



PRESENTAZIONE DEL 16° RAPPORTO OSPEDALI&SALUTE

Il futuro è una scelta e non una fatalità

Il 16 gennaio a Roma, la presentazione del 16° Rapporto Ospedali&Salute, un appuntamento per conoscere lo stato di salute del sistema ospedaliero nazionale. L'Italia ha bisogno di un Ssn adeguatamente finanziato, con un privato accreditato che, in condizioni di parità di diritti e doveri e in competizione virtuosa con il pubblico, opera per raggiungere una sempre maggiore qualità.



BARBARA CITTADINI
Presidente nazionale Aiop

Il 23 dicembre del 2018, il Servizio Sanitario Nazionale ha compiuto 40 anni. Una ricorrenza che non ha, semplicemente, una valenza simbolica, ma che deve rammentare a tutti la scelta di civiltà che il Paese ha compiuto nel 1978 e che, ancora oggi, rappresenta un bene di inestimabile valore, che va preservato e custodito. Una scelta che ha reso concreto e reale il principio universalistico e solidaristico dell'assistenza sanitaria: non solo un fattore di progresso e cultura illuminata ma, anche, qualcosa che non tutti gli Stati hanno e che, quindi, distingue in positivo l'Italia. In questi quattro decenni sono mutate, profondamente e radicalmente, molte realtà, così come i nostri bisogni, il nostro modo di produrre ricchezza e benessere e sono, anche, aumentate alcune fragilità della nostra società (l'invecchiamento della popolazione, le condizioni generali e particolari di vita) - cfr. figura 1 - in relazione, soprattutto, alla crisi economica che ha, fortemente, destabilizzato il nostro Paese. Per una parte significativa di questi quattro decenni, AIOP ha messo a disposizione degli italiani un'occasione annuale di riflessione sull'andamento del sistema ospedaliero ita-

liano. Questa circostanza deve essere per noi motivo di orgoglio e soddisfazione. Dal 2003, infatti, AIOP ha promosso un Rapporto, che ha raggiunto la 16° edizione e la cui pubblicazione è diventata un appuntamento fisso. È importante rilevare i tre motivi che hanno ispirato questa iniziativa:

- adottare una doppia ottica di analisi: prima di tutto quella dedicata ai cittadini e agli utenti, che dovrebbero rappresentare il target di riferimento del SSN, poi quella riservata alla "macchina" ospedaliera e alle relative necessità di una sua evoluzione/trasformazione;
- ribadire il principio che il SSN ha una componente di diritto pubblico e una di diritto privato, così come previsto dalla normativa, e che la componente di diritto privato ha un ruolo importante nell'ambito del sistema: i numeri ci dicono che la componente privata accreditata garantisce al sistema il 28,4% delle giornate di degenza, il 26,5% della produzione di prestazioni, a fronte di un'incidenza sulla spesa ospedaliera pubblica complessiva del 13,5% (cfr. figura 2);
- scegliere di mettere a disposizione uno strumento (il Rapporto, appunto) che consentisse agli italiani di conoscere e comprendere il loro SSN, partendo dall'analisi dell'in-



sieme delle strutture di ricovero esistenti, effettuata in una logica di terzietà, in considerazione che lo studio è predisposto da parte di un soggetto terzo, Ermeneia - Studi & Strategie di Sistema. Seguire, annualmente, l'evoluzione del SSN, concentrando l'attenzione sul sistema ospedaliero, ha significato e significa, infatti, anche prendere atto delle difficoltà e delle criticità che esistono: problemi che chi ha la responsabilità della programmazione sanitaria deve analizzare, studia-

FOCUS

Un popolo in attesa di cure



NADIO DELAI
Presidente Ermeneia
Studi & Strategie di Sistema

Il Rapporto "Ospedali & Salute" presidia ormai da 16 anni l'andamento del sistema ospedaliero italiano, riservando una particolare attenzione al punto di vista della domanda (di cittadini e di utenti), a cui si affianca l'analisi dell'offerta sul piano dell'efficienza nella gestione, della qualità delle prestazioni e dell'efficacia delle cure. Da più di qualche anno è stata messa in luce l'esistenza di una "tensione" crescente tra i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale (quelli dell'universalità e della solidarietà) e le risposte che vengono effettivamente fornite ai pazienti e alle loro famiglie. Si è consapevoli peraltro che tale "tensione" è frutto di una divaricazione strutturale tra l'aumento dei bisogni, da un lato e il contenimento delle risorse pubbliche investite, dall'altro. L'invecchiamento della popolazione e le attese crescenti di quest'ultima, alimentate anche dalla spinta propulsiva delle innovazioni (tecnologiche, farmacologiche e cliniche) devono confrontarsi con un processo di sostanziale definanziamento pubblico del sistema oltre che con le difficoltà di quest'ultimo nel procedere alle ristrutturazioni e alle riorganizzazioni che sarebbero necessarie vicino al controllo/riduzione dei costi. Il confronto tra sanità "reale" (quella delle persone) e sanità "finanziaria" (quella delle risorse) non ha saputo ancora trovare un intreccio accettabile e certamente gli anni della crisi (e della spending review che ne è conseguita) non hanno favorito tale intreccio. Il risultato della divaricazione richiamata è stato illustrato, nel corso del tempo, attraverso i processi di progressivo razionamento di fatto delle prestazioni, l'allungamento delle attese, l'aumento dei costi per l'accesso, i fenomeni di rimando e/o di rinuncia alle cure ma anche il peggioramento delle prestazioni, la ricerca di possibili alternative e il ricorso all'out-of-pocket da parte delle famiglie. E soprattutto sono emerse le differenziazioni delle risposte offerte dai Servizi Sanitari Regionali nei diversi territori del Paese e spesso all'interno di uno stesso territorio: differenze che non sempre possono essere colte attraverso i soli dati medi di prestazione che pure presentano una loro tenuta di fondo, malgrado tutto. Ebbene quest'anno si è deciso di approfondire i fenomeni relativi a due aree particolarmente "calde" che illustrano la condizione di un popolo in attesa: quella delle liste per l'accesso

alle prestazioni territoriali ed ospedaliere e quella dell'utilizzo del Pronto Soccorso, le quali "movimentano" nel loro insieme grandi numeri ed una molteplicità di esperienze, non sempre positive, da parte dei pazienti. Dalle tre indagini appositamente condotte a tale proposito (una sulla popolazione in generale, una su coloro che hanno effettivamente avuto esperienze di liste di attesa e/o di Pronto Soccorso negli ultimi dodici mesi ed una dedicata ai care-giver) emerge innanzitutto che l'accesso alle liste ha coinvolto il 30,7% della popolazione adulta (cioè 15,6 milioni di persone) che ha avuto una o più esperienze in tal senso per potere accedere ad analisi di laboratorio, ad accertamenti diagnostici, a visite specialistiche e/o a piccoli interventi ambulatoriali. Ma esiste anche un 8,0% di popolazione adulta (cioè 4 milioni di soggetti) che è stato inserito nelle liste di attesa in vista del ricovero in ospedale. Inoltre nel corso degli ultimi dodici mesi il 20,3% di coloro che sono stati inseriti nelle liste per le prestazioni ASL ha dovuto utilizzare anche delle liste di attesa per il ricovero ospedaliero (si tratta di 3,2 milioni di persone). Senza contare che quasi la metà degli intervistati che hanno sperimentato una o più liste per ottenere prestazioni nell'ambito della medicina territoriale ha utilizzato anche uno o più accessi al Pronto Soccorso. Nel complesso dunque poter fruire di prestazioni da parte dei servizi ASL e/o di ricoveri in ospedale ha richiesto l'inserimento in una o più liste di attesa da parte di un numero ragguardevole di cittadini, pari a 19,6 milioni di persone adulte. Le attese più lunghe (oltre i 60 e fino a 120 giorni e più) hanno coinvolto il 22,7% delle persone per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, il 35,6% per le visite specialistiche e solo il 3,1% per le analisi di laboratorio. Certo, se alle attese suddette si affiancano quelle che vanno da oltre i 30 e fino ai 60 giorni bisogna aggiungere alle percentuali che precedono un altro 20,0% per gli accertamenti diagnostici, un 22,6% per le visite specialistiche e un 6,7% per le analisi di laboratorio. Esistono poi le attese per il ricovero in ospedale, che a loro volta interessano il 15% degli utenti che hanno dichiarato di aver dovuto aspettare in vista di interventi di tipo serio o grave presso le strutture pubbliche: tale incidenza sale al 22,3% nel caso di ricoveri per cure e/o interventi di tipo leggero. Ma non si possono trascurare nemmeno le attese oltre i 30 e fino ai 60 giorni, specie se riguardano interventi gravi, per i quali si aggiunge un 18,3% di utenti. Naturalmente la lunghezza delle liste di attesa gioca un ruolo fondamentale nella decisione di rimandare e/o di rinunciare alle cure, tanto da costituire, nel 2018, la ragione più importante in assoluto dichiarata dai care-giver (e in crescita rispetto a quanto dichiara-

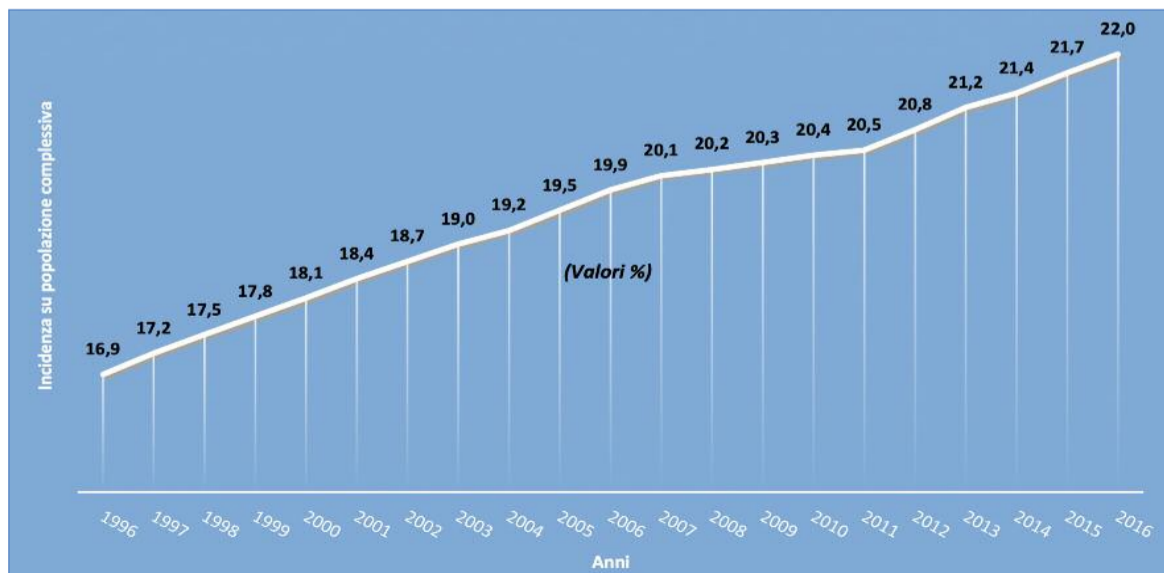


Fig. 1 - L'invecchiamento della popolazione italiana in termini di incidenza degli ultrasessantacinquenni sulla popolazione complessiva. Anni 1996 - 2016
FONTE: ISTAT - STATISTICHE DEMOGRAFICHE, ANNI 1996 - 2016

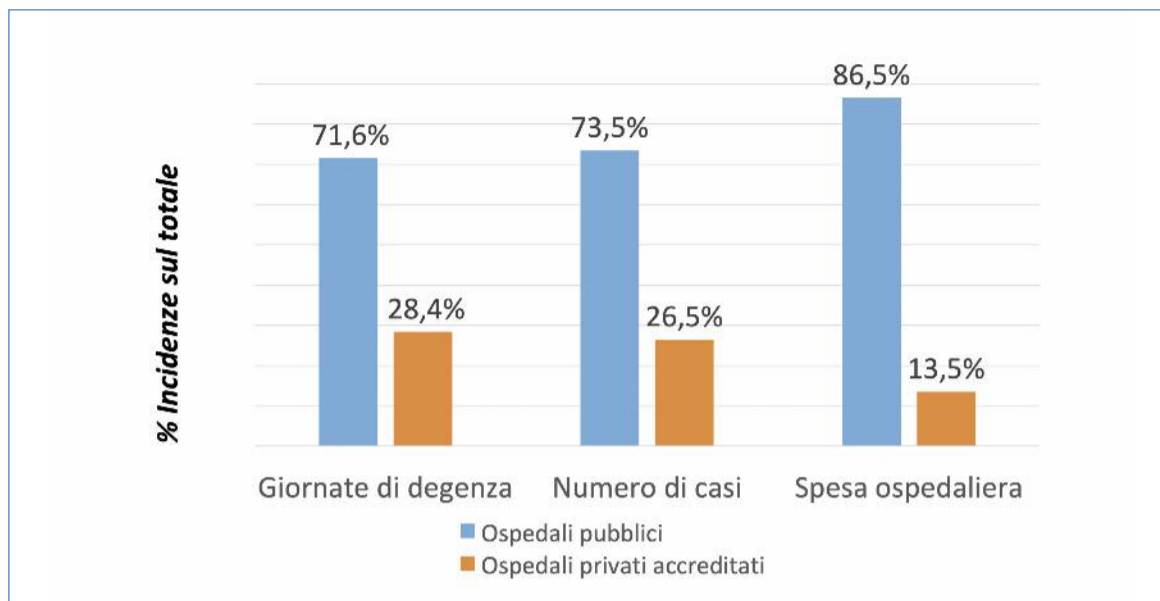


Fig. 2 - Rapporti pubblico - privato accreditato in termini di produzione e spesa ospedaliera. Valori %. Anno 2016
 FONTE: ELABORAZIONI AIOP SU DATI SDO MINISTERO DELLA SALUTE E AGENAS

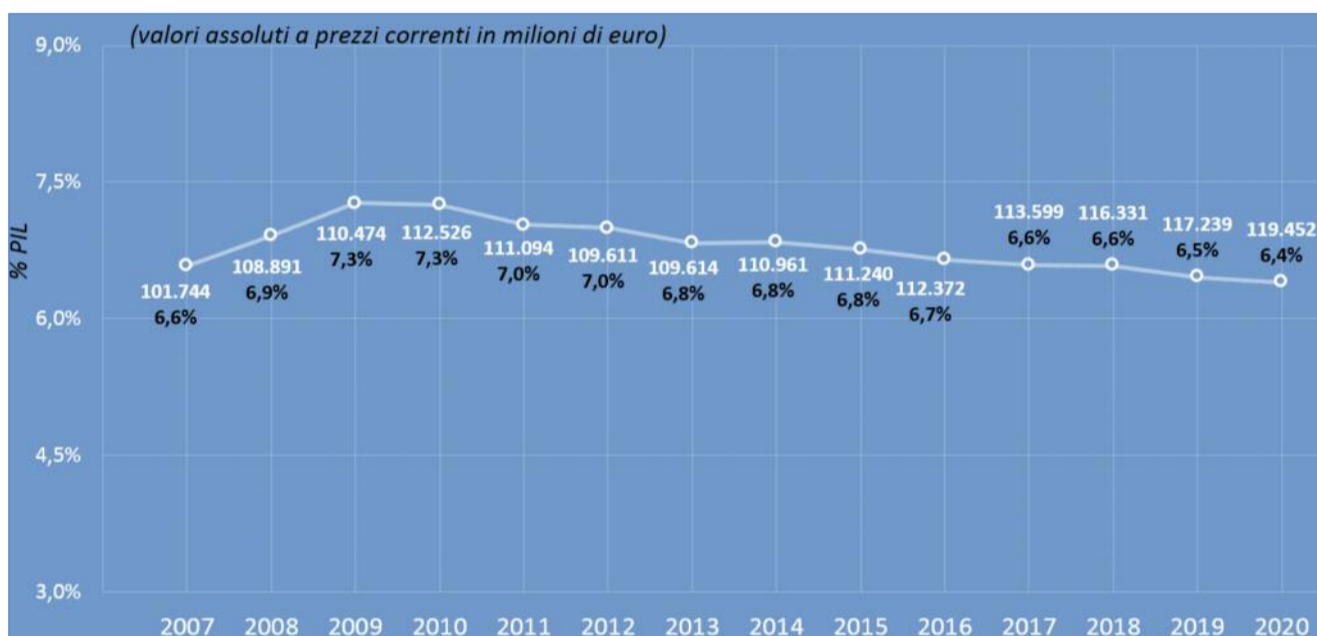


Fig. 3 - Spesa sanitaria pubblica (Va. e % sul Pil). Anni 2007 - 2020
 FONTE: M.E.F., DOC. DI ECONOMIA E FINANZA (ANALISI E TENDENZE DELLA FINANZA PUBBLICA, ANNI 2011 - 2018);
 NOTA DI AGGIORNAMENTO DEF, SETTEMBRE 2018

re e gestire.

La presentazione del Rapporto 2018 è, quindi, un'opportunità per rilevare, anche, le criticità del SSN ma, altresì, le soluzioni che potrebbero consentire di addivenire ad una loro risoluzione.

In primo luogo, il SSN, nel suo complesso, registra, da troppo tempo, una tendenza ad un definanziamento costante ed inaggravante in rapporto al Prodotto Interno Lordo (cfr. figure 3 e 4).

Oggi l'impegno finanziario si attesta sulla soglia del 6,6% del PIL: in questo modo, è a rischio la capacità di garantire prestazioni adeguate, coerenti con il progresso scientifico e con le esigenze della popolazione.

A questo proposito, è necessario fare attenzione. Siamo di fronte ad una duplice diminuzione: si è ridotto il PIL ed è diminuita la quota di impegno finanziario in favore del SSN.

È evidente che non è questo il SSN che era stato immaginato dal Legislatore, di cui il Paese ha necessità e del quale i cittadini hanno bisogno. Anche perché, nonostante i "sintomi" di un Sistema che non riesce a dare una risposta compiuta ai cittadini, esistono, anche, fulgidi esempi che indicano alcuni livelli d'eccellenza, dello stesso, in molti ambiti. Oltre all'esiguità dei fondi destinati al SSN rispetto al PIL, occorre rilevare l'adozione di scelte di politica sanitaria che non consentono di investire nell'ambito dell'innovazione,

garantendo uno sviluppo del settore; presupposti indispensabili, perché il nostro Sistema mantenga quei livelli di qualità, che l'hanno sempre caratterizzato.

In secondo luogo, va considerato il progressivo logoramento dei servizi garantiti dalla componente pubblica che, sovente, presenta fenomeni di riduzione quantitativa e di indebolimento qualitativo delle prestazioni; fenomeni che portano non solo disagi ai pazienti e alle loro famiglie ma, anche, dei rimandi o delle rinunce alle cure, come pure il ricorso, in costante crescita, all'*out-of-pocket* o alla mobilità sanitaria extraregionale.

Al riguardo, occorre precisare come il ripristino della libertà di scelta del luogo di cura per tutte le patologie e in tutte le regioni significherebbe, anche, innescare un meccanismo virtuoso che, se correlato ad una reale e generale applicazione del pagamento a prestazione nel finanziamento di tutti gli erogatori pubblici e privati, potrebbe incentivare l'investimento, la competizione virtuosa e lo sviluppo di centri e di reti di eccellenza, contribuendo, in modo determinante, a mantenere il nostro SSN equiparabile con i migliori sistemi di welfare sanitario in Europa. Per comprendere meglio quanto sta accadendo è molto utile l'analisi effettuata ultimamente dall'Istat, che è confermata dai dati della Parte terza del presente Rapporto: la ri-

nuncia a visite o accertamenti specialistici per problemi di liste di attesa, riguarda circa 2 milioni di persone, mentre sono oltre 4 milioni le persone che vi rinunciano per motivi economici.

In terzo luogo, non si può non registrare l'evidente differenziazione dell'offerta, con riferimento ai territori e all'interno di essi, nei quali convivono, contestualmente, debolezze ed eccellenze, non sempre ben percepibili se si guarda solo ai valori statistici medi.

La sintesi più evidente di queste criticità è il profilarsi di disuguaglianze sociali sempre più gravi e inaccettabili, che si traducono in fenomeni

evidenti e che quest'anno il Rapporto, fedele all'impostazione originaria ricordata prima, ha esaminato iniziando da due sintomi di "tensione" dal lato dei cittadini e degli utenti.

Il primo è quello delle liste di attesa, fenomeno che ha interessato una o più volte, durante gli ultimi dodici mesi, quasi 4 persone adulte su 10.

Rispetto a tale criticità, è improcrastinabile l'esigenza di aumentare l'offerta di servizi erogati per ovviare al problema delle liste di attesa, consentendo ai cittadini di operare la libertà di scelta del luogo di cura e implementare l'erogazione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza. Il governo deve assumere consapevolezza che va rimosso il tetto imposto dal DL 95 del 2012, anche per consentire il rinnovo dei contratti nazionali per quei lavoratori che operano nella componente di diritto privato del SSN, per garantire un Servizio che sia all'altezza delle aspettative di un Paese moderno e civile.

Il secondo è rappresentato dagli accessi al Pronto Soccorso, che hanno coinvolto quasi 1/3 della popolazione adulta. Si tratta di due esperienze-chiave, che possono generare gravi problemi di tenuta di sistema, causando ansie, fatica, insoddisfazione e comportamenti adattivi (come quelli di utilizzo del Pronto Soccorso come soluzione alternativa).

Il nostro Rapporto individua e analizza entrambi i fenomeni, attraverso tre indagini apposite, rispettivamente su un campione di popolazione nel suo insieme, su un sotto-campione che abbia avuto effettivamente una o più esperienze di liste di attesa e/o di Pronto Soccorso e su un campione specifico di *care-giver*. Il Rapporto 2018 ha preso, però, in considerazione, anche, il sistema dell'offerta analizzato sotto due profili: quello degli indicatori relativi alle prestazioni erogate che mostrano - e non da oggi - un miglioramento medio malgrado tutto, pur con

tutte le differenze interne ai territori delle quali si è accennato, e quello del monitoraggio dell'efficienza delle Aziende Ospedaliere pubbliche, attuato attraverso l'esame ed il confronto pluriennale della coerenza tra le voci dei Conti Economici delle Aziende stesse.

Le conclusioni dell'analisi effettuata non possono che riportare l'attenzione ai principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale. Principi che la nostra Associazione ha da sempre condiviso: l'universalismo, il solidarismo e la presenza di un sistema misto pubblico-privato che ha reso il nostro Servizio sanitario un modello di riferimento per tanti Paesi.

Il SSN è una risorsa preziosa per il Paese che rischia di essere smarrita. È indispensabile che tutti coloro che hanno responsabilità di sistema ne assumano piena consapevolezza: Governo, Regioni e operatori a tutti i livelli. Sono necessari un rinnovato impegno finanziario e una maggiore condivisione d'intenti fra la componente di diritto privato e quella di diritto pubblico del SSN, che dovrebbero lavorare insieme in maniera più sinergica.

Le imprese ospedaliere di diritto privato accreditato sono consapevoli della responsabilità che hanno nel loro ruolo di componente del Servizio sanitario e del suo significato. Lavoriamo - pubblico e privato - ad un obiettivo comune che è quello di assicurare un'assistenza sanitaria in termini universalistici, efficiente ed efficace.

La presenza in Italia, infatti, di una grande rete di aziende ospedaliere di diritto privato è una opportunità rilevante per il SSN, un prezioso strumento per erogare prestazioni di qualità, una riserva di operatività e di flessibilità a servizio di tutto il sistema. Le nostre strutture sanitarie si avvalgono della professionalità di 12mila medici, 26mila infermieri e tecnici e di oltre 32mila operatori socio-sanitari, impegnando meno del 7% delle risorse che il Servizio Sanitario Nazionale assegna all'attività ospedaliera e con indicatori di performance sovrapponibili a quelli delle strutture pubbliche.

Ma, anche tenendo conto di tutto questo, senza l'adozione di politiche sanitarie adeguate, la rete AIOP da sola - così come tutto il resto degli altri operatori privati - non è in grado di garantire l'universalità delle prestazioni. Possiamo, però, con la nostra capacità e la nostra flessibilità, contribuire affinché il SSN torni ad essere davvero universalistico.

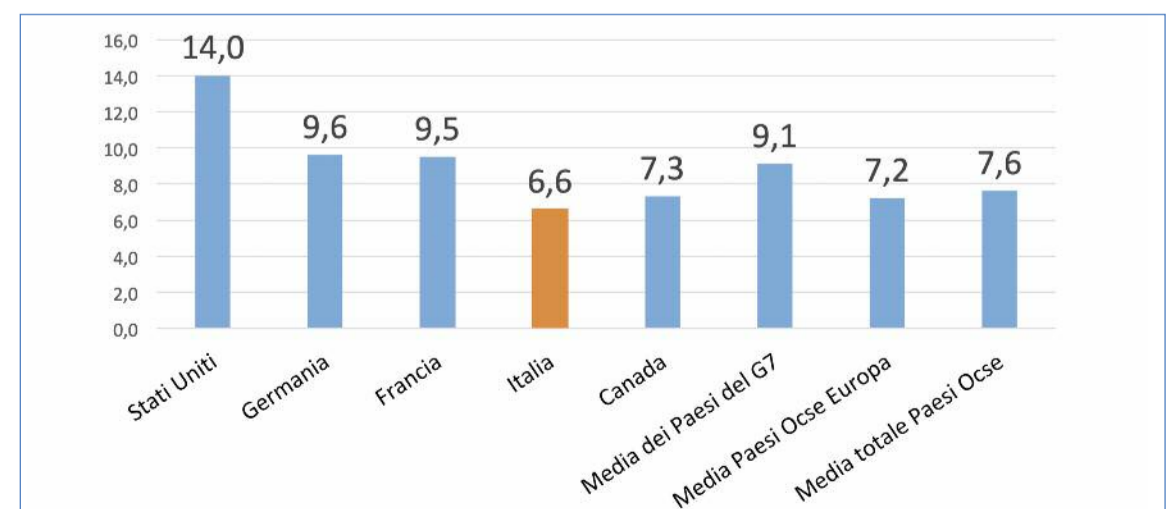


Fig. 4 - Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (2017)
 Fonte: elaborazioni Aiop su dati OECD - Health data 2018

Non possiamo, tuttavia, non registrare fenomeni di tensione che esistono e che trovano serie difficoltà, per esempio, nel procedere alle ristrutturazioni e alle riorganizzazioni necessarie degli ospedali pubblici.

Questi si sono, sovente, concentrati sulla gestione economica, trascurando la quantità e la qualità dei servizi offerti ai cittadini, come è avvenuto, in particolare, ma non solo, nelle Regioni sottoposte a Piani di Rientro, che hanno finito con l'occuparsi del contenimento della spesa, ma non della riqualificazione di prestazioni e servizi. Sono state infatti, maggiormente impoverite, dal punto di vista dell'offerta sanitaria, quelle Regioni che, in ragione di misure straordinarie, hanno proceduto ad una forte deospedalizzazione (cfr. figura 5), senza tener conto degli effetti che questa scelta avrebbe

determinato, puntando sulla medicina del territorio che non è mai, di fatto, stata implementata. Tutto questo ha lasciato i pazienti senza risposta dalle strutture ospedaliere che sono state, drasticamente, ridimensionate. Peraltro, nelle Regioni dove, invece, l'assistenza territoriale funziona si è compreso che questa svolge una nobile funzione che, però, non è assimilabile a quella degli ospedali: le due realtà non sono fungibili. Le Regioni in Piano di rientro e/o commissariate hanno, inoltre, assistito ad un incremento della mobilità sa-

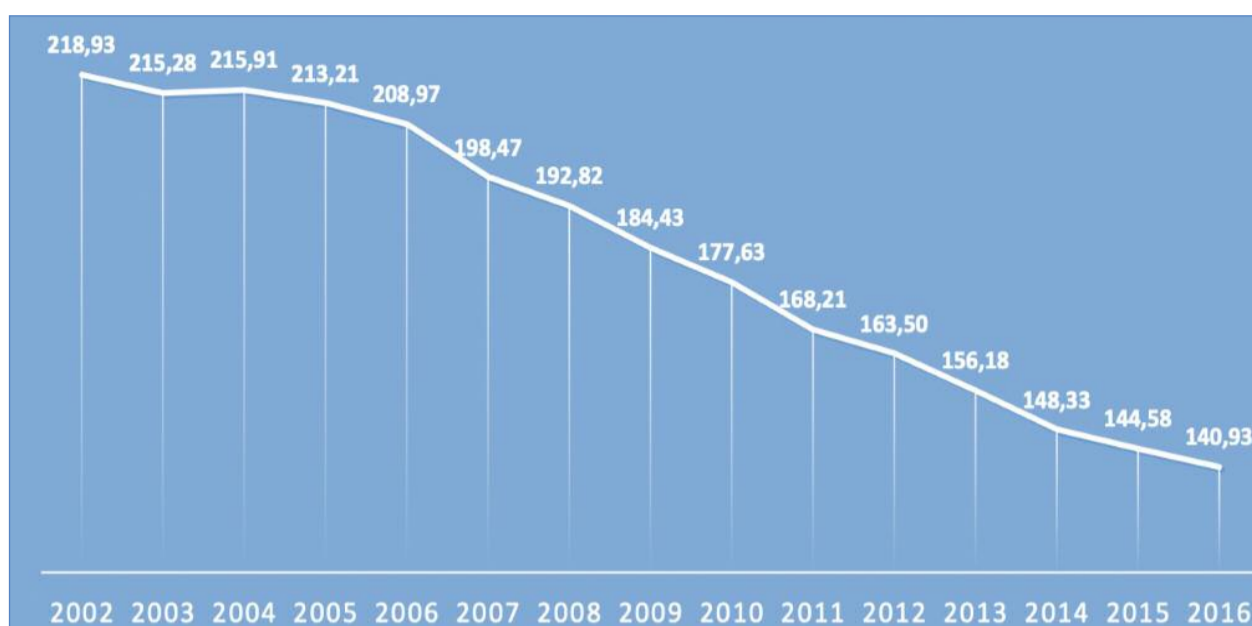


Fig. 5 - Andamento temporale dei tassi di ospedalizzazione complessivi. Anni 2002 - 2016
 FONTE: ELABORAZIONI AIOP DA DATI MINISTERO DELLA SALUTE - RAPPORTI SDO. ANNI 2002 - 2016

➔ SEGUEA DALLA PRIMA PAGINA

Un popolo in attesa di cure

to nel precedente anno 2017).

Se l'esperienza delle liste di attesa costituisce a tutti gli effetti una sorta di "fenomeno sociale allargato", l'accesso al Pronto Soccorso non appare certo essere da meno. Infatti risulta interessato da questa esperienza, sempre nel corso degli ultimi dodici mesi, il 28,7% della popolazione adulta (cioè 14,5 milioni di persone) che si è recato per lo più presso un ospedale pubblico (nel 21,4% dei casi), ma anche presso un ospedale privato accreditato (4,1%) o presso una clinica privata (3,2%), fermo restando qualche sovrapposizione possibile tra l'una e l'altra tipologia di struttura utilizzata.

Quanto alle modalità di accesso e di permanenza all'interno dei servizi di Pronto Soccorso è bene ricordare che:

- il primo criterio di scelta della struttura ospedaliera in cui si trovava il Pronto Soccorso l'ultima volta che se ne è avuto bisogno è rappresentato ovviamente dalla vicinanza (nel 70,4% dei casi), seguito dall'importanza della struttura pur essendo essa meno vicina (nell'11,6% dei casi);
- il paziente è stato accompagnato per lo più da un familiare o da un parente (nel 64,2% dei casi) oppure da amici, conoscenti, colleghi di lavoro o vicini di casa (6,6%) oppure ancora dal servizio di emergenza 118 (11,8%);
- l'attribuzione del Codice di urgenza, prevalentemente costituito dai colori verdi e gialli in più del 60% dei casi seguiti da quelli bianchi (15,0%) e infine dai Codici rossi (4%), è stata effettuata da un medico che ha visitato brevemente la persona: ma ciò ha interessato solo il 24,4% degli intervistati, mentre tale ruolo è stato svolto per lo più da un infermiere (39,9%), ma anche da un impiegato dietro lo sportello nel 17,8% dei casi;
- l'attesa più lunga prima di essere visitati (oltre le 3 e fino a 10 ore o più) coinvolge il 20,7% degli intervistati, a cui si è aggiunta una successiva analoga attesa allo scopo di completare gli esami integrativi ritenuti necessari nel 39,5% dei casi;
- e infine i bisogni di base dei pazienti, nel corso dell'attesa, non sempre so-

no stati soddisfatti o lo sono stati ma con difficoltà: e ciò è avvenuto nel 61,1%, secondo gli intervistati, per il bisogno di lavarsi, nel 40,3% per il bisogno di stendersi, nel 33,4% per il bisogno di bere e di rifocillarsi, nel 19,2% per poter usare la toilette e addirittura nel 18,3% per il bisogno di sedersi.

La valutazione complessiva, misurata attraverso la sensazione degli intervistati di essere stati effettivamente "messi al centro" come pazienti in occasione dell'ultima esperienza avuta presso il Pronto Soccorso, durante i passati dodici mesi, evidenzia un'opinione positiva pari al 61,0% per gli ospedali pubblici, che sale al 74,0% per gli ospedali privati accreditati ma si abbassa al 27,2% per le cliniche private. Al contrario, l'insoddisfazione si concentra ai due estremi e cioè per quei soggetti che hanno avuto un'esperienza di Pronto Soccorso presso gli ospedali pubblici (col 26,3% di valutazioni negative) e per coloro che hanno utilizzato una clinica privata (45,2% di valutazioni negative). Mentre più contenuti appaiono i giudizi critici qualora ci si sia avvalsi di un Pronto Soccorso che si trovava presso ospedali privati accreditati (20,8%).

A proposito dell'accesso al Pronto Soccorso, da intendere come "fenomeno sociale allargato", è il caso di ricordare che il 52,2% (pari a 5,9 milioni di persone adulte) di coloro che hanno fatto tale esperienza è stato anche inserito in liste di attesa per i servizi ASL, a cui si affianca un 16,7% (pari a 1,9 milioni di persone adulte) che ha sperimentato liste di attesa in vista del ricovero in ospedale.

Del resto, l'accesso al Pronto Soccorso da porre in relazione alle liste di attesa per prestazioni territoriali e ospedaliere, viene ulteriormente sottolineato dalla presenza di circa il 20% di intervistati che, nel caso di serie ragioni di salute, preferisce rivolgersi sin da subito a tale servizio, piuttosto che attendere le prestazioni di medicina territoriale: ribadendo con ciò l'insoddisfazione nei confronti di quest'ultima, oltre che una certa abitudine a "tagliare i tempi" attraverso la scelta del Pronto Soccorso, con tutte le conseguenze che ne derivano sul piano dell'affollamento e

delle attese che questa decisione può comportare.

Sempre in tema di Pronto Soccorso sono state poi raccolte le opinioni delle persone intervistate per ciò che riguarda la presenza di tale servizio sul territorio insieme alle eventuali difficoltà di accesso come pure all'esistenza di possibili alternative presso ospedali privati accreditati, che potrebbero offrire tale servizio in maniera più facilmente accessibile, più vicino a casa o con minori attese. A tale proposito è emerso che:

- la distanza residenza-Pronto Soccorso superiore alla mezz'ora interessa il 14,0% degli intervistati come media nazionale, che però diventa il 17,4% per il Mezzogiorno;
- le eventuali difficoltà di accesso al servizio, collocato all'interno di un ospedale pubblico, vengono dichiarate dal 64,8% come media nazionale che però sale al 69,1% nel Mezzogiorno e al 68,5% per il Centro Italia: tale situazione può essere dovuta al fatto che il servizio si trova lontano dall'abitazione o comunque richiede un tempo rilevante per essere raggiunto (26,4% in media, ma 31,9% per i residenti nel Sud e nelle Isole) oppure perché il Pronto Soccorso è stato trasferito in un ospedale più grande che però risulta più lontano (15% in media ma 17,7% per il Mezzogiorno);
- ma quello che sembra essere ancora più importante è che il trasferimento del servizio di Pronto Soccorso in un ospedale di maggiori dimensioni, con un bacino di popolazione più ampio, ha finito col generare tempi di attesa più lunghi, specialmente se non si è proceduto ad un'adeguata riorganizzazione del servizio per poter affrontare un numero maggiore di pazienti.

Ed è proprio a quest'ultimo proposito che si è cercato di capire se esiste, al di là degli ospedali pubblici, qualche ospedale privato accreditato che potrebbe offrire un servizio alternativo di Pronto Soccorso che risulti più vicino e/o più semplice da raggiungere: tale situazione è il caso del 15,9% in media dei rispondenti che sale però al 19,5% nel Mezzogiorno, a cui si aggiunge un 18,6% di intervistati che ammettono



l'esistenza di un ospedale alternativo, ma che non dispone attualmente di attrezzature adeguate per i casi più gravi. Comunque, ed è bene sottolinearlo, più di 1/3 delle persone coinvolte nell'indagine (il 34,5%) sottolinea la presenza di strutture private accreditate che potrebbero, se opportunamente attrezzate e sulla base di un accordo con il Servizio Sanitario Regionale, ridurre almeno parzialmente le attese all'interno del servizio di Pronto Soccorso situato negli ospedali pubblici.

L'accurata analisi sulle liste di attesa e sui servizi di Pronto Soccorso è stata completata - come di consueto - da un monitoraggio sui Conti Economici delle Aziende Ospedaliere pubbliche che ha permesso di rilevare, anche per quest'anno, la presenza di aree di inefficienza i cui costi, proiettati sull'intera ospedalità pubblica, individuano dei potenziali Sovraricavi compresi tra i 2 e i 4 miliardi di euro per la sola voce delle attività "a funzione": il che potrebbe configurare dei possibili ripianamenti impliciti di bilancio di pari importo.

A conclusione del Rapporto Ospedali&Salute 2018 non si può che ribadire l'importanza di intraprendere un "esercizio di responsabilità di lungo periodo", destinato a coinvolgere sia i soggetti di offerta sia i soggetti di domanda. Se si vuole ridurre progressivamente la divaricazione inizialmente ricordata tra bisogni (elevati) e risorse (limitate) serve promuovere un vero e proprio ripensamento del nostro Servizio Sanitario Nazionale, per il quale si impongono quattro tipi di integrazioni:

- un'integrazione tra efficienza di ge-

stione, possibilità di accesso alle prestazioni ed efficacia dei risultati per i pazienti nei diversi territori del Paese;

- un'integrazione tra ospedale e territorio che oggi non è affatto risolta ed anzi si presenta all'insegna di problemi e di inadeguatezze da risolvere per poter rendere più fluida la risposta sanitaria e assistenziale nei confronti degli utenti;
- un'integrazione, in particolare, tra servizi ospedalieri e servizi socioassistenziali per non lasciare i pazienti e le loro famiglie in una situazione di incertezza o di palese difficoltà;
- e un'integrazione piena, razionale e trasparente tra istituti pubblici e istituti privati accreditati come del resto prevede la normativa, con benefici evidenti per i cittadini.

Ma è altrettanto necessario che la domanda (ovvero i cittadini e gli utenti) accetti l'idea che i principi universalistici e solidali su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale debbono essere reinterpretati, mettendo in bilancio anche la responsabilità di individui, di famiglie, di aziende, di associazioni di categoria, di volontariato e anche di servizi a livello di comunità, poiché il welfare che abbiamo conosciuto sinora non è più in grado di assicurare l'applicazione dei propri principi fondanti: per questo è necessario procedere alla costruzione di un Neo-Welfare a più voci sul piano dei soggetti, delle risorse economiche, degli strumenti adottati e delle modalità di governance. ■

REPORT ATTIVITÀ AIOP
GENNAIO 2019

giovedì 10 gennaio
ore 11:00
Incontro OOSS per rinnovo CCNL

venerdì 11 gennaio
ore 9:30
Incontro OOSS per rinnovo CCNL

martedì 15 gennaio
ore 16:00
COMITATO ESECUTIVO

martedì 15 gennaio
ore 17:30
Consulta nazionale Aiop Giovani

mercoledì 16 gennaio
ore 10:00
Presentazione XVI Rapporto
Ospedali&Salute

mercoledì 16 gennaio
ore 14:30
CONSIGLIO NAZIONALE

giovedì 17 gennaio
ore 9:30
Commissione sanità integrativa
allargata

giovedì 17 gennaio
ore 13:30
GT Confindustria Scienze della vita

lunedì 21 gennaio
Milano, ore 10:00
Convegno Cergas Bocconi
La valutazione dell'innovazione
tecnologica sulle politiche di
rimborsabilità
(Cittadini)

venerdì 25 gennaio
Venezia ore 9:00
Incontro Università Cà Foscari
(Leonardi, Cassoni)

mercoledì 30 gennaio
ore 11:00
Incontro CIMOP

giovedì 31 gennaio
ore 10:00
COMITATO ESECUTIVO

aiopmagazine

IL FOGLIO DEI SOCI AIOP
ANNO VIII - NUMERO 1 - GENNAIO FEBBRAIO 2019

Direttore Responsabile:
Gabriele Pelissero

Direttore Editoriale:
Filippo Leonardi

Coordinamento di redazione:
Fabiana Rinaldi

Redazione:
Angelo Cassoni, Patrizia Salafia, Alberta Sciachi,
Andrea Albanese, Annagiulia Caiazza,
Andrea Ortolani, Fabiana Rinaldi

Segreteria operativa:
Sonia Martini, Stefano Turchi

Progetto grafico e impaginazione:
Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma
n. 533 del 23/1/2003
Editore: AIOP
via Lucrezio Caro, 67 Roma
Direzione: 00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67
tel. 063215653 - fax. 063215703
Internet: www.aiop.it **e-mail:** f.rinaldi@aiop.it
Stampa: Grafica Di Marcotullio - Roma

chiuso in redazione il 7 gennaio 2019

nitaria passiva (cfr. figura 6), non solo perché la loro offerta sconta delle differenze qualitative con quelle delle Regioni non in Piano di rientro, ma perché gli ospedali, per rispondere alle esigenze di razionalizzazione della spesa, sono stati ridimensionati e i cittadini per trovare una risposta ai loro bisogni assistenziali, se possono, si recano in altre Regioni, o fanno fronte alle loro esigenze con risorse proprie o rinunciano alle cure, con costi sociali che nel medio lungo periodo peseranno sul Paese.

La realtà dei fatti, della quale non possiamo non prendere atto – e che tanto bene è descritta proprio dal Rapporto – deve indurci a recuperare i presupposti che hanno ispirato la nascita del Servizio Sanitario Nazionale, per custodirli, reinterpretandoli in una situazione, incontrovertibilmente, ma anche fisiologicamente, mutata rispetto a quattro decenni fa.

A nostro avviso, il Sistema necessita di una manutenzione, che preveda di mettere a sistema le responsabilità e i riconoscimenti economici sia dell'ospitalità pubblica che di quella privata accreditata, e non solo perché lo prevede la legge ma, anche, perché è interesse oggettivo del Paese valorizzare entrambe le componenti delle quali occorre utilizzare e rendere efficienti le rispettive potenzialità.

Questo è quello che la popolazione chiede nel momento in cui, in quasi 9 casi su 10, viene evidenziato come le strutture private accreditate fanno parte del sistema ospedaliero e che la scelta del ricovero non dipende dalla natura giuridica della struttura ospedaliera, ma dalla sua capacità di fornire un Servizio sanitario adeguato, affidabile, serio, vicino alla persona. Quest'offerta è il prodotto della diversa capacità, dimostrata dalla componente privata del SSN, di reagire e adattarsi alla contrazione delle fonti di finanziamento e all'evoluzione dei modelli organizzativi. A differenza di quanto registrato nella componente pubblica, non ci si è, infatti, concentrati sulla contrazione dei costi, ma sulla razionalizzazione degli stessi, investendo sul cambiamento, efficientando l'offerta, rispondendo a requisiti e setting assistenziali nuovi, e continuando a capitalizzare in strutture, tecnologie, farmaci innovativi e formazione dei professionisti.

Queste soluzioni, che hanno permesso di rispondere alle aspettative

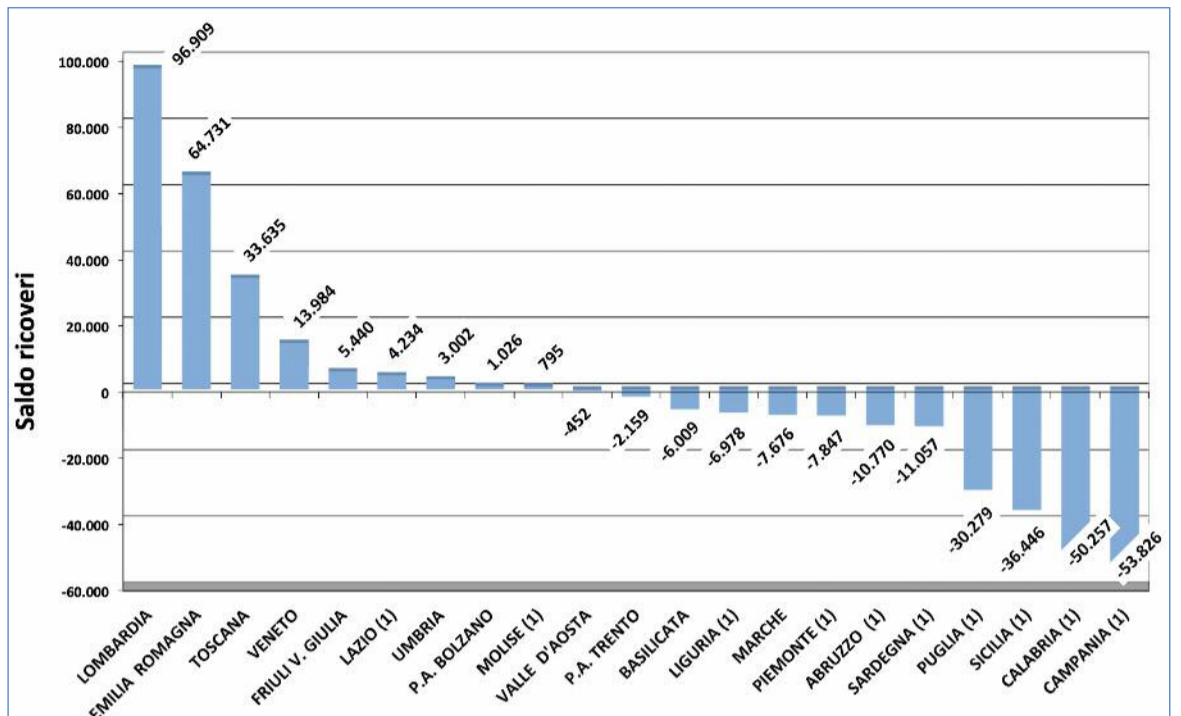


Fig. 6 - Saldi di mobilità interregionale - Totalità delle tipologie e dei regimi di ricovero. Anno 2016

(1) Regioni che sono state o sono attualmente in Piano di Rientro
Nota: comprende acuti ordinari e DH, riabilitazione ordinaria e DH, lungodegenza

FONTE: ELABORAZIONI AIOP SU DATI MINISTERO DELLA SALUTE - MATRICI DI MOBILITÀ INTERREGIONALE. ANNO 2016

dei cittadini e di contribuire, quindi, anche ad una migliore performance del SSN, sono, evidentemente, state rese possibili della flessibilità che caratterizza questa componente della rete ospedaliera, dunque, conseguenza diretta del pluralismo che così rappresenta un valore per tutto il Paese.

Si tratta, quindi, di soluzioni che, dalle strutture accreditate, potrebbero – e, anzi, dovrebbero – essere estese alle strutture pubbliche, in modo da contribuire ad aumentare l'efficienza dell'intero sistema, trasferendo indicatori di qualità ed attrattività che, nel tempo, divengono pratica comune e standard condiviso per tutti gli operatori.

In altre parole, valorizzare entrambe le componenti consentirebbe di migliorare il livello complessivo del sistema, adottando soluzioni che siano realmente di pari trattamento, di pari valutazione dei risultati e di pari trasparenza della gestione. Il quadro descritto dal Rapporto 2018 pone, quindi, tutti di fronte ad un'unica sfida che consiste nell'affrontare una domanda di sanità in crescita sotto il profilo quantitativo e che si diversifica sotto quello qualitativo. Si tratta di una situazione che deve responsabilizzare rispetto al dovere non solo di preservare il nostro SSN ma, anche, di creare i presupposti perché questo possa, realmente, continuare a garantire un'offerta efficiente, efficace, tem-

pestiva e di qualità.

Se si dovesse addentrare all'amara consapevolezza che, in questi 40 anni, le condizioni di contesto sono, talmente, mutate da non consentire più al Paese di continuare a garantire questa straordinaria conquista, perché ha un costo insostenibile, vi è l'obbligo non solo politico, ma etico, di lavorare, senza ulteriori indugi e tentennamenti, ad una riforma di sistema strutturale, con tutti gli effetti non solo sanitari ma, anche, sociali e psicologici che ne deriverebbero sugli italiani.

Scegliere di non scegliere è la peggiore condanna che si può infliggere ad un Paese che già registra gravi, evidenti ed eloquenti sintomi di un sistema che va, improcrastinabilmente, efficientato o, radicalmente, riformato in base ad un modello differente.

Infine, prima di pensare alle modifiche strutturali, che richiedono tempo, nell'immediato, si potrebbe pensare ad efficientare il Sistema, incentivando alcuni settori e/o prestazioni dei quali si avverte maggiore bisogno, in base al dato epidemiologico. E per questo, al fine di un reale efficientamento del Sistema, da tempo, Aiop propone di:

- 1) tornare a riprendere quel percorso di aziendalizzazione, intrapreso e mai completato, con il ritorno al pagamento a prestazione, anche per il comparto pubblico, che deve essere ricon-

dotto con efficaci piani industriali all'equilibrio fra costi e ricavi in tempi certi e misurabili;

- 2) attivare un vero sistema premiale, che riconosca gli sforzi delle organizzazioni e dei manager migliori, e che al contempo disincentivi, in modo netto, le gestioni disfunzionali o inefficaci;
- 3) inserire elementi crescenti di competizione virtuosa, tra erogatori con diversa natura giuridica all'interno di un unico percorso di accreditamento;
- 4) prevedere la terzietà dei controlli, per superare il conflitto di interessi di un erogatore pubblico che è, al contempo, controllore e controllato.

Il futuro è una scelta e non una fatalità. Speriamo, che per una volta, il Paese scelga di scegliere. Ignorare i problemi di oggi, infatti, significherebbe sprecare l'opportunità di poterli governare.

AIOP, come sempre, è disponibile ad un confronto virtuoso e sinergico per individuare, con chi è stato chiamato ad operare la programmazione sanitaria, la migliore soluzione possibile tenuto conto delle risorse necessarie ma, anche, di quelle disponibili e, soprattutto, delle non poche e irrilevanti mutazioni di contesto intervenute in questi quarant'anni. Una soluzione che – condividiamo tutti – deve avere come obiettivo un diritto che, ancora oggi, la nostra Costituzione tutela: la salute. ■

FRANCO ANGELI

Ospedali & Salute in Open Access

Anche con il 16° Rapporto Ospedali & Salute ritroveremo l'Open Access, la piattaforma di FrancoAngeli per pubblicare articoli e monografie di ricerca, rispettando gli standard etici e qualitativi, i protocolli della selezione tramite blindpeer review e la messa a disposizione dei contenuti in modalità ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA (come DOAB - Directory of Open Access Books e OAPEN Library), l'integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane, Franco Angeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore. Già a partire dal 2017 Ospedali & Salute è stato pubblicato in Open Access, rendendo il file dell'intero lavoro liberamente scaricabile dalla piattaforma FrancoAngeli Open Access. Il 16° rapporto sarà disponibile pochi giorni dopo la sua presentazione. (<http://bit.ly/CollanaAiop>). ■



OPEN ACCESS

