

BOCCONI/ Negli ultimi anni il dissesto finanziario ha colpito grandi centri di eccellenza

Se l'azienda è a rischio default

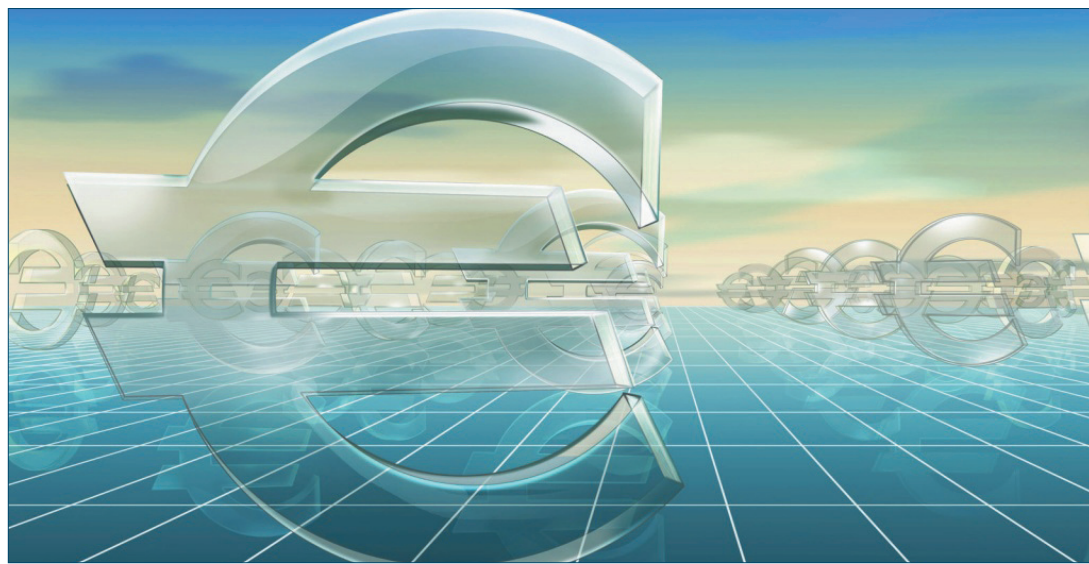
Meccanismi di controllo senza effetto - La crisi nei territori virtuosi



Negli ultimi due anni stanno emergendo ciclicamente improvvisi e gravissimi dissesti finanziari in alcune aziende e gruppi sanitari, anche di rilevanti dimensioni e prestigio, sia nel settore pubblico, sia in quello privato. Si tratta non solo dell'ormai notorio caso dell'ospedale San Raffaele, quotidianamente dibattuto sui mass media, ma anche di default di importanti aziende sanitarie pubbliche come l'Asl di Forlì e di Massa Carrara e, nell'esperienza dei privati, delle difficoltà incontrate dal gruppo dei Camilliani e dall'ordine dei Fatebenefratelli. A breve si preannuncia alle cronache un analogo caso per il Policlinico Gemelli, se non verrà chiarita la rilevante posizione creditoria con la Regione Lazio che invece non vuole riconoscere il debito, così come è in grandi difficoltà economico-finanziarie la Asl di Venezia, per citare alcuni dei casi più noti.

Queste improvvise e profonde crisi di aziende sanitarie presentano delle caratteristiche dissimili rispetto al passato del Ssn. Prima di tutto si manifestano in aziende collocate prevalentemente in sistemi sanitari regionali "sani", cioè complessivamente in pareggio di bilancio. È sicuramente il caso della Lombardia con il San Raffaele, della Regione Emilia Romagna con Forlì, della Toscana con Massa Carrara e della Regione Veneto con Venezia. In passato era più frequente trovare interi sistemi sanitari in sostanziale disequilibrio e tale deficit era presente, seppur con qualche significativa variabilità, in ciascuna delle aziende sanitarie facenti parte del Ssr, come avviene ancora oggi nelle Regioni con più gravi dissesti (come Campania e Lazio). Nei casi citati, invece, vi è una concentrazione del dissesto essenzialmente in un unico soggetto regionale.

Inoltre, la crisi appare immediatamente molto grave, con deficit di centinaia di milioni di euro - ovvero una percentuale significativa di disavanzo accumulato rispetto ai budget correnti -, tale da indicare che le



cause devono essere certamente remote e stratificate nel tempo. All'opposto, l'annuncio del default è improvviso e per il pubblico degli operatori quasi inatteso, poiché tutto sommato ci si aspettava che anche questo disavanzo in qualche modo sarebbe stato assorbito ex post da qualche soggetto sovraordinato, come la storia del Ssn complessivamente insegna. Pertanto, tali crisi profondissime appaiono improvvisamente in alcune aziende sanitarie collocate in tessuti sani del Ssn, portandosi dietro la sensazione, nella maggior parte della società civile e spesso anche negli operatori, che non vi sia stato alcun preavviso.

A questo proposito sorgono numerose domande.

Qual è la genesi di questi default e, dato che molti di questi hanno origini lontane, come è stato possibile che i numerosissimi e sofisticatissimi sistemi di alert aziendali e regionali non siano scattati per tempo? Ricordiamoci che siamo di fronte ad aziende inserite in un fitto sistema reticolare di controlli interni ed esterni. Le aziende pubbliche, oltre ad approvare i bilanci e i conti consuntivi - annuali e pluriennali - sono dotate del nucleo di valutazione, del colle-

gio dei revisori, sottoposte al controllo della conferenza dei sindaci e, ancora, inviano tutti i propri atti contabili sia al controllo regionale, sia alimentano il sistema informativo nazionale.

Le aziende private, oltre ai meccanismi di controllo della proprietà, dispongono degli organi di vigilanza della 231 e sono sottoposti a uno strettissimo controllo regionale per verificare l'appropriatezza dell'uso delle risorse pubbliche. Eppure nessuno di questi strumenti è riuscito a segnalare per tempo e con sufficiente intensità la gravità della crisi che stava emergendo. Oppure, alcuni degli attori sapevano, ma vi erano convenienze diffuse a sostenere la situazione, anche nella speranza che arrivasse qualche sostegno, ex post e sovraordinato, a favore del risanamento aziendale. Un'altra ipotesi interpretativa potrebbe essere che ogni sistema sanitario regionale, proprio per stare in equilibrio finanziario apparente, abbia la necessità di un'azienda in cui scaricare di fatto tutto il deficit sommerso, senza che questo venga messo a bilancio di sistema.

Come si vede le possibili ipotesi interpretative sono molteplici e tutte plausibili. Rimane interessante capi-

re quando e con quali meccanismi a un certo punto i sistemi regionali decidono di mettere in agenda i default aziendali e di renderli pubblici.

Una volta dichiarata la crisi si aprono almeno due rilevanti filoni di lavoro strategico. Da un lato emerge la necessità di finanziare e strutturare il debito, sia quello accumulato nel passato, sia quello prospettico futuro, perché difficilmente si ricostruisce l'equilibrio di bilancio in un solo esercizio, così come probabilmente risultano necessari piani di investimento, proprio per razionalizzare la capacità produttiva (a esempio concentrare ospedali e poliambulatori, sviluppare strutture intermedie al posto dei ricoveri acuti ecc.). Un'azienda in crisi, che vede inevitabilmente azzerato anche il capitale di credibilità istituzionale nei confronti del sistema bancario e dei fornitori, trova particolari difficoltà a finanziarsi.

A questo si aggiunge la necessità di dover razionalizzare il portafoglio dei servizi per ridurre i fattori produttivi necessari, essendo anche collocati in comunità che probabilmente fino a pochi mesi prima non erano abituate a mettere in agenda tagli nel welfare sanitario o riduzione di occupazione, data la generosità con cui agiva la propria azienda sanitaria. La razionalizzazione dei servizi è un esercizio sempre difficile da portare avanti nei sistemi di welfare e lo è ancora di più in un contesto che ha distrutto capitale istituzionale e forse anche sociale. Il turn around istituzionale e manageriale diventa quindi necessario e imprescindibile e questo è forse uno dei driver che spiega il momento di messa in agenda delle crisi "out of the blu". Interessante notare che i grandi malati del Ssn sono a diversi stadi di maturazione della crisi: alcuni non hanno ancora dichiarato la crisi, nonostante i numeri la indichino con evidenza (Asl di Venezia), alcuni hanno consapevolezza della diagnosi e non della terapia (Gemelli), altri invece sono all'inizio della strada di risanamento (Ospedale San Raffaele, Forlì, Massa Carrara), altri invece sono già usciti rinnovati e robusti dal processo di turn around (Camilliani). Il 12 marzo in Sda Bocconi si confrontano i casi delle grandi crisi aziendali pubbliche e private del Ssn, per apprendere l'uno dall'altro come prevenire e come curarsi.

Clara Carbone
Mario Del Vecchio
Federico Lega
Francesco Longo
Anna Prenestini
anna.prenestini@unibocconi.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'incontro del 12 marzo sulla genesi delle crisi aziendali e i progetti di risanamento fa parte delle giornate che il Network dei direttori delle aziende sanitarie pubbliche (Dasp) della Bocconi promuove ogni anno per discutere le questioni più attuali e rilevanti per il top management delle aziende sanitarie. Partecipano al Network Dasp circa 20 aziende sanitarie pubbliche.

NORME COMUNITARIE

La scure del pareggio di bilancio anche per il Ssn

Il 30 gennaio scorso il Consiglio europeo ha assunto due importanti decisioni, da formalizzarsi in altrettanti Trattati. Una sulla stabilità, il coordinamento e la governance economica e monetaria. L'altra che andrà a istituire il meccanismo europeo di stabilità, il cosiddetto Esm (oggi Esfs).

La lettura combinata dei testi mette in rilievo l'obiettivo dell'Ue di pervenire al pareggio di bilancio in tutti gli Stati membri (Fiscal compact), e di voler verificare periodicamente il rispetto degli obblighi assunti dai medesimi in relazione alle riforme strutturali promesse.

Il primo dei trattati costituirà, pertanto, l'obbligo in capo a tutti i Paesi di inserire la

detta regola nelle loro Costituzioni, ma anche di prevedere un rinnovato rapporto del deficit massimo dello 0,5% rispetto al Pil (anziché dell'attuale 3%) e di confermare quello del debito pubblico nella misura del 60 per cento.

Fatte queste premesse, occorre capire quale incidenza avranno i due Trattati nella politica interna e, quindi, in quella sanitaria.

Considerata l'imminente revisione dell'articolo 81 della Costituzione, ove sarà insediato l'obbligo di pareggio di bilancio, le norme dei suddetti Trattati non potranno essere disattese dagli Stati membri, in

ossequio al principio del primato del diritto comunitario, una volta che siano entrati in vigore a seguito della ratifica da parte degli stessi. Conseguentemente, il legislatore dovrà approvare le leggi ordinarie attuative, in relazione al riparto delle competenze sancite dall'articolo 117 della Costituzione.

Qui viene a porsi la domanda di cosa si renderà necessario fare in tema di organizzazione e di finanziamento della salute.

Per intanto, occorre distinguere cosa dovrà fare lo Stato e cosa dovranno fare le Regioni, in relazione agli obblighi scaturiti dalla Costituzione di pareggiare il bilancio, prossimo a essere novellata in tal senso, ma anche al ripianamento del debito pubblico, preteso

dall'Unione europea.

Lo Stato dovrà, nel caso di specie, riformare l'attuale sistema della salute determinando, quantomeno, i principi fondamentali, cui dovranno attenersi le Regioni nell'esercizio della loro potestà legislativa di dettaglio.

Ciò soprattutto in relazione ai due precisi obiettivi di pareggiare a loro volta i propri bilanci e di ripianare il loro debito pregresso. Insomma, ci vorrà un bell'impegno sia dello Stato che delle Regioni, specie di quelle 10 impegnate nei piani di rientro, a conseguire il risultato preteso a livello comunitario che sarà sancito dalla Carta.

Le soluzioni frequentabili non sono numerose. Tutte comunque condizionate a una so-

pravvenuta virtù delle Regioni, ancorché difficile da realizzare, attesa la loro abitudine di governare improvvisamente la spesa sanitaria, tanto da avere prodotto diffusamente consistenti deficit, in alcuni casi persino miliardari.

Un problema serio, questo, nei confronti del quale vanno individuate opzioni legislative tali da consentire, ovunque e con assoluta certezza, il pareggio del bilancio corrente, a che la Repubblica possa fare altrettanto.

Per fare tutto questo occorrerà non solo tenere sotto controllo il bilancio di esercizio

delle Regioni, ma anche il rientro del debito pregresso.

Al riguardo, non sarebbe da escludere il ricorso alla istituzione di una agenzia nazionale competente a gestire lo stock del debito pregresso sanitario e il suo ripianamento, quest'ultimo da socializzare, pena la sua permanenza perenne. Un modo, questo, per pretendere la virtù della gestione delle Regioni nella gestione dei loro bilanci, ma anche per monitorarne l'andamento in modo costante, si da correggere ogni "disattenzione" in corso d'opera.

Ettore Jorio
Professore di Diritto sanitario
all'Università della Calabria

© RIPRODUZIONE RISERVATA

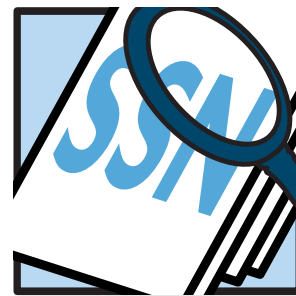
Regole Ue anche per Asl e ospedali

Un'Agenzia nazionale per gestire il debito

Riprende in settimana il confronto su patto e Fondo 2012: è subito scontro sulle risorse

Riparto, test di deprivazione

Balduzzi: «Sì a piccole sperimentazioni» - Veneto: «Siamo contrari»



Si apre un piccolo spiraglio nel muro granitico del riparto del Fondo sanitario 2012. Ad aprirlo è il ministro della Salute, **Renato Balduzzi**, che alla vigilia di una settimana di fuoco per la Sanità - mercoledì e giovedì sul tavolo delle Regioni ci saranno il nuovo patto della salute e proprio il riparto 2012 - lancia un sasso nello stagno che rischia subito di provocare una piccola tempesta: «Non è bene cambiare radicalmente le regole. Però qualche piccola sperimentazione, che ci aiuti a capire come l'indice di deprivazione può essere utile per determinare il riparto delle spese, si può fare». Per Balduzzi «si possono tenere insieme rigore ed equità in un tempo di risorse limitate. Dobbiamo solo verificare come», ha aggiunto il ministro durante un convegno organizzato a Napoli la scorsa settimana sul Patto della salute. Parole, queste, che hanno scatenato l'immediata reazione del Veneto che prima con l'assessore alla Salute, **Luca Coletto**, e poi con il presidente **Luca Zaia** hanno ribadito il loro netto no all'introduzione dell'indice di deprivazione, il criterio cioè che prende in considerazione - oltre all'età e alla popolazione - anche le condizioni socio-economiche peggiori delle Regioni del Sud.

«Siamo fermamente contrari a

Rossi (Toscana): «Tutti certifichino i bilanci come noi»

«La Toscana ha i conti della Sanità in pari e, caso unico in Italia, i bilanci delle Asl certificati da agenzie esterne. Per verificare i conti in profondità è necessario fare così e su questo sfido anche tutte le altre Regioni a imitarci. Ne farò una battaglia personale e sono sicuro che i tecnici che oggi sono al Governo capiranno bene cosa intendo». Questa la reazione del presidente della Regione Toscana, **Enrico Rossi**, alla notizia dell'approvazione da parte della commissione parlamentare d'inchiesta della relazione sul disavanzo della Asl I di Massa.

«Il caso della Asl di Massa - prosegue il presidente Rossi - è esplosivo proprio grazie alle attività approfondite di controllo svolte dalla Regio-

ne. Quanto al mio comportamento personale lo ritengo esemplare. Non appena sono stato avvertito dai tecnici del "buco" di bilancio ho portato tutto all'attenzione della procura della Repubblica e della Corte dei conti. Ho rimosso e sostituito il direttore generale, ho avviato verifiche sugli ultimi dieci anni di attività della Asl. Ho pareggiato i conti, facendo in modo che nello stesso tempo anche i conti generali della Sanità toscana restassero in pareggio». «Sfido a trovare una Regione - conclude il presidente toscano - che abbia fatto tutto questo in circostanze analoghe. E sfido le altre Regioni a certificare i bilanci della Sanità tramite agenzie esterne come fa la Toscana».

questo come a ogni altro criterio che non si basi su elementi oggettivi e indiscutibilmente collegati ai bisogni di salute dei cittadini, alla realtà epidemiologica, demografica e organizzativa», ha spiegato Coletto. «Prima di sperimentare la deprivazione - ha insistito l'assessore veneto -, si sperimentino i criteri e i costi standard. Per questo il Veneto è già pronto e disponibile». Sulla stessa scia il governatore Luca Zaia che bocchia le «invenzioni barocche e scialacquatrici come la deprivazione». «Piuttosto

se si vuol davvero fare il bene della Sanità - aggiunge Zaia in coro con il suo assessore -, si applichino i costi standard, i cui fondamenti sono di fatto alla base dei risultati di gestione ottenuti in Veneto».

A fianco del ministro si schiera ovviamente il presidente della Campania **Stefano Caldoro** che parla di «grande apertura». «Il ministro ci ha dato ragione sui parametri di riparto del fondo sanitario che penalizzano il Sud - ha detto Caldoro -, è chiaro che il ministro è stato prudente per-

ché dobbiamo essere tutti d'accordo, però dire che si può sperimentare è il primo grande segnale perché vuol dire che quelle battaglie, che abbiamo posto da quando ci siamo insediati noi al tavolo sono condivise, giuste, eque per i cittadini». È d'accordo con il suo presidente **Raffaele Calabrò**, delegato alla Sanità per la Campania e strenuo difensore della deprivazione: «Abbiamo ottenuto che nell'ambito delle riunioni degli assessori alla Salute riguardanti il patto si passi da una visione economicistica

a una visione che punti finalmente sulla qualità dell'assistenza sanitaria». Nella battaglia del riparto non ci sono in gioco solo i 108 miliardi del Fondo di quest'anno, ma molto di più. Il destino del riparto è legato, infatti, a doppio filo con il difficile confronto sul nuovo Patto della salute che dovrà decidere come impiegare le risorse fino al 2015. In più il 2012 è un anno di transizione cruciale per traghettare il Ssn verso i costi standard del federalismo che dovrebbero scattare dal 2013. Costi standard che saranno costruiti in base alle performance sui conti regionali di quest'anno. E quindi anche in base alle risorse che ogni Regione avrà a disposizione. Insomma la partita vale quasi un campionato. Per questo i prossimi incontri saranno sicuramente molto tesi.

L'agenda prevede che la Conferenza delle Regioni si riunisca in seduta straordinaria mercoledì 22 al termine delle Conferenze Unificate e Stato-Regioni (previste per le 15.30 e le 16). E poi per giovedì 23 alle ore 10, quando i lavori proseguiranno per l'intera giornata. È quasi sicuro però che le due giornate non basteranno per mettere tutti quanti d'accordo.

Marzio Bartoloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Vittima dello stress?
 Tante responsabilità?
 Tanti obblighi?
Troppi consulenti?

QUALIsan
 Consulting

081.7282388 - info@qualisan.com - www.q-plus.it
 via Cintia P.co S. Paolo, 21/23 - 80126 Napoli



QPLUS è un programma rivoluzionario di assistenza integrata che racchiude in un unico interlocutore la gestione dei molteplici adeguamenti legislativi e normativi a cui le strutture sanitarie sono obbligate a far fronte. QPLUS assicura sempre la presenza di un consulente qualificato nella tua azienda specialmente nel caso di verifiche da parte delle autorità competenti.

Scegli di essere
libero
ADESSO

Qualisan, un unico referente alla metà del prezzo*

*Alle prime 30 telefonate una partecipazione gratuita ad un evento ECM da 50 crediti



CONTATTACI ORA!
 La tua libertà costa una telefonata



Il ricorso a una maggiore compartecipazione alla spesa non risolve il nodo della sostenibilità

Fondi integrativi, cura del Ssn

Potenziare la mutualità per salvare le cure di fronte agli ultimi drastici tagli

DI ISABELLA MASTROBUONO *
E GRAZIA LABATE **

La crisi economica non può e non deve essere occasione per rovesciare i principi fondanti del Servizio sanitario nazionale, ma deve rappresentare una occasione di riflessione se si vuole mantenere l'universalità dell'accesso alle cure. Da più parti si leggono tentativi palesi od occulti di scardinamento del sistema con poche o assenti controposte, troppo spesso incentrate su continui richiami alla medicina del territorio o all'appropriatezza, senza chiarire il perché in tutti questi anni si è poco proceduto in questa

direzione, soprattutto per il territorio visto che l'Italia è agli ultimi posti in Europa per residenzialità e cure domiciliari integrate.

Non si può ignorare che l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza è ancorata alle compatibilità economiche, che la mutualità era ampiamente prevista all'articolo 9 della riforma 229/1999, così come nella legge 883 istitutiva del Ssn, con lo scopo di integrare davvero il sistema, che la libera professione allargata da strumento di transizione non è stata superata, divenendo poco produttiva e controllata, che il nostro universalismo si basa sul prelievo fiscale del lavoro dipendente autonomo e dei pensionati,

in un Paese con un'elevata di evasione fiscale.

Il richiamo continuo al risparmio e all'efficienza si deve coniugare a un maggiore vigore alla lotta agli sprechi e alle inefficienze allocative, ma non si può nascondere che l'invecchiamento della popolazione, l'innovazione tecnologica in campo biomedico, e la maggiore diffusione delle malattie cronico degenerative, che oggi con la crisi non trovano risposta mediamente adeguata, introducono costi crescenti in tutti i sistemi sanitari a prescindere dalla loro origine e nel contempo richiedono investimenti in risorse umane, strutturali e tecnologiche per far fronte a un futuro

che non è lontano, ma è domani. Al tempo stesso, sono previste misure d'emergenza, quali aumenti dei ticket, che possono minare l'equità di accesso alle prestazioni se non si affronta alla radice il tema della sostenibilità all'interno di un possibile quadro di crescita del Paese.

In un nostro studio che sarà pubblicato prossimamente sulla rivista «Igiene e sanità pubblica», sono state analizzate le principali voci della compartecipazione alla spesa sanitaria nel nostro Paese, con riferimento ai farmaci, alle prestazioni specialistiche e diagnostiche ambulatoriali e alle prestazioni di pronto soccorso e sono state avanzate sti-

me circa possibili compartecipazioni aggiuntive relative all'erogazione ambulatoriale dei 108 Drg definiti inappropriati e all'introduzione di ticket per il ricovero ospedaliero stimando, quindi, il peso che queste avranno sulla spesa sanitaria unitamente a quelle già esistenti.

La Finanziaria 2012-2014 (legge 111/2011) prevede ticket aggiuntivi rispetto a quelli esistenti a partire dal 2014 mentre avanza decisa la volontà di una revisione delle esenzioni per reddito e per patologia. Così come sta accadendo in Italia, anche i più grandi Paesi Ue, sia a sistema Beverigeriano che bismarkiano, di fronte alla crisi economica hanno agito aumentan-

do il copayment, ma avevano forme già ampiamente estese, rispetto all'Italia, ancor prima della crisi. Al giungere di questa, la tendenza è stata all'aumento dei ticket esistenti, oppure sono state introdotte tasse di scopo per le patologie che nel tempo causano gravi problemi di salute e cronicità, tassa sui cibi ricchi di grassi in Danimarca e sulle bevande analcoliche con aggiunta di zuccheri in Francia, a esempio. Altre misure hanno riguardato l'inasprimento dei prezzi delle sigarette (in Svezia costano 8 euro a pacchetto), disposizione adottata anche in Italia recentemente, ma non per compensare il ticket aggiuntivo di 10 euro sulla specialisti-

L'IMPATTO DEL COPAYMENT CHE CRESCE

Ticket per 6 miliardi? Non basta

Il ricorso alla compartecipazione eccessiva può generare conseguenze rilevanti sotto il profilo dell'equità, dell'efficienza e del contenimento della spesa sanitaria, ampiamente prese in esame da numerosi studi, di cui di seguito si elencano i principali risultati.

1. Quando si ricorre alle forme di finanziamento basate sulla capacità contributiva da parte del cittadino, le compartecipazioni rappresentano lo strumento più iniquo, poiché costituiscono una barriera per l'accesso ai servizi sanitari per le classi meno abbienti.

2. Le compartecipazioni non si dimostrano efficaci nel guidare il paziente verso un uso più selettivo e razionale dei servizi. Gli studi hanno infatti evidenziato una riduzione indiscriminata del ricorso alle prestazioni, anche nei casi in cui queste si dimostrano essere appropriate.

3. Un più alto livello di compartecipazione, pur essendo poco influente sugli esiti di salute dell'individuo, ha un'influenza significativamente negativa sui soggetti per i quali i trattamenti sono più necessari, sulle categorie più vulnerabili e sugli individui con basso reddito.

4. L'introduzione delle compartecipazioni dovrebbe limitare l'onere complessivo della spesa pubblica sanitaria. Il razionamento del consumo, a seguito delle introduzioni di varie forme di copayment, rappresenta solo una parziale fonte di contenimento dei costi, di breve periodo senza intaccare la spesa nel lungo periodo.

La necessità di ricorrere a forme di compartecipazione per ridurre l'onere complessivo di spesa sembra essere solo parzialmente fondata, visto che la riduzione o meglio il razionamento dell'utilizzo dei servizi sanitari a seguito delle compartecipazioni, spesso sembra essere controbalanciato da un concomitante aumento della spesa privata. Del resto, i recenti

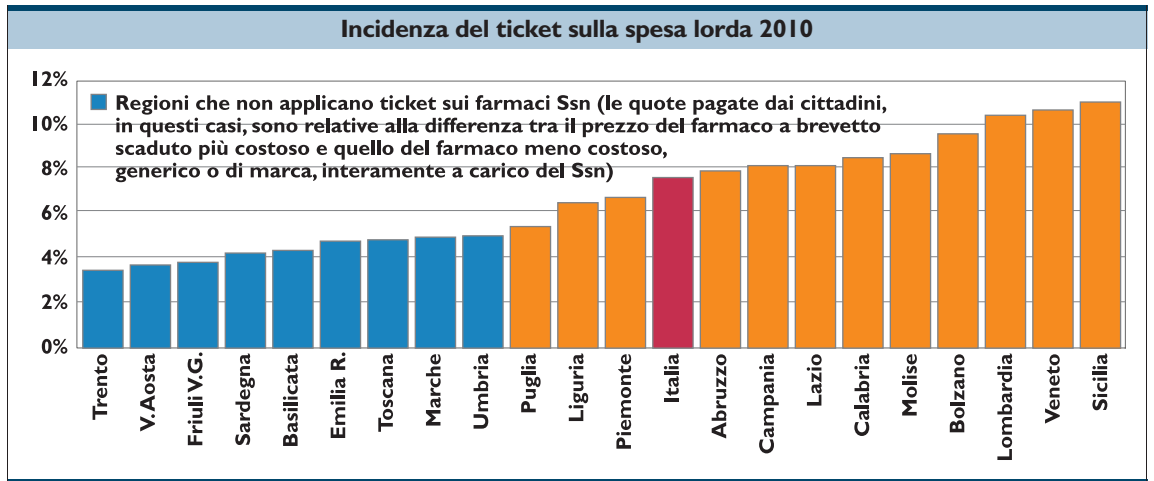
dati Ocse parlano chiaro: la spesa globale per la Sanità aumenta dappertutto in ambito europeo e l'Italia è sostanzialmente nella media con il 9,5% del Pil mentre la spesa «out of pocket» cresce costantemente e l'Italia conta la più elevata.

Una recente ricerca (luglio 2011) a cura del Censis ha dimostrato che solo il 35% delle famiglie intervistate ritiene che il sistema sanitario e assistenziale pubblico sia in grado di offrire una copertura sufficiente e oltre il 57% lo integra, quando necessario, «pagando di tasca propria». A oggi, soprattutto nelle Regioni in Piano di rientro, la compartecipazione è utilizzata per coprire disavanzi di gestione, come prevede la normativa (405/2001), per cui proprio nelle Regioni nelle quali la capacità fiscale è ridotta, s'introduce uno strumento molto complesso con molte incognite sulla tutela del diritto alla salute.

Quando il sistema di compartecipazione si fa più oneroso, infatti, molti cittadini rinunciano alle cure mediche e, a causa dei tempi di attesa nel settore pubblico o perché costretti a prestazioni in regime di intramoenia a pagamento, si rivolgono direttamente al settore privato di fatto favorendo lo sviluppo della «Sanità low cost», che ormai fattura quasi 10 miliardi con una crescita del 20-30% l'anno.

Un fenomeno destinato a espandersi ancor di più con l'entrata in vigore di nuovi ticket: a quel punto curarsi nelle strutture sanitarie private o low cost diventerà quasi più conveniente che rivolgersi alle strutture pubbliche, alle quali rimarranno i costi fissi legati al personale e alle attrezzature.

La recente proposta dei direttori generali degli assessorati alla Sanità delle Regioni per il Patto per la salute 2013-2015, del 24 gennaio 2012, non considerata ufficiale da parte dei Governatori, pone tra le



azioni prioritarie il problema della rimodulazione della compartecipazione alla spesa dei cittadini nei settori della specialistica ambulatoriale, della farmaceutica e del pronto soccorso, puntando a innalzare la percentuale di prestazioni soggette a compartecipazione rispetto all'attuale 30%, sulla base dei seguenti principi generali:

1. compartecipazione crescente al crescere della tariffa ma con incidenza decrescente fino a un tetto massimo per ricetta;
2. compartecipazione differenziata per situazione economica;
3. limitazione delle esenzioni diverse dal reddito (patologia, invalidità ecc.) alle situazioni caratterizzate da maggiore severità e complessità;
4. innalzamento da 65 a 70 anni del limite di età e contestuale riduzione, rispetto ai 36mila euro attuali del reddito familiare, per le esenzioni da reddito.

La proposta prevede anche l'introduzione di ticket per i dispositivi medici, con particolare riguardo alle protesi, agli ausili per diabetici, alimenti per celiaci, pannoloni e ossigeno domiciliare.

Il tutto dovendo ristabilire i criteri di individuazione di indicatori di Situazione economica equivalente (Isee), sulla base della vecchia proposta del «sanitometro»,

prevista dal Dlgs 29 aprile 1998 n. 124, che da 14 anni attende di essere applicata, ma che oggi si incontra e si scontra con un sistema fiscale sperequato e con parametri di revisione dei patrimoni immobiliari e mobiliari da portare a compimento. Certamente è necessaria una correzione per pervenire a indicatori equi del nucleo familiare e dei suoi bisogni, cui fare corrispondere criteri di esenzione e modalità di compartecipazione che dovrebbero avere la caratteristica di essere generalizzabili per tutti i servizi pubblici utilizzati dai cittadini, dalla Sanità all'istruzione, dai servizi sociali a quelli culturali e così via. Erratica sarebbe la visione di partire dalla Sanità senza trovare le cerniere di coerenza con il sociale, il patrimonio immobiliare, i risparmi delle famiglie, le grandi rendite finanziarie.

A quanto ammonteranno i ticket nel prossimo futuro non è ancora noto, ma dallo studio al quale si rimanda per approfondimenti, sulla base dei dati a disposizione, purtroppo non esaustivi, la situazione attuale del copayment in Italia sembra essere la seguente.

Per la farmaceutica, secondo i dati Federfarma 2010, i ticket ammontano a 987.543.000 euro, mentre per la specialistica il valore è di circa 3.848.910.000

euro (ottenuto moltiplicando gli 83 milioni di ricette dei pazienti non esenti registrate dal ministero della Salute per il valore medio di 46,15 euro, comprensivo dei 10 euro aggiuntivi) mentre per i codici bianchi, (pari a circa 2.385.532 nel nostro Paese su un totale di 23.855.321 accessi secondo i dati 2008) il costo dei ticket è orientativamente pari a 59.638.300 (ottenuto moltiplicando il numero degli accessi per 25 euro) per un totale di 4.896.091.300 euro.

A questi potrebbero aggiungersi i tickets relativi ai 108 Drg a rischio in appropriatezza la cui stima nello studio al quale si rimanda per approfondimenti si aggira intorno ai 373.000.000 milioni di euro ed eventuali ticket sulla degenza, pari a circa 711.621.020 milioni di euro.

Il primo valore è stato ottenuto partendo da quanto previsto nel Patto per la salute del 2009, che in attesa del nuovo Dpcm Lea, prevede: «In vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del Dpcm di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute del 26 settembre 2006, si conviene che la lista dei 43 Drg ad alto rischio di in appropriatezza di cui all'allegato 2C del Dpcm 29 novembre 2001, venga inte-

Le risorse del Welfare

Rapporti al Pil	Tutte le prestazioni di protezione sociale				Invalidità				Vecchiaia e superstiti				Salute			
	Totale	In denaro	In servizi	In natura*	Totale	In denaro	In servizi	In natura*	Totale	In denaro	In servizi	In natura*	Totale	In denaro	In servizi	In natura*
Eu-27	25,3	16,5	8,8	34,9%	2,0	1,6	0,4	21,5%	11,5	11,1	0,4	3,4%	7,5	0,9	6,6	87,9%
Eu-15	26,0	16,8	9,2	35,3%	2,1	1,6	0,5	22,3%	11,7	11,3	0,4	3,5%	7,7	0,9	6,8	88,0%
Danimarca	28,9	16,7	12,2	42,2%	4,4	3,0	1,4	32,0%	11,1	9,3	1,8	16,3%	6,7	1,1	5,7	84,2%
Germania	26,7	17,8	8,8	33,1%	2,1	1,5	0,6	26,6%	11,5	11,4	0,0	0,2%	8,1	1,3	6,8	83,6%
Spagna	22,2	14,2	8,0	36,0%	1,6	1,3	0,2	15,7%	8,8	8,3	0,5	5,8%	6,8	1,1	5,7	83,8%
Francia	29,3	19,0	10,3	35,0%	1,7	1,2	0,5	31,1%	13,4	13,1	0,3	2,6%	8,7	0,7	8,0	91,9%
Italia	26,5	19,2	7,3	27,4%	1,6	1,5	0,1	4,5%	16,1	15,9	0,1	0,8%	7,0	0,6	6,4	91,9%
Svezia	28,8	15,7	13,1	45,5%	4,3	2,3	2,0	46,4%	12,0	9,6	2,4	20,1%	7,5	1,3	6,2	83,1%
Regno Unito	22,7	12,9	9,8	43,1%	2,5	2,1	0,4	16,5%	9,0	8,5	0,5	6,0%	7,6	0,6	7,0	92,0%

(*) Come percentuale del totale



Anziani assistiti		
Paese	Domicilio	Residenza
Germania	8,4%	4,3%
Giappone	9,8%	3,1%
Inghilterra	8,0%	4,5%
Italia	4,9%	3,0%
Stati Uniti	14,0%	5,1%
Svezia	9,5%	7,5%

Fonte: Trends in severe disability among elderly people, Oecd 2007; Germany 2004, the European observatory on health systems; La non autosufficienza in Italia 2010 Ministero del lavoro; Annuario statistico Istat 2006; Us Census Bureau, 2006

ca, bensì per i maggiori costi previdenziali.

In Francia, per il ricovero ospedaliero, è prevista la compartecipazione di 16 euro al giorno per il costo di vitto e alloggio, dovuta per soggiorni superiori alle 24 ore, sia in strutture pubbliche che private accreditate. In Germania, il cittadino paga 10 euro ogni tre mesi

per la visita dal Mmg, dallo specialista convenzionato, dal dentista convenzionato e per accedere al pronto soccorso; e 10 euro al giorno nel caso di degenza ospedaliera. Potremmo continuare con Svezia e Inghilterra, che hanno aumentato il ticket sui farmaci da aprile scorso a oggi e quello sul trasporto in ambulanza verso le strutture

ospedaliere e così via. La principale differenza rispetto all'Italia è che in questi Paesi sono ormai diffusi sistemi di protezione integrativa mutualistica che attenuano i provvedimenti di aumento della compartecipazione ai servizi pubblici, potendo i cittadini socializzare il rischio attraverso la mutualità di territorio o negoziale. Il perdura-

re di proposte compartecipative, che si connotano non come calmieratori di un eccesso di domanda, ma come forme per aumentare le entrate del Fondo sanitario che, negli anni, ha subito drastici tagli (8 miliardi negli ultimi mesi a cui si aggiungono disavanzi per 23 miliardi), rischia di compromettere il futuro del Ssn, minandone le basi universalistiche.

* *Direttore sanitario Policlinico Tor Vergata e docente di Organizzazione sanitaria*
** *Ricercatore economia sanitaria coordinatrice tavolo fondi integrativi ministero della Salute (2007-2008)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA PROPOSTA

«Ora rendiamoli davvero operativi»

La riforma della mutualità va completata

La nostra proposta si basa sulla possibilità di limitare l'introduzione di nuovi ticket o di inasprire gli esistenti, puntando sull'adesione dei cittadini alla mutualità di territorio, a fondi integrativi degli enti locali, o a fondi sanitari e socio-sanitari integrativi esistenti, che nel tempo sono aumentati di numero e ora sono presenti sullo scenario nazionale con circa 6.396.700 iscritti e 10.341.210 assistiti (dati presentati al Forum di Arezzo 2011), mentre per il 2010 la stima potrebbe salire a 13 milioni di assistiti quale conseguenza della stipula dei nuovi contratti di lavoro dei diversi settori. Analizzando i dati sulle prestazioni erogate, i fondi risultano sostanzialmente sostitutivi del Ssn, essendo orientati prevalentemente verso la componente della specialistica e dell'odontoiatria e hanno un portafoglio che supera i 4,5 miliardi di euro.

La possibilità di limitare l'introduzione di nuovi ticket o di inasprire gli esistenti, puntando sull'adesione dei cittadini alla mutualità di territorio, a fondi integrativi degli enti locali, o a fondi sanitari e socio-sanitari integrativi esistenti, che nel tempo sono aumentati di numero e ora sono presenti sullo scenario nazionale con circa 6.396.700 iscritti e 10.341.210 assistiti (dati presentati al Forum di Arezzo 2011), mentre per il 2010 la stima potrebbe salire a 13 milioni di assistiti quale conseguenza della stipula dei nuovi contratti di lavoro dei diversi settori. Analizzando i dati sulle prestazioni erogate, i fondi risultano sostanzialmente sostitutivi del Ssn, essendo orientati prevalentemente verso la componente della specialistica e dell'odontoiatria e hanno un portafoglio che supera i 4,5 miliardi di euro.

Essi nascono per la maggior parte dalla contrattazione nazionale e locale ma sono presenti sul territorio anche società di mutuo soccorso aperte a tutti i cittadini. I decreti dei ministri Turco e Sacconi (2008 e 2010), muovendosi lungo il solco tracciato dalla Commissione Guzzanti del 1995 hanno profondamente modificato l'assetto dei fondi già previsti nella riforma

ter 229/1999 con l'obbligo di destinare il 20% delle loro risorse (circa 900 milioni allo stato attuale) alla non autosufficienza e all'odontoiatria. La loro implementazione delinea uno scenario di sistema diverso, in cui la protezione della salute, nel mantenere la sua cornice universalistica, chiama a una azione di sviluppo, con regole di governance chiare, strumenti di vigilanza e controllo certi, tutti gli attori, pubblici, privati e cittadini, riorientando risorse e obiettivi verso maggiore efficienza, qualità e copertura dei reali bisogni di una popolazione che invecchia, che deve trovare nei tempi giusti e sul territorio risposte efficienti ed efficaci ai propri bisogni di salute, in cui diritti e responsabilità individuali e collettive interagiscono per il fine comune di tutelare la salute. Uno strumento per una maggiore equità, che attenni la compartecipazione forzata, non protegga solo i protetti dalla contrattazione negoziale, ma si apra al post pensionamento, al territorio, che sviluppi il tema della socializzazione del rischio da malattia di lunga durata, convogliando su questo terreno risorse private che ingenerino crescita occupazionale per i giovani. Si pensi che i recenti dati del più grande fondo negoziale, Fondo Est, dipendenti del settore turismo e commercio, copre per il 52% i ticket e la libera professione intramuraria sostenuti dai propri iscritti. Inoltre, si tenga conto che nel 2011 si sono conclusi due importanti rinnovi contrattuali, che riguardano l'artigianato e le piccole-medie imprese e tutti i dipendenti della cooperazione sociale che in termini di nuovi assistiti fanno avanzare gli iscritti di oltre 1,5 milioni per i due comparti.

Allo stato attuale sono presenti in Italia 242.028 posti letto residenziali e semiresidenziali (Anaste 2011) a fronte di un fabbisogno (su valori internazionali) di 496.198 (dati Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea, anno 2007), che l'assistenza domiciliare integrata viene erogata a 385.348 anziani (22 ore di assistenza su base annua, dati ministero della Salute 2007), a fronte di un fabbisogno almeno del 6% di anziani pari a 870mila assistiti (per almeno 8 ore a settimana secondo riferimenti internazionali). La promozione dell'adesione a fondi integrativi e la contemporanea conversione di quote delle prestazioni in moneta dell'assistenza sociale in servizi, consentirebbe di avviare un sistema in grado di offrire in tempi adeguati una risposta ai maggiori bisogni della popolazione e delle famiglie, contribuendo all'occupazione di circa 400mila persone, regolari.

È giunto il tempo di completare il quadro normativo dei fondi integrativi: l'auspicio è che il Governo, in sintonia con le Regioni insista lungo la strada della valorizzazione del mondo delle forme integrative di assistenza per favorire concretamente la solidarietà intergenerazionale, in particolare verso le persone con i maggiori disagi, una strada italiana che tenga conto da una parte dei punti di forza del nostro sistema universalistico e, dall'altra, della necessità di adeguare strategie, obiettivi e mezzi alle mutate condizioni di bisogno della collettività.

Governo e Regioni devono valorizzarli

ter 229/1999 con l'obbligo di destinare il 20% delle loro risorse (circa 900 milioni allo stato attuale) alla non autosufficienza e all'odontoiatria. La loro implementazione delinea uno scenario di sistema diverso, in cui la protezione della salute, nel mantenere la sua cornice universalistica, chiama a una azione di sviluppo, con regole di governance chiare, strumenti di vigilanza e controllo certi, tutti gli attori, pubblici, privati e cittadini, riorientando risorse e obiettivi verso maggiore efficienza, qualità e copertura dei reali bisogni di una popolazione che invecchia, che deve trovare nei tempi giusti e sul territorio risposte efficienti ed efficaci ai propri bisogni di salute, in cui diritti e responsabilità individuali e collettive interagiscono per il fine comune di tutelare la salute. Uno strumento per una maggiore equità, che attenni la compartecipazione forzata, non protegga solo i protetti dalla contrattazione negoziale, ma si apra al post pensionamento, al territorio, che sviluppi il tema della socializzazione del rischio da malattia di lunga durata, convogliando su questo terreno risorse private che ingenerino crescita occupazionale per i giovani. Si pensi che i recenti dati del più grande fondo negoziale, Fondo Est, dipendenti del settore turismo e commercio, copre per il 52% i ticket e la libera professione intramuraria sostenuti dai propri iscritti. Inoltre, si tenga conto che nel 2011 si sono conclusi due importanti rinnovi contrattuali, che riguardano l'artigianato e le piccole-medie imprese e tutti i dipendenti della cooperazione sociale che in termini di nuovi assistiti fanno avanzare gli iscritti di oltre 1,5 milioni per i due comparti.

Il possibile impatto dei ticket sui Drg inappropriati

Riepilogo importo tickets delle prestazioni afferenti nei 108 Drg potenzialmente inappropriati da trasferire in ambulatorio

ITALIA - TICKETS

Chirurgia ambulatoriale complessa

Ticket € 80 (interv.) + € 137,28 (esami preoperatori) = 217,28 €

Interventi eseguibili n. 1.076.200 x euro 217,28 (=) € 233.836.736,00

Apa accorpamenti medici

Ticket € 46,15 x 4 pacchetti = 184,60 €

Apa medici n. 756.234 x euro 184,60 (=) € 139.600.796,40

Totale riscossione tickets (=) € 373.437.532,40

grata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le Regioni e le Province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario e in regime di ricovero diurno in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le Province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero».

Dai dati ottenuti dal «Rapporto sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati Sdo 2012 del ministero della Salute», le Sdo in Italia nell'anno 2010 sono state 11.085.404. Le Sdo riferite ai Drg chirurgici sono state 1.992.323, i 42 Drg chirurgici a rischio di inappropriatazza (cioè le Sdo trasferibili in regime ambulatoriale) risultano 1.361.043; di questi 1.076.200 (79%) potrebbero essere soggetti al pagamento del ticket. Il copayment previsto per gli interventi di chirurgia ambulatoriale è stato rapportato al più alto oggi esistente in Italia (Regione Molise) pari a 80 euro, al quale sono stati aggiunti i ticket di un set di esami pre-intervento standard per un valore di 137,28 eu-

ro. Moltiplicando tali valori per le Sdo trasferibili in chirurgia ambulatoriale si ottiene un valore di 233.836.736 euro.

Per quanto riguarda i 66 Drg medici è stata ipotizzata la creazione per ciascuno di 4 pacchetti per ogni paziente che includono: la diagnostica per immagini, la diagnostica di laboratorio, le indagini strumentali e le visite. A ciascun pacchetto corrisponde indicativamente un ticket di 46,15 euro (36,15 euro + 10,00 euro) che moltiplicato per 4 porta a un valore di 184,60 euro. Se applichiamo la cifra precedente al numero totale dei pacchetti medici, 756.234, ne consegue che la spesa complessiva arriva a 139.600.796,40 euro. Sommando 233.836.736 euro (importo dei ticket dell'attività di chirurgia ambulatoriale) a 139.600.796,40 (importo ticket degli Apa), la riscossione dei ticket ammonta a 373.437.532,40.

Anche il ricovero ospedaliero rientra tra le prestazioni che potrebbero essere soggette a compartecipazione. Sempre dalle Sdo 2010 del ministero della Salute si evince che l'attività ospedaliera, nell'anno 2010, si è attestata a 11.085.404 ricoveri (in diminuzione del 4,9% rispetto al 2009). Le giornate di ricovero globali sono state 71.162.102, la durata media della degenza ospedaliera per un ricovero ordinario risulta essere di 6,7 giorni. Se fosse applicato un ticket di 10 euro a ogni ricovero ospedalie-

ro per i 6,7 giorni di degenza media, si arriva a un valore stimato dei ticket di 711.621.020 euro. I circa 6 miliardi di euro di ticket che ne derivano non sono sufficienti a coprire gli 8 miliardi di risorse sottratte al Fsn e nemmeno a mettere in sicurezza il sistema, gravato da circa 23 miliardi di euro di disavanzo che, già con l'aumento dell'Irpef regionale prevista dal decreto salva Italia e con tutte le azioni di efficientizzazione in corso e di quelle future o sulle "piccole azioni quotidiane" che si possono e devono mettere in atto, sono insufficienti a garantire la tenuta del sistema.

Certamente una revisione dell'attuale assetto della compartecipazione è necessaria. Sarebbe utile un attento esame delle esenzioni, per cercare di rendere più equo il sistema, tenendo conto che secondo una recente ricerca ogni cittadino spenderà in media 140 euro all'anno per i ticket, senza considerare i prossimi aumenti. Lo scenario futuro potrebbe addirittura superare e di molto quello attuale con ticket progressivi e un onere pro capite superiore, con i rischi sopra riportati.

A queste considerazioni si deve aggiungere che i recenti provvedimenti legislativi sono intervenuti sia sul settore sanitario con un risparmio atteso di circa 8 miliardi per il Ssn nel prossimo biennio sia con tagli sul settore sociale pari a oltre 20 miliardi nel 2014 con la conseguente riduzione del fondo per le politiche sociali e azzeramento di quello per la non autosufficienza, con gravi ripercussioni sull'erogazione di prestazioni sociali e socio-sanitarie prime fra tutte quelle legate all'assistenza domiciliare e residenziale.

Ed è proprio nel settore della spesa per l'assistenza sociale che l'Italia, rispetto agli altri Paesi europei si caratterizza per un eccesso di trasferimenti in denaro ai cittadini piuttosto che di servizi alla persona, un aspetto che può essere considerato una opportunità di crescita e di lavoro se inserita in una proposta coerente di respiro nazionale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

nei principali Paesi Ue

	Disoccupazione				Famiglia/Minori				Casa				Altra esclusione sociale			
	Totale	In denaro	In servizi	In natura*	Totale	In denaro	In servizi	In natura*	Totale	In denaro	In servizi	In natura*	Totale	In denaro	In servizi	In natura*
	1,3	1,2	0,1	7,6%	2,1	1,4	0,7	32,1%	0,5	-	0,5	100,0%	0,3	0,2	0,1	32,7
	1,4	1,3	0,1	7,5%	2,1	1,4	0,7	32,9%	0,6	-	0,6	100,0%	0,4	0,2	0,1	32,7
	1,4	1,3	0,1	5,6%	3,8	1,5	2,3	60,5%	0,7	-	0,7	100,0%	0,8	0,5	0,2	30,6
	1,4	1,4	0,1	5,1%	2,8	2,0	0,8	27,8%	0,6	-	0,6	100,0%	0,2	0,1	0,0	18,4
	3,0	2,7	0,3	9,1%	1,5	0,6	0,9	57,0%	0,2	-	0,2	100,0%	0,3	0,1	0,2	65,1
	1,7	1,7	0,0	1,1%	2,5	2,0	0,5	20,2%	0,8	-	0,8	100,0%	0,4	0,4	0,0	8,4
	0,5	0,5	0,0	2,8%	1,3	0,7	0,5	42,9%	0,0	-	0,0	100,0%	0,1	0,0	0,1	93,7
	0,9	0,7	0,2	20,7%	3,0	1,5	1,5	50,0%	0,5	-	0,5	100,0%	0,6	0,3	0,3	47,7
	0,6	0,5	0,1	19,7%	1,7	1,1	0,5	31,2%	1,2	-	1,2	100,0%	0,2	0,2	0,0	11,7

Fonte: Eurostat

© RIPRODUZIONE RISERVATA



THE NEW HEALTH

is the rapidly morphing world
of biopharma.

It's emerging science. It's changing technology. It's rising costs and global regulations. How can biopharma make people healthier in this complex environment? Ask us. With 27 years of experience and capabilities in clinical, commercial, consulting and capital, we're uniquely positioned to help you navigate risk and seize opportunity in *the New Health*. See how at www.quintiles.com/newhealth

 **QUINTILES**[®]
Navigating the new health