

PS

PANORAMA
DELLA
SANITÀ



AZIENDALIZZAZIONE



🕒 502/92

🕒 517/93

🕒 SSN

🕒 OBIETTIVI

🕒 BILANCIO

QUALI AZIENDE PER IL FUTURO?





QUOTIDIANA E STRAORDINARIA

Ogni giorno, da 35 anni, OSA porta assistenza sanitaria e socio-sanitaria nelle case, nelle RSSA, negli ospedali, nei centri diurni e nella riabilitazione. Lo fa con oltre 4.000 soci e per più di 45 mila persone, su gran parte del territorio nazionale. Ma soprattutto, lo fa con una forza e una capacità straordinarie, che nascono dalla formazione, dall'esperienza e soprattutto dall'amore con cui ogni socio affronta la propria missione. Che sia nella vita di tutti i giorni o, come è successo per il Covid 19, nelle emergenze sanitarie fuori dall'ordinario.



www.osa.coop info@osa.coop

PRIMA DI PENSARE A SPENDERE...

Essere un Paese civile, implica anche investire solo in quello che ci si può permettere di mantenere. L'arrivo, tutto insieme, di una "valanga" di risorse, rischia di creare le premesse per un successivo effetto boomerang: la cautela rimane quindi d'obbligo

—
di FEDERICO SPANDONARO

Dopo 20 anni di crescita asfittica del finanziamento della spesa sanitaria, che si è innestato su livelli di spesa che già non erano superiori della media dei Paesi europei, tanto da avere progressivamente determinato un gap, fra Italia e Eu di quasi il 40% (Vd. Rapporto Crea Sanità), l'arrivo (potenzialmente) di una "valanga" di risorse, dovrebbe essere no-

tizia accolta con "animo lieto". Ma l'arrivo, tutto insieme, di una "valanga" di risorse, rischia di creare le premesse per un successivo effetto boomerang: la cautela rimane quindi d'obbligo, per quanto, istintivamente, possa prevalere il principio dell'"intanto prendiamoci quello che viene". Le ragioni di riflessione e, abbandonando ogni ipocrisia, anche di preoccupazione, sono prin-

cipalmente due: la prima è che non possiamo "rimuovere" che l'Italia post Covid-19 sarà gravata da un debito stratosferico; la seconda è che, purtroppo, questo è il Paese dei "tagli di nastro", seguiti però dalla assoluta carenza di manutenzione. Sul primo punto, osserviamo che l'esperienza Covid rischia di far passare come "realtà" la sensazione che per sostenere l'economia basti

"stampare moneta", ovvero che si possano generare risorse dal nulla. Di contro, il lock down ci dovrebbe avere finalmente ricordato, dopo anni di "ubriacatura" sul ruolo della finanza, che tutto si basa sull'economia reale e, in quest'ultima, le risorse non si creano dal nulla, a meno che non siano "carta straccia". Nell'economia reale, se le risorse non ci sono, si prendono a prestito,

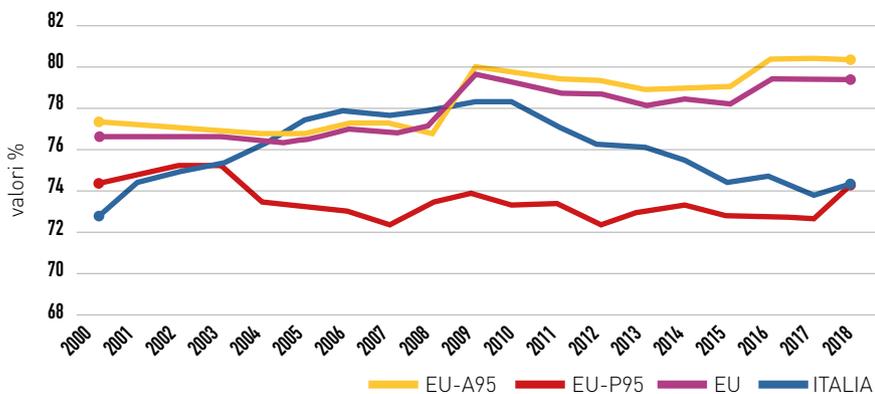
per investirle, e generare rendimenti con i quali restituire il debito.

Al di là della fredda distinzione contabile fra spesa corrente e in conto capitale, che vincola la destinazione (di gran parte) delle risorse che arriveranno, il fatto evidente è che il sistema sarà sostenibile solo se gli investimenti daranno un rendimento capace di farci erogare, nel futuro, più servizi con minori oneri.

Purtroppo, l'esperienza degli ultimi anni ci restituisce, invece, un Paese dove larga (troppa) parte degli investimenti non ha dato ritorni, di fatto esitando in sprechi di risorse pubbliche; sarebbe stato motivo per cambiare la classe dirigente; di contro, ci si è risolti a scontare in via pregiudiziale l'esistenza di illeciti in tutte le decisioni, contrastati (in modo inefficace e dannoso) con "lacci e laccioli", la cui introduzione è una "specialità" della più retriva burocrazia.

Da un'altra prospettiva, l'errore del passato non è stato quello di tentare di rendere più efficiente il sistema, riducendo i costi dei servizi erogati, quanto quello di svilire il ruolo dell'investimento, tanto da far prevalere

Finanziamento pubblico della spesa sanitarie corrente



Fonte: elaborazione su dati OECD Stat, 2019 - C.R.E.A. S Sanità

“ IN ASSENZA DI UNA INDICAZIONE PRECISA IL DECENTRAMENTO DIVENTA UNA DELEGA IN BIANCO ”

ad ogni costo il principio contabile dell'equilibrio annuale di bilancio.

Si configurano, quindi, due distinte fattispecie del primo problema: la mancanza di vision e un fallimento della riforma dei comportamenti della burocrazia.

Per quanto concerne la prima fattispecie, se scorriamo la lista delle destinazioni del maggiore finanziamento nazionale, troviamo conferma del rischio che perduri.

Infatti, larga parte delle nuove risorse sembrano destinate alla gestione dell'emergenza: scelta che può divenire

rapidamente discutibile, sia perché l'emergenza è tale perché ha una fine, configurandola scelta come una politica "reattiva", non sostenuta da una strategia di lungo periodo; sia perché anche i fondi Mes, presumibilmente, avranno il limite di dover essere usati in funzione della risposta alla pandemia, e quindi se ne sovrappongono le finalità.

Pur consci che la pandemia ancora non è vinta, e che potremmo, quindi,

FINANZIAMENTO PUBBLICO IN RITIRATA

Il finanziamento pubblico della spesa sanitaria italiana si è negli anni ridotto arrivando a raggiungere quello dei Paesi dell'EU-Post 1995, ovvero quelli dell'Europa dell'Est.

Il settore pubblico, pur rimanendo la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria in tutti i Paesi EU, nei Paesi dell'EU-Ante 1995 fa fronte in media all'80% della spesa sanitaria corrente, mentre in Italia e nei Paesi dell'Est a poco più del 74%, confermando per il nostro Paese il disinvestimento pubblico nel welfare sanitario.





QUATTRO PRIORITÀ DI INVESTIMENTO

“Buttando il cuore oltre l’ostacolo”, personalmente tenderei ad avere 4 “macro” priorità di investimento:

1 investire in capitale umano, aumentando le retribuzioni e riqualificando il rapporto fra professionisti e Ssn;

2 investire in capitale organizzativo e tecnologico, privilegiando le innovazioni che permettono di portare l’assistenza quanto più possibile verso il luogo di vita e lavoro dei cittadini, secondo un modello di Sanità “diffusa”;

3 integrare nel Ssn l’aspetto sociale, trasformando le aziende sanitarie territoriali in aziende per i servizi socio-sanitari in natura: non serviva il Covid, ma comunque ci ha ricordato, che non si può dare alle persone l’assistenza domiciliare, ma non “portargli la spesa”;

4 ripensare la rete della residenzialità, investendo in forme nuove che permettano di mantenere nel loro contesto sociale le persone non autosufficienti: penso all’integrazione fra assistenza domiciliare e nuove forme abitative per persone parzialmente autosufficienti. *F.S.*

doverci ancora combattere per vari mesi/anni, una vision strategica non può dimenticare che attualmente viviamo nell’eccezione e non nella regola. Dimenticarlo configura, nuovamente, una grave carenza di pianificazione, sbagliata tanto quanto lo è stato farsi trovare senza un piano di emergenza per affrontare la pandemia.

Entrando nel dettaglio (ed è efficiente), viene da chiedersi se possiamo davvero permetterci di sostenere il raddoppio delle terapie intensive

in attesa di una nuova pandemia che (si spera) magari arriverà fra un altro secolo (e magari con altre caratteristiche cliniche)? O, piuttosto, sarebbe strategico investire per sviluppare una flessibilità che permetta in futuro, quando necessario, di avere la capacità di adattare in tempi rapidi la struttura dell’offerta ospedaliera/assistenziale? Per non dire che attrezzare sempre più letti con monitoraggi etc. rischia di servire a poco se non si adegua parallelamente

l’organico di rianimatori e infermieri specializzati. Analogamente, ha davvero senso investire in assunzioni che rischiano di essere in larga parte qualitativamente indiscriminate, lasciando le briciole agli incentivi per il personale? Ed è utile, poi, fissare incentivi un tantum o servirebbe strategicamente riadeguare i contratti del personale, tornando a valorizzare le professioni sanitarie? Questo implica una visione (o forse meglio una profonda revisione) del rapporto fra Ssn e il per-

sonale che a vario titolo vi opera, senza la quale rischia di diventare lecita la domanda (che per lo più rimane ipocritamente inespressa nel dibattito di politica sanitaria): perché spendere di più, per avere in fondo lo stesso ritorno?

Il tema ricorre strisciante anche nella esperienza Covid: che il nostro Ssn abbia risposto meglio degli altri non sembra sostenibile (al di là della retorica dei primi giorni), ma neppure peggio dei sistemi ben più finanziati, come quello francese

(con l'anomalia tedesca, sui cui numeri sarà prudente tornare quando le informazioni saranno più omogenee).

La parte con un sapore più strategico delle indicazioni ad oggi disponibili, sembra essere quella che riguarda il potenziamento del "territorio", ad iniziare dal potenziamento degli infermieri di famiglia e finire con l'assistenza domiciliare; anche qui, non basta però avere stanziati i soldi con un generico vincolo di destinazione. L'esperienza ci dice, e l'emergenza Covid conferma, che in assenza di una indicazione precisa (ad esempio) sul ruolo degli infermieri di famiglia, sul loro rapporto con l'utenza, sui contenuti e requisiti della assistenza domiciliare, etc., il decentramento diventa una "delega in bianco", ed invece di generare virtuosi adattamenti ai bisogni regionali e locali (che sono la ragion d'essere del federalismo), genera puro disordine organizzativo e istituzionale. D'altra parte, che il futuro fosse nel "territorio" lo aveva intuito il Ministro Balduzzi già nel 2012 (L. 189), ma, a quasi un decennio di distanza, nulla di rilevante è cambiato nell'assetto

della risposta "territoriale" dei Ssr. La domanda, quasi obbligatoria, è allora cosa osti ad uno sviluppo del "territorio" (oltre all'ormai indifferibile esigenza di trovare un lessico migliore, essendo "territorio" termine sostanzialmente "meaningless"); una ragionevole risposta è che continua a mancare un modello di riferimento per l'assistenza "non ospedaliera" e, senza un modello, va da sé che il rischio di "sprecare" l'investimento è altissimo. Sulla seconda fattispecie, dalla lettura dei giornali, si capisce che l'emergenza Covid ha fatto assaporare al management pubblico la "libertà" di poter prendere decisioni fuori dai vincoli dei controlli ex ante della burocrazia, ma l'emergenza finirà, i controlli torneranno; né si può immaginare una totale deregolamentazione nel Paese delle "infiltrazioni mafiose" e delle "bustarelle". Avere vision vuol

dire, allora, definire la strategia per riformare il diritto amministrativo e permettere una rete efficace di controlli (ed eventuali pene) ex post? C'è poi il secondo punto, quella della manutenzione; spesa "in conto capitale" è "sinonimo" di investimenti in strutture: ma inaugurare strutture, senza poi avere i fondi per mantenerle, al di là del vantaggio temporaneo, è uno dei peggiori vizi italiani; grave anche perché il degrado finisce per generare incuria da parte dei cittadini, secondo l'evidenza per cui si butta più facilmente la carta per terra se già ce ne è altra. L'ammodernamento delle strutture, di per sé, se fatto correttamente, implica risparmi di gestione; ma non basta. La Sanità negli ultimi anni ha fatto da apripista a gran parte delle più importanti riforme istituzionali e culturali del Paese: potrebbe farlo ancora una volta, sposando il principio secondo

il quale va pianificata la gestione economica delle strutture, prevedendo che siano messi a budget sin dall'inizio i costi di manutenzione per tutta la vita utile delle strutture. Essere un Paese civile implica anche investire solo in quello che ci si può permettere di mantenere.

In definitiva, ben vengano le risorse aggiuntive, ma attenzione a che non alimentino comportamenti che nel passato hanno già dimostrato tutta la loro dannosità; anche perché la dimensione è tale da poter generare, dopo gli indubbi benefici di breve periodo, una implosione definitiva della nostra capacità di sviluppo.

In conclusione, va ribadito che prima di pensare a "spendere", vanno tenuti nel debito conto tutti i caveat sopra esposti: in particolare che prima di investire va fatto un piano strategico, che fissi gli scenari futuri (post emergenza), gli obiettivi da raggiungere, i requisiti essenziali delle politiche finanziate e gli indicatori di risultato atteso; inoltre, che nessun piano ha speranza di successo se prima non si trova soluzione ad alcuni nodi di contesto, primo fra tutti quello della modalità di esercizio dei controlli.

“ IL SISTEMA SARÀ SOSTENIBILE SOLO SE GLI INVESTIMENTI DARANNO UN RENDIMENTO CAPACE DI FARCI EROGARE, NEL FUTURO, PIÙ SERVIZI CON MINORI ONERI ”

ALESSANDRA ANGELINI

Biotecnologa,
Responsabile della
Comunicazione presso
lo Science Center
Ambienteparco

CORRADO BIBBOLINO

Segretario Nazionale
Area radiologica
SNR-FASSID

ENRICO BOLLERO

Consigliere
amministrazione Istituto
Auxologico Italiano Irccs
Milano

SALVO CALÌ

Centro Studi Nazionale
Federazione Italiana
Sindacale Medici
Uniti - FISMU

LARA DE ANGELI

Farmacista
Ordine dei farmacisti
della provincia di Massa
Carrara

EMILIA DE BIASI

Senatrice, già
Presidente della
Commissione Igiene
e Sanità del Senato

**FRANCESCO
DE LORENZO**

Presidente FAVO,
Federazione italiana
delle Associazioni
di Volontariato in
Oncologia; già Ministro
della Sanità (1989-1993)

BERNARDINO FANTINI

Professeur Honoraire
d'Histoire de la
Médecine, Faculté de
Médecine, Université de
Genève

TIZIANA FRITTELLI

Presidente di
Federsanità - Anci,
Direttore generale
Fondazione PTV

MARIAPIA GARAVAGLIA

Presidente Istituto
Superiore di Studi
Sanitari "Giuseppe
Cannarella"; già Ministro
della Sanità (1993-1994)

ALDO GRASELLI

Segretario Nazionale
Sindacato Veterinari
di Medicina Pubblica;
Presidente Federazione
Veterinari - Medici
Dirigenti Sanitari

FEDERICO LEGA

Professore di Economia
Aziendale Università
degli Studi di Milano

ANTONIO MAGI

Segretario generale
Sumai-Assoprof;
Presidente dell'Ordine
dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri di Roma

MAURO MAZZONI

Segretario Nazionale
SIMET; Coordinatore
Nazionale FASSID

**GIUSEPPE MARIA
MILANESE**

Presidente Cooperativa
OSA, Operatori
Sanitari Associati e
Confcooperative Sanità

CARLO PALERMO

Segretario Nazionale
Anaa Assomed

BIAGIO PAPOTTO

Segretario nazionale
CISL Medici

GIUSEPPE PROFITI

Professore di Contabilità
degli Enti Pubblici,
Università di Genova

**FRANCESCO
RIPA DI MEANA**

Presidente FIASO;
Direttore generale
IRCCS IFO, Roma

**FEDERICO
SPANDONARO**

Professore di Economia
sanitaria Università di
Roma "Tor Vergata";
Presidente C.R.E.A.
Sanità

PAOLO STEFANIZZI

Neurobiologo

ILARIA TONELLI

Psicologa clinica

MARCO TRABUCCHI

Professore di neuropsico-
farmacologia,
Università Tor Vergata
di Roma; Presidente
dell'Associazione Italiana
di Psicogeriatrica, Aip

QUAL È IL RUOLO DELLA ASSISTENZA PRIMARIA
NELLA SOCIETÀ DI OGGI E DI DOMANI?

COME AFFRONTIAMO UN AUMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE
DI SALUTE E LE SFIDE DELLA MULTI-MORBOSITÀ?

COME MANTENERE L'ASSISTENZA SANITARIA
ACCESSIBILE E SOSTENIBILE IN FUTURO?



IL NUOVO LIBRO DI JAN DE MAESENEER

KOS | EDITRICE

www.koscomunicazione.it

segreteria@koscomunicazione.it



SOLVING TEAM

SOFTWARE PER LE ISTITUZIONI

Creiamo soluzioni software per la Pubblica Amministrazione, utilizzando tecnologie di ultima generazione e metodologie innovative.

Utilizziamo metodologie di sviluppo Agile, quali Test Driven Development e Refactoring, e i più moderni strumenti di mercato quali: Spring, Grails, Groovy, Maven, Sonar, Jmeter e Hyperic.

Via Mosca, 52 - 00142 Roma - Tel. + 39 0651607174 - Fax +39 065137499 - jobs@solvingteam.it

www.solvingteam.it