

Convegno-dibattito su

INCONTRO CON IL MINISTRO

**LABORATORI DI ANALISI E LE STRUTTURE DI MEDICINA SPECIALISTICA ACCREDITATI:
UNA RISORSA SUL TERRITORIO ED UNA ALTERNATIVA ALLE CASE DELLA SALUTE**

***Modelli riorganizzativi della sanità
regionale, costi di produzione e tariffe***

PROF. GIUSEPPE MELIS

Roma, Auditorium Via Rieti

13 maggio 2014

1. LA LENTA MA PROGRESSIVA EMARGINAZIONE DEL SETTORE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA PRIVATA ACCREDITATA

Emarginazione “storica” in alcune Regioni italiane (Toscana, Umbria, Marche, Emilia Romagna, ecc.)

Emarginazione “progressiva” anche in Regioni in cui il settore ha sempre avuto un peso importante (Veneto, Lazio, Puglia, ecc.)

2. A QUALI VOCI E' ESSENZIALMENTE DOVUTO IL DEFICIT SSN?

TABELLA 1.1 - Spesa sanitaria									
<u>Dati nazionali - Andamento costi totali</u>									
Tipologia di voce	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010/2004 In val ass.	2010/2004 in percentuale
Personale	29,505	31,759	33,415	33,829	35,264	36,176	36,618	7,113	24%
Beni e altri servizi	22,511	26,611	26,902	30,451	31,363	32,846	32,911	10,400	46%
Medicina generale convenzionata	5,012	5,691	5,930	6,008	6,068	6,631	6,539	1,527	30%
Farmaceutica convenzionata	12,098	11,894	12,382	11,542	11,226	10,999	10,936	-1,162	-10%
Specialistica conv. e accreditata	3,093	3,231	3,511	3,728	3,912	4,078	4,326	1,233	40%
Riabilitativa accreditata	2,127	2,206	2,284	2,243	1,970	1,978	1,971	-0,156	-7%
Integrativa e Protesica conv. e accr	1,293	1,440	1,547	1,666	1,807	1,867	1,869	0,576	45%
Altra ass. conv. e accr.	3,986	4,293	4,615	4,785	5,651	5,985	6,296	2,310	58%
Ospedaliera accr.	9,133	8,147	8,487	8,706	8,877	8,826	8,992	-0,141	-2%
Totali	88,758	95,272	99,073	102,958	106,138	109,386	110,458	21,700	24%
Dati aggiornati Relazione Generale MEF 2010									
Comprensivi: Saldo Gestione Straordinaria, Saldo Intramoenia; Mobilità verso Bambin Gesù; Mobilità verso SMOM									
Incremento totale:					21,700				
Incremento strutture a gestione diretta:					17,513				
% incremento spesa sanitaria dovuto alle strutture a gestione diretta:					81%				

2. A QUALI VOCI E' ESSENZIALMENTE DOVUTO IL DEFICIT SSN?

Pertanto:

- a livello nazionale, il 58% della spesa (personale e beni e servizi per le strutture direttamente gestite dal pubblico) 2004 per il SSN è stato responsabile dell'81% dell'incremento complessivo sino al 2010, mentre il restante 42% (componente "privata") ne ha prodotto il restante 19%: quindi, la prima componente è cresciuta **in misura tripla** rispetto alla seconda;
- a livello della Regione Lazio, il 49% della spesa (personale e beni e servizi per le strutture direttamente gestite dal pubblico) 2004 per il SSN è stato responsabile dell'88% dell'incremento complessivo sino al 2010, mentre il restante 51% (componente "privata") ne ha prodotto il restante 12%: quindi, la prima componente è cresciuta **in misura pari ad otto volte** la seconda.

2. A QUALI VOCI E' ESSENZIALMENTE DOVUTO IL DEFICIT SSN? FOCUS: LA SPESA PER BENI E SERVIZI

<u>Andamento costi totali</u>							
Tipologia di voce	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Personale	27,618	27,956	29,409	31,759	33,415	33,814	35,266
Beni e altri servizi	17,980	19,565	21,071	26,611	26,902	30,369	31,373
Medicina generale convenzionata	4,603	4,792	4,993	5,691	5,930	6,008	6,068
Farmaceutica convenzionata	11,829	11,175	12,082	11,894	12,382	11,539	11,227
Specialistica conv. e accreditata	2,694	2,820	2,968	3,231	3,511	3,730	3,906
Riabilitativa accreditata	1,869	1,972	2,064	2,206	2,284	2,239	1,969
Integrativa e Protesica conv. e accr.	1,123	1,175	1,247	1,440	1,547	1,664	1,808
Altra ass. conv. e accr.	3,551	3,694	4,073	4,293	4,615	4,787	5,650
Ospedaliera accr.	8,151	8,423	8,920	8,147	8,487	8,694	8,877
Totali	79,143	81,405	87,509	96,337	99,130	103,093	103,483
Tipologia di voce	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Personale	34,9%	34,3%	33,6%	33,0%	33,7%	32,8%	34,1%
Beni e altri servizi	22,7%	24,0%	24,1%	27,6%	27,1%	29,5%	30,3%
Medicina generale convenzionata	5,8%	5,9%	5,7%	5,9%	6,0%	5,8%	5,9%
Farmaceutica convenzionata	14,9%	13,7%	13,8%	12,3%	12,5%	11,2%	10,8%
Specialistica conv. e accreditata	3,4%	3,5%	3,4%	3,4%	3,5%	3,6%	3,8%
Riabilitativa accreditata	2,4%	2,4%	2,4%	2,3%	2,3%	2,2%	1,9%
Integrativa e Protesica conv. e accr.	1,4%	1,4%	1,4%	1,5%	1,6%	1,6%	1,7%
Altra ass. conv. e accr.	4,5%	4,5%	4,7%	4,5%	4,7%	4,6%	5,5%
Ospedaliera accr.	10,3%	10,3%	10,2%	8,5%	8,6%	8,4%	8,6%
Totali	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

2. A QUALI VOCI E' ESSENZIALMENTE DOVUTO IL DEFICIT SSN? FOCUS: LA SPESA PER BENI E SERVIZI

Periodo 2002-2008:

La spesa per “beni e altri servizi” si è incrementata del 74% circa (per oltre € 13,5 mld in valore assoluto), con un'incidenza sulla spesa complessiva passata dal 22,7% al 30,3% del totale.

Si tratta di un dato estremamente importante, in quanto indica l'incremento dei costi vivi di gestione (personale escluso) delle aziende gestite in forma diretta dal SSN e dunque la capacità ed efficienza di gestione di dette aziende.

2. SEGUE. ... FOCUS: LA SPESA PER IL PERSONALE

L. 191/2009: TETTO ALLA SPESA PER IL PERSONALE: Livello 2004 – 1,4% + rinnovi contrattuali

Livello 2004: € 2.301,710 mln

Livello 2012: € 2.901,543 mln

Differenza 2012/2004: € 600 mln (+ 26%)

La Regione Lazio ha contestato il dato di partenza 2004 e vi è attualmente una *querelle* con il Tavolo di monitoraggio. In ogni caso, per quanto si possa “rivalutare” il dato 2004, i margini non ci sono comunque (“Programmi operativi 2013-2015: “La Regione, a seguito della riorganizzazione delle reti di assistenza sanitaria, ed in particolare per quanto riguarda la rete ospedaliera, intende procedere alla revisione del fabbisogno in termini di forza lavoro da impiegare per l’erogazione dei livelli essenziali di assistenza, stante il rispetto di tutti i vincoli normativi ed in particolare il rispetto dell’ art. 2, comma 71, della legge n.191/2009 che stabilisce il vincolo fondamentale in tema di spesa di personale per gli anni 2010-2012 (spesa 2004 diminuita dell’1,4%, pari a complessivi € (2.?)706.068.000) e confermato – in base alle disposizioni del D.L. n. 95/2012 convertito con modificazioni in legge in legge n. 135/2012 - fino all’anno 2015”)

Studio CEIS TOR VERGATA (2013): eccesso di medici (18.800) e di infermieri (28.800).

NON VA LICENZIATO NESSUNO MA IL COSTO DEL PERSONALE DEL SETTORE PUBBLICO NON PUÒ ULTERIORMENTE AUMENTARE (già fortemente penalizzato dal blocco degli scatti stipendiali).

Non si può pertanto pensare ad un potenziamento ulteriore delle strutture pubbliche (case delle salute, diagnostica 24h, etc.), perché non è possibile aumentare i costi del personale.

Plurimi tentativi di eludere il divieto di assunzione (contratti SUMAI, appalti con sola fornitura di manodopera).

3. L'ERRATA LETTURA DEI DATI RELATIVI ALLA SPESA PER SPECIALISTICA AMBULATORIALE ACCREDITATA.

Si legge talvolta in documenti ufficiali di commento all'andamento alla spesa sanitaria (MEF, Corte dei Conti) dell'incremento della voce della specialistica ambulatoriale, dimenticandosi che tale voce:

1) include, in modo improprio, la spesa per il c.d. SUMAI, che sono spese di personale vero e proprio (ed infatti l'indennità SUMAI è compresa tra le voci della spesa per il personale: voce B5.2 – Accantonamento SUMAI + TFR);

2) include le prestazioni trasferite dal regime ospedaliero al regime ambulatoriale e quindi è fisiologico che la relativa spesa salga.

Si tratta in entrambi i casi di spese rilevanti: resta confermato che la sola componente privata accreditata è invece oggetto di progressiva emarginazione (vedi dati pagina seguente).

3. SEGUE. SPESA ACCREDITATA E SPESA SUMAI: UN CONFRONTO

	143/2006	436/2007	1061/2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2013/2006	2013/2006
SPECIALISTICA											
Privato accreditato											
Specialistica	183536242	133670337	134105240	142132311	142014896	131564743	127444540	122875584	123700606	-59835635,69	-33%
RMN	40750000	36894884	35609282	35609282	36759766	33182789	33489821	32692686	32021902	-8728098,26	-21%
Totale	224286564	170565221	169714522	177741593	178774662	164747532	160934361	155568270	155722508	-68564055,95	-31%
SUMAI											
Spese, esclusa indennità TFR	80606000	82753216	82753216	82753216	non noto	105000000	non noto	116403000	123200000	42594000	53%

4. I DATI SUGLI AMBULATORI PUBBLICI DEL LAZIO

Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 49/2010

2.13.1 Specialisti ambulatoriali interni (Sumai)

*La spesa per specialisti ambulatoriali interni ha superato nel 2009 la soglia di 100/mln di euro. **Il valore della produzione, in termini di tariffe, dei servizi dagli stessi garantiti è valutata inferiore a tale livello dei costi, risultando improduttivi tutti gli ulteriori costi sostenuti (personale di supporto, beni e servizi).***

Ciò è attribuibile sia al negativo rapporto costo/beneficio nella gestione dell'attività specialistica ambulatoriale interna in ambito territoriale sia all'utilizzazione, in alcune situazioni, di detti professionisti in attività diverse da quelle ambulatoriali. Per tale tipologia di rapporti nel 2010 sono vietati nuovi conferimenti d'incarichi o incrementi di orario e contestualmente sarà avviata la riorganizzazione del settore con l'utilizzo degli specialisti per le proprie specifiche funzioni.

Al fine di evitare criticità a causa di scoperture di discipline che potrebbero intervenire per il blocco del turn over è consentito alle Asl di procedere a ridistribuzione delle ore tra le discipline.

*Sono in corso le **rilevazioni di dati attualmente non in possesso degli uffici regionali, quali il numero, la dislocazione, la proprietà pubblica o i costi di affitto dei poliambulatori territoriali, nonché il numero degli specialisti ambulatoriali interni ivi operanti, relative specializzazioni, le ore di attività settimanali per branca specialistica e il relativo numero di prestazioni.** Seguirà una rilevazione del personale non medico addetto ai poliambulatori, distinto per categorie e qualifica, nonché il costo dei beni e servizi, comprese le utenze.*

*Deve comunque essere garantita una **economia nel 2010 di 1,5 milioni di euro.***

4. I DATI SUGLI AMBULATORI PUBBLICI DEL LAZIO

Rapporto SIAS 2009 Laziosanità – ASP

I presidi pubblici “a gestione diretta” del Lazio ammontano a n. 380 unità, di cui n. 165 dislocati nelle aziende USL della Capitale.

Nel 2004 ammontavano a 365 unità.

Nonostante il Piano di rientro, i presidi pubblici sono dunque aumentati.

Vediamone adesso la produttività.

4. I DATI SUGLI AMBULATORI PUBBLICI DEL LAZIO

	n. tot. strutture	Valore non disponibile	Valore inferiore a 200.000	Valore compreso tra 200.000 e 500.000	Valore compreso tra 500.000 e 1.000.000	Valore compreso tra 1.000.000 e 3.000.000	Valore superiore a 3.000.000
AUSL RmA	24	5	5	3	6	4	1
AUSL RmB	27	1	9	6	2	6	3
AUSL RmC	36	4	22	0	4	5	1
AUSL RmD	30	3	19	0	3	4	1
AUSL RmE	42	0	27	5	5	5	0
AUSL RmF	12	0	5	1	1	5	0
AUSL RmG	16	2	1	3	4	5	1
AUSL RmH	29	9	6	7	3	3	1
AUSL VT	34	3	16	5	3	6	1
AUSL RI	19	0	13	1	2	2	1
AUSL LT	58	0	49	2	1	5	1
AUSL FR	53	2	36	5	4	4	2
Totale	380	28	209	38	38	54	13
%	100	7	55	10	10	14	3

4. I DATI SUGLI AMBULATORI PUBBLICI DEL LAZIO

In sintesi:

- oltre il 60% delle strutture ha una produzione annua inferiore ad € 200.000 oppure non dichiara alcuna produzione;
- del restante 40%, il 10 % ha una produzione inferiore a € 500.000;
- dunque, il 70% delle strutture pubbliche a gestione diretta presenta una **produzione inferiore a € 500.000 annui**, pari al costo di poche unità lavorative;
- Del restante 30%:
 - il 10% presenta una produzione inferiore a € 1,0 mln;
 - il 14% presenta una produzione superiore a € 1,0 mln ma inferiore a € 3,0 mln annui;
 - il 3% (13 su 380) presenta una produzione maggiore a € 3,0 mln annui.

Le strutture con produzione > 1,0 mln sono quasi integralmente rappresentate da grandi strutture ospedaliere (Nuovo Regina Margherita, Pertini, Pol. Casilino, Sant'Eugenio, CTO, Santo Spirito, Oftalmico, ecc.).

4. SEGUE: ... E DELLA SICILIA

Dati di produzione delle strutture poliambulatoriali regionali 2013

Poliambulatorio Zen di Palermo: fatturato € 4,38

Poliambulatorio Comune di San Cataldo: fatturato € 4,98

Poliambulatorio di Calatafimi: fatturato € 376,02

74 strutture pubbliche (quasi la metà) che, tutte insieme, hanno un fatturato di analisi di € 410.407 (in media, € 5.546 a testa)

5. IL COSTO DEI SOLI REAGENTI: IL CASO DELLA SICILIA

Difficoltà di ottenere i dati, perché viene **sistematicamente negato il diritto di accesso ai costi**: talvolta, qualche dato “sfugge” e lo si può conoscere.

In occasione dell’impugnazione del DM ‘2006 si argomentò la difesa anche in base ai dati che emergevano dal Piano di rientro della Regione Sicilia e del Lazio.

Nel Piano della Sicilia (pag. 24) si leggeva che il solo costo dei **materiali diagnostici di laboratorio** era stato pari, per l’anno 2006, a € **80,812 mln**

Nel medesimo Piano (pag. 74), si leggeva che le strutture pubbliche avevano erogato, nell’anno 2006, prestazioni specialistiche che “non superano” i 300 milioni di Euro, di cui **€ 110,936 mln** relativi alle prestazioni di laboratorio (Tabella Assessorato alla Sanità LA 2007).

Pertanto, a fronte di circa 110 milioni di Euro di prestazioni di laboratorio valorizzate alla tariffa di cui al DM ‘91, erano state sostenute spese per i soli reagenti per 80 milioni di Euro.

5. IL COSTO DEI SOLI REAGENTI: IL CASO DELLA SICILIA

Dunque, senza tenere conto di tutte le altre enormi spese di gestione di un laboratorio (personale, locazioni, ammortamenti apparecchiature, altri servizi, assicurazioni, ecc.), **il solo costo dei reagenti assorbiva circa l'80% delle prestazioni di laboratorio di analisi valorizzate a Tariffa 1991 erogate dalle strutture pubbliche**

Ebbene, nel momento in cui si valorizzavano le prestazioni di laboratorio rese dalle strutture pubbliche siciliane non più al Tariffario 1991, bensì al **Tariffario Bindi** e si abbattava ulteriormente il risultato dello **sconto del 20%** di cui alla Legge finanziaria 296/2006, si otteneva un fatturato per le medesime prestazioni di **€ 46 mln** (-58%).

In altri termini, laddove la Regione Sicilia avesse applicato alle proprie strutture di laboratorio pubbliche il Tariffario Bindi ulteriormente abbattuto del 20%, **il solo costo dei reagenti (€ 80 mln) sarebbe stato pari quasi al doppio della valorizzazione delle prestazioni di laboratorio rese (46 mln)**

5. IL COSTO DEI SOLI REAGENTI: IL CASO DEL LAZIO

Piano di rientro della Regione Lazio

A pagina 121 del Piano di rientro si leggeva che la spesa per “materiali diagnostici prodotti chimici” (*id est*, i reagenti), era pari a **€ 136,7 mln**

A fronte di tale spesa, le strutture pubbliche avevano erogato, nell’anno 2006, prestazioni di laboratorio, valorizzate a Tariffa 1991, per circa **€ 80 mln**, in misura più o meno pari a quella delle 350 strutture private accreditate

Già sulla base della Tariffa di cui al DM '91, i laboratori pubblici del Lazio spendevano in soli reagenti il 170% del loro fatturato

Applicando anche ai soggetti pubblici, il Tariffario Bindi abbattuto del 20%, si otteneva un fatturato di **€ 34 mln**

Con il Tariffario Bindi al netto dello sconto del 20%, il solo costo dei reagenti delle strutture pubbliche (136 mln) **era pari al 400% del corrispondente fatturato (34 mln)**

6. PRIME CONCLUSIONI SULLA NECESSITA' DI UNA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA NEL LAZIO (MA NON SOLO)

Quindi:

Fallimento della gestione organizzativa del SSN da parte delle Regioni e delle AUSL

Per la sanità territoriale del Lazio: nonostante il Piano di rientro, rispetto al 2004 le strutture a gestione diretta **sono aumentate anziché diminuire (da 365 a 380)**

Ciò costituisce testimonianza inequivocabile che **non è stata effettuata alcuna opera di “razionalizzazione” della rete ambulatoriale pubblica a fronte, invece, dei pesantissimi tagli operati alle strutture private accreditate (oltre il 30% dal 2007), con enorme aumento delle liste di attesa**; è prevalsa la logica “economica”, ma non nel senso di scelta delle forme erogative meno onerose per il SSN, bensì di tagli lineari al privato accreditato;

6. PRIME CONCLUSIONI SULLA NECESSITA' DI UNA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA NEL LAZIO (MA NON SOLO)

Quindi:

Deve procedersi ad un **complessivo ripensamento dell'offerta specialistica territoriale**

- 1) alle strutture sanitarie, non alle farmacie;
- 2) non ai MMG, che devono mantenere una posizione di terzietà;
- 3) pari dignità ai soggetti profit e c.d. "non profit" (che tali non sono per il diritto UE).

Legge 296/2006: rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti **prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio**

7. PRINCIPI DI UNA RIORGANIZZAZIONE

a. LIBERA SCELTA E SUPERAMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA “A SENSO UNICO”

Il sistema sanitario laziale è caratterizzato da un’**offerta di tipo “misto”**, prevedendo sia strutture di natura pubblica, sia di tipo privato accreditato (con la particolarità, tuttavia, di una fortissima componente cd. “classificata” e di P.U. privati, “equiparati” alle strutture pubbliche ma che tuttavia, in base alla L. n. 133/2008, devono adesso operare nell’ambito di tetti di spesa e della programmazione regionale: sino al 2008, mero “travaso”).

Tutte le strutture operanti nel servizio pubblico – siano esse pubbliche oppure private – dovrebbero tuttavia trovarsi in una **situazione di “parità”**, anche al fine di garantire il rispetto del **principio di “libera scelta” del cittadino**, sancito dal D. Lgs n. 502/1992 e successive modificazioni.

Senonché, permangono nel sistema regionale laziale (ma è un problema nazionale) forti distorsioni, in quanto mentre le strutture private accreditate sono remunerate “a tariffa” e possono erogare prestazioni solo entro il limite dei tetti di spesa assegnati, per le strutture pubbliche **né vige la remunerazione a tariffa, né esistono tetti di spesa**.

La **programmazione è di fatto applicata “a senso unico”**, in quanto si traduce soltanto in un **vincolo all’erogazione delle prestazioni del privato accreditato**.

7. PRINCIPI DI UNA RIORGANIZZAZIONE

b. I COSTI A CARICO DELLA COLLETTIVITA' QUALE CRITERIO DI “INDIRIZZO” DELLA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Corte Costituzionale 248/2011: *“subito dopo l’enunciazione del principio della parificazione e concorrenzialità tra strutture pubbliche e strutture private, con la conseguente facoltà di libera scelta da parte dell’assistito, si è progressivamente imposto nella legislazione sanitaria il **principio della programmazione, allo scopo di realizzare un contenimento della spesa pubblica ed una razionalizzazione del sistema sanitario**”*

Tenuto conto che il servizio, sia esso erogato da strutture statali che da privati accreditati, è sempre **pubblico**, dobbiamo chiederci: ci sono **dei vincoli alle scelte del legislatore regionale o questa “programmazione” è un criterio “arbitrario” della destinazione delle risorse?**

Corte costituzionale citata: programmazione sì, ma **“allo scopo di realizzare un contenimento della spesa pubblica ed una razionalizzazione del sistema sanitario”**: in realtà, non si realizza né l’uno, né l’altra in quanto i dati emersi (andamento della spesa nazionale, andamento della spesa regionale, andamento della spesa SUMAI, dati di produzione degli ambulatori pubblici) mostrano che **il contenimento non doveva riguardare i privati, bensì le strutture pubbliche**

Le modalità di gestione della “programmazione” sin qui adottate si sono tradotte, pertanto, non solo nella violazione del principio di libera scelta, ma, per la collettività, nel **sostenimento di costi di gran lunga eccedenti il valore dei servizi ricevuti**, in violazione degli “scopi” della programmazione stessa

7. PRINCIPI DI UNA RIORGANIZZAZIONE

c. COSTI A CARICO DELLA COLLETTIVITA', PROGRAMMAZIONE E LEA

INOLTRE: Non essendo neanche lontanamente aumentato il livello dei servizi resi dalle strutture pubbliche in pari termini “quali-quantitativi” rispetto all’aumento dei relativi costi, il problema dei costi della sanità italiana **non deriva dall’eccessivo livello di prestazioni sanitarie offerte (cioè, da un eccesso di LEA), bensì dall’assoluta incapacità della politica (che ne designa i *manager*) di condurre in modo efficiente le strutture sanitarie pubbliche.**

Il reale problema è quello di:

- adottare efficaci modalità di **controllo della spesa**, soprattutto di **funzionamento delle strutture pubbliche**,
- di prevedere sanzioni severissime nei casi di **corruzione**, sovente alla base di queste dinamiche incontrollate della spesa,
- adottare **diverse modalità di organizzazione del servizio**.

E non si pensi che ci siano Regioni “virtuose” che possano dirsi estranee a questo discorso: basta pensare, solo per limitarci a due esempi eclatanti, al dissesto finanziario della Azienda USL di Massa Carrara per la Toscana oppure alle vicende relative all’allegro finanziamento delle c.d. “funzioni sanitarie” per la Regione Lombardia.

7. PRINCIPI DI UNA RIORGANIZZAZIONE

c. I COSTI A CARICO DELLA COLLETTIVITA', PROGRAMMAZIONE E LEA

Dunque:

1) Non è accettabile quanto si legge nel Documento di Economia e Finanza (DEF) del 10 aprile 2013: *«occorre ripensare il Servizio Sanitario Nazionale non più su basi universalistiche, ma secondo modalità mirate a garantire l'assistenza solamente a chi ne ha effettivamente bisogno»* (DEF 2014: *«ripensamento dell'attuale modello di assistenza, con l'obiettivo di garantire prestazioni rivolte a chi ne ha effettivamente bisogno»*): né il **livello attuale della spesa sanitaria** (dal Rapporto Cies-Crea dell'Università Tor Vergata di Roma emerge che **la spesa sanitaria 2011 pro-capite in Italia è stata inferiore del 23,9% rispetto alla media UE**), né soprattutto gli evidenziati **sprechi possono giustificare la riduzione dei LEA**;

2) Esiste eccome un **vincolo alla scelta della forma erogativa meno onerosa per il SSN tra erogazione diretta e mediante privati accreditati**, perché **è esso stesso mezzo e condizione di piena erogazione dei LEA**;

7. PRINCIPI DI UNA RIORGANIZZAZIONE

c. I COSTI A CARICO DELLA COLLETTIVITA', PROGRAMMAZIONE E LEA

3) Non è accettabile la prospettiva “strisciante” tesa a “delegare” alle **assicurazioni private** la “gestione” della sanità: nessuna garanzia.

4) **Rischio forte connesso ai “nuovi LEA” e ai “protocolli diagnostici”**. La versione dei LEA circolata nel 2009 era fortemente riduttiva, mentre è stata “contrabbandata” come ampliamento dei LEA. Va pertanto completamente rivista.

E' moralmente inaccettabile che con livelli di spesa per la sanità già così ridotti si possa proporre una riduzione ulteriore dei LEA – e dunque un “arretramento” del servizio sanitario pubblico – prima ancora di aver attuato una lotta efficace agli sprechi, **anteponendo al concetto di “razionalizzazione” della spesa quello di “razionamento” dell'assistenza**

7. PRINCIPI DI UNA RIORGANIZZAZIONE

d. LA RIVALORIZZAZIONE DELLA RETE PRIVATA ACCREDITATA

Poiché esiste un **vincolo alla programmazione derivante dall'utilizzo appropriato delle risorse disponibili in quanto consente la piena erogazione dei LEA**, questo va perseguito:

- incrementando la quota di servizio “pubblico” gestita dai privati in regime concessorio (soggetti che, in quanto pagati a “tariffa” per le prestazioni rese, determinano un costo certo per il SSN);
- in ossequio al principio di sussidiarietà;
- e proponendo una diversa “organizzazione” del servizio, quale parte integrante della c.d. spending review.

Prof. GIARDA: la *spending review* «*inizia con l'individuazione degli sprechi, per risalire alle **procedure di riorganizzazione**, per poi toccare la questione ideale se un'attività abbia ancora ragione per essere svolta nel settore pubblico o debba essere riportato, come forse era cento anni fa, nelle mani dei privati*»

Deve rimanere nel settore pubblico, ma deve essere gestita dai privati accreditati: non occorre “abbattere” il principio dell'universalità del SSN (DEF 2013). Basterebbe valorizzare il principio di sussidiarietà e far svolgere alle strutture private accreditate le prestazioni svolte dal pubblico, utilizzando in modo migliore il loro personale (non licenziando dunque né nelle prime, né nelle seconde).

7. PRINCIPI DI UNA RIORGANIZZAZIONE.

d. LA RIVALORIZZAZIONE DELLA RETE PRIVATA ACCREDITATA. MACCHE', SI FA IL CONTRARIO!

E INVECE: NEI PIANI OPERATIVI DELLA REGIONE LAZIO 2013-2015
VIENE FATTO ESATTAMENTE IL CONTRARIO!

Si tagliano le tariffe, applicabili solo ai soggetti privati accreditati (qualcuno ha confrontato le tariffe "Balduzzi" con quelle previste per *l'intra- ed extramoenia?*), senza correlarle ai costi di produzione effettivi.

Si tagliano i budget, applicabili solo ai soggetti privati accreditati: Consiglio di Stato, sez III, 9 maggio 2013, n. 2527: il *"perseverare in una politica di soli "tagli" che (selettivi o meno) si abbattano su tutti i soggetti accreditati, rischia di minare l'equilibrio economico del settore privato, e con esso la funzionalità complessiva del servizio sanitario"*

Si vogliono chiudere le piccole e medie strutture (laboratori, cliniche con < 60 p.l.)

Si aprono nuove "case della salute"

Si continua a scrivere in documenti ufficiali che le strutture private accreditate devono essere "ancillari" alle strutture pubbliche (in alcune Regioni sono addirittura i DG AUSL ad assegnare i tetti di spesa ai privati, in violazione dei principi enunciati nel 2010 da AGCOM in una comunicazione al Ministero: principio della separazione tra acquirente delle prestazioni – REGIONE – ed erogatori – AUSL, AO e privati accreditati).

7. PRINCIPI DI UNA RIORGANIZZAZIONE

d. LA RIVALORIZZAZIONE DELLA RETE PRIVATA ACCREDITATA.

MACCHE, SI FA IL CONTRARIO!

Le case della salute costituiscono l'**ennesimo sperpero di denaro pubblico** in presenza di un tessuto di strutture private accreditate capillarmente distribuite sul territorio che, a basso costo, già potrebbero svolgere la funzione di “deflazionare” le strutture ospedaliere pubbliche

Esempio fallimentare delle “case della salute” della Toscana: non è bastato?

7. PRINCIPI DI UNA RIORGANIZZAZIONE.

d. LA RIVALORIZZAZIONE DELLA RETE PRIVATA ACCREDITATA. MACCHE' SI FA IL CONTRARIO!

Inoltre:

Effetti economici “recessivi” derivanti dalla compressione (quando non diretta soppressione) delle strutture private accreditate, in quanto si tratta di spesa pubblica con moltiplicatore elevato (almeno 1,5): **si taglia dunque la spesa produttiva** e si lascia intatta la spesa improduttiva, conseguendo effetti economici contrari a quelli dichiarati, con rilevanti danni per l'economia regionale e nazionale

Esempio dei **solì effetti sul personale**: studio AGENAS pubblicato su Monitor 33/2013: per produrre 10 milioni di analisi (pari a quelle erogate da circa 200 laboratori del Lazio su 350) di prestazioni di laboratorio sono indicate come necessarie **98 unità lavorative in tutto!** E gli altri laboratori non più “utili” (ca. 2.000 nel solo Lazio), dove li mettiamo?

7. PRINCIPI DI UNA RIORGANIZZAZIONE

e. LA RIVALORIZZAZIONE DELLA RETE PRIVATA ACCREDITATA. I VANTAGGI DELL’AFFIDAMENTO DELL’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI AL PRIVATO ACCREDITATO.

I vantaggi della gestione del servizio pubblico da parte del privato accreditato sono:

- 1) poter **più proficuamente impiegare il personale** delle strutture pubbliche in attività ospedaliere nelle quali si registrano forti carenze e dunque poter rispettare le **regole sul blocco del “turn over”**: appare infatti paradossale continuare nella richiesta di assunzione di nuovo personale quando esistono migliaia di unità allocate in strutture ambulatoriali totalmente improduttive;
- 2) evitare la moltiplicazione delle spese (“n” locazioni, personale amministrativo, ecc.) e dunque incidere in modo significativo sui **costi rientranti nella voce “beni e servizi”**;

7. PRINCIPI DI UNA RIORGANIZZAZIONE

e. LA RIVALORIZZAZIONE DELLA RETE PRIVATA ACCREDITATA. I VANTAGGI DELL’AFFIDAMENTO DELL’EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI AL PRIVATO ACCREDITATO.

- 3) creare una **rete ambulatoriale “integrata pubblico-privato” senza costi aggiuntivi** (rispetto all’attuale spesa per il settore privato accreditato) per la Regione;
- 4) **azzerare le liste di attesa**;
- 5) evitare di spendere ulteriori somme nella progettazione, creazione e mantenimento di strutture pubbliche ambulatoriali inutili ed improduttive quali sono le **Case della Salute**.

8. CONCLUSIONI.

LA RIVALORIZZAZIONE DELLA RETE AMBULATORIALE SPECIALISTICA ACCREDITATA E IL “PATTO PER LA SALUTE”

IL NUOVO “PATTO PER LA SALUTE”

DEVE

- 1) TENERE CONTO DEL RUOLO FONDAMENTALE SUL TERRITORIO DELLA RETE SPECIALISTICA ACCREDITATA E NON CONTINUARE AD IGNORARE UNA REALTÀ COSÌ IMPORTANTE;
- 2) PREVEDERE UN ARRETRAMENTO NON DEL SERVIZIO PUBBLICO, MA DELLA GESTIONE PUBBLICA;
- 3) EVITARE CHE I LEA SI TRADUCANO IN UN RAZIONAMENTO ANZICHÉ IN UNA RAZIONALIZZAZIONE;
- 4) SCONGIURARE LA CHIUSURA DELLE STRUTTURE SANITARIE (AMBULATORIALI ED OSPEDALIERE) PICCOLE E MEDIE;
- 5) PREVEDERE UNA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE SECONDO I COSTI DI PRODUZIONE.