

*UNIVERSITA' DELLE TRE ETA' - OSTUNI*

UNITRE

*Prof. FRANCESCO SAPONARO*

*LA DINAMICA della SPESA*  
*SANITARIA in PUGLIA e*  
*in ITALIA*  
*problemí e prospettive*

13 FEBBRAIO 2009

## **PROF. SANDRO MASSARI**

Mentre un'inchiesta giudiziaria travolge la sanità pugliese, con il nostro amico e concittadino Francesco Saponaro, già Assessore Regionale al bilancio e ora Amministratore delegato della nuova società "Innova Puglia", di cui vogliamo sapere di più, siamo qui ad approfondire il tema "Dinamica della spesa sanitaria in Puglia e in Italia".

Il caso della sanità in Puglia è significativo: gestito direttamente dalla Regione assorbe l'80 per cento del suo bilancio. È una somma ingente di denaro su cui si concentrano aspettative occupazionali e professionali, affari clientelari, rivendicazioni municipalistiche, interessi su cui il ceto politico prevalentemente costruisce il suo consenso.

Ben sappiamo che il prof. Saponaro è un politico anomalo. Fu chiamato nella primavera del 2005 dal Presidente Vendola come tecnico esterno a ricoprire l'incarico di Assessore Regionale al Bilancio e alla Programmazione (era allora Direttore generale della Svim Service, società specializzata nella fornitura di sistemi informatici alle aziende sanitarie e alle pubbliche amministrazioni). Ha dovuto ultimamente lasciare questo incarico, assolto con competenza e lusinghieri risultati operativi, per ragioni di equilibrio interno alle forze politiche della maggioranza.

È stata la sua relazione, qui tenuta il 24 novembre 2006, sul Documento Strategico Regionale per la utilizzazione nella nostra Regione dei fondi della Comunità Europea per gli anni 2007 – 2013, che ha dato l'avvio a nuovi nostri incontri culturali dedicati alle tematiche dello sviluppo del nostro territorio relative all'Area Vasta di Brindisi.

Prima di dare la parola al relatore, che ringrazio per la sua pronta disponibilità alle richieste dell'UNITRE, faccio notare che la dinamica della spesa sanitaria è un aspetto importante del tema più ampio del federalismo fiscale, sul quale relazionerà in aprile il prof. Gilberto Muraro.

## **PROF. FRANCESCO SAPONARO**

E' molto difficile introdurre un tema così complesso, come è quello della spesa sanitaria, senza conoscere lo stadio medio delle informazioni e delle persone che ascoltano. E quindi, ovviamente, il relatore deve fare delle assunzioni di partenza per organizzare la sua introduzione.

Io, questa sera, ho pensato, e spero di non aver sbagliato - che tutti noi, ed anche il relatore e la platea, siamo bombardati in materia di sanità da alcune informazioni molte volte gridate dalle prime pagine dei giornali, e siamo tutti, in qualche modo, vittime di informazioni, in parte fondate ed in parte banali, che si trasformano spesso in luoghi comuni, e che nessuno di noi riesce ad avere un 'informazione sufficiente, perché ci vuole tempo ed approfondimento per verificare che questi luoghi comuni corrispondono alla realtà.

Partendo da questa assunzione metodologica, ho pensato di proporvi alcune domande, probabilmente raccogliendo delle domande che nella vita quotidiana ognuno di noi fa a sé stesso, nelle conversazioni, nelle discussioni, e spesso, anche in famiglia.

Allora, partirei da una prima domanda: c'è un rapporto tra lo stato di salute di una popolazione e la quantità, ovvero il volume della spesa? La Letteratura mondiale dice che non c'è un rapporto lineare; cioè, che non è vero che laddove si spende tanto per la sanità, si ottiene uno stato di salute migliore. Spesso le risposte a questi interrogativi si trovano meglio partendo dal buon senso, anche in alternativa alla lettura di tanti libri.

Il buon senso ci dice che la salute dipende dalla qualità dell'ambiente; dipende dalla qualità, anche, degli stili di vita, dei nostri comportamenti: fumare o non fumare, assumere droghe o non assumerle, alcol, vivere in condizioni ad elevato stress, anche sociale.

Ci sono degli studi bellissimi dell'Università di Parigi sulla psico-immunologia che puntano a stabilire delle correlazioni, per esempio, tra lo stress e le condizioni del sistema immunitario (per dirne una, ma gli esempi possono essere tanti).

Il Governo finlandese ha ottenuto dei risultati molto significativi riducendo la spesa, in tema di lotta al colesterolo, con una campagna molto ampia che puntava ad aumentare l'attività fisica della popolazione e ad aumentare il consumo di verdura e pesce come base della dieta e della alimentazione. È calata così la spesa - ed in questo caso la spesa farmaceutica - non indispensabile per combattere il colesterolo troppo alto.

Quindi, questo è un primo elemento di riflessione: noi parliamo sempre di spesa, di soldi, ma non c'è una correlazione lineare. Facciamo un esempio macroscopico: negli Stati Uniti la spesa per la sanità rappresenta ormai il 13,8 del prodotto interno lordo, una enormità! Quindi, 13,8 il complesso della spesa che, ovviamente, è prevalentemente privata e le condizioni di salute - come risulta dagli studi epidemiologici sono nettamente peggiori che in Italia.

Questo, naturalmente, è un primo gruppo di questioni, di domande e di risposte non semplici, che però sono molto istruttive per le politiche pubbliche.

Una seconda domanda attualizziamola all'Italia. Perché, a parità di condizioni epidemiologiche, cioè di tipo di patologie, la spesa varia sensibilmente da Regione a Regione? Vi faccio un esempio clamoroso: con patologie molto simili la spesa farmaceutica pro-capite in Friuli Venezia Giulia è la metà di quella pugliese, o di quella campana, o di quella siciliana. Eppure le condizioni di salute, e i dati epidemiologici presumo che in Sicilia non siano così negative rispetto al Friuli.

Bene! La risposta a questa seconda domanda è abbastanza complessa, perché chiama in causa gli stili prescrittivi - così come li chiamano gli esperti - cioè, per esempio, l'atteggiamento del medico nei confronti della prescrizione

farmaceutica; chiama in causa gli stili culturali, gli schemi cognitivi della popolazione.

Ci sono popolazioni, e penso alla Campania, perché so i dati di alcune ASL che sono a parità, perché ovviamente non avrebbe molto significato la comparazione, di condizioni epidemiologiche e di salute.

Il ticket - che i Francesi inventarono, e non a caso lo chiamavano *modérateur*, cioè con una funzione, soprattutto, di moderare la dinamica della spesa - molte volte non funziona come *modérateur*.

E quindi questo è un grosso problema che presuppone dibattiti pubblici e continuo dialogo, innanzitutto con il protagonismo delle categorie mediche, perché, ripeto, non ci sono scorciatoie, facili scorciatoie.

Terza domanda: ma è meglio la sanità pubblica o la sanità privata? E non sto parlando degli erogatori delle prestazioni, cioè ospedali pubblici, ospedali privati, laboratori pubblici e laboratori privati, ma sto parlando dell'impianto di base del sistema. Allora, se parliamo di questo, i sistemi pubblici dimostrano una indubbia superiorità e razionalità economica.

Ma questo, al di là delle questioni generali di principio e di valore, e cioè se è meglio il pubblico o meglio il privato in generale ed in astratto, ma dico questo da un punto di vista pragmatico.

Voi pensate a cento, duecento, trecento sistemi assicurativi, ed ognuno deve avere i contabili, con costi organizzativi ed utili di impresa. Tutto ciò moltiplicato per un certo numero di soggetti, comportano dei costi maggiori. Quindi, come dire, è come se i sistemi pubblici da questo punto di vista comportassero delle economie di scala, chiamiamole così.

Dal punto di vista, invece, della erogazione delle prestazioni in un sistema pubblico, come generalmente è quello europeo, gli studi ed anche le indagini di soddisfazione degli utenti portano alla seguente conclusione, e cioè una superiorità, generalmente degli erogatori pubblici quanto a qualità sostanziale delle prestazioni, ovvero la professionalità della prestazione, ed invece

una superiorità, in media, degli erogatori privati per quanto riguarda la qualità percepita, perché nella qualità percepita da parte dell'utente contano moltissimo aspetti come la gentilezza, la cortesia, l'umanità, la qualità alberghiera e ospedaliera, la qualità del cibo. Sono, questi, tutti ingredienti che compongono molto la qualità percepita.

Nessuno dice: "Beh! Tutto sommato mi hanno trattato malissimo, sono stato in un corridoio, gli infermieri mi davano del tu come se mi conoscessero da tanti anni, e quant'altro, però il chirurgo era bravo". Generalmente, in queste indagini sulla professionalità della professione conta molto la qualità percepita non solo come ingrediente fondamentale, che è la prestazione clinica, sanitaria, diagnostica e chirurgica, ma anche molto tutto quello cui prima ho accennato.

Dal punto di vista economico, il sistema italiano, che ha copiato un po' quello inglese, in teoria dovrebbe essere neutro, ovvero gli erogatori privati sono remunerati attraverso delle tariffe. Queste tariffe derivano dallo studio di alcuni casi prototipali, cioè sono stati studiati in origine in Italia 15 ospedali di diversa natura, e gli esperti hanno catalogato le prestazioni, che sono circa 540, quanti sono gli ROG, che è un termine medico americano, ma che in Italia si direbbe raggruppamenti omogenei di diagnosi. E sono arrivati, poi, a fare un vero e proprio tariffario dopo questo studio. Tipo, per esempio, quanto costa in media una prestazione o un intervento di appendicite ad un giovane con meno di vent'anni senza patologie concomitanti? Sulla base di questo studio, si dice: "Beh, la degenza media dovrebbe essere di tre giorni" e di qui la tariffa. C'è un tariffario nazionale e le Regioni possono poi adottare questo tariffario.

Il meccanismo a tariffa è pensato per rendere teoricamente neutra la forma giuridica dell'erogatore, (ospedale o erogatore privato) però in realtà cosa accade (ed anche qui faccio delle osservazioni che non partono da nessun principio generale, pro pubblico o pro privato oppure contro pubblico o

contro privato)? Che le prestazioni erogate da fornitori privati in alcuni casi dovrebbero essere perfino più convenienti per il pubblico e per noi contribuenti e vi spiego perché.

Da parte dell'erogatore privato ci possono essere spesso degli opportunismi che talvolta posso persino sfociare in reati penali.

Prima di arrivare a varcare le soglie del diritto penale, quali sono i comportamenti opportunistici? Per esempio: siccome il BRG, cioè la tariffa per l'appendicite è più salata se c'è una patologia concomitante, in fase di redazione della scheda di dimissione ospedaliera - senza nemmeno dire un enorme bugia - è sufficiente dire che il paziente aveva la bronchite.

Ma questo non significa demonizzare l'erogatore privato, perché, voglio dire, che fino a prova contraria il San Raffaele di Milano è un erogatore privato di alta qualità.

Però, il fatto che siano incorsi in indagini penali persino i rappresentanti della Divina Provvidenza, come diceva scherzando don Luigi Verzè, presidente del San Raffaele Milano, ci illumina sul problema di fondo sul problema strutturale che in questi casi si pone, cioè la mancanza di poteri di controllo e quindi di possibili opportunismi da parte dell'erogatore.

Ovviamente, questo problema non c'è, per esempio nell'erogatore pubblico, cioè in un ospedale pubblico.

Tuttavia è sbagliato, in astratto, demonizzare l'erogazione privata (di fondazioni ecclesiastiche, del tipo di San Giovanni Rotondo, oppure gli IRCS che hanno una natura giuridica privata, cioè di Istituti Scientifici di Ricovero e Cura che, però, anche in Puglia hanno prestazioni eccellenti per molti aspetti. E cito Castellana, Acquaviva, Tricase).

Però, l'ospedale pubblico presenta altri problemi per il contribuente e per l'utente; infatti, da un esame (ancora riservato e non divulgato) che l'Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari ha fatto sugli ospedali pubblici, risultano delle cose veramente fanno riflettere.

Per esempio, in Puglia ci sono ospedali dove il costo della prestazione, (cioè il costo calcolato sul numero degli addetti, medici e infermieri, il costo dei farmaci, delle tecnologia - cioè il costo di quello che in un'azienda si chiama "costo unitario" della prestazione – supera di molto i ricavi tariffari. Se poi un ospedale pubblico dovesse vivere solo con le tariffe, cioè con la remunerazione per via regicola secondo il modello anglosassone, addirittura in alcuni casi il costo rappresenta il doppio del ricavo teorico.

Gli ospedali pubblici non vengono remunerati a tariffe, però le tariffe sono anche, in qualche modo, un misuratore di efficienza.

Ci sono ospedali dove il costo della prestazione è il doppio del ricavo teorico ottenibile, e degli ospedali, dove invece c'è un equilibrio.

Vi faccio due esempi.

Primo caso. L'ospedale di Molfetta ha determinate dimensioni, ed il costo medio unitario delle prestazioni è il doppio del ricavo teorico. Fallirebbe alla grande se fosse una fondazione, anzi sarebbe già fallito. L'ospedale di Lucera, invece, ha la stessa dimensione di posti letto, bacino simile, utenza simile, ed il costo unitario della prestazione eguaglia quasi il ricavo teorico. Come si spiega questo?

Bene, la risposta, anche qui, è molto complessa, perché c'è una parte della risposta che è relativa ai costi. Cioè, probabilmente l'ospedale di Lucera, come dire, ha ottimizzato i suoi costi, ha razionalizzato l'organizzazione, tanto da essere più competitivo dal lato dei costi, però c'è anche un altro aspetto, e cioè la qualità dei ricavi.

Che significa la qualità dei ricavi? Significa questo: se io, come ospedale erogatore, riesco a fare delle prestazioni più complesse, ovviamente la remunerazione, calcolata a tariffa, è molto più elevata per esempio il DRG, cioè la tariffa di prestazione cardio – chirurgica, è tra le più elevate. Per questo, se un erogatore bravo si organizza bene, fa delle economie di scala e, in tal caso ci sono persino dei margini tra costi e rincari, margini che ovviamente

nel sistema pubblico vanno investiti per migliorare le attrezzature, la qualità. Anzi, ci dovrebbero essere sempre i margini per investire ogni anno sempre in nuove tecnologie, per dividere gli utili, come nel caso delle aziende private.

Bene, nella realtà pugliese ci sono questi due casi opposti che vi ho citato.

Altra domanda, che spesso ci poniamo tutti: ma quali sono i problemi del modello italiano di sanità oggi? Allora, la risposta, anche questa, non è semplice, però ruota intorno ad alcuni elementi di fondo.

Il primo è l'elemento quantitativo della spesa. In Italia non è vero che si spende tanto per la sanità. Se lo avete letto, cancellate questa associazione neuronale, perché i numeri parlano da soli.

Abbiamo detto che negli Stati Uniti la spesa sanitaria è del 13,8 per cento del prodotto interno lordo, che è una cifra enorme; mentre la media della spesa sanitaria dei paesi sviluppati è 9,5 sul prodotto interno lordo.

In Italia, oggi, siamo all'8,5 per cento: pertanto siamo al di sotto della media. E questo è il primo punto.

Il difficile, il bello ma il difficile del modello italiano, che onestamente ci viene anche invidiato in altri paesi, qual è? Perché nelle statistiche mondiali l'Italia arriva sempre al quarto, quinto posto nella graduatoria della sanità pubblica? Perché noi, innanzitutto, abbiamo un modello di diritti universali che quasi nessuno ha al mondo, e che è di tipo scandinavo.

Cioè, siamo solo noi ed i paesi scandinavi ad avere un modello innanzitutto, di diritti universali. Vi ricordate? Prima del 1978 c'erano le mutue: c'era chi aveva diritto in quanto lavoratore dipendente, chi aveva diritto.

Oggi, in Italia, la salute è un diritto universale, e giustamente questo diritto viene riconosciuto persino agli immigrati clandestini.

I limiti dei fondi, i limiti della spesa in altri paesi portano continuamente o ad escludere determinate prestazioni, oppure a ridurre gli standard. In Italia gli standard si chiamano LEA, cioè livelli essenziali di assistenza: c'è il

catalogo dei diritti, e nello stesso tempo c'è il catalogo dell'offerta nel sistema pubblico.

Ora, la Turco aveva proposto una nuova versione dei LEA, dove, per esempio, l'assistenza domiciliare, in molti casi, entrava proprio nei livelli essenziali di assistenza. Questo nuovo testo di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza si è impantanato, ed ora, naturalmente, in questa fase, si guarda in modo più isterico ai limiti del bilancio.

Così funziona in Italia l'organizzazione sanitaria, insieme ad un elemento di decentramento, fondamentale alle Regioni, ed insieme a dei limiti che generalmente derivano dalla legge finanziaria annuale (cioè che percentuale di risorse assegnare al budget della sanità).

Il mix di tutto ciò è il modello italiano che, dal punto di vista sostanziale, viene valutato tra i migliori al mondo. Gianni Agnelli andò alle Molinette e, quando gli chiesero: “ma lei che è così ricco, perché è andato in un Ospedale pubblico?” Lui rispose: “perché ci sono dei professionisti di eccellenza e poi, a differenza delle strutture private, c'è il pronto soccorso e la rianimazione. Cioè, c'è un'offerta che dà più garanzie rispetto agli ospedali privati.

Quindi, voglio dire, la sanità ora, e non parliamo solo dei casi di eccellenza, ma la sanità italiana, poi, è mediamente buona. Ovviamente, questo è un filone sensibile dove, magari, un caso di mala sanità fa più notizia, cioè fa più rumore più un albero che cade che una foresta che cresce. Ma, attenzione, a generalizzare! Il controllo sociale deve essere sempre fortissimo perché bisogna cercare di prevenire ogni forma patologica di mala sanità dal punto di vista organizzativo, dal punto di vista della professionalità, della scarsa professionalità dei medici. Ma attenzione! Il controllo sociale è fondamentale, però attenzione a fare un'inferenza e a dire che tutto è mala sanità. Ce lo ricordano gli stranieri che dicono che il nostro sistema sanitario è al quarto, quinto posto nel mondo. Ci sono vari osservatori che fanno questa valutazione

ed addirittura alcuni ci mettono al secondo posto in Italia come qualità dell'offerta, e via scorrendo.

Ora, la scommessa del futuro è proprio questa: riusciremo noi a mantenere i LEA, i livelli essenziali di assistenza, migliorando l'offerta, senza entrare in una spirale di crescita dei costi insostenibile, pena aumenti di tasse che non sono proponibili? Questa è la domanda, il domandone, sulla materia che io sto trattando questa sera.

Cosa cambia con il federalismo fiscale? Obiettivamente, le impostazioni iniziali della Lega Nord ed anche del Governo in carica erano pericolosissime sulla sanità, perché, per esempio, puntavano a ridurre alla metà la perequazione, cioè la solidarietà finanziaria interregionale, nel senso che ognuno si teneva i soldi suoi, e questo significa per il sud una catastrofe, perché la nostra base fiscale è più gracile.

Il testo Calderoli, cioè l'attuale disegno di legge in materia di sanità, questo rischio non lo fa correre. Bisogna essere obiettivi, perché almeno per la sanità si ribadisce il concetto costituzionale dei livelli omogenei, l'attuale disegno di legge parla di disegni omogenei di prestazioni e poi aggiunge: a costo standard.

Si può arrivare ad individuare degli standard che effettivamente, è giusto, metterebbero chi spende di più dello standard, nella condizione di essere veramente quello che spreca.

Io ho calcolato (secondo le medie standard che vengono elaborate dalla Conferenza Stato – Regioni) che per alcune prestazioni, per alcuni filoni di offerta, noi in Puglia siamo sotto standard. Quindi, in questo caso dovremmo tentare di farlo correttamente applicare questo disegno di legge. Però, in altri casi, ad esempio lo standard nazionale per la spesa farmaceutica è del 13 %; noi in Puglia arriviamo al 18 %. In questo caso, attenzione! La politica di standard è una politica anche molto rigorosa, per cui non verrà nessun conferenziere a dire che è interessante che il Friuli in spesa farmaceutica pro – ca-

pite spende la metà della Puglia, ma dirà semplicemente che il cittadino del Friuli non pagherà il ticket, mentre il cittadino pugliese si troverà comunque a dover concorrere inevitabilmente al pagamento del ticket.

Ci si chiede: ma perché si forma il deficit in alcune Regioni? La spesa pubblica in Puglia è veramente fuori controlli? Ma si può fare di più per la lotta agli sprechi?

Allora, la mia risposta è: in parte, già da quello che ho detto, si capisce perché alcune regioni hanno la spesa maggiore rispetto ai ricavi. Per esempio, nel settore della farmaceutica, in Campania e in Sicilia sembra che tutta la popolazione consumi medicine a più non posso, ed ovviamente questo produce un deficit.

Dobbiamo stare attenti anche noi in Puglia, anche se, per fortuna, noi non siamo tra quelle Regioni che il Corriere della Sera chiama “regioni – canaglia”, cioè quelle che costantemente sfiorano e poi scaricano sul contribuente nazionale. Ma, fare il deficit perché poi qualcuno pagherà è inaccettabile.

Hanno fatto il record di buco, Campania, Abruzzo, Liguria: quindi non sono solo Regioni del Sud.

Nel Lazio, per esempio, è accaduto questo: per alcuni anni non si è razionalizzata l’offerta pubblica, anche di ospedali piccoli, fatiscenti, dove magari non andava nessuno, ma poi il costo della prestazione, il costo unitario era magari il triplo del ricavo e contemporaneamente si sono allargati i cordoni della borsa e dell’accreditamento ai privati.

Naturalmente, non c’è bisogno della laurea alla Bocconi: (“basta l’economia domestica” si diceva una volta) per capire che non può reggere un sistema così. O - a seconda delle opzioni politiche - si razionalizza l’offerta pubblica e si stringono gli accreditamenti ai privati, oppure (per esempio in Lombardia) si razionalizza l’offerta pubblica e si allarga l’accreditamento. Però, si può fare l’uno e l’altro.

Detto questo, però, attenzione ai luoghi comuni! Che cosa è lo spreco? Che cosa è la lotta allo spreco? In sanità la lotta agli sprechi è soprattutto la lotta alle prestazioni non appropriate.

Quante prestazioni possono essere fatte, per esempio, in day-hospital con un costo unitario notevolmente inferiore. Sono tante le prestazioni non appropriate che si fanno nella Sanità!

Allora, il grosso del tema ruota intorno alla figura del manager sanitario. Il manager della sanità è una delle figure più difficili da rinvenire, perché presuppone grandi mega competenze nei principali campi della clinica, perché deve avere pure conoscenza della materia, soprattutto, diciamo per fare il direttore sanitario. Quindi, deve avere delle mega competenze, come dire, di gestione manageriale intesa nel come farsi, anche, questi conti e non limitare alla ragioneria, perché la sanità non può essere limitata ai conti: deve sapersi fare questi conti, ma saper essere anche un bravo organizzatore.

Quindi, voglio dire: sia per questioni normative, di organizzazione obsoleta e sia per questioni di organizzazione professionale e di merito, il mestiere del manager della Sanità è il più difficile, ed è anche una delle professionalità più rare da trovare sul mercato.

E questo che cosa significa? Che dobbiamo abbandonare la strada dell'aziendalizzazione?

Qui io veramente non so rispondere, cioè non ho risposte definitive in me stesso perché innanzitutto mi viene da dire a chi fa questa domanda: ma noi abbiamo veramente l'aziendalizzazione in Italia? Il nostro è un modello ibrido.

Aziendalizzazione significa, ad esempio, che, se Vendola mi dice. "ti nomino direttore generale della ASL di Brindisi, e gli obiettivi che ti assegno sono A, B, C, compreso il pareggio di bilancio", se io sono un manager dovrei dire: Ma io ho libertà di riorganizzare l'offerta sanitaria in modo da fare coincidere con fatica in un triennio i programmi e le risorse finanziarie? O non ce

l' ho? Perché, se le leggi sulla farmaceutica o quant'altro, o le approva il Parlamento o la Regione, io non ho alcun potere. Io assisto, io direttore generale alla fine del mese leggo il report di ciò che i medici di base hanno prescritto; sugli ospedali, e su come riorganizzare gli ospedali non ho nessun potere perché ce l' ha la Regione, perché i piani ospedalieri devono essere regionali, e via discorrendo.

Quindi, ditemi di grazia: mi chiamano manager, i giornali scrivono che la sanità è aziendalizzata. Ma di che? Se mi chiamano direttore generale e manager perché io devo tentare di risparmiare sulla mensa, sui costi dei pasti o quant'altro, allora facessero il controllo di alcuni costi.

A questo punto l'aziendalizzazione bisogna farla veramente e deve essere il Direttore generale a proporre.

Io dico: “O responsabilizziamo fino in fondo questo manager, oppure io ci vedo un rischio di distorsione politica”.

Un'ultima cosa: naturalmente noi non possiamo sopravvalutare il ruolo dello Stato e delle istituzioni. Il ruolo dello Stato e delle istituzioni in questo campo è importantissimo, perché è importante fare buone leggi, è importante dotare di risorse adeguate la sanità, e fare tutto quello che dicevamo in modo più efficiente e più efficace in altri casi.

Però, attenzione! Qui la variabile critica di successo è il comportamento di milioni di operatori. Noi non dobbiamo limitare la nostra attenzione solo a ciò che possono fare lo Stato, le istituzioni, le Regioni con norme e stanziamenti. E' molto importante una cultura diffusa che si suol definire di controllo sociale, ai fini anche costruttivi, cioè per dialogare con gli operatori e per far sentire gli operatori parte di una missione complessiva, e di bene pubblico e di una missione sociale. Pensiamo al Policlinico di Bari è il policlinico di Bari. Molti di noi sanno che ci sono dei reparti efficienti dove, addirittura, i primari (e mi consta personalmente che in alcuni casi hanno persino concorso alle spese di tinteggiatura per abbattere i tempi della burocrazia) hanno saputo

dare un tono organizzativo, oltre alla qualità professionale e clinica di un certo tipo, e dove, purtroppo, ancora ci sono reparti dove il call center, cioè il centro dei reclami della sanità, che è gestito dall'azienda che ora io dirigo, riceve numerose segnalazioni tipo: "Mi hanno chiesto dei soldi per assistere durante la notte".

Allora, è chiaro che parlarne anche con gli operatori credo che sia un modo giusto per alzare la nostra soglia, come dire, di accettabilità dei comportamenti individuali e dei valori morali professionali degli operatori della sanità. Vorrei concludere enfatizzando questo aspetto, perché i soldi, notoriamente, non sono tutto.

### **PROF. SANDRO MASSARI**

Il discorso portato avanti socraticamente da Francesco Saponaro è stato molto, molto indicativo sia per rappresentare una realtà complessa qual è quella della sanità (ma direi qual è quella della nostra vita di oggi, in cui la sanità è un settore molto importante), sia per comprendere questa sanità, sia per comprendere anche come ci dobbiamo muovere in questa complessità. Mi piace che alla fine il discorso sia terminato con un orizzonte di umanità e di crescita umana, che ci fa sperare, nonostante tutto quello che di negativo succede e che umanamente succede.

Ecco, la sanità, dicevi all'inizio, così come viene esercitata in Italia, come livello è una delle migliori nel mondo, e su questo siamo d'accordo. Però c'è tanto da fare ancora, anche in Italia, per quanto riguarda la razionalizzazione.

Per questo occorrono manager che abbiano preparazione, che abbiano coraggio, ma che abbiano anche il senso politico della cosa, al di là degli interessi dell'azienda; non si tratta di persone, di professionisti, di utenti; non si possono raggiungere questi obiettivi dalla sera alla mattina. Però, se ci sono queste premesse, se ci sono questi spazi di crescita, dobbiamo avere fiducia.

Apriamo, quindi, alla discussione, perché noto qui che ci sono molte persone che possono dare un contributo molto qualificato al discorso di questa sera.

Per primo, il dottor Calamo – Specchia, che è uno specialista nel campo ed anche perché si è cimentato, di fresco, anche in esperienze di studio della realtà locale brindisina.

### **DOTT. FRANCESCO CALAMO – SPECCHIA**

Non è bello prendere la parola per primo, ma il professore Saponaro è entrato in un argomento del quale io, effettivamente, mi occupo costantemente e quindi mi sono sentito molto chiamato in causa.

Dunque, io ho preso una quantità di appunti, però cercando di essere molto sintetico, volevo proporre alcune riflessioni.

Le prime due sono anche oggetto del mio approfondimento professionale, di quello che cerco di fare come ricerca in questo campo.

La prima è questa: il controllo della spesa, come si effettuerà il controllo della spesa. Fondamentalmente - per quello che ne so io, e spero che tu sia d'accordo - la spesa si forma prevalentemente fuori dal sistema sanitario. La spesa si forma negli assetti produttivi, si forma nelle politiche del luogo pubblico, si forma nelle mobilità, si forma negli assetti lavorativi. Insomma, si forma al di fuori del servizio sanitario.

Allora, quello che invece succede adesso prevalentemente, è che i tentativi di controllo sono all'interno del sistema sanitario. Cioè, il controllo è prevalentemente delineato sulla razionalizzazione dell'offerta. Il che, probabilmente, è una strategia forse obbligata, ma sostanzialmente miope, che viene meno a quei discorsi vecchi, che però, secondo me, (forse per qualcuno un po' nostalgico) sempre validi della famosa legge 833 che ha fondato il Servizio Sanitario Nazionale in Italia e che prevedevano un'efficace azione complessiva e istituzionale per il coordinamento dell'azione di tutti i sistemi isti-

tuzionali italiani: dalla scuola alla formazione, all'educazione alla salute, al lavoro e a quant'altro.

Per cui, gli effetti di risparmio di una politica corretta sulla spesa sanitaria non sono trascurabili; ed invece, per quella che è la mia esperienza, io li vedo un po' trascurati, anche nelle evoluzioni scientifiche. Non se ne parla più di queste cose, è una cosa che non ha più audience giornalistica; come il famoso diritto alla salute, seppellito sotto il peso delle parole che poi, piano piano, si sfilacciano, mentre invece dietro ci sono ancora dei contenuti molto forti. E questa è la prima cosa.

La seconda: ci potrebbe essere una rivoluzione culturale ed anche operativa nella sanità, e legare il finanziamento, la valutazione in particolare, non tanto a quello che tu ci hai presentato oggi - e che normalmente si fa - cioè la produzione di servizi, ma la produzione di salute.

Cioè, noi pensiamo all'occupazione dei posti letto e non abbiamo lo strumento per pensare a ciò succede a chi è stato in quel posto letto (cioè, come ne esce da lì, come non esce da lì, se ne esce con un grado di salute superiore o inferiore) e a quello legare il finanziamento del sistema.

È evidente che c'è una difficoltà nel fare questo, e che è quella di ottenere, di avere, di sviluppare indicatori idonei, cioè indicatori che diano a noi non indicazioni di funzionalità, ma indicazioni di produttività, a patto che la produttività che noi riteniamo tipica del Servizio Sanitario Nazionale sia la salute e non sia il servizio.

Cioè, insomma, perché sta in piedi il Servizio Sanitario Nazionale? Per produrre ricoveri o per produrre persone sane? Se - come è ovvio e come sanno tutti quelli che si occupano di aziende - io valuto una cosa piuttosto che un'altra, su quella cosa si orienta tutta l'azione del servizio. Se io, a lezione, chiedo agli studenti sempre la stessa cosa, posso insegnarne quattrocento, ma loro impareranno solo quella, perché si preparano per essere interrogati su quella.

Allora, si continuano a valutare i servizi con strumenti più o meno fini, ma si pensa sempre e solamente alla prestazione del servizio e non alla salute che ne consegue.

Perché poi la sanità lavora in esternalità, cioè non produce qualcosa che sia interno al suo servizio stesso, ma produce qualcosa per il sistema complessivo in cui si trova.

Allora, cerchiamo di spostare l'attenzione dalla produzione di servizi alla produzione di salute. Quello che io faccio, per esempio, con la relazione sullo stato di salute, è proprio cercare di costruire - ed è davvero una ricerca non semplice - degli indicatori che diano il senso di quello che la ASL ha fatto da un anno all'altro non in termini di attività, ma in termini di salute.

La mia ricerca, ripeto, va in questo senso e mi piacerebbe riuscire ad individuare dei seri meccanismi, cioè delle cose che siano fondamentali per il diritto alla salute.

Cioè, io posso agire, posso investire soprattutto, o addirittura, devo, nei settori e negli ambiti in cui la rilevazione epidemiologica mi dice che c'è una maggiore necessità. Cioè, ovviamente rimane la mia libertà decisionale rispetto alla mia libertà professionale, però che ci sia un vincolo maggiore alla rilevazione epidemiologica a me sembra che potrebbe essere un correttivo di molte falle del sistema.

Quindi, anche in effetti adesso la relazione sullo stato di salute, quando si fa, diventa un specie di soprammobile sulla scrivania del direttore generale, e meno male che qualcuno ce l'ha, perché il novanta per cento non ce l'ha neanche il soprammobile. Essenziale sarebbe, per renderla veramente uno strumento efficace, inserirla negli strumenti programmatori e valutativi. Cioè, legare la programmazione e la valutazione alla verifica della salute, e questo vuol dire produrre salute. Cioè, vuol dire organizzarsi a valutare quello che veramente vogliamo che si produca. Se vogliamo servizi, produciamo servizi; questa è la mia idea.

Poi, una considerazione veloce sul DRG. Per esempio, per quanto riguarda la selezione dei ricoveri, si può arrivare alla selezione dei ricoveri perché io li oriento, e così tu accennavi anche prima, verso il DRG piuttosto che verso altro, e questo, per esempio, in ambito privato, è particolarmente facile.

Quindi, c'è l'effetto di disorientamento dei ricoveri, e poi c'è, in ambito pubblico, una cosa che io trovo veramente singolare. Se ancora la 883 non è un cadavere, ma sopravvive da qualche parte, per cui non so se è una mia impressione, ma sento nelle esperienze varie dell'ASL, qua e là, sento l'affermarsi di una sorta di impostazione di marketing attrattivo. Cioè, "facciamo venire un primario bravo da Caltanissetta, dove si trova adesso, perché ci garantisce più ricoveri" e questo con l'idea che il Servizio Sanitario Nazionale debba rilevare i bisogni e rispondere ai bisogni, non ha nulla a che fare. Questa è un'idea di aziendalismo becero e non dell'aziendalismo buono che ci vorrebbe nelle ASL e che distorce il senso del Servizio Sanitario.

A me non deve interessare garantire il professionista che attiri i ricoveri, caso mai mi dovrebbe interessare fornirmi di competenze per risolvere i problemi, e questo è tutto un altro discorso. In un caso si parte dall'analisi epidemiologica, nell'altro caso si parte dall'analisi finanziaria.

Ora, qui bisogna capirsi, nel Servizio Sanitario cosa produciamo? Servizi, profitti o salute? Questa è una domanda ineludibile dal punto di vista organizzativo, e non da un punto di vista politico.

Le ultime leggi del Servizio Sanitario, prevalentemente negli ultimi trent'anni, sono leggi finanziarie. Questo la dice lunga. Cioè, l'atteggiamento pubblico nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale è un atteggiamento che lo riguarda come un fatto economico e finanziario, essendoci una sostanziale distorsione.

Per quanto riguarda il discorso sullo spreco degli stipendi e dell'attività manageriale, io porto sempre con me, quando faccio lezione, una fotocopia, anzi un lucido, su cui ho fotocopiato un titolo del Sole 24 Ore di un paio di

anni fa che diceva, più o meno, così: “Nella Sanità, l’80 % delle risorse finanziarie si brucia in stipendi”.

Allora, da un punto di vista manageriale un’Azienda Sanitaria Italiana che si sente dire che le risorse che usa per gli operatori sono il principale valore di un’azienda, opera un intervento di demotivazione di chi lavora lì dentro e di delusione culturale formidabile.

Allora, i manager smettano, una buona volta, di fare i ragionieri, perché ci sono i ragionieri. Smettano di fare i direttori sanitari, perché ci sono i direttori sanitari. Il manager è un leader, è uno che dà il senso dell’azienda, il valore che rappresenta il complesso valoriale dell’azienda, e su queste cose non devono intervenire.

Io, in questo senso, parlo quando mi capita, della funzione culturale del Servizio Sanitario Nazionale. Cultura significa atteggiamento di vissuto; ed allora una miniera di risorse del Servizio Sanitario Nazionale sono gli operatori, sono gli operatori del servizio sanitario, sono gli operatori le principali risorse di tutte le aziende.