in linea con l'inflazione attesa, cioè costante in termini reali. Possiamo gestire l'emergenza, ma nella sostanza questi due fattori, in prospettiva, continueranno a far crescere la spesa.

Nei fatti, la pressione esercitata dalle esigenze finanziarie ha costretto una contrazione della spesa nel settore sanitario. Ma com'è fatto questo meno 0,8% di spesa sanitaria dell'anno scorso? La spesa per beni e servizi forniti direttamente da operatori pubblici è rimasta costante; la spesa nel settore market è diminuita del 2,2 % ed era già diminuita del 2% l'anno scorso. Teniamo presente che queste variazioni sono nominali e bisogna aggiungerci due punti. Oggi la spesa nel settore market è meno dei due terzi del settore non market. Che sta avvenendo? Ovviamente, se partiamo solo dalla pressione di natura finanziaria poiché alcune spese relative al settore pubblico sono anche difficilmente comprimibili, noi agiamo sul market, al di fuori di ogni seria valutazione di tipo strategico, o, comunque, basata sull'impianto del tentativo di riforma fatta nel '92.

Terzo fattore, che considero rilevante, è quello emerso nella discussione riguardo al decentramento ed accentramento. Attraverso una serie di interventi che vanno dal Patto per la Salute, ai posti letto, ai LEA, ai costi standard, a regole standard per il procurement e per gli acquisti, noi stiamo, di fatto, ricentralizzando il sistema sanitario, senza che c'entri nulla la riforma del Titolo V, giustamente criticata, perché la sanità era radicalmente regionalizzata nella Costituzione del '47, la quale attribuiva alle Regioni potere, anche di natura legislativa, nel settore sanitario. In realtà, il Titolo V ha reso possibile un quadro di maggiore centralizzazione del settore. Questo a me pare un fatto, perché tutti devono fornire più o meno le stesse prestazioni, agli stessi costi, con la stessa organizzazione, e ora proviamo anche ad evitare che i cittadini-utenti scelgano come e dove muoversi.

Su questi tre fatti, questione finanziaria, questione market, questione decentramento, provo a dire la mia opinione. Riguardo alla spesa, il fatto che questa ricominci ad aumentare, è solo una questione di

tempi. Qual è la risposta che sta emergendo nel dibattito di oggi? È sostanzialmente provare a dire a chi ha redditi più alti che deve pagare questi servizi. Nella sostanza, una simile soluzione vorrebbe dire accrescere il tasso di progressività effettivo del sistema fiscale italiano. Noi abbiamo già un livello di pressione fiscale del 50%, che è alto, e se vogliamo che il sistema sia progressivo, ciò implica tassi medi di imposizione fiscale decisamente superiori ai redditi più alti, i quali continuano a sostenere le spese per il Ssn, senza poterne usufruire nella sostanza, o in modo molto limitato. Chi pensa che nell'economia di mercato esista una qualche relazione, non meccanica, fra remunerazione e contributo al prodotto, dovrebbe capire che la progressività delle imposte ha tutta una serie di vantaggi redistributivi, ma scoraggia l'offerta di lavoro più qualificato, con un effetto negativo sulla produttività complessiva e sul tasso di crescita dell'economia.

Interventi come quelli ai quali si sta pensando, secondo la mia personale opinione, sostanzialmente si traducono in accrescimento del grado di aggressività del sistema fiscale, che considero sbagliato. Penso che il sistema sia compatibile con opzioni almeno parziali, con facoltà di opting out concessa ai redditi più alti.

La seconda questione è relativa al market. A me pare abbastanza evidente che la concorrenza produca benefici, riguardo alla differenziazione dell'offerta, all'innovazione tecnologica ed organizzativa e alla riduzione dei costi. Ridurre il ruolo delle componenti market invece, significa sostanzialmente accrescere la forza del monopolio pubblico nel settore. Non credo che, proseguendo sulla strada del rafforzamento del monopolio pubblico in questo settore, noi finiremo per risparmiare risorse pubbliche. È necessario, quindi, aggiornare in qualche modo il disegno di legge di riforma del '92, ma ripristinando e salvaguardando il suo impianto generale.

Il terzo punto fondamentale è il federalismo. A me pare che stiamo, di fatto, centralizzando il sistema, senza riflettere a quali siano i vantaggi che il federalismo può offrire. Un sistema decentrato produce differenziazione, cioè produce l'offerta di una serie di modi diversi di articolare il rapporto pubblico-privato, di organizzazione dei servizi.

Se vogliamo il federalismo, dobbiamo accettare anche diverse estensioni della garanzia pubblica sulla salute. Se siamo disposti a fare questo, come credo sarebbe necessario, avremmo un grande vantaggio, perché in un sistema in cui la competizione funziona con fatica, perché esiste una generale garanzia pubblica, possiamo introdurre qualche sostituto della competizione effettiva. Ad esempio, l'anno scorso la mobilità negativa dalle regioni in piano di rientro è più che raddoppiata, ed in un contesto nel quale la spesa complessiva diminuiva, la spesa per la mobilità è aumentata. Se siamo disposti ad accettare la differenziazione, dobbiamo riprendere una strada, che non sia quella del Titolo V, ma della Costituzione del '47.

Se cediamo alla centralizzazione, se rinunciamo ad introdurre almeno una concorrenza territoriale, riduciamo il grado di libertà offerto ai cittadini e come conseguenza, otteniamo quantità minori a prezzi più alti.

A me pare che la discussione pubblica dovrebbe essere riportata sui fatti e sulle opinioni, a partire da giudizi di valore ed esplicitando le argomentazioni. Temo che la deriva automatica sull'onda delle emergenze ricorrenti non porti ad una riflessione sull'assetto complessivo.

Oggi mi sembra che la discussione relativa al ruolo svolto da operatori market o non market nell'economia, sia stata accantonata e si discuta solo a partire dalla variabile finanziaria, invece che dai dati di fondo che, utilmente, il libro presentato oggi e il nostro dibattito danno occasione di chiarire.



DANILO TAINO

Una domanda, prima di aprire il dibattito anche su questo punto. La facoltà di opting out comporta una radicale riforma della logica alla base del sistema sanitario e un cambiamento di paradigma nel rapporto tra cittadini e tasse.

NATALE D'AMICO

Non mi sfugge la rilevanza delle opzioni di opting out, anche dal punto di vista sistemico e immagino che si riorganizzerebbe anche la struttura dell'offerta. Qual è però l'alternativa? Anche la riforma del sistema previdenziale è stata concepita in vista della possibilità di consentire l'opting out, proprio per permettere la riorganizzazione dell'offerta. Sono ragionevolmente certo del fatto che una delle poche conclusioni davvero robuste degli economisti è che in monopolio si registrano minori quantità, scambiate a prezzi più alti. Non si capisce perché si applichi questo sistema in un settore così importante come la sanità, in cui il vero interesse è di avere molte quantità prodotte a prezzi bassi. I meccanismi di opting out accentuano la pressione concorrenziale perché rendono possibile un'opzione superiore ai cittadini. Questo per me è come un giudizio di valore.

Pensiamo che anche in questi settori ci sia un ruolo positivo che può venire dalla concorrenza? La mia opinione è sì, quindi un settore pubblico che è pressato dalla concorrenza e anche dal fatto che alcuni cittadini possono, almeno parzialmente, avere un'opzione di uscita, probabilmente questa pressione competitiva genera anche la pressione per la riduzione dei costi per l'innovazione tecnologica ed organizzativa.

NERINA DIRINDIN

Questa ipotesi sull'opting out, descritta a lungo dal magistrato, mi vede in gran parte contraria e ne accennerò brevemente le ragioni.

In primo luogo l'opting out non ha effetti diretti sul funzionamento del mercato dello scambio di prestazioni sanitarie, perché implica semplicemente che il finanziamento passi attraverso l'intermediazione finanziaria e non attraverso il sistema fiscale, il che è diverso dal mercato delle prestazioni sanitarie.

Dal punto di vista dell'equità e della dinamica della spesa inoltre, creerebbe effetti estremamente gravosi, soprattutto per i più deboli, che si troverebbero in un sistema molto limitato, fatto solo per coloro che non possono optare. Si tratta di un tema molto complesso che la letteratura scientifica ed economica ha discusso a lungo e che dovremmo approfondire, perché ho l'impressione che si immaginino delle conseguenze positive laddove non esistono evidenze che lo dimostrino.

EMILIO FLORIS

Il tema meriterebbe una riunione ad hoc. Non c'è dubbio che il magistrato D'Amico abbia in parte ragione quando afferma che i monopoli creano normalmente maggiori costi, una realtà incontrovertibile dal punto di vista economico. Una concorrenza sfrenata probabilmente non è il caso di farla, ma consentire opzioni diverse e una competizione aperta ed onesta sarebbe forse la soluzione migliore. In quest'ottica, l'ente pagatore, nel nostro caso lo Stato, non deve favorire un sistema piuttosto di un altro. La parte economica non deve essere viziata o compromessa nella gestione dell'attività, altrimenti c'è una competizione distorta, perché giochiamo con lo stesso numero di giocatori in campo, ma l'arbitro veste una casacca ben definita.

TERESA PETRANGOLINI

Noi abbiamo un Ssn che i cittadini italiani continuano a preferire, nonostante moltissime cose non funzionino, come risulta da tutti i sondaggi, a prescindere da chi sia il gestore in quel momento. Se lo si comincia a frammentare ne risulteranno sanità diverse. Si tratta di un modello di sistema, che hanno adottato l'Italia, l'Inghilterra e altri Paesi. Negli Stati Uniti invece, una parte del settore privato ha giustamente scelto di operare per le persone facoltose, perché questa è la sua missione. Nel nostro Paese però, l'ospedalità privata è stata sempre per tutti i cittadini, a prescindere dal loro reddito.

DANILO TAINO

Apriamo ora la discussione, se qualcuno del pubblico vuole intervenire.

ENZO PAOLINI

Consigliere nazionale Aiop



L'occasione è troppo interessante per non coglierla, poiché abbiamo al tavolo esponenti della maggioranza di governo.

Le domande di Alberto Mingardi sono state eluse, in particolare la questione di fondo: vogliamo assuefarci al principio secondo cui il Servizio sanitario nazionale a beneficio dei cittadini italiani debba essere reso sempre secondo la compatibilità con le risorse? O meglio ancora, a nostro parere, il diritto alla salute non è più primario e assoluto, ma è condizionato dalle risorse economiche?

Ha ragione il dottor D'Amico quando afferma che nei prossimi tempi i costi aumenteranno in tutti i settori. È un dato di fatto, perché il progresso tecnologico non diminuisce la manodopera in sanità, come nella catena di montaggio, ma l'aumenta: si erogano

prestazioni nuove, si usano macchine nuove, ci vogliono ambienti nuovi e quindi la spesa aumenterà fatalmente.

Allora è vero che esiste l'incultura del federalismo, ma è anche vero che nasce dalla regionalizzazione. La riforma del Titolo V è stata fatta inseguendo la demagogica deriva secessionista ed approvata con un solo voto di differenza dal Parlamento. Il federalismo corretto, invece, è una condivisione di regole comuni, all'interno delle quali esistono poi dettagli differenti, come ha osservato il dottor D'Amico. Nelle regioni sono necessarie regole comuni riferite a tariffe, terzietà dei controlli, indirizzi sanitari, secondo un indirizzo generale dell'intero Paese. Stabilire poi se realizzare unità di cardiocirurgia o no è una questione regionale.

Voi siete rappresentanti del Parlamento e vi chiedo se nei prossimi cinque anni vi impegnate ad applicare e far approvare dal Parlamento misure semplici che già sono previste dalle leggi, ma non sono attuate: trasparenza dei bilanci degli ospedali e delle aziende sanitarie pubbliche; terzietà dei controlli rispetto agli ospedali e agli erogatori di prestazioni, uguali per il pubblico e per il privato; riduzione degli sprechi, applicando il pagamento a prestazioni a tutti gli ospedali, pubblici e privati.

Solo in questo modo, e non a parole, si possono individuare e ridurre gli sprechi, controllare il rispetto di regole intransigenti e rigorose per tutti, rendere trasparenti i bilanci in modo che chi governa possa verificare dove ci sono le inefficienze e dove non ci sono.

ANDREA PIRASTU

Presidente Aiop Sardegna



Una brevissima riflessione su un libro molto stimolante da leggere anche in abbinamento con l'ultimo rapporto "Ospedali & Salute" presentato a dicembre scorso. Emerge che spesso si confondono due concetti: la lotta agli sprechi in sanità e la domanda di salute degli utenti.

Prima di dare un voto di sufficienza alla sanità pubblica, come ci auguriamo di poter fare tra qualche anno, dobbiamo ricordare che nel sistema sanitario pubblico ci sono alcuni tumori che devono essere estirpati,

episodi inquietanti, disparità di trattamento. In certe strutture pubbliche in Italia si verificano situazioni da terzo mondo. Mi riferisco ai pazienti abbandonati per giorni nei corridoi dei reparti, senza essere adeguatamente visitati. Cosa che non potrebbe avvenire nelle strutture private, perché sarebbero immediatamente chiuse. Il sistema di controlli funziona bene nei confronti del privato accreditato in tutte le regioni, ma in genere non è applicato al settore pubblico, tranne forse per qualche eccezione.

In Sardegna abbiamo valutato che, se i controlli giustamente istituiti quando era assessore la senatrice Dirindin, fossero oggi trasferiti anche nel pubblico, si sarebbe ottenuto un risparmio di 70-80 milioni di euro l'anno. Se quindi facciamo una proiezione nazionale, si tratta di miliardi di euro risparmiati, senza compromettere la domanda dei pazienti. Il problema è noto, ma mai affrontato.

Credo veramente che l'impegno dell'attuale maggioranza debba essere di riqualificare e mandare nelle ASL soltanto manager di primissimo livello e di altissima qualità.



DANILO TAINO

Adesso darei la parola ai nostri relatori per rispondere alle questioni emerse dagli interventi, ma anche per entrare nel merito del dibattito generale.

ALBERTO MINGARDI

Le questioni sono tante, mi scuso perché quanto dirò adesso, non contribuirà alla semplificazione della discussione.

Sento continuamente parlare di due straordinarie soluzioni passe-partout a tutti i problemi dell'Italia: la lotta all'evasione fiscale e la lotta agli sprechi. O questi due fenomeni si generano con una tendenza all'infinito, oppure non siamo tanto capaci di contrastarli. Parlo da modesto politologo: gli sprechi non possono essere ingegneristicamente risolti dal centro, magari fosse così semplice! Purtroppo, per i gestori dello spreco, questo si chiama consenso.

L'unico modo con cui si fa la lotta agli sprechi è cambiando le regole del sistema. Se noi decidiamo che la discussione sulle regole non ci interessa, possiamo dichiarare la lotta agli sprechi, ma concretamente non la faremo mai.

Sono molto d'accordo con la senatrice Dirindin in merito all'assenza di discussione sui temi della sanità, che in parte ha natura istituzionale, perché, nella migliore delle situazioni, il Ministro della Salute è un Sottosegretario alle Finanze. Nel nostro Paese abbiamo visto succedersi ministri della salute che erano tecnici, medici o giuristi, i quali giocavano il più delle volte a fare il dottore del Paese, un mestiere diverso rispetto a quello di discutere della forma del sistema sanitario. Secondo me è su questo che dobbiamo dibattere e possiamo scegliere. Vogliamo andare verso una riduzione delle prestazioni offerte dal Ssn?

Allora diventa essenziale il tema che pone Natale D'Amico. Qualche risposta al problema può essere data, tenendo presente anche l'opzione dell'opting out, che pure a me non piace perché credo sia più sensato lavorare sul versante della concorrenza all'interno del sistema, utilizzandola per risolvere problemi di efficienza e di spreco. Quella soluzione ha, però, un grande pregio, dal punto di vista di quelli che stanno in coda: se chi è davanti esce, chi è dietro passa prima. Il problema delle liste d'attesa non è periferico.

Il signore del quale il mio istituto porta il nome, Bruno Leoni, in un bellissimo articolo del 1964 diceva, guardando l'ecografia del Ssn in Italia: "A me pare che stiamo provando a realizzare in occidente l'unico esperimento rigoroso di economia pianificata che si sia visto al mondo". Sappiamo che riusciamo a organizzare decentemente la nostra vita economica e a rispondere alle domande delle persone, grazie sostanzialmente al sistema dei prezzi. Rendiamoci conto che decidiamo di tenere fuori dal sistema dei prezzi una parte della nostra vita economica, che ha una intensità di innovazione straordinaria.

Il problema del monopolio, cui faceva riferimento D'Amico, è acuito nel settore sanitario dal fatto che non stiamo discutendo di servizi a bassa intensità tecnologica, ma ad altissima intensità di innovazione.

EMILIO FLORIS

Rispondo solamente in merito alla domanda su ciò che farò come senatore per non rendere la sanità solo un problema di carattere economico, ma una scelta concreta del nostro governo.

Sappiamo che la spesa sanitaria incide sul PIL, è una voce importante della nostra economia, ma riflette anche il detto di Schopenhauer: "È meglio un mendicante sano che un re ammalato". Destinare perciò, le risorse disponibili per far stare bene la popolazione, significa utilizzarle al meglio da parte del governo. Mi batterò su questo punto, perché una delle priorità è appunto la tutela della salute, il problema di dare soddisfazione al bisogno primario della popolazione.

Per quanto riguarda le altre considerazioni, uno dei punti centrali nella sanità attuale sono le liste d'attesa, ma dovrebbe esserci un altro convegno solo per discutere di questo tema.

Un altro problema veramente scottante è poi la scelta dei Direttori generali, perché abbiamo assistito alla nomina di alcuni manager della sanità, che gestiscono risorse imponenti, ai quali non avrei affidato un bene secondario.

NERINA DIRINDIN

In Commissione Sanità, su alcuni impegni sono assolutamente disponibili.

Il primo è di evitare che ci siano ulteriori restrizioni, soprattutto lineari nei confronti del Ssn.

Il secondo è di cercare di trovare qualche risorsa in più. Sappiamo che sulla spesa del 2012 ci sono stime incomprensibili e vogliamo quindi verificare se si possono prevedere aumenti veri oppure no. Se la strada deve essere quella di far diventare le politiche per la salute una priorità di questo Paese, non si deve perdere l'attenzione in merito all'uso appropriato delle risorse stesse. Per questa ragione rilevo ancora una volta - ma credo che voi imprenditori lo sappiate meglio di noi - che non c'è bisogno di nuove leggi, seppure qualche manutenzione sarà necessaria, perché i risparmi nelle imprese si ottengono con tanto impiego di energie, con tante verifiche quotidiane nelle diverse aree produttive.

Dobbiamo far crescere la cultura manageriale, la cultura della legalità, della integrità di un sistema, che si occupa di un bene importante come la salute. È quindi necessaria una grande crescita formativa, una sua diffusione ulteriore nel settore pubblico e, se permettete, anche in una parte del privato, perché non tutto il privato sa usare al meglio le risorse.

Per quanto riguarda il pubblico, credo di condividere quanto è stato detto, più o meno implicitamente: bisogna che la parte peggiore della politica si astenga dall'intervenire nel settore sanitario, mentre è necessaria una maggiore capacità strategica per guardare il futuro. Quello che succederà nei prossimi dieci anni, infatti, sarà decisivo per ciò che accadrà nei successivi cinquanta.

TERESA PETRANGOLINI

Sono a favore di trattamenti e verifiche uguali, anche se non è facile farlo accettare a tutto il mondo politico che ruota anche attorno alla regione Lazio.

Ritengo sia utile mettere on line le valutazioni fatte dall'Agenas sugli esiti negli ospedali pubblici e privati accreditati, per capire qual è la percentuale di successo per determinati tipi di interventi in ogni tipo di struttura, pubblica o privata. Nelle valutazioni sono



comprese anche quelle sull'efficienza e sull'umanizzazione delle cure. I cittadini, quando scelgono dove andarsi a ricoverare, devono sapere, in conformità a criteri internazionali, che in alcuni casi il privato offre prestazioni molto superiori e in altri no. Si deve avere il coraggio di perseguire fino in fondo la strada della trasparenza riguardo alle prestazioni erogate dal pubblico e dal privato.

Il secondo punto riguarda le liste di attesa. Finché avremo un sistema di prenotazione telefonica in cui si riceve l'informazione solo sul 30% dell'offerta, perché in realtà non si copre l'intera offerta pubblica e si esclude il privato accreditato, il cittadino si trova di fronte a possibilità molto limitate e non si riducono le liste di attesa.

La terza questione riguarda i Direttori generali. I rischi della lottizzazione politica sono giganteschi e per questa ragione abbiamo chiesto ad un soggetto terzo, Agenas, un'agenzia governativa, di gestire direttamente questo aspetto: sono loro che stanno raccogliendo le domande, c'è una commissione di tre persone, di cui non sappiamo nemmeno i nomi, che fanno la valutazione dei curricula, ed organizzano i successivi colloqui. Questa commissione restituirà alla Giunta regionale un elenco di trenta soggetti, i quali hanno già passato il vaglio di una valutazione più complessa, che permetta di capire se sono all'altezza di gestire una situazione come quella delle ASL. Questa è una scelta coraggiosa, ma è su questo genere di iniziative che si misura la capacità di lavorare insieme con criteri comuni.

La trasparenza, l'efficienza, l'uguaglianza nel fornire i servizi ai cittadini, sono essenziali per far funzionare la sanità.

NATALE D'AMICO

Ho ascoltato con molto piacere il dibattito. Abbiamo riconosciuto che non possiamo occuparci esclusivamente del lato finanziario della sanità, perché se siamo pressati solo da questo aspetto rischiamo di prendere strade sbagliate.

La prima è la compressione degli operatori di mercato. È una strada sbagliata, se volete, per motivi di natura ideale, ma anche per motivi finanziari. Quando io, operatore pubblico, ottengo una prestazione dal privato, la pago soltanto secondo il tariffario. Quando ho pagato



una struttura pubblica invece, alla fine di ogni anno devo ripianare i disavanzi, che sono una quota consistente della spesa. Di fronte a questo problema, che comincia ad emergere dai dati 2011-2012, sacrificare il settore del mercato è sbagliato, anche dal punto di vista finanziario. L'altra strada, che vedo annunciare e considero ugualmente errata, è quella per cui già oggi i più abbienti, anche a partire dai meno poveri, contribuiscono alla sanità

in proporzione al reddito. Se si continua a contribuire più della media e ad utilizzare i servizi in misura uguale o perfino minore, credo sia sbagliato, perché sostanzialmente si traduce in aumento della progressività del sistema fiscale, con forte scoraggiamento del lavoro qualificato. Ciò non ha solo effetti generali, ma anche sulla sanità, in cui il mercato si sta globalizzando. Se in Italia le regole scoraggiano l'offerta di lavoro qualificato, c'è da preoccuparsi per chi opera in questo settore.

Alcuni contributi emersi oggi dimostrano la disponibilità a ragionare sulle modalità con le quali si organizzano i servizi, a riprendere un ragionamento, che ad un certo punto si è abbandonato. A me pare che ripartire da questo punto sia l'unico modo per affrontare con serietà il problema che continuerà a porsi, perché noi stiamo invecchiando e speriamo a lungo.

DANILO TAINO

È arrivato il momento di dare la parola al professor Gabriele Pelissero, Presidente nazionale AIOP, per le conclusioni.

GABRIELE PELISSERO

La ringrazio per il contributo importante che come moderatore ha dato al convegno e poi permettetemi, prima di tutto, di esprimere grande soddisfazione personale per i lavori di questa mattina.

Credo sia venuta alla nostra Associazione, a ciascuno di noi, dal contributo di tutti i relatori presenti, una quantità di suggestioni, di temi, di elementi di riflessione di grandissimo interesse, su cui torneremo nel dibattito interno, facendone tesoro per costruire altri momenti di discussione pubblica nei quali mi auguro di potervi avere ancora tra noi. Torneremo anche a progettare e riflettere, perché la materia trattata stamattina ha spaziato attraverso tutta una serie di problemi a breve, medio e lungo termine, strategici e gestionali, che credo sia molto importante per il nostro settore discutere e affrontare.

Nel trarre le conclusioni, devo rivestire i panni del Presidente nazionale di AIOP anche se poi mi concederò un contributo più libero. Devo innanzitutto ricordare che la nostra Associazione, su molti

dei temi centrali trattati oggi, ha una posizione costruita nel tempo e riaffermata con chiarezza. Insistiamo fortemente sul concetto che siamo in larghissima misura operatori interni al Servizio sanitario nazionale. Coloro che hanno più lunga esperienza della nostra vita associativa, ricordano il dibattito intenso che si ebbe fin dai tempi in cui fu varato il Ssn italiano, passando da un modello di tipo Bismarck ad uno di tipo Beveridge. Pure in un dibattito a più voci, gli imprenditori della sanità italiana hanno fatto la scelta consapevole di porsi all'interno di un sistema universale e solidaristico come espressione di una modalità di gestione ed erogazione delle prestazioni, incentrata sul principio della sussidiarietà e del pluralismo. Questa strada che - con difficoltà e non di rado con qualche incomprensione da parte della componente politica - abbiamo cercato di percorrere con coerenza e fatica, nasce dall'idea che alcuni principi per noi importanti, come la ricerca della qualità e della soddisfazione del paziente, passano attraverso l'introduzione di meccanismi di competizione virtuosa che abbiamo sempre individuato e sottolineato.

Per generare questi meccanismi all'interno di un sistema di tipo Beveridge, come in quello che abbiamo in Italia, noi abbiamo individuato lucidamente alcuni percorsi parzialmente realizzati e altri sui quali insistiamo, come strumenti utili a conseguire una pluralità di obiettivi. Questi percorsi sono la realizzazione di meccanismi virtuosi di competizione interna a vantaggio del paziente e nell'interesse della qualità e dell'efficienza.

Ringrazio chi ha ricordato nel dibattito il ruolo fondamentale dei fattori competitivi per superare i monopoli, la loro inefficienza e la loro incapacità di realizzare risultati qualitativi.

La strada che noi abbiamo visto in questi decenni è stata quella di un sistema di aziende erogatrici pubbliche e private, guidate da regole uguali, soggette a meccanismi istituzionali comuni e finanziate attraverso un sistema trasparente, razionale ed economicamente sostenibile di tariffe.

In questa situazione, il principio della libertà di scelta del cittadino, centralissimo nella nostra Costituzione, è essenziale per portare al confronto e alla competizione virtuosa fra tutti gli erogatori, premiando attraverso il sistema tariffario coloro che sono scelti. Alle critiche di chi ha spesso osservato che il cittadino non è in grado di scegliere, perché è incapace, noi abbiamo opposto l'osservazione empirica che i comportamenti spontanei dei cittadini italiani nei confronti delle cure offerte dal Ssn negli ultimi trent'anni sono invece profondamente razionali.

Basta osservare i flussi di mobilità intra-regionali e interregionali, tutte le volte che questi vengono concessi, per vedere che, all'interno dei singoli sistemi regionali, i cittadini vanno a richiedere prestazioni a soggetti erogatori che sono in grado di fornire buone risposte. Quando non possono farlo, escono dalle loro regioni e scelgono quei macro sistemi regionali dentro ai quali vanno ad individuare le efficienze e le qualità.

È interessante notare che, fra i sistemi regionali che hanno evidenziato la razionalità del comportamento del cittadino, si collocano in particolare alcune regioni. Ricordo l'Emilia Romagna che non è certamente contraddistinta dalla competizione interna, ma da un sistema piuttosto governato secondo la propria tradizione amministrativa. Questa regione ha un mix pubblico-privato, con una componente di privato piccola, intorno ad un 15% dell'erogazione delle prestazioni, perché limitata dall'orientamento del governo regionale in tutti questi anni. Ora, l'Emilia Romagna, la seconda regione italiana per rifrattività di pazienti da altre regioni, raccoglie il 50% di tutta la sua rifrattività in quel 15% di privato che ha all'interno del proprio sistema. Questo dato deve farci riflettere sulle possibili scelte che,

all'interno di modelli anche variabili, possono determinare effetti positivi e successi competitivi.

Quando parliamo di settore privato, ci riferiamo all'unico comparto erogatore di prestazioni in Italia fondato esclusivamente su una tariffazione. Induttivamente, poiché esso eroga oggi il 25% di tutte le prestazioni ospedaliere e costa il 15% (cito qui un dato della Corte dei Conti) abbiamo l'indicazione di come sia possibile, dentro modelli di tipo Beveridge attuare sistemi competitivi utili e con risultati positivi, laddove ci sia la volontà politica di realizzare un sistema autenticamente pluralistico, vincendo la tentazione insita in tutti i monopolisti di rimanere tali.

Questo discorso si basa sul lungo percorso storico del sistema sanitario, che nel nostro Paese nasce in larga misura a gestione pubblica, ma in parte anche su un percorso di miglioramento, che si è attivato grazie all'introduzione di criteri di competizione virtuosa e di pluralismo. Oggi ci potremmo chiedere come sia possibile, in un momento di difficoltà, fare tesoro di questa esperienza concretamente, ripristinando e potenziando i fattori importanti che l'hanno sostenuta fino ad oggi e che la possono ulteriormente lanciare.

Tale percorso di riforma, non particolarmente audace e ampia, ma profondamente concreta, è estremamente praticabile. Da qui nasce la proposta che AIOOP sta facendo, a partire da un appello: salviamo il Ssn, come è scritto nell'introduzione al volume che annualmente presentiamo, "Ospedali&Salute". Ma salvare il Ssn oggi significa riprendere in mano alcuni problemi e andare a toccare alcuni nodi. Dal dibattito di oggi sono emersi alcuni punti in modo interessante, che cito sinteticamente.

Il primo problema è quello del livello di spesa. Al riguardo, noi continuiamo a porre l'accento come la sommatoria dei tre interventi normativi di taglio alla spesa pubblica italiana, intercorsi fra il 2011 e il 2012, portano ad un livello di tagli complessivo, che non giudichiamo in grado di consentire la sostenibilità del sistema. Anche nel libro presentato oggi, si trova la tabella di sintesi dell'impatto complessivo di questa manovra: si tratta di 14.250 miliardi nel triennio, corrispondente a circa 4,5 miliardi l'anno.

Ricordiamoci che la manovra di 4,5 miliardi l'anno di taglio su un sistema che costa 116 miliardi, si confronta, per esempio, con la manovra di 2,5 miliardi del governo Hollande in Francia, su un sistema che costa 175 miliardi. Basta il riferimento a questo benchmark internazionale, facile da comprendere e relativamente vicino alle caratteristiche del nostro modello, per evidenziare l'insostenibilità di tale azione. Inoltre, lo ricordiamo in un passaggio del libro, il modello del taglio lineare è assurdo, perché premia lo spreco e castiga i comportamenti migliori. Qui siamo completamente fuori rotta.

Condivido molto l'osservazione della senatrice Dirindin sul ruolo del ministero dell'Economia. Come presidente dell'AIOOP, per un anno ho negoziato con lo scorso Governo: andavo al ministero della Salute, ma in realtà avevo la sensazione quotidiana di confrontarmi con il ministero dell'Economia, che purtroppo non ha dimostrato la capacità di comprendere la praticabilità di interventi sulla spesa sanitaria pubblica in Italia.

Abbiamo fatto un tentativo di capire perché sia successo questo, rileggendo il testo della relazione Giarda sulla spesa pubblica, soprattutto quando si affermava che la spesa sanitaria è "aggredibile". Si è offerta sicuramente ad un gruppo di degnissimi funzionari dello Stato (che non conoscono la materia e comprensibilmente devono recuperare denaro nell'ambito della loro funzione) la possibilità perfetta di andarlo a prendere dal colpevole, ma purtroppo qui mettiamo in prigione l'innocente.

Non voglio attribuire colpe, ma non posso che sognare un Ministero

della Salute che trovi in sé la forza per fare questo discorso, che noi portiamo avanti come semplice associazione di categoria. Ci aspettiamo però, che sia il Governo a trovare al proprio interno le energie per ristabilire la situazione.

Come ricordava bene il magistrato della Corte dei Conti, facendo tagli lineari, senza avere il coraggio di intervenire sui meccanismi, l'unico luogo per fare cassa è nella componente AIOOP, perché essendo pagati a prestazione, da noi operatori privati i soldi si vedono ed è facilissimo portarceli via. Questo tipo d'intervento, però, sta conducendo il sistema al collasso, perché, in modo differenziato nelle varie regioni, la presenza di liste di attesa è oggi palpabilmente in crescita, mentre potremmo benissimo soddisfare questa domanda con una risposta adeguata, anche a costi bassi, il che è diventato impossibile a causa dell'impatto negativo dei tagli lineari sulla nostra capacità di agire. È una situazione drammatica alla quale è indispensabile porre rimedio, come noi andiamo ripetendo da mesi.

Al di là di tutto, la vera priorità è reinvestire nella sanità, introdurvi nuove risorse, altrimenti andiamo a una situazione di collasso, che sarà particolarmente critica nelle regioni con maggiori difficoltà, come quelle in piano di rientro del centro-sud.

Alcuni dirigenti ministeriali di questo Paese nutrono l'illusione, assolutamente astratta, che gli ospedali di diritto pubblico, avendo comunque una voce di spesa fissa, siano in grado di assorbire a parità di costo la domanda. È un argomento che provocherebbe una grande ilarità, se non fosse sotteso in parte a questa manovra. Purtroppo, invece, genera sconcerto e preoccupazione perché siamo di fronte a manovre basate su presupposti astratti e fittizi. Non è assolutamente immaginabile che il sistema vada avanti così, bisogna invertire la rotta, bisogna assolutamente reinvestire sulla spesa ed io auspico che a partire dal 2013, e certamente dal 2014, si ritorni ai livelli di guardia.



Ho molto apprezzato Teresa Petrangolini quando diceva che dobbiamo dimostrare di essere seri. Noi abbiamo per la sanità proposte serie, che continuiamo a fare e nessuno sta a sentire. Immaginiamo un sistema misto, dove ci sia un pluralismo di erogatori, e ripristiniamo veramente un modello di pagamento a prestazioni, ragionevole ed equo.

Se invece facciamo il ragionamento dei ministeri dell'Economia e della Sanità, che, negli ultimi mesi dello scorso governo, hanno ridotto la tariffa per i pacemakers da 8 mila euro a 4 mila euro: allora, o non si mettono più pacemakers in Italia o si rischia d'inserire apparecchiature inadeguate. È questa la strada che vogliamo seguire?

Proponiamo due grandi riforme, che non costano: la trasparenza e i controlli.

Riguardo alla trasparenza del sistema, continuiamo a non capire per quale motivo i nostri bilanci siano rintracciabili anche su Internet in qualunque momento, mentre quelli di tutte le aziende sanitarie ospedaliere pubbliche siano la cosa più privata di questo Paese. Cominciamo ad aprire le finestre del sistema e in due o tre anni ci sarà un'opinione pubblica qualificata, la stampa, i media che cominceranno ad andare a vedere che cosa succede. Perché non sposiamo questa proposta, tutti insieme?

La legge lo prevede, ma nessuno lo fa.

I controlli poi sono un grandissimo problema, perché in Italia il 75% del sistema, cioè l'erogatore pubblico, si controlla da solo.

Contrariamente ad un'opinione diffusa e ad una manifestazione apprezzabile da parte di amministratori e politici, che si pone seriamente il problema della nomina dei Direttori generali delle aziende ospedaliere pubbliche, ho sempre ritenuto che questi soggetti debbano essere nominati dalla Giunta regionale in piena libertà, nello stesso modo in cui l'assemblea di una società per azioni individua i

propri amministratori.

Sono i controlli che devono essere neutrali e indipendenti. Come posso credere che chi viene a verificare le mie prestazioni, mandato dal Direttore generale della ASL che ha l'ospedale di fronte al mio, lo controlli poi con lo stesso rigore? Vogliamo costruire uno strumento di controllo che sia neutrale e libero da conflitti d'interesse? Anche questa è una riforma a costo zero.

Cito però, un caso per dimostrare quanto sia difficile superare le resistenze. Come AIOF Lombardia, in occasione di uno scandalo verificatosi per malpractice di un'equipe medica, fummo chiamati dalla Regione e insieme costruimmo un pacchetto "trasparenza e legalità" di cui vado molto orgoglioso. Uno dei passaggi prevedeva che il sistema dei controlli, che in Lombardia funziona bene nei confronti di ospedali pubblici e privati, dovesse mettere in rete immediatamente il risultato di tutti i controlli fatti cinque anni fa. Non abbiamo mai visto questi dati.

Tornando nei panni di co-autore del libro distribuito oggi, sottolineo che esso contiene alcune modeste proposte, che peraltro non hanno il dono dell'originalità, sintetizzate come percorso a breve. Sono iniziative che potrebbero essere scritte in una norma di due pagine e non avrebbero alcun costo, ma darebbero un segnale importante di apertura del sistema. Mi limito a ricordare due punti, sui quali torneremo come AIOF.

Il primo riguarda la centralizzazione, perché lo scorso governo ha mostrato un interventismo in sanità che non avevamo mai visto prima. Se devo dare un giudizio, l'interventismo statale dell'ultimo anno si è esercitato in una serie di provvedimenti ai quali noi diamo un voto insufficiente. È la nostra opinione naturalmente e se ne può discutere. Lo riaffermo, dopo averlo ripetuto in molte circostanze al ministro Balduzzi, un mio collega universitario più che stimabile, con cui però non siamo d'accordo sulla linea seguita dal Governo.

Noi di AIOF ci siamo dovuti rivolgere alle Regioni per chiedere loro di aiutarci a fare muro contro alcuni provvedimenti governativi e lo abbiamo trovato in Lombardia, ma anche in Umbria, in Campania, in Emilia Romagna e in Sicilia. C'è stato sicuramente un ruolo positivo delle Regioni.

Per concludere, rifletterei attentamente sul concetto di centralizzazione, perché personalmente nutro forti dubbi che le Direzioni generali dei Ministeri della Salute e dell'Economia siano preferibili come decisori del sistema rispetto agli Assessorati regionali alla Sanità.

Noi che soffriamo questa realtà ogni giorno, non possiamo non registrare la grande differenza qualitativa fra le classi dirigenti delle varie regioni italiane. È dunque motivo di speranza positiva quanto ci è stato detto da un rappresentante autorevole di una regione importante come il Lazio in merito al proposito di riguadagnare la serietà e la credibilità nell'ambito del governo regionale. Capiamo quali difficoltà e quali problemi pongano tali iniziative e siamo a fianco di chi si mette su questa strada estremamente importante. Sono contento che sia emerso questo problema profondo del Paese. Anche noi lamentiamo una carenza di cultura politica della sanità, perché c'è bisogno di una classe dirigente diffusa di buona qualità, nei ministeri, nelle Regioni, nelle aziende pubbliche e private. Si tratta di un tema importante sul quale dobbiamo impegnarci tutti insieme. Auspichiamo che l'azione di questo Governo sia incisiva su questo punto.

Ancora rivestito dei panni dell'autore, faccio anche io una citazione finale, che sia motivo di riflessione per tutti e, in particolare, per la nostra classe politica. È una frase di Confucio che dice: "Studiare senza pensare è vano, ma pensare senza studiare è pericoloso". ■



Semplifica la gestione dei processi documentali con Ricoh

RICOH

image. change.

Ricoh, multinazionale che fornisce soluzioni per la stampa office, servizi documentali gestiti e servizi IT, collabora con le principali organizzazioni sanitarie consentendo loro di ottimizzare i processi documentali aziendali, inclusi quelli relativi al percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del paziente.

Grazie a una conoscenza specifica dei processi documentali di questo settore, ha sviluppato soluzioni e servizi per:

- Migliorare l'accesso alle informazioni mediche
- Ridurre i costi per la gestione dei documenti
- Aumentare la sicurezza dei dati

seguici su:

www.ricoh.it

www.document.it

