



INTRODUZIONE AL 13° RAPPORTO OSPEDALI&SALUTE

# Giro di boa

Il 10 dicembre a Roma la presentazione del 13° Rapporto "Ospedali&Salute", un appuntamento per conoscere lo stato di salute del sistema ospedaliero nazionale. Dopo la stagione della spending review basata sui tagli lineari - che ci auguriamo definitivamente tramontata - si profilano novità che alimentano una moderata fiducia.



GABRIELE PELISSERO  
Presidente nazionale Aiop

Due anni fa, nel presentare l'11° Rapporto Annuale "Ospedali & Salute" immersi in una fase di forte contrazione della spesa pubblica sanitaria, avevamo osservato con preoccupazione un orientamento a portarla verso il valore del 7% del Pil, da noi ritenuto un limite al di sotto del quale è forte il rischio di non riuscire a tenere il passo con lo sviluppo scientifico e tecnologico dei sistemi sanitari europei più avanzati.

Un anno dopo, a fine 2014, il Patto per la Salute siglato fra Stato e Regioni il 5 agosto dello stesso anno (da noi valutato positivamente non per la quantità delle risorse impegnate ma per la prospettiva di una nuova stabilizzazione triennale del finanziamento per il Ssn), era già posto in discussione aprendo un confronto intenso fra Governo e Regioni, e anche all'interno dello stesso Governo. Dove, seppur nella inevitabile riservatezza, continuano ad affiorare spinte e visioni diverse sul futuro del Servizio sanitario italiano, emblematicamente nel ricorrente appello del Ministro della Salute Beatrice Lorenzin a mantenere all'interno del budget della sanità ogni guadagno di efficienza per reinvestirlo in qualità.

Una posizione alla quale si contrappone, sospeso ma inquietante, ciò che si legge negli atti del Rapporto Cottarelli sulla spending review, dove compare un target di spesa sa-

nitaria pubblica al 5,25% del Pil, che forse alcune componenti della tecnostuttura governativa vedono con interesse.

Di fatto, ancora nel luglio 2015, con il DL 19/6/2015 n° 78 compaiono altri inattesi tagli alla sanità, che sommandosi a quelli già attuati negli anni precedenti e al trascinarsi delle norme a valenza pluriennale portano al risultato finale che si può leggere nella tabella 1.

### COSA ABBIAMO TAGLIATO?

Venti miliardi tolti alla spesa pubblica sanitaria nel quinquennio 2012-2016 sono una cifra imponente, e il risultato di questa serie di interventi, operati da quattro successivi Governi, porta il nostro Paese a un valore attuale di spesa intorno al 6,8% del Pil.

I fattori del ridimensionamento del Ssn, più numerosi di quanto si veda e presenti in tanti ambienti, osservano che la spesa pubblica sanitaria nell'Unione Europea è in media del 6,2% del Pil (fig. 1) dunque l'Italia avrebbe ancora margini di riduzione e non esistono veri motivi di allarme.

Ma questa valutazione è inficiata da una prospettiva non corretta. Non è infatti possibile comparare l'Europa originaria, l'Europa dei 15, che è anche l'Europa del welfare evoluto con i 13 Paesi entrati più recentemente, per lo più caratterizzati da economie ancora fragili e soprattutto afflitti dalla pesante eredità sovietica, che per de-



cenni ha celato sotto il velo dell'ideologia e della propaganda un modello di welfare, anche sanitario, profondamente inefficace e arretrato. Se infatti esaminiamo separatamente questi due gruppi (fig. 2) emerge con evidenza l'impegno a sostenere la salute dei propri cittadini degli stati dell'Europa dei 15, con una spesa sanitaria pubblica collocata al 7,4% del Pil, a fronte della faticosa rimonta degli altri Paesi dell'Unione, che ancora oggi possono destinare a questo fondamentale comparto so-

## FOCUS

### Cambiare per preservare



NADIO DELAI  
Presidente Ermeneia  
Studi & Strategie di Sistema

Ora mai dall'inizio della crisi economica si è assistito ad interventi annuali sulla spesa pubblica che, in una logica di sanità "finanziaria" hanno provveduto a contenerne le dinamiche, con effetti cumulativi che si sono proiettati però sulla sanità "reale": in termini di lunghe attese delle prestazioni, di aumento dei ticket, di progressiva partecipazione alla spesa, di aggravii fiscali a carico delle famiglie.

Tra le due logiche, quella "finanziaria" basata tradizionalmente più sui tagli orizzontali di spesa e quella "reale" che dovrebbe tener conto dell'impatto dei provvedimenti sui pazienti, non si è inserito un percorso di effettiva ristrutturazione e riconversione organizzativa del sistema ospedaliero pubblico.

Si tenga conto che quest'ultimo assorbe l'86% della spesa rispetto al 14% di quella privata accreditata e quindi non si può ragionevolmente pensare di agire sulla seconda per compensare le difficoltà di intervenire sulle rigidità (peraltro ben note della prima: salvo far "rimbalzare" sul paziente

una politica silenziosa (ma ormai percepita) di razionamento di fatto delle prestazioni e di un loro progressivo peggioramento sotto il profilo degli accessi, delle modalità di erogazione delle prestazioni, del loro costo diretto o indiretto tramite la compartecipazione alla spesa, il ricorso all'intra-

moenia come pure al privato, a cui si è aggiunto l'aumento delle addizionali Irpef.

Il tutto concorre a configurare una situazione da "paziente scoraggiato" che nel corso degli anni ha sperimentato via via difficoltà aggiunte, mentre il ceto medio dipendente soffre particolarmente, non potendo sfuggire al fisco né utilizzare eventuali esenzioni.

Eppure non va dimenticato che il nostro - pur logorato - Sistema Sanitario Nazionale rappresenta una garanzia fondamentale sul piano di un welfare universalistico e solidale che però non deve esaurirsi per pura e semplice usura progressiva.

Peraltro è giusto ricordare che, in parallelo, il sistema ospedaliero risulta palesemente sotto sforzo, visto che riesce a mantenere dei buoni livelli medi di complessità delle prestazioni, misurati attraverso la tenuta degli appositi indicatori di peso medio e di case-mix<sup>1</sup>. Solo che il tessuto ospedaliero si configura inevitabilmente "a macchie di leopardo": con la presenza di strutture qualificate ed efficienti, ma anche di strutture deboli, fragili e inefficienti. Ed inoltre con un sistema di giunzioni deboli che non facilitano il passaggio tra una struttura e l'altra qualora si debba trasferire, ad esempio, da un ospedale di alta chirurgia ad una struttura riabilitativa che sia effettivamente appropriata o che ci si debba affidare ai servizi sociali del territorio.

E non si può dimenticare che spesso il livello di qualità media dell'offerta ospedaliera si avvale in via determinante della disponibilità e della buona volontà di quel personale che si sente parte integrante e motivata dell'azione di cura.

Del resto le indagini condotte quest'anno sugli utenti, sui cittadini e in particolare sui care-giver registrano chiaramente il disagio derivante dal

➔ SEGUE A PAG. 3

lo in media il 4,8% del Pil. In questo duro ma necessario confronto l'Italia è oggi fra i più bassi investitori nella sanità fra i Paesi

più evoluti, al livello del migliore dei nuovi entrati, la Croazia.

Bisogna essere molto bravi per mantenere in vita un sistema universalistico e di buona qualità con questi investimenti, ma se non commetteremo errori e se ritroveremo il coraggio di innovare fortemente forse potremo farcela.

C'è infatti una straordinaria opportunità ovviamente difficile da cogliere, inserita nelle caratteristiche del nostro sistema.

Come spesso abbiamo osservato, infatti, il Ssn italiano è molto efficiente in termini generali, assicurando una buona copertura universale con il 7% del Pil, ma ingloba grandi aree di inefficienza concentrate per lo più nella quota di attività a gestione pubblica, tuttora largamente maggioritaria, come questo stesso 13° Rapporto più avanti ampiamente dimostrerà.

A fronte di un comparto privato che vale circa il 27% dell'attività ospedaliera italiana con un costo intorno al 14% della spesa corrispondente, esiste dunque oggetti-

Tab. 1 - Effetto combinato della L.111/11 (Tremonti), della L. 135/12 (Spending review) e delle manovre successive sulle voci di spesa sanitaria

Entità dei tagli previsti nel periodo 2012-2016

(in milioni di €)

Voci di spesa	Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014			Anno 2015		Anno 2016		Totali 2012-2016
	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	Legge di stabilità 2013	L. 111/11	L. 135/12	Legge di stabilità 2013	Legge di stabilità 2014	Decreto enti territoriali 2015	Legge di stabilità 2014	Decreto enti territoriali 2015	
Ospedaliera accreditata	45,00		90,00			180,00			89,00		89,00	493,00
Specialistica accreditata	25,00		50,00			100,00			106,00		106,00	387,00
Totale ospedaliera e specialistica accred.	70,00		140,00			280,00			195,00		195,00	880,00
Personale dipendente e convenzionato					163,50							163,50
Farmaceutica	325,00	1.000,00	747,00		1.090,00	747,00			308,00		308,00	4.525,00
Beni e servizi - Appalti e forniture	505,00	750,00	463,00		1.199,00	393,00			788,00		805,00	4.903,00
Beni e servizi - Standard posti letto			20,00			50,00			210,00		251,00	531,00
Beni e servizi - Dispositivi medici		750,00	400,00		817,50	500,00			550,00		792,00	3.809,50
Erogatori privati - Prestazioni a funz.			30,00			30,00						60,00
Nuovi ticket					2.180,00							2.180,00
Ad assegnazione indistinta				600,00			1.000,00	540,00		610,00		2.750,00
Investimenti finanz. in c/esercizio									300,00			300,00
<b>Totale manovre con impatto 2012-2016</b>	<b>900,00</b>	<b>2.500,00</b>	<b>1.800,00</b>	<b>600,00</b>	<b>5.450,00</b>	<b>2.000,00</b>	<b>1.000,00</b>	<b>540,00</b>	<b>2.352,00</b>	<b>610,00</b>	<b>2.352,00</b>	<b>20.104,00</b>

Fonte: elaborazione su dati di spesa come da Provvedimenti di legge citati

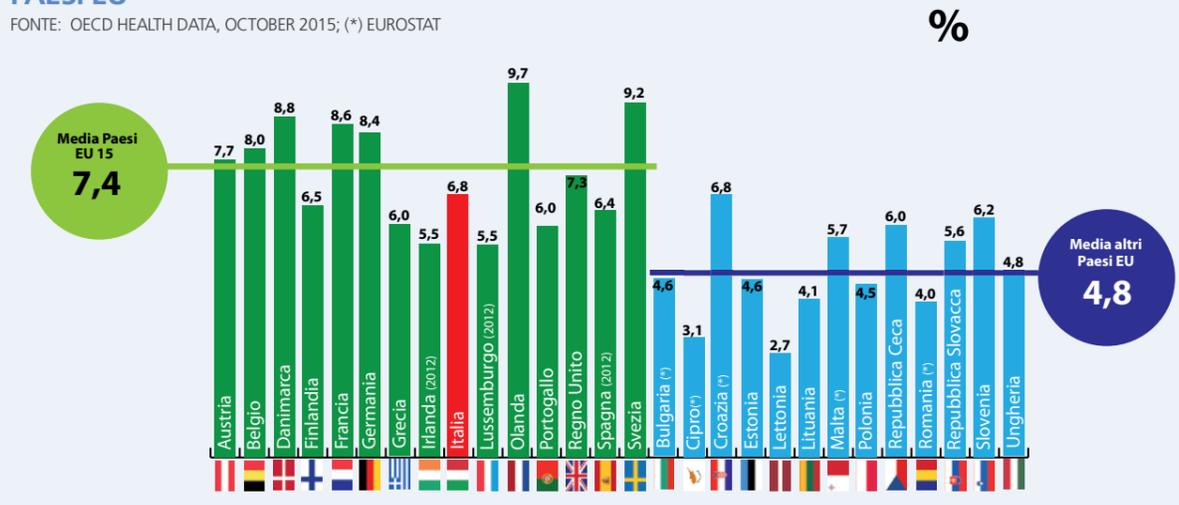
FIG. 1 - SPESA SANITARIA PUBBLICA IN RAPPORTO CON IL PIL, 2013  
PAESI EU

FONTE: OECD HEALTH DATA, OCTOBER 2015; (\*) EUROSTAT



FIG. 2 - SPESA SANITARIA PUBBLICA IN RAPPORTO CON IL PIL, 2013  
PAESI EU

FONTE: OECD HEALTH DATA, OCTOBER 2015; (\*) EUROSTAT



mento umano e tecnologico, e contrastando il calo delle prestazioni, è un obiettivo possibile, purché sia chiaro che esso richiede tempi medi e riforme strutturali.

Da molto tempo AIOP non si stanca di ricordare che, mentre è indispensabile fermare il disinvestimento nella sanità attestandosi almeno a una spesa pubblica al 7% del Pil, è altrettanto indispensabile modificare profondamente la struttura attuale di governo e gestione, con inter-

vento alla fine del 2013, a tal fine proponevamo per le aziende sanitarie e ospedaliere disfunzionali “un vero commissariamento, unito a provvedimenti più incisivi in caso di reiterato deficit, quale l’affidamento a gestori professionali”;

4) inserimento di elementi crescenti di competizione virtuosa, con apertura di una reale parità fra erogatori di diversa natura giuridica all’interno di un unico percorso di accreditamento;

5) terzietà dei controlli, per superare il conflitto di interessi di un erogatore pubblico che vigila su se stesso, con tutti i gravi effetti negativi che ciò comporta.

Siamo consapevoli che tutto questo non può realizzarsi in tempo breve, non offre quei risparmi di cassa che taluni si attendono, e probabilmente richiederebbe anche l’attivazione di qualche ammortizzatore sociale specifico, là dove la spesa sanitaria in eccesso si è tradotta in azioni di mero sostegno economico a territori non di rado profondamente disagiati, con una distorsione che però oggi non è più accettabile perché genera caduta delle prestazioni sanitarie colpendo la generalità dei cittadini. Ma è l’unica strada possibile per mantenere in vita un Ssn universale e solidaristico, arginandone il declino e riallineandolo ai migliori Sistemi sanitari europei.

Siamo anche consapevoli che una nuova, grande riforma del Ssn, proposta e discussa nella sua interezza come avvenne nel passato, forse seguirebbe oggi un percorso troppo arduo e incerto, non in sintonia con il momento storico.

Ma è proprio per queste difficoltà

vamente una vasta riserva di inefficienza pubblica aggredibile.

Fino ad oggi gli interventi correttivi e i tagli alla spesa sanitaria non hanno però adeguatamente affrontato questi aspetti, intervenendo anzi, paradossalmente, a ridurre di più il privato rispetto al pubblico, cioè il comparto produttivo più efficiente ed efficace.

Infatti, se disaggregiamo l’intero ammontare dei tagli nelle principali voci di spesa (tab. 2), vediamo che essi interessano direttamente i cittadini (ticket per il 10,2%), la farmaceutica che è praticamente tutta territoriale (21,1%) e poi si rivolgono al sistema degli erogatori pubblici e privati con tagli ai beni e servizi (44,6%) e al c.d. settore pubblico (9%) interessando in tal modo l’area della produzione di prestazioni a gestione pubblica per un complessivo (53,6%), mentre

tutte le voci di taglio alla spesa ospedaliera e specialistica gestita da privati incidono per il 15,2% dell’insieme delle manovre. In realtà questi pesi sono distribuiti in modo un po’ diverso. Come si vede in figura 3, infatti misurando i tagli di spesa che hanno riguardato gli erogatori pubblici e privati, si vede che il settore pubblico con il 79,8% della spesa, è interessato da 11.507 milioni di tagli, concentrati nelle voci beni e servizi e settore pubblico, che rappresentano il 17,4% del valore di attività. Il privato è interessato globalmente da tagli per 3.255 milioni, che rappresentano il 19,3% del valore di attività.

E questa disparità è aggravata dal fatto che i tagli al privato sono immediatamente efficaci e generatori di cassa, mentre quelli al settore pubblico debbono essere tradotti in realtà dall’insieme delle Regioni e

delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere pubbliche, spesso le stesse che hanno generato i disavanzi.

Proprio per queste evidenti difficoltà, da sempre sosteniamo che la strada per il risanamento – e soprattutto per assicurare la sopravvivenza di un settore di welfare fondamentale e irrinunciabile quale quello sanitario – non può che passare, prima di tutto, attraverso una grande riforma che richiede tempi di realizzazione non brevi e grande capacità di governo.

#### VERSO UNA NUOVA RIFORMA

Aggredire le inefficienze del comparto pubblico – che ad una stima ragionevole e prudente potrebbero globalmente ammontare intorno ai 10 miliardi – e utilizzare le risorse che si liberano per rinforzare la qualità e l’efficacia del Ssn evitando un declino fatto di invecchia-

menti mirati a promuovere qualità ed efficienza.

I punti fondamentali li abbiamo ancora ricordati un anno fa nell’introduzione al 12° Rapporto:

1) trasparenza nella gestione delle aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche, con adozione di bilanci civilistici tempestivamente resi pubblici;

2) riforma del percorso di aziendalizzazione, con il ritorno al pagamento a prestazione anche per il comparto pubblico, che deve essere ricondotto con efficaci piani industriali all’equilibrio fra costi e ricavi in tempi certi e misurabili;

3) attivazione di un vero sistema di “premi e castighi” che riconosca gli sforzi delle organizzazioni e dei manager migliori, e che al contempo disincentivi in modo netto le gestioni disfunzionali o inefficaci. Nell’11° Rapporto Ospedali & Salute, pubbli-

Tab. 2 - Stima effetti dei tagli per tipologia di operatore. Anni 2012 - 2016

(in milioni di €)

Voci di spesa	Anno 2012		Anno 2013		Anno 2014			Anno 2015		Anno 2016		Totali 2012-2016	Incid. %	
	L. 135/12	L. 111/11	L. 135/12	Legge di stabilità 2013	L. 111/11	L. 135/12	Legge di stabilità 2013	Legge di stabilità 2014	Decreto enti territoriali 2015	Legge di stabilità 2014	Decreto enti territoriali 2015			
<b>Ospedaliera e specialistica accreditate</b> (Differenziale da effetto tariffe <sup>1</sup> )	70,00	-	190,00	91,20	-	360,00	152,00	82,08	405,00	92,72	446,00	1.889,00	15,2%	
												1.366,00		
												3.255,00		
<b>Farmaceutica</b>	325,00	1.000,00	747,00	-	1.090,00	747,00	-	-	308,00	-	308,00	4.525,00	21,1%	
<b>Beni e servizi - (Appalti, serv.e disposit.)</b>	505,00	1.500,00	863,00	186,60	2.016,50	893,00	311,00	167,94	1.338,00	189,71	1.597,00	9.567,75	44,6%	
<b>Ticket</b>					2.180,00							2.180,00	10,2%	
<b>Settore pubblico</b>	-	-	-	322,20	163,50	-	537,00	289,98	300,00	327,57	-	1.940,25	9,0%	
												<b>Totale manovre ed effetto tariffe</b>	<b>21.470,00</b>	<b>100,0%</b>

Nota 1: è stato considerato l’impatto economico del nuovo tariffario nazionale 2012, sia per l’ospedaliera che per la specialistica accreditate, al netto della manovra di spending review

Nota 2: per le manovre ad assegnazione indistinta le incidenze sono state rapportate a quelle sulla spesa dei diversi settori di erogazione delle prestazioni:

- Ospedaliera e specialistica accreditate: 15,2%, Beni e servizi: 31,1%, Settore pubblico (quota residuale): 53,7%

Fonte: elaborazione su dati di spesa come da Provvedimenti di legge citati

di fondo – e per la conseguente necessità di trovare nuove forme per intervenire su una materia così complessa e scivolosa – che l'approccio contenuto nel capo II "Efficientamento della spesa sanitaria", all'interno della Legge di Stabilità 2016, ci pare estremamente interessante, innovativo e coraggioso. Premesso che per la prima volta da molti anni, la legge di stabilità non contiene tagli alla sanità, va osservato che l'Art.

40 (Piani di rientro e riqualificazione degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale e Aziende sanitarie uniche) introduce una serie di norme di assoluta rilevanza, che possiamo così sintetizzare:

- 1) la pubblicazione integrale sul proprio sito internet dei bilanci di esercizio degli erogatori pubblici;
- 2) l'adozione di schemi tipo per la redazione dei bilanci al fine di dare evidenza e trasparenza del risultato di esercizio nei documenti di bilancio degli erogatori pubblici;
- 3) l'adozione di piani di rientro triennali per tutti i soggetti pubblici con scostamenti pari o superiori al 10% (o almeno 10 milioni) tra costi e ricavi;

- 4) il monitoraggio costante dei piani di rientro;
- 5) la decadenza automatica del direttore generale in caso di mancata adozione del piano di rientro o esito negativo della verifica annuale;
- 6) l'adozione di una nutrita serie di norme attuative volte a rendere efficaci questi indirizzi.

Pur rimandando ad un esame più approfondito a fronte di un testo definitivo, possiamo sin d'ora affermare che queste disposizioni, veramente innovative, rappresentano un primo solido intervento di autentica riforma, che finalmente si pone in concreto l'obiettivo dell'efficientamento della componente pubblica del Ssn, riprendendo il percorso della vera aziendalizzazione interrotto alla fine degli anni '90. Trasparenza, equilibrio dei conti, responsabilità diventano così priorità e obiettivi determinanti nel riordino del Ssn, assumendo un valore e una potenzialità innovativa degna di un autentico processo riformatore.

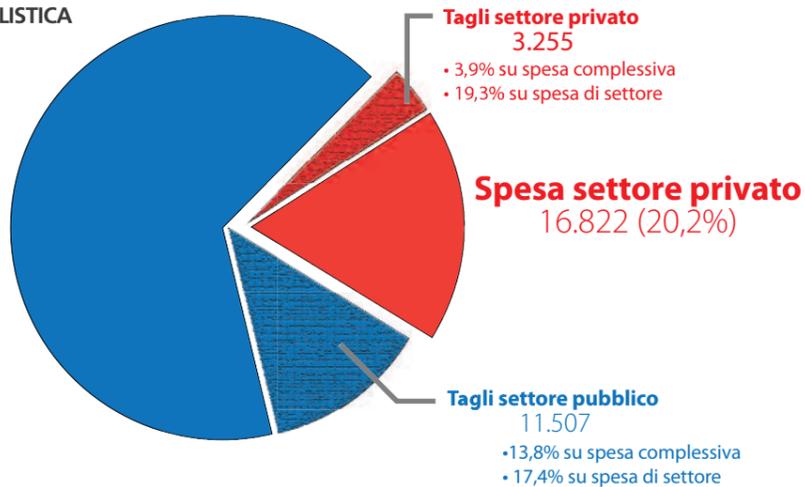
Certo, è il primo passo. Sarà una difficile sfida per il Governo riempire di contenuti tecnici le disposizioni della legge, così come

**FIG. 3 - INCIDENZA DEI TAGLI SULLA SPESA PER L'ATTIVITÀ OSPEDALIERA E SPECIALISTICA DEGLI OSPEDALI PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI**

SPESA COMPLESSIVA: 83.100 MILIONI DI EURO, ANNO 2013

Nota: parte dei valori indicati nelle figure sono stime, a causa della difficoltà di accesso e analisi dei dati economici del settore pubblico

**Spesa settore pubblico**  
66.278 (79,8%)



Fonte: elaborazioni su dati di spesa come da Provvedimenti di legge citati

probabilmente sarà insufficiente la sola previsione di decadenza del direttore generale per indurre a conseguire in tante aziende pubbliche in deficit cronico un equilibrio economico faticoso e non certo utile per il consenso.

A nostro giudizio, perché un progetto così ambizioso abbia successo, occorrerà nel futuro aggiungere al disegno che si va componendo un altro fondamentale tassello.

Da sempre infatti noi sosteniamo che l'unico vero stimolo all'efficienza e all'equilibrio finanziario per l'operatore pubblico come per quello privato, è il rischio di perdere la proprietà, e questo rischio per l'operatore pubblico deve tradursi

nell'obbligo dell'affidamento della gestione dell'azienda sanitaria o ospedaliera cronicamente in deficit ad un operatore professionale di diritto privato.

Una medicina amara, che comporta la perdita della rendita politica unita al riconoscimento delle difficoltà a gestire direttamente un grande comparto produttivo del Paese, ma anche un forte stimolo a contenere le infinite pressioni che si scaricano sull'amministratore pubblico e che ne riducono oggettivamente la capacità di conseguire la più elevata efficienza aziendale.

Un modo, inoltre, per equiparare veramente diritti e doveri di tutti gli erogatori di prestazioni sanita-

rie pubblici e privati, e per dare autentica terzietà, e riportare al fondamentale compito di governo del Sistema lo Stato e le Regioni, la cui vera missione, e la cui credibilità, si concentrano nell'alto obiettivo di assicurare a tutti i cittadini la piena tutela della salute tramite norme e regole efficaci ed adeguate, vigilandone l'attuazione e destinandovi la giusta quota della ricchezza del Paese.

Se nei prossimi anni il Governo troverà la forza di proseguire con determinazione il percorso riformatore avviato, potremo ricordare questo anno come il tempo del giro di boa, la fine di una fase di crisi e decadenza del Ssn. ■

## Cambiare per preservare

➔ SEGUEA DALLA PRIMA PAGINA

logoramento del sistema che investe in maniera esplicita l'ospedalità pubblica e che sollecita la "reattività" delle persone nel ricercare le alternative ritenute maggiormente valide, all'interno ma anche all'esterno delle strutture pubbliche<sup>2</sup>.

Si fa dunque sempre più evidente l'esigenza di affrontare il tema della ristrutturazione e della riorganizzazione del sistema ospedaliero pubblico, scendendo all'interno dei meccanismi "reali" che devono permettere di poter distinguere, in base a precise misurazioni, i livelli di efficienza e di efficacia terapeutica che fanno capo a strutture effettivamente sotto sforzo e a quelle che non lo sono: gli indicatori fondati su semplici medie aggregate territorialmente nascondono infatti gli istituti che vanno "premiati" e gli istituti che invece vanno "puniti", finendo col favorire alla fine la soluzione (impropria) dei tagli orizzontali, già utilizzati in questi ultimi anni.

La saldatura tra sanità "finanziaria" e sanità "reale" ha bisogno dunque di trovare dei meccanismi sempre più appropriati sul piano della misurazione come pure sul piano della trasparenza dei dati di bilancio e quindi della confrontabilità dei risultati tra strutture diverse. La Legge di Stabilità 2016 sembra aver espresso con chiarezza tale orientamento (nell'ambito dell'Art. 40) che però, se deve diventare vero a tutti gli effetti, ha bisogno di trovare una risposta "dal basso", poiché le dichiarazioni di intenti solo "dall'alto" non bastano per avvicinare logica "finanziaria" e logica "reale".

Proprio per queste ragioni anche que-

st'anno il Rapporto Ospedali & Salute ha compiuto un ulteriore esercizio "dal basso", prendendo in considerazione i Conti Economici di tutte le Aziende Ospedaliere pubbliche, su cui si è proceduto con coerenza rispetto all'analisi condotta nell'ambito del Rapporto 2014. Questa volta si è voluto misurare innanzitutto l'entità dei "sovracosti" (con riferimento a 11 categorie diverse di spesa) attraverso il calcolo dello scostamento in alto dei costi medi per singolo ricovero di ogni singola Azienda Ospedaliera, ponderati con l'Indice di case-mix per tener conto della complessità delle prestazioni: metodo che può (legittimamente) far accettare la presenza di costi medi più elevati in strutture che offrono prestazioni più elevate.

Il risultato complessivo configura un ammontare di sovracosti teorici pari a 2,3 miliardi di euro per le Aziende Ospedaliere e permette di stimare altri 2,0 miliardi di euro per gli Ospedali a gestione diretta<sup>3</sup>.

Ma vicino ai sovracosti sono state esaminate anche le voci degli ammortamenti e quelle del personale, per le quali si pone un problema di trasparenza evidente, esistendo costi di ammortamento e costi di personale di tipo esplicito, a cui si affiancano costi di tipo implicito<sup>4</sup>. Se non si considerano entrambi sarà difficile procedere lungo la strada della conoscenza effettiva dei livelli di



efficienza e della conseguente confrontabilità dei bilanci all'interno delle strutture pubbliche e tra queste ultime e le strutture private accreditate (come la Legge di Stabilità 2016 prevede e come già richiedeva il D.Lgs 23/6/2011, n. 118 e successive disposizioni). Anche in tal caso si è giunti ad un'ulteriore stima dei costi impliciti, riferiti agli ammortamenti di cespiti incorporati presumibilmente in altri bilanci (ad esempio in quelli delle ASL e/o degli Assessorati) che arriva a 1,8 miliardi di euro tra Aziende Ospedaliere e Ospedali a gestione diretta.

Ma il riavvicinamento tra sanità "finanziaria" e sanità "reale" ha bisogno, in parallelo, anche di una precisa strategia "dall'alto" di tipo più ampio: tale cioè da riconoscere tre esigenze, tutte importanti, come sottolineano anche i care-giver, interrogati appositamente sul tema<sup>5</sup>, per le quali il consenso tocca e/o supera l'80% degli intervistati. La prima esigenza è che sarebbe importante preservare al meglio il sistema sanitario di cui disponiamo, pur sapendo che non sarà possibile "dare tutto a tutti" (i bisogni crescono, anche per l'invecchiamento della popolazione e per le attese dei pazienti, mentre le risorse

pubbliche certo non si espandono di conseguenza).

La seconda ribadisce come sia importante che ciascuno "faccia la sua parte": le strutture ospedaliere, da un lato e i cittadini, dall'altro con le relative responsabilità che ne derivano.

La terza aggiunge come sia altrettanto

importante promuovere esplicitamente un nuovo sistema di welfare nel quale possano convergere le coperture pubbliche, le coperture assicurative private individuali e le coperture assicurative collettive aziendali, di categoria o di territorio, al fine di poter creare una situazione di migliore equilibrio tra le esigenze crescenti delle persone e la possibilità di dare risposte eque e solidali nel loro complesso.

La conseguenza è che dovremo reinterpretare il principio universalistico e solidale su cui si basa l'attuale Sistema Sanitario Nazionale, a cui siamo (giustamente) legati e che vorremmo mantenere, sapendo però che nel frattempo è cambiato il corpo sociale nei suoi bisogni e nelle sue attese ed è cambiata – e di molto – la situazione di contesto, in Italia come in Europa, sul piano delle risorse economiche da poter investire. Serve perciò promuovere una saldatura più evoluta tra Paese e Sistema ospedaliero (e più in generale col Sistema Sanitario) in merito alla quale:

- si manifesta ancora un buon livello di apprezzamento medio da parte di cittadini e utenti;
- esiste un legame consolidato, nella percezione come pure nell'utilizzo, col

sistema misto pubblico/privato accreditato di cui attualmente disponiamo;

• ma emerge anche la necessità di recuperare standard di efficienza medi sul piano della gestione e sul piano dell'efficacia delle prestazioni;

• e si registra infine un'elevata consapevolezza da parte dei cittadini che una "mutazione" vera è (e sarà) necessaria, con le scelte di priorità che inevitabilmente ne conseguono.

Il Paese dispone di un patrimonio (sanitario e ospedaliero in particolare) che ha bisogno di entrare in sintonia con le mutate condizioni che oggi viviamo sul piano dei bisogni, da un lato e delle risorse, dall'altro.

Abbiamo la necessità di "cambiare per preservare", affinché il livello medio dell'offerta di prestazioni diventi accettabile (mantenendo le punte di eccellenza che pure esistono e sono numerose), abbiamo bisogno che il paziente sia tutelato al momento dell'accesso (senza diventare "scoraggiato") come pure in ogni passaggio da una struttura all'altra, abbiamo bisogno che l'evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale si fondi su un'assunzione di responsabilità "in alto" (nei decisori) come "in basso" (negli operatori, nei pazienti, nei cittadini).

La revisione strutturale e organizzativa è un'esigenza che investe i ruoli di tutti i protagonisti in gioco se vogliamo che il Sistema Sanitario Nazionale nel suo insieme possa "rinascere da adulto", mettendo a frutto il molto che ha già raggiunto, per portare a compimento la sua necessaria mutazione. ■

Le note nel testo si riferiscono ai contenuti della pubblicazione Ospedali&Salute 2015  
1) Cfr. paragrafo 1.1/Parte prima.  
2) Cfr. paragrafi 1.3 e 1.4/Parte prima.  
3) Cfr. paragrafo 2.1/Parte prima.  
4) Cfr. paragrafi 2.2 e 2.3/Parte prima.  
5) Cfr. paragrafo 1.5/Parte prima.

REPORT ATTIVITÀ AIOP  
DICEMBRE 2015

**martedì 24 novembre ore 16.00**  
"La Sanità al tempo del Giubileo tra tecnologia e nuovo umanesimo"  
(Pelissero)

**martedì 24 novembre ore 13.00**  
Incontro con l'Ambasciata della Repubblica Ceca a Roma  
(Leonardi, Rinaldi)

**25/26 novembre Bologna**  
Scuola di Formazione Aiop  
"Il Jobs Act per la sanità: il panorama"  
(Pelissero, Gallozzi, Trotti, Leonardi, Salafia)

**30 nov./1 dicembre**  
**Napoli**  
Scuola di Formazione Aiop  
"Il Jobs Act per la sanità: il panorama"  
(Pelissero, Gallozzi, Trotti, Leonardi, Salafia)

**mercoledì 2 dicembre ore 9.30**  
COMITATO ESECUTIVO

**giovedì 3 dicembre ore 15.30**  
Direttivo UEHP, Lione  
(Sciachi)

**venerdì 4 dicembre ore 9.30**  
Consiglio UEHP, Lione  
(Pelissero, Sciachi, F. Miraglia, A. Orta, Aiop Giovani)

**venerdì 4 dicembre ore 14.30**  
Roma, 7ª e-Health Conference  
(Faroni, F.Miraglia)

**lunedì 7 dicembre ore 9.30**  
Incontro con ADV  
Associazione disabili visivi Onlus  
(Leonardi)

**mercoledì 9 dicembre ore 10.30**  
Consulta on the road Aiop Giovani,  
Visita Gemelli e Cristo Re  
(Rinaldi, Albanese)

**mercoledì 9 dicembre ore 17.00**  
CONSULTA NAZIONALE AIOP GIOVANI

**giovedì 10 dicembre ore 10.00**  
Presentazione 13º Rapporto Aiop-Ermeneia  
Senato della Repubblica Palazzo Giustiniani  
Sala Zuccari (via della Dogana Vecchia, 29)

**giovedì 10 dicembre ore 14.30**  
CONSIGLIO NAZIONALE

**lunedì 14 dicembre ore 11.00**  
COMITATO ESECUTIVO

**martedì 15 dicembre ore 10.30**  
Confindustria, Riunione Direttori Sistema  
(Leonardi)

**aiopmagazine**

IL FOGLIO DEI SOCI AIOP  
Anno IV - n. 12 - DICEMBRE 2015 GENNAIO 2016

**Direttore Responsabile:**  
Gabriele Pelissero

**Direttore Editoriale:**  
Filippo Leonardi

**Coordinamento di redazione:**  
Fabiana Rinaldi

**Redazione:**  
Angelo Cassoni, Patrizia Salafia,  
Alberta Sciachi, Andrea Albanese

**Segreteria operativa:**  
Sonia Martini, Stefano Turchi

**Progetto grafico e impaginazione:**  
Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma  
n. 533 del 23/1/2003

**Editore:** SEOP srl (Società in liquidazione)  
via di Novella, 18, Roma

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

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

**Stampa:** Grafica Di Marcotullio - Roma  
chiuso in redazione il 2 dicembre 2015

## ON LINE I VIDEO DEGLI INTERVENTI DEI RELATORI

## Congresso europeo di Milano AIOP - UEHP

I video qui inseriti si riferiscono al Congresso europeo sulla modernizzazione dei sistemi sanitari, in cui è stato esaminato anche il tema dell'efficienza nel settore ospedaliero e del contributo dell'ospitalità privata nell'UE.

Oltre al video conclusivo di presentazione generale del Congresso nel suo svolgimento ed agli interventi di tutte le sessioni, sono state inserite le interviste a P. Garassus, Presidente UEHP, G. Pelissero, Presidente

AIOP, G. La Via, Presidente Commissione sanità del Parlamento europeo, R. Bertolini, rappresentante di OMS Europa. ■

PER VEDERE I VIDEO VAI ALLA PAGINA:

[www.aiop.it/Newsletter/Archivio](http://www.aiop.it/Newsletter/Archivio)

E APRI LA NEWSLETTER **INFORMAIOP 149**

OPPURE UTILIZZA IL QR QUI A FIANCO



## regionando

## AIOP UMBRIA

## L'Aiop Umbria incontra l'Assessore alla Sanità



GIULIA DE LEO

Il 10 novembre 2015 si è tenuta la riunione fra l'Assessore alla Sanità, Luca Barberini, il Presidente AIOP Umbria, Giulia De Leo e tutti i rappresentanti delle case di cura accreditate della Regione, compresa quella ARIS.

Nei previsionali 2016 saranno confermati i budget 2015, compreso il blocco del fuori regione, almeno fino a quando la Regione Umbria non riceva esplicita autorizzazione di "sblocco" da parte del MEF e del Ministero della Salute. L'Assessore, evidenziando che non vi sono pregiudiziali ideologiche in merito ad ulteriori aperture al privato, ma che le perplessità e le preoccupazioni espresse sono il frutto dell'incertezza in cui la Regione è chiamata ad operare, ha espresso una piena condivisione circa l'esigenza di valorizzare l'operato delle cliniche private. La Regione, anche sulla scorta di quanto accade nelle altre, comunicherà al MEF l'intenzione di aggredire la mobilità passiva, mettendo a disposizione maggiori risorse (in termini di cifre è stato detto di portare l'attuale budget complessivo per le cliniche private pari a 34 ml. € a 37/38 ml. €) da destinare a quelle discipline in cui è maggiormente rilevante il fenomeno migratorio passivo (ortopedia e riabilitazione). L'impegno preso dall'Assessore è di predisporre una bozza di detta comunicazione, che verrà discussa con la Presidente A.I.O.P. Umbria e poi successivamente presentata al Ministero della Salute ed al MEF; di attendere riscontro dai Ministeri sino al 31 dicembre 2015, dopo di che, superata tale data, qualora nessun rilievo sia pervenuto, si procederà come auspicato. ■

→ [Informaiop n. 150]

## AIOP LOMBARDIA

## Il nuovo direttore dell'Agenzia di controllo è Andrea Mentasti



ERMANNORIPAMONTI

Come previsto dalla legge 23 di agosto, con recente provvedimento regionale, è stato nominato il direttore dell'Agenzia di controllo del Sistema sociosanitario lombardo - come previsto dalla legge 23 del 11/8/15 art. 11 - nella persona di Andrea Mentasti, già commissario dell'Ospedale Bolognini di Seriate (BG) dal mese di luglio scorso. Si tratta di un'Agenzia con compiti rilevanti e importanti nella gestione del SSR. Per completezza, alleghiamo la delibera di riordino con il dettaglio dei compiti di competenza dell'Agenzia - art. 11 e vi riportiamo il comunicato stampa del 4/11/2015 pubblicato direttamente dal sito della Regione Lombardia. ■

→ [Informaiop n. 151]



ANDREA MENTASTI

## AIOP CAMPANIA

## Tetti di spesa anno 2015: pre-intesa tra Aiop/Sub e Commissario ad Acta



ANNA UCCELLO

Su specifica convocazione del Sub Commissario ad acta, Mario Morlacco, l'11 novembre scorso, l'AIOP è stata convocata per discutere dei tetti di spesa per il comparto Assistenza Ospedaliera anno 2015. In assenza del Commissario ad Acta, non ancora nominato, il Sub Commissario ha ritenuto di proporre e verbalizzare una "pre-intesa", da sottoporre al futuro Commissario, che riguarda essenzialmente le modalità di distribuzione delle eventuali economie registrate per l'anno 2015 ed i volumi di attività relativi ai punti nascita. L'Associazione ha preso atto delle proposte ed ha richiesto che, nell'ambito del prossimo provvedimento riguardante i limiti di spesa, trovino attuazione tutti i punti stabiliti nell'accordo del 15/5/2015, siglato con il Commissario ad acta/Presidente della Giunta regionale Caldoro e recepito con Dca 47/2015. ■

→ [Informaiop n. 150]

## AIOP LAZIO/ SERVE SINERGIA TRA ASSISTENZA PUBBLICA E PRIVATA

## Jessica Veronica Faroni intervistata dall'Agenzia Meridiana Notizie

La Presidente Faroni è stata ospite dell'Agenzia Meridiana Notizie per fare il punto sulla Legge di Stabilità e sull'impegno dell'Aiop Lazio in vista del Giubileo. "Meno soldi. - ha commentato la Faroni parlando della Legge di Stabilità - I tagli incideranno sul comparto Rsa e sui centri ex art.26, ma ne risentirà naturalmente tutta l'ospedaliera. Negli ultimi 7 anni abbiamo avuto solo tagli lineari. Ma non si può andare avanti così, deve essere ripensato il sistema". Per quanto concerne l'apertura del Giubileo della Misericordia, la Faroni ha affermato che: "Come precisato da Papa Francesco, l'evento non interesserà solo la Capitale, ma coinvolgerà dal punto di vista organizzativo e logistico tutta la Regione. Le nostre strutture, in par-

ticolare modo quelle più complesse, sono dislocate capillarmente su tutto il territorio laziale e sono già pronte ad assicurare assistenza e prestazioni 7 giorni su 7, 24 ore su 24". "La sinergia tra pubblico e privato - conclude Faroni - è una risorsa formidabile. E' la vera marcia in più del nostro SSR e la buona riuscita di tanti grandi eventi mondiali che si sono svolti nel recente passato, ce lo confermano. Tuttavia, non nascondo che riscontriamo ancora oggi molte difficoltà nel rapporto con la parte pubblica. Come dico spesso, siamo "il completamento" del sistema, e quotidianamente diamo prova della nostra affidabilità e delle nostre potenzialità. Anche in quest'occasione, siamo pronti a fare la nostra parte al servizio dei cittadini, contribuendo



al miglioramento ed alla crescita del SSR con la qualità e l'efficienza del nostro lavoro". ■

→ [Informaiop n. 151]

YouTube