

## **Introduzione**

### **di Gian Paolo Zanetta**

Il titolo scelto per il convegno “La Salute, un diritto esigibile?” a 40 anni dall’entrata in vigore del sistema sanitario nazionale può suonare un po’ provocatorio. In realtà la situazione storico-sociale pone ben più di un interrogativo e, quantomeno, ci deve far riflettere sul prossimo futuro. Per questo la Piccola casa della Divina Provvidenza ha sentito l’urgenza di una riflessione che potesse coinvolgere tutti gli attori della sanità pubblica non solo per celebrare i risultati che ci sono e sono anche significativi ma, soprattutto per ragionare in prospettiva. La preoccupazione è che faremo sempre più fatica a sostenere sistemi che garantiscano assistenza e cura a chi non ha risorse per farlo da sé e sistemi universalistici nei quali l’interesse pubblico all’aiuto sia difeso come valore irrinunciabile. Tre sono i principali fattori che congiurano allo scenario futuro: lo sviluppo demografico, lo sviluppo tecnologico e scientifico e le risorse.. La domanda, tuttavia, presuppone tre condizioni ineludibili: la centralità della persona, la crescita sociale e la speranza. I nostri riferimenti sono nella Costituzione Italiana dove, all’articolo 32 si parla della Salute come diritto fondamentale, all’articolo 2 il dovere inderogabile di solidarietà sociale e all’articolo 3 la pari dignità sociale. L’Italia e, ancor più l’Europa deve puntare ad una più ampia coesione sociale, per evitare che aumenti inesorabilmente la base di coloro che non si potranno o non vorranno curarsi per problemi economici. Infine un riferimento al coraggio della responsabilità così come intesa dal filosofo-bioeticista tedesco Hans Jonas che parla della “Responsabilità come cura” che esprime la forma di responsabilità più integrale, ma anche la più originaria, in quanto assume a modello la *cura* dei genitori verso i figli piccoli, sollecitata dal sentimento profondo di dedizione e di amore, ma anche dalla preoccupazione per la loro esistenza ancora del tutto vulnerabile. In riferimento a questo modello, la nuova responsabilità presenta il carattere della totalità, in quanto si fa carico di ogni aspetto dell’esistenza dell’“altro”; il carattere della continuità, perché non può concedersi “vacanze”; il carattere della non reciprocità, perché non è legata ad una promessa di restituzione; è rivolta al futuro, perché la sua funzione è di rendere possibile una crescita libera e autonoma.

## **“Non ammissibili in alcun venerando ospedale”**

**di padre Carmine Arice – Superiore generale della Piccola Casa della divina Provvidenza di Torino**

Salute del corpo e salute dello spirito, cura dello spirito attraverso la cura del corpo: è questo un binomio inscindibile e l'attenzione ad entrambe le dimensioni, con la stessa passione e lo stesso impegno, ci rende ministri di consolazione e portatori di speranza (*nota 1*).

Lo aveva capito bene san Giuseppe Cottolengo che 191 anni fa, *“spinto da Superna Dignazione”* fondò la Piccola Casa della Divina Provvidenza a *“ricovero di taluni di quei miserabili, che altrimenti perirebbero abbandonati, come di condizione morbosa non ammissibili in alcun venerando ospedale... per gli Infermi ... per persone povere ed abbandonate per incamminarle nella via di lavoro e di salute... e dare inizio ad una “stanza d' educazione santa di vari generi di persone povere”*. Sono parole scritte dal Cottolengo stesso al Re Carlo Alberto per il riconoscimento giuridico della Piccola Casa nel lontano 1833 e che per noi, oggi, sono orientamento per l'agire quotidiano.

Già ai tempi del Cottolengo la salute non era un diritto esigibile per tutti. La storia della Piccola Casa vede proprio agli inizi un caso di malasanità a cui il Cottolengo dovette assistere impotente: la morte di una donna gravida e infetta non ammessa negli ospedali cittadini del tempo. Muore sotto gli occhi del marito e dei figli e del canonico Cottolengo che assiste impotente alla scena. Comprendiamo dunque perché il Santo torinese abbia voluto una Casa per *“quanti non sono ammissibili in alcun venerando ospedale”*.

### **Il Cottolengo oggi**

Lasciando agli altri relatori, che ringrazio di cuore per aver accettato l'invito ad essere oggi con noi, un'analisi approfondita del quadro normativo e della risposta alla domanda di salute del nostro Paese alla luce della riforma sanitaria, vorrei ricordare che i milioni di nostri concittadini che l'anno trascorso hanno rinunciato a cure sanitarie necessarie per il loro stato di indigenza, sono volti e sono storie concrete che non di rado bussano anche alla porta delle nostre istituzioni. Sono storie che ci provocano. La frequenza con cui sentiamo statistiche e leggiamo report di esperti sondaggisti, se da un lato è occasione di adeguata conoscenza, dall'altra rischia di portarci ad una certa abitudine soprattutto se ad essere coinvolti non siamo noi stessi o qualche persona a noi cara. Ringraziando il Signore, la vita quotidiana di quest'Opera ci fa tenere i piedi per terra perché sovente ci vede impotenti di fronte alla crescente domanda di cura da parte di persone indigenti. Non si può negare che il sistema sanitario del nostro Paese, a partire dai suoi principi ispiratori, sia tra i migliori al mondo e i risultati positivi sono riscontrabili. Ma non possiamo nemmeno nasconderci la fatica che quotidianamente fanno molti cittadini quando vedono negato il loro diritto alla salute come diritto alla cura.

Nel tempo a mia disposizione vorrei fare alcune considerazioni a partire dall'esperienza della Piccola Casa che, fin dalla sua fondazione, ha accolto sia malati acuti che cronici, persone con disabilità fisiche, cognitive congenite o con disturbo del neurosviluppo, molte delle quali hanno trovato nella famiglia cottolenghina la loro casa per tutta la vita. Verso di loro la Piccola Casa ha sempre sentito la responsabilità di agire con senso giustizia prima ancora che di carità.

Papa Francesco invita ripetutamente a mantenere vivo il carisma fondazionale indicandone anche la modalità. Cito: *“Voi sapete che un carisma non è un pezzo da museo, che resta intatto in una vetrina, per essere contemplato e nulla più. La fedeltà, il mantenere puro il carisma, non significa in alcun modo chiuderlo in una bottiglia sigillata, come se fosse acqua distillata, affinché non sia contaminato dall'esterno. No, il carisma non si conserva tenendolo da parte; bisogna aprirlo e lasciare che esca, affinché entri in contatto con la realtà, con le persone, con le loro inquietudini e i loro problemi. E così, in questo incontro fecondo con la realtà, il carisma cresce, si rinnova e anche*

*la realtà si trasforma, si trasfigura attraverso la forza spirituale che tale carisma porta con sé. Bisogna stare con l'orecchio nel cuore di Dio e la mano nel polso del tempo".*

Se stiamo con l'orecchio nel cuore di Dio sentiamo ripetutamente l'appello della carità di Cristo che ci spinge e ci sprona a rendergli gloria servendo i poveri; se tocchiamo il polso del tempo siamo provocati alla concretezza della carità verso i fratelli sfidando le difficoltà interne ed esterne che ogni giorno dobbiamo affrontare con coraggio e fiducia nella Provvidenza. Tra le sfide che quotidianamente dobbiamo affrontare vorrei ricordarne tre.

### **Le tre sfide: culturale, economica, innovativa**

**La prima sfida che dobbiamo affrontare, prima ancora della sostenibilità economica, è quella culturale.** In un documento dei vescovi italiani si denuncia l'avanzare della cosiddetta *medicina dei desideri*. Se fino a qualche tempo fa le spese sanitarie erano utilizzate soprattutto per curare "i bisogni dei malati", oggi si spende molto anche per rispondere a desideri indotti da una cultura efficientista e dell'immagine (nota 2). Tale operazione è frutto di una visione antropologica funzionalista, denunciata a chiare lettere dal papa già in una delle sue prime udienze quando disse: *"La cultura dello scarto tende a diventare una mentalità comune, che contagia tutti. La vita umana, la persona, non sono più sentite come valore primario da rispettare e tutelare, specie se è povera o disabile, se non serve ancora – come il nascituro –, o non serve più – come l'anziano. Vorrei che prendessimo l'impegno contro la cultura dello spreco, per una cultura della solidarietà e dell'incontro"* (Udienza generale del 5 giugno 2013).

Quali conseguenze, o perlomeno pericoli, per istituzioni come le nostre in un tempo nel quale le risorse economiche sono sempre più limitate, se taluni, come il bioeticista Engelhardt scrive: *"I feti, gli infanti, i ritardati mentali gravi e coloro che sono in coma senza speranza costituiscono esempi di non-persone umane"* (nota 3).

E' difficile apprezzare un'opera sociale come la nostra che per scelta accoglie persone plurimorbide e che è disposta a dividerne il viaggio della vita anche senza alcun riconoscimento di tipo economico, se la loro esistenza è considerata inutile o peggio ancora eccessivamente onerosa. Eppure sono proprio loro ad essere definite dal Cottolengo le perle della Piccola Casa che ci onoriamo di servire. Molti di loro sono indigenti e solo la carità di Dio - che in questa casa assume il nome di Provvidenza - e la generosità di numerosi benefattori assicura loro possibilità e dignità di vita.

**La seconda sfida è quella economica.** L'avanzare galoppante di logiche individualistiche e di mercato, che mirano soprattutto alla ricerca di un presunto bene individuale su quello comune, concorre in modo importante all'attuale crisi economica che sembra insuperabile. (Nota 4) Conseguenze di tale crisi è anche l'aumento della povertà sanitaria. Ed è proprio per tenere la mano nel polso del tempo, che la Piccola Casa cerca di rispondere, pur con i suoi limiti e nella misura del possibile, offrendo cure sanitarie e assistenza con contributi economici da parte degli utenti proporzionate alle loro possibilità e non di rado anche gratuite. Ne è un esempio l'ambulatorio "Granetti", nome del medico che ha aiutato il Cottolengo ai tempi della fondazione, aperto presso il nostro ospedale per rispondere gratuitamente a prestazioni sanitarie fondamentali. A questo ambulatorio vi accedono, assieme a immigrati, anche molti italiani.

**La terza sfida la raccolgo dalle parole di papa Francesco, il quale ci invita sovente a non rimpiangere nostalgicamente un passato che non c'è più, ma ad accogliere un presente che ci provoca con una fedeltà creativa che coniughi nel tempo carisma di fondazione e mission.** E' stato giustamente affermato che la forza carismatica di un istituto si manifesta specialmente nella sua capacità di essere sempre nuovo, originale, necessario, urgente, profetico ed evangelicamente rivoluzionario. La profezia che ha le sue radici nella memoria, ma guarda avanti con coraggio.

In questa linea si pone *la nostra rinnovata scelta preferenziale per i poveri*, e che oggi ci chiede di riflettere sulle nostre presenze e in un discernimento condiviso, se fosse necessario, di riconvertire attività che già trovano risposte in alcuni venerandi ospedali. La sfida è grande, ma una istituzione di ispirazione cristiana come la nostra non può la può trascurare, pena la sua insignificanza. In questo senso abbiamo dato piena disponibilità a quanti sono responsabili della gestione sanitaria della nostra Regione ad aprire servizi nuovi per rispondere a nuove emergenze quali la salute mentale o gli anziani nella fase terminale della loro vita essendo queste categorie di persone dove gli indigenti sono numerosi.

Nel giugno del 2015, papa Francesco visitandoci ha denunciato la cultura dello scarto che considera gli anziani e le persone con disabilità, come esistenze non più degne di essere vissute, e ha concluso: *“Questo è peccato, è un peccato sociale grave. Con che tenerezza invece il Cottolengo ha amato queste persone! Qui possiamo imparare un altro sguardo sulla vita e sulla persona umana!”*. E' questo sguardo, prima forma di cura, che con l'aiuto di Dio e di quanti sostengono la nostra missione vorremmo continuare ad avere.

### **Note bibliografiche**

1 *“Le Istituzioni sanitarie cattoliche costituiscono una specifica modalità con cui la comunità ecclesiale mette in pratica il mandato di curare gli infermi”*. Consulta Nazionale CEI per la pastorale della sanità, *La Pastorale della salute nella Chiesa italiana*, 1989, n.54.

2 Cfr Commissione Episcopale per il servizio della carità e la salute, *Predicate il Vangelo e curate i malati*, 2006, nn.10-13.

3 Engelhardt jr. *The foundation of bioethics*, p.107.

4 Cfr. Stefano Zamagni, *Convegno Nazionale AIPaS, Testimoni della fede nella pastorale della salute*, Assisi 18 ottobre 2012, citando una statistica della Banca d'Italia del luglio 2012.

## **Aspetti positivi della Riforma Sanitaria di Mons. Stefano Russo, Segretario Generale CEI**

Sui quotidiani non mancano analisi e statistiche relative al sistema. Più avare sono, invece, le risposte per far fronte alle fatiche del sistema e alla crescente povertà sanitaria, che segna in modo importante il nostro Paese e rende difficoltoso a molti cittadini l'accesso alle cure. Con ragione papa Francesco, denuncia il pericolo di un *"eccesso diagnostico"* perché non sempre le abbondanti analisi sono accompagnate da proposte concrete e risolutive (cfr. EG 50). Questo dice certamente la complessità del problema, ma anche la fatica di osare strade nuove ed efficaci. Prima di far presente alcuni aspetti problematici, mi preme però sottolineare alcuni elementi positivi del nostro sistema sanitario e che la sua riforma, 40 anni fa, ha potenziato portando il nostro Paese ad essere considerato degno di nota anche a livello internazionale per la qualità di cura offerta. L'applicazione del principio costituzionale per il quale esiste il diritto alla salute e alla cura per tutti (art. 32), fa eco al dettame della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948 per la quale *"l'unico e sufficiente titolo necessario per il riconoscimento della dignità dell'individuo è la sua partecipazione alla comune umanità"*. La Dichiarazione non suggerisce altra indicazione che l'essere *individui umani*, per vedere riconosciuta la propria dignità. Ritengo utile ribadire l'importanza di questo principio, poiché, in un tempo come il nostro, attraversato da una seria crisi antropologica che nega il primato dell'uomo (cfr *Evangelii Gaudium*, 51) si rischia di non cogliere la ricchezza di ciascuno, anche quando fosse estremamente fragile e compromessa. Papa Francesco, nel messaggio per la Giornata Mondiale del Malato del 2015, scrive: *"Quale grande menzogna si nasconde dietro certe espressioni che insistono tanto sulla 'qualità della vita', per indurre a credere che le vite gravemente affette da malattia non sarebbero degne di essere vissute!"*.

Sul riconoscimento incondizionato della dignità dell'individuo si fonda anche tutta l'attività del Cottolengo che da più di 190 anni privilegia la cura delle persone con gravi difficoltà psicofisiche. Incoraggio la famiglia cottolenghina a continuare su questa strada così da essere un segno eloquente della carità di Cristo per i più poveri.

Con l'affermazione del valore universalistico la riforma sanitaria si è ispirata anche al principio di uguaglianza di trattamento. Nel tempo ulteriori modifiche ne hanno segnato il percorso attuativo con l'intento di adeguarla alle necessità gestionali, organizzative e di allocazione delle risorse disponibili, fino a giungere all'attuale sistema. Degno di nota è la riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 che ha portato ad una gestione della sanità che, al di là delle intenzioni, ha di fatto disegnato un'Italia "a macchia di leopardo", dove investimento delle risorse e offerta delle cure trovano significative differenze, sovente a scapito delle fasce più deboli. E su questo è urgente fare una seria riflessione.

Non possiamo comunque, negare alcuni risultati positivi del cammino di questi anni; ne sottolineo in particolare quattro:

- aver posto l'attenzione oltre che sulla cura anche alla prevenzione e alla riabilitazione;
- l'aver migliorato sensibilmente l'aspettativa di vita, diventando tra i Paesi con gli abitanti più longevi al mondo;
- l'aver contribuito in modo significativo alla ricerca e ai progressi scientifici, offrendo luoghi di eccellenza per la cura di numerose patologie;
- l'aver definito i livelli essenziali di assistenza con un monitoraggio continuo dell'evolversi

### **Aspetti problematici del contesto sociale e del sistema**

Accanto a questo dobbiamo considerare, non senza preoccupazione, le molte questioni aperte e alcune criticità, rese particolarmente gravi dalla crisi economica.

L'accesso alle cure sanitarie sta diventando un privilegio per pochi, le liste di attesa sono più lunghe per la diminuzione di professionisti, i ticket di compartecipazione in aumento. Se la spesa privata in materia di sanità arriva a lambire i quaranta miliardi di euro per potersi curare, si è di fronte a un dilemma: o ti impoverisci o rinunci alle cure. Questo tema ha toccato lo scorso anno oltre un milione e trecento mila nuclei familiari!

L'insicurezza economica e l'indigenza, raccontano gli esperti, sono concause per l'aumento e l'aggravarsi di alcune patologie; la povertà sociale fa aumentare la povertà di salute, e poiché per la situazione economica l'accesso alle cure per molti è problematica, si crea un circolo vizioso difficile da interrompere. Se uniamo a questo fenomeno l'aumento delle malattie croniche e l'investimento economico necessario per curarle, la situazione si complica ulteriormente. Qualcuno potrebbe obiettare: se le risorse scarseggiano anche la buona volontà di fare di più è messa in discussione. Questo è vero solo parzialmente. Infatti, sono fin troppo noti sia la corruzione che in Italia è stimata annualmente in 6 miliardi (il 41 % di chi si è rivolto a liberi professionisti dichiara di aver saldato in nero l'onorario) sia gli sprechi che portano un danno pari a 8 miliardi di euro l'anno. Anche di fronte agli amministratori più ravveduti, nessun sistema di assistenza sanitaria - universalistico, a copertura mista o assicurativo che sia - è in grado di reggere. Risuonano le parole di papa Francesco espresse nel XXV anniversario della Giornata Mondiale del Malato: *"Se c'è un settore in cui la cultura dello scarto fa vedere con evidenza le sue dolorose conseguenze è proprio quello sanitario. Quando la persona malata non viene messa al centro e considerata nella sua dignità, si ingenerano atteggiamenti che possono portare addirittura a speculare sulle disgrazie altrui. E questo è molto grave!* Tutto questo fa dire che non solo la Chiesa ma l'intera nostra società sono un ospedale da campo, segnato da una crisi antropologica e che pone il profitto come prospettiva predominante. Sì, la vera crisi, madre di tante altre che stanno subendo soprattutto i più indigenti, è una crisi dell'umano che risponde con fatica alla domanda primigenia: *"Dov'è tuo fratello?"*. In questo contesto socio-culturale preoccupa pensare una popolazione anziana che conosce su 12,5 milioni di ultrasessantacinquenni oltre 3 milioni di non autosufficienti dei quali 1,2 milioni di anziani sono affetti da patologie neurodegenerative. Prima di considerare se sia giusto o meno dare la morte a chi la chiede, dovremmo creare le condizioni utili affinché nessuno la domandi per disperazione, solitudine e mancanza di aiuto. *"Una società che non riesce ad accettare i sofferenti e non è capace di contribuire mediante la com-passione a far sì che la sofferenza venga condivisa e portata anche interiormente è una società crudele e disumana"*, ricordava Benedetto XVI (*Spe Salvi*, 38). 3.

### **Alcuni suggerimenti**

Nessuno ha la bacchetta magica per risolvere questioni così grandi, ma non possiamo arrenderci nel cercare di offrire insieme al nostro Paese un di più di umanità. Mi limito ad alcune considerazioni conclusive.

Innanzitutto, va ribadito che: *senza etica non c'è sistema che tenga; senza società, senza un gruppo, nel quale l'uomo può definirsi e riconoscersi, non c'è nemmeno salute*. Quando i fondatori di grandi opere di carità e di cura (come il Cottolengo) hanno risposto alla domanda di salute delle fasce più indigenti della società del loro tempo, partivano da una consapevolezza: la sorte e la vita del fratello che mi sta davanti mi appartiene. I grandi uomini della cura avevano coscienza che se volevano essere fedeli all'origine della loro esperienza, quella nata dall'incontro con la Persona di Cristo dovevano essere fedeli anche alla storia e incarnare in opere visibili ed eloquenti il loro pensiero sull'uomo e il senso che li facevano vivere.

Se l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo economico ci dice che il 20/30 % del danaro messo a disposizione per la sanità è sprecato, questo significa che il sistema non funziona soltanto per motivi organizzativi, ma anzitutto perché manca di coscienza. Promuovere un *welfare*

*generativo* partecipato potrà davvero aiutarci ad iniziare quel lungo percorso che ci aspetta per superare questo momento di crisi.

Accanto a questa attenzione è necessaria una prossimità reale che, mentre lavora per la giustizia e la legalità non aspetta, si rimbocca le maniche e opera perché quell'uomo che incontra sulla strada riceva segni di salute e di salvezza.

A questo proposito non posso fare a meno di ricordare l'importante apporto offerto alla società dalle istituzioni sanitarie di matrice ecclesiale, sorte per rispondere, anche con carattere di supplenza, a bisogni urgenti e che nel tempo hanno donato luoghi di cura davvero di eccellenza e che contribuiscono a un risparmio della spesa statale annuo nel settore sanitario che si aggira attorno a un miliardo e duecento milioni di euro.

Se ai carismi ospedalieri oggi serve la capacità di rileggere la loro offerta a partire dai reali bisogni del cittadino, soprattutto più poveri, ai responsabili della cosa pubblica è richiesta un'applicazione del principio di sussidiarietà che riconosca il servizio di matrice ecclesiale parte della rete nazionale e regionale, con tutti i diritti e i doveri che ne conseguono.

E infine, se è vero che non si può dare tutto a tutti, è anche vero che non si possono ignorare gli indigenti. Per questo, qualsiasi sia la soluzione che insieme potremo trovare, questa dovrà tenere conto che il diritto alla salute è anzitutto diritto alla cura per quanti hanno una situazione reddituale oggettivamente carente.

## **Trasparenza e vigilanza**

**Di Mariella Enoc, Presidente Ospedale Bambin Gesù di Roma**

Controllo e trasparenza sono criteri essenziali e direi imprescindibili per una corretta conduzione delle vostre Opere. Entrambi aiutano a salvaguardare un patrimonio che ha una composizione ricca e variegata: la specificità del Carisma, le persone e poi c'è - quello che io chiamo - il patrimonio sociale; c'è l'Opera che concretizza nella realtà la nostra azione, nel rispetto delle leggi e dei regolamenti (quelli canonici e quelli dello Stato in cui si svolge l'iniziativa).

Controllo e trasparenza sono essenziali perché le vostre Opere raggiungano gli obiettivi che si pongono. Ne rappresentano uno snodo cruciale e strategico. Le Opere che voi avete tra le mani sono nate da un carisma, a volte possono essere datate. I due criteri sono fondamentali per attualizzarle, in modo da rendere visibile il carisma oggi. Le migliori pratiche fanno riferimento al controllo come ad un'entità diretta a valutare l'adeguatezza e le effettive implementazioni del disegno organizzativo, dei processi interni e a valutare le azioni correttive. Molte volte il tema del controllo è individuato nelle Opere della Chiesa come un continuo verificare tutto quello che sta succedendo, anche nelle cose più piccole e inutili. Il controllo ha un altro scopo, serve per governare i processi e deve essere esercitato in un'altra maniera. Deve essere un controllo intelligente dotato di regole aziendali da perseguire. Il controllo è una modalità di operazione ordinaria, non deve essere attuato solo nei momenti di crisi, magari chiamando una famosa società di certificazione a cui si affida cecamente e ingenuamente la risoluzione di tutti i nostri problemi. Il controllo è un esercizio da eseguire nella quotidianità, facendosi aiutare, se esso non è un processo consueto. Bisogna che lo mettiate in atto oggi o domani, anche se l'Opera va bene - anzi meglio se l'Opera va bene. Bisogna abituarsi a questo processo, bisogna abituare i religiosi e le religiose, che comunque rappresenteranno sempre l'Opera; anche se potranno affidare l'azione manageriale a laici esperti. Ma diciamo che l'Assemblea degli azionisti (per usare una parola aziendale) sarà sempre dei religiosi; loro dovranno scegliere per fornire le indicazioni coerenti con il loro carisma. Il controllo va avviato immediatamente, in maniera scientifica e trasparente, in modo che, ogni giorno, tutti i nostri collaboratori siano informati. Non si arriva di notte in segreto ad aprire il cassetto (come è capitato) per vedere cosa c'è dentro, se qualcosa è stato nascosto. Bisogna agire alla luce del sole. Bisogna comunicare quello che sta succedendo nella vostra economia e ai vostri beni. Forse non c'è nessuno nella vostra comunità con un profilo professionale adeguato, allora è opportuno scegliere una persona dall'esterno con tali caratteristiche, ovviamente spetta poi a noi mantenere il governo dei processi avviati. Avere un controllo vuol dire avere una supervisione della gestione, delle singole voci o delle singole Opere o dei singoli reparti di un'Opera, per sapere dove le cose stanno portando benefici o dove invece si traducono in fallimenti. Sapere, poi, che un'Opera è in perdita, non vuol dire chiuderla. Però bisogna discernere se essa è una vera Opera di carità, se risponde all'espressione migliore del vostro carisma. Qualora la risposta fosse positiva, l'opera va conservata, ma ci deve essere un altro settore che renda possibile il mantenimento dell'azione per i poveri. Una sana gestione dei beni della Congregazione richiede la valorizzazione della redditività dei beni posseduti; oppure la capacità di organizzare attività di fundraising per sostenere l'Opera. Non si può rischiare che un'impresa distrugga tutto il patrimonio di una Congregazione. Questa è una norma di grande prudenza e di grande attenzione. Una Congregazione non può mancare a quella che è la sua vocazione vera, il suo carisma; non può smettere di dedicarsi ai poveri, o ai bambini, o all'educazione o a quello per cui è nata, ma deve essere molto attenta nella capacità di sostenere l'Opera e di vedere quali sono i cambiamenti nel tempo. Questa è una forte trasformazione culturale. Le alternative al controllo per una sana gestione, poi, sono pericolose: vendere l'opera quando non sta più in piedi; trovare continuamente piccoli escamotage per andare avanti. Fino a



quando? Finché la crisi non porta alla richiesta di concordato preventivo in continuità o similari? Queste forme le reputo eticamente inammissibili per una congregazione religiosa, perché questo significa far pagare la nostra responsabilità alle persone, ai lavoratori, ai nostri fornitori, Anche loro sono delle comunità di persone. Quante volte io ho visto fornitori andare in crisi e fallire, perché le Congregazioni religiose hanno fatto queste scelte o hanno dovuto fare queste scelte. Sento una grande responsabilità non soltanto verso le persone che assistiamo, che curiamo, delle quali ci facciamo carico, ma verso tutta la comunità che ne fa parte, ad esempio i lavoratori, chi lavora per noi e con noi. Oggi mandare a casa venti, trenta, cinquanta persone, vuol dire creare un disastro sociale molto più grande di quello, forse, di ricoverare meno persone. Questo è un tema da tenere in considerazione. Molte volte mi rendo conto che si dice: "Noi dobbiamo occuparci prima dei malati, poi dei lavoratori. Loro ricevono uno stipendio e non sono parte di noi" . Per essere una comunità vera, noi dobbiamo rispettare anche i nostri collaboratori esterni, perché ci forniscono dei beni, ci danno dei servizi ed entrano in connessione con noi. Il disinteresse diventa il vero scandalo che noi diamo all'esterno: non il fatto che un'Opera vada male, ma che noi concorriamo a creare dei problemi sociali. Questa è veramente una questione su cui riflettere. Ecco perché è così importante sapere cosa fare, e controllare come va la nostra economia: non per diventare taccagni, avari, o per dire 'dobbiamo tenere il bene', ma per gestirlo al meglio. È la parabola dei talenti: i talenti ci sono stati dati, perché noi li mettessimo a disposizione, ma se quei talenti li sprechiamo tutti, non ne avremo più da mettere a disposizione.

Trasparenza e controllo vanno di pari passo. Essere trasparente ovviamente non significa non dire le bugie. Essere trasparente vuol dire mettere in atto un percorso di comunicazione, non soltanto dall'alto al basso, ma soprattutto dal basso verso l'alto. Questa è la comunicazione che molte volte manca. Noi dobbiamo responsabilizzare tutti i nostri collaboratori - religiose, religiosi, laici consacrati, laici, semplici lavoratori - tutti devono prendere parte alla vita della nostra Opera, un rischio che ho notato tante volte e che vedo a volte anche nell'ospedale di cui adesso sono (lo dico sotto voce) "il presidente", è proprio quello di non avere una comunicazione trasparente; così si rischiano incomprensioni tra i diversi lavoratori, tra le diverse funzioni, per cui si comunica da un ufficio all'altro mandandosi delle mail, a cui si risponde con delle mail arrabbiatissime.

Si innescano dei processi molto difficili da gestire in una comunità di persone. Le vostre Opere sono sostanzialmente basate sul lavoro delle persone. Per quanta tecnologia possiamo utilizzare nel campo della sanità e dell'assistenza, la nostra vera ricchezza non sono le macchine, ma le risorse umane. La trasparenza ci chiede di abituarci a un percorso che non sia caratterizzato da piccole furbizie (non diciamo questa cosa perché poi "se si viene a sapere ... "). Proviamo invece a metterei veramente "nudi" di fronte agli altri senza avere paura di condividere le difficoltà esistenti. Tempo fa sono arrivata in un ospedale di Como, che oggi non c'è più, un ospedale molto importante che aveva una quantità davvero impressionante di problemi economici e c'erano mille dipendenti. Il mio primo problema è stato quello di salvare i dipendenti. Ma il primo impegno da affrontare è imparare a comunicare con loro che non si fidavano più. Ero vista come una persona che faceva tante promesse, forse diceva belle parole, forse aveva una maniera piacevole di esprimersi, ma non era credibile. Naturalmente la diffidenza nasce soprattutto in aziende che vivono una crisi molto forte. La trasparenza deve essere un processo che non lascia nulla di eluso, ma tutto viene man mano comunicato ai vari livelli, alle varie responsabilità e man mano si cresce. Però il processo è a due direzioni dall'alto verso il basso e dal basso verso l'alto.

Da quasi due anni mi trovo all'ospedale "Bambin Gesù", una realtà che mi sembra abbastanza complessa. Dopo ogni consiglio di amministrazione io racconto le cose che il consiglio ha deciso e lo faccio tramite intranet perché ci sono quasi tremila dipendenti e non li posso incontrare tutti di persona; ma tutti, dal primo all'ultimo, da chi è capo di dipartimento a chi pulisce. Devono sapere quali sono le strategie future a cui l'ospedale va incontro. Devo inoltre essere responsabile, devo

mantenerli informati, devo dare le cifre. Ho conosciuto un ospedale in cui i dipendenti erano abituati a sentirsi dire che tutto andava male, perché si pensava che in quel modo i dipendenti lavorassero di più. Invece, al contrario, dico sempre la verità sia quando le cose vanno male che quando vanno bene, perché non ci sia solo il terrore, ma anche la soddisfazione di sapere che si contribuisce all'Opera in modo positivo. Questa trasparenza non s'incontra facilmente nelle nostre Opere perché c'è un po' l'abitudine che il governo dell'Opera mantenga il segreto su alcuni temi, alcune strategie, alcuni problemi. E tutti gli altri hanno delle informazioni, se va bene, molto mediate. Però se si arriva al momento della crisi si comincia a dialogare con i lavoratori attraverso i sindacati, ma senza avere responsabilizzato prima le persone tramite la conoscenza di quello che sta succedendo. È forse utile anche accogliere qualche volta i consigli degli altri. Io sto incontrando tutti i primari dell'ospedale. Le caposala e a tutti chiedo: "Mi dice per favore che cosa non va bene in questo ospedale? In che cosa questo ospedale può migliorare?". Perché non abbiamo bisogno di complimenti o di gratificazione, siamo lì apposta per risolvere i problemi e più questi problemi sono trattati con trasparenza, più abbiamo il coraggio di farceli dire da tutti, più coinvolgeremo le persone nella risoluzione di tali problemi. Quindi la trasparenza non è soltanto dire: "Questa è una casa di vetro in cui tutti possono leggere", ma leggere che cosa? Che cosa diamo noi? I numeri? Le strategie? I processi che abbiamo in mente? Attenti alle parole troppo facili: io ho sentito dire tante volte: "Ma noi siamo una casa di vetro". Sì, per vederci dentro che cosa? Le piante verdi? Allora la trasparenza si raggiunge soltanto se si avvia un forte processo di comunicazione. Saper comunicare non è la cosa più facile del mondo; comunicare è informare, coinvolgere e ascoltare. Se questi tre momenti non vengono vissuti insieme noi diamo semplicemente qualche notizia e la nostra trasparenza non deve dimenticare che al centro non c'è un'Opera, ma le persone che costituiscono quell'Opera. Quindi, noi non possiamo essere gelosi del nostro ospedale se quell'ospedale non risponde più, oggi, alle esigenze del territorio e obblighiamo le persone ad una situazione di tensione e di precarietà, senza fare una lettura trasparente di quello che è invece necessario. È necessario comprendere la società di oggi, i bisogni di oggi, comprendere dove il nostro carisma può incidere meglio e può dare un frutto maggiore. Invece noi molte volte cerchiamo di essere trasparenti, ma con gli occhi chiusi, perché non ci piace vedere la realtà che ci sta attorno; viviamo in uno stato di difesa del nostro orticello, pensiamo che la difesa sia la salvezza, quindi ci arrocciamo in atteggiamenti e in decisioni che non sono coerenti, che non sono trasparenti e cerchiamo di portare avanti così le nostre Opere. Però in questo modo manchiamo alla verità e alla trasparenza del carisma. Oggi ci dobbiamo interrogare verso quale direzione orientare la nostra Opera. Che cosa si deve fare? Molte volte manchiamo di trasparenza anche nei confronti degli enti erogatori e degli enti che ci controllano dal punto di vista delle leggi degli Stati in cui ci troviamo. Recentemente mi è stato chiesto di occuparmi del famoso ospedale dei bambini che il Papa ha visitato in Centro Africa; mi sono state messe a disposizione da più parti anche risorse importanti. Questo ospedale, però, è del governo Centrafricano e io non muovo neanche un mattone se prima il governo Centrafricano non mi concede le autorizzazioni necessarie. Perché anche l'Africa va rispettata e aiutata a crescere, sarebbe veramente scorretto se andassi in quell'ospedale perché me lo ha detto il Papa e operassi senza considerare le leggi locali. Qualche volta qualcuno mi ha detto, parlando ad esempio degli ospedali classificati, che" con meno trasparenza e correttezza nei bilanci si potrebbe aggiustare la posizione di molte strutture. Noi non dobbiamo avere timore di fare entrare nei nostri organi di controllo una persona non appartenente alla Congregazione. Dobbiamo essere capaci di fare entrare più persone. Il 'Bambin Gesù' è addirittura un ospedale extraterritoriale, ma non trae vantaggi dalla extraterritorialità. La scelta è di rispettare anche le leggi italiane; noi siamo finanziati dal sistema sanitario nazionale e quindi per alcune materie il nostro riferimento è il sistema statale nazionale, mentre per altre ci sono le leggi dello Stato Vaticano. Per me la trasparenza rende visibile la

visione che dobbiamo avere. Oggi c'è bisogno di avere una visione. Non dobbiamo continuare a vivere le preoccupazioni quotidiane come se stasera non potessimo cenare: tutte le Congregazioni "alla fine cenano. Il problema è la visione: i vostri fondatori hanno avuto grandi visioni, hanno avuto visioni di rapporti coi poveri veri, poveri di molte cose, non soltanto di beni materiali, poveri di salute, poveri di relazioni. Se oggi vogliamo davvero che le nostre Opere possano continuare a essere una grande testimonianza della carità della Chiesa, la visione deve essere una grande visione. C'è bisogno di visionari, forse c'è bisogno anche di sognatori, perché i sogni da concretizzare e le visioni da realizzare allentano la tensione verso i beni, verso il "ce la faccio", ci permettono di andare oltre. Credo che questo ci aiuterebbe anche a modificare un po' le nostre Opere, ad essere meno dipendenti da loro. Dobbiamo invece essere convinti che le possiamo trasformare perché quello che la Chiesa e il mondo chiedono oggi forse è diverso, e se noi sappiamo rimettere in gioco le nostre Opere con prudenza, con controllo, con trasparenza, probabilmente in futuro continueranno ad essere Opere di grande profezia.



# SSN e Sanità Cattolica: 40 anni dopo

Federico Spandonaro

*Università degli studi di Roma Tor Vergata*

*Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità*



# 1978

- ❑ Elementi di attenzione:
  - ❑ Universalismo
  - ❑ Riduzione delle disparità
  - ❑ Integrazione (approccio olistico)
  - ❑ Sussidiarietà (?)

# 2018

- ❑ Elementi di attenzione:
  - ❑ Liste di attesa
  - ❑ Personale
  - ❑ *Governance* farmaceutica
  - ❑ Mancato rifinanziamento
  - ❑ Sanità integrativa
  - ❑ Regionalismo differenziato

# Sintesi (1/2)

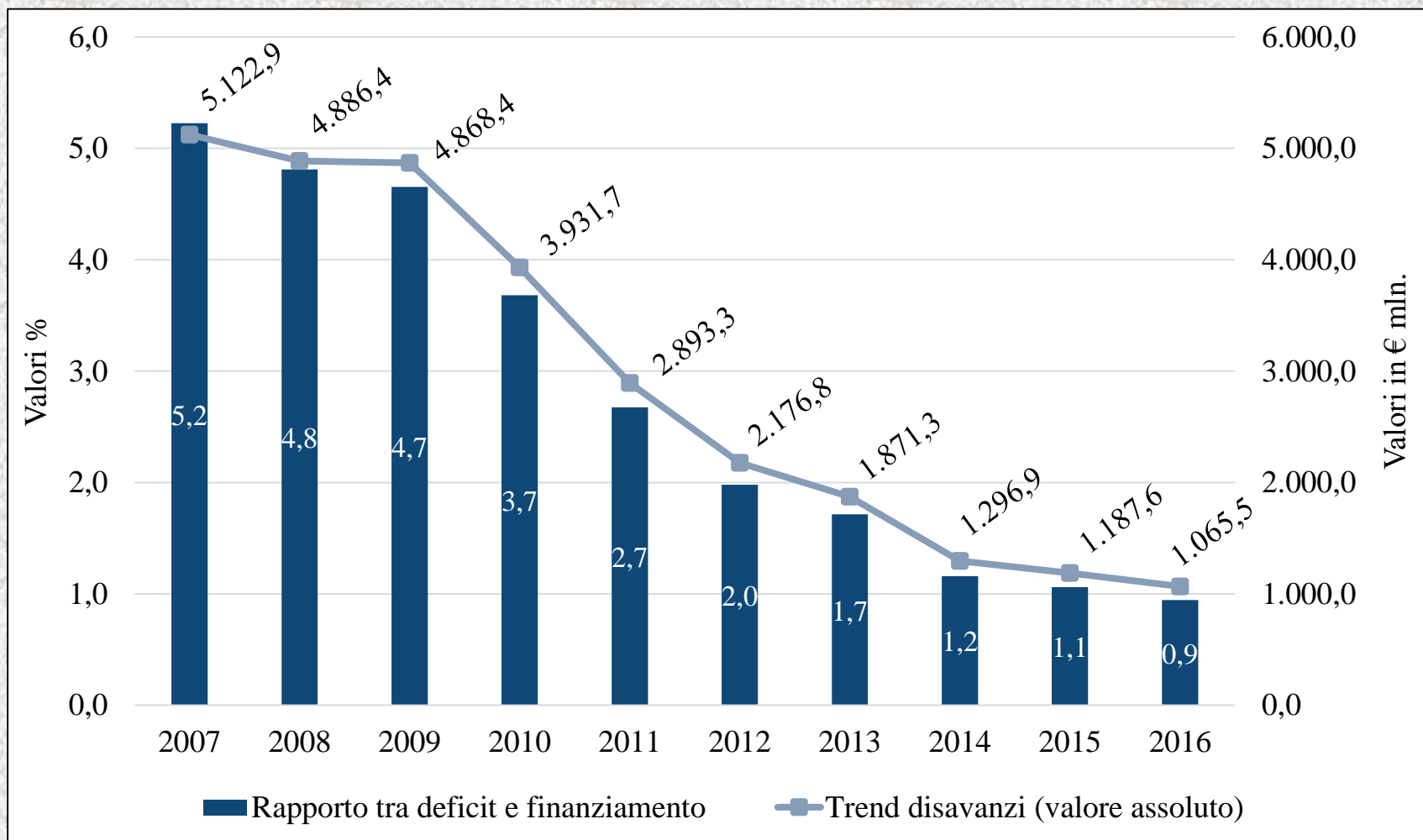
- ❑ 1978
  - ❑ I principi
- ❑ 1992
  - ❑ Non si toccano i principi
  - ❑ Entra l'economia ... e nuove logiche di programmazione (dimenticate)
  - ❑ Si ripensa la sussidiarietà (ma non decolla)

# Sintesi (2/2)

- ❑ 2001
  - ❑ Nuova governance (Federalismo) per completare il risanamento finanziario
  - ❑ Nuova solidarietà (Equità in parte sacrificata all'efficienza)
- ❑ 2018
  - ❑ Fine dell'emergenza finanziaria
  - ❑ Assenza di un disegno strategico
  - ❑ Continua a mancare una posizione chiara sulla sussidiarietà

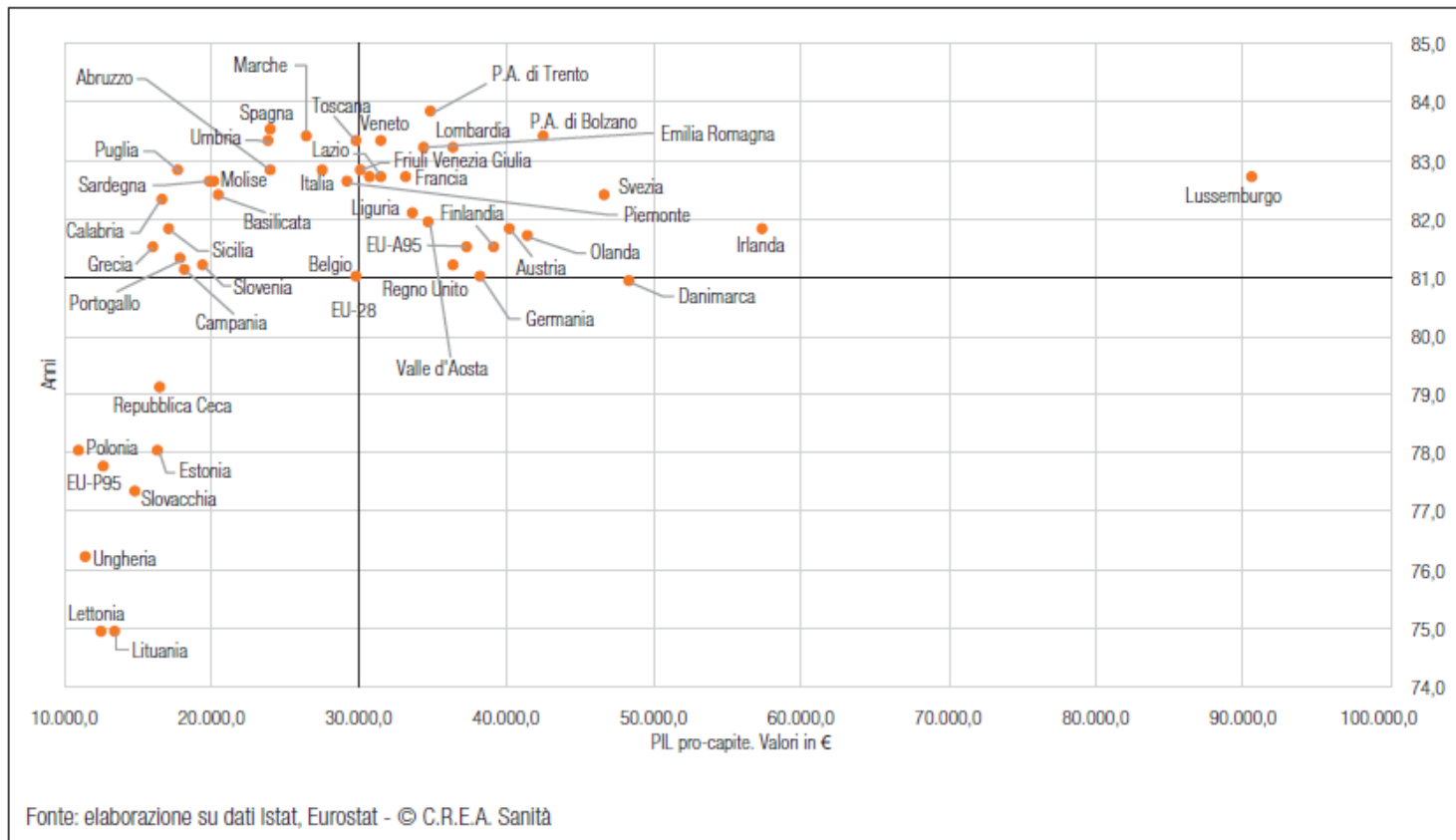


## Rapporto deficit su finanziamento e trend disavanzi



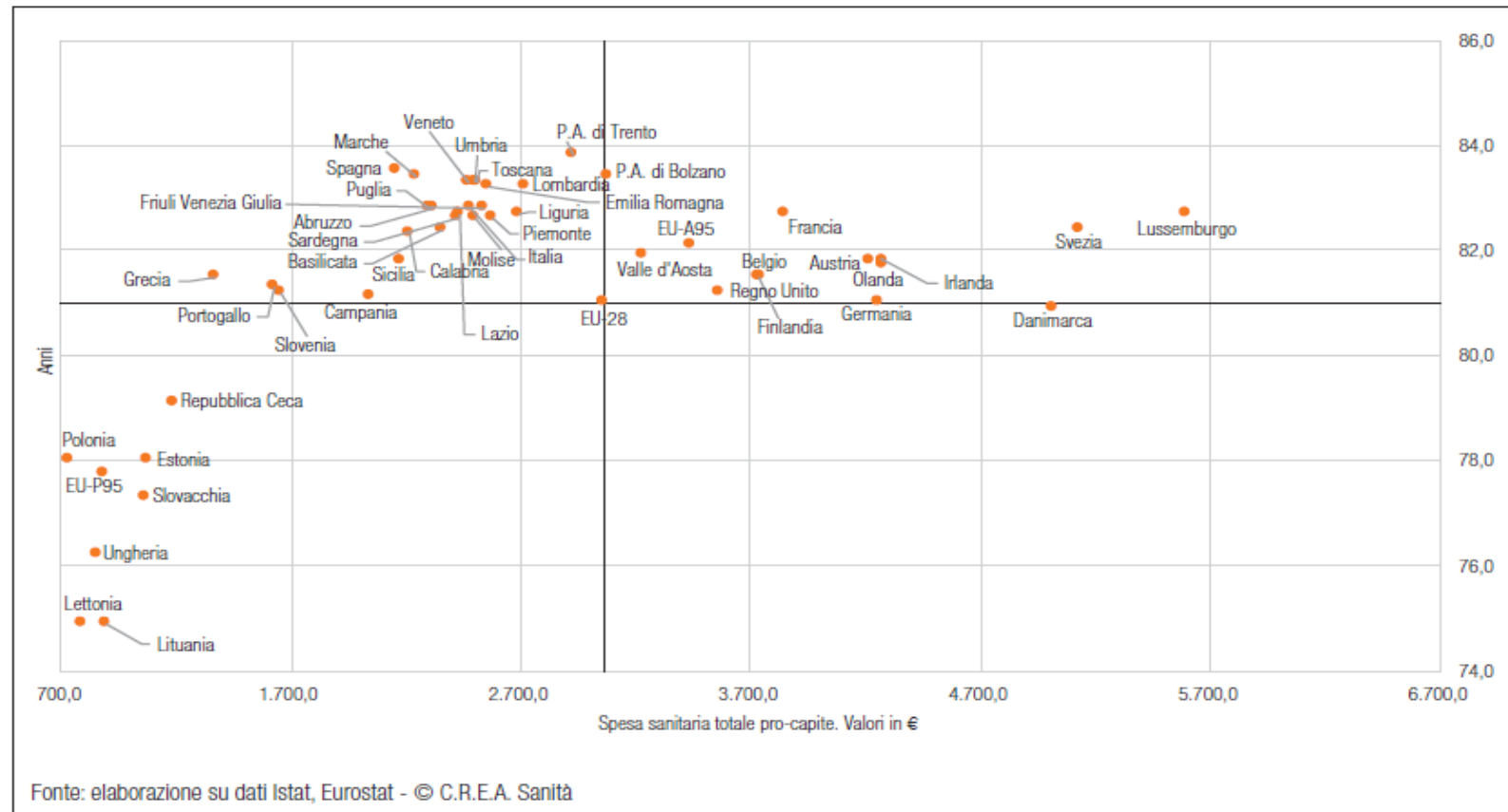
# Speranza di vita e PIL

Figura 4c.4. Speranza di vita alla nascita vs PIL pro-capite. Anno 2016



# Speranza di vita e spesa

Figura 4c.5. Speranza di vita alla nascita vs spesa sanitaria totale pro-capite. Anno 2016



# Prevenzione e stili di vita

Indicatore	Unità misura	Anno	Fonte	Valore Italia	Media valori (n° Paesi osservati)	Paese (valore massimo)	Paese (valore minimo)
Obesità persone 15+	%	2016 (o più vicino)	OECD	9,8	16,6 (23)	Ungheria (21,2)	Italia (9,8)
Spesa programmi di prevenzione in % della spesa pubblica corrente	%	2016	OECD	4,7	2,8 (23)	Regno Unito (5,1)	Slovacchia (0,7)
Consumo di alcol persone 15+	Litri pro-capite	2016 (o più vicino)	OECD	7,1	10,0 (23)	Lituania (13,2)	Grecia (6,5)
Obesità adulti 18+	%	2016	WHO	23,0	25,3 (28)	Malta (31,0)	Danimarca (21,0)
Spesa pro-capite per programmi di prevenzione	€	2016	OECD	87,4	61,0 (23)	Regno Unito (145,2)	Slovacchia (5,9)
Persone 15+ che fumano giornalmente	%	2016 (o più vicino)	OECD	20,0	20,0 (23)	Grecia (27,3)	Svezia (10,9)
Donne 50-69 anni che hanno effettuato mammografia in programma organizzato screening	%	2016 (o più vicino)	OECD	60,0	59,7 (17)	Finlandia (82,2)	Lettonia (27,4)
Eccesso ponderale (sovrappeso+obesità) ragazzi di 15 anni	%	2013-2014	OECD	15,5	14,5 (23)	Grecia (21,5)	Danimarca (9,5)
Anziani 65+ vaccinati contro influenza stagionale*	%	2016 (o più vicino)	OECD	49,9	36,2 (23)	Regno Unito (70,5)	Estonia (2,8)
Bambini a 1 anno vaccinati con 3 dosi DTP	%	2017	OECD	94,0	96,7 (19)	Grecia, Ungheria e Lussemburgo (99,0)	Finlandia (89,0)
Adulti 16+ che praticano attività fisica insufficiente	%	2010	WHO	36,9	27,3 (28)	Malta (45,2)	Estonia (15,2)
Obesità adolescenti 10-19 anni	%	2016	WHO	10,0	8,0 (28)	Malta e Grecia (12,0)	Estonia (5,0)
Obesità bambini maschi 6-9 anni	%	2015-2017	WHO	21,0	13,5 (23)	Italia e Cipro (21,0)	Danimarca (5,0)
Adolescenti 11-17 anni che svolgono attività fisica insufficiente	%	2010	WHO	91,8	81,1 (27)	Italia (91,8)	Irlanda (71,6)

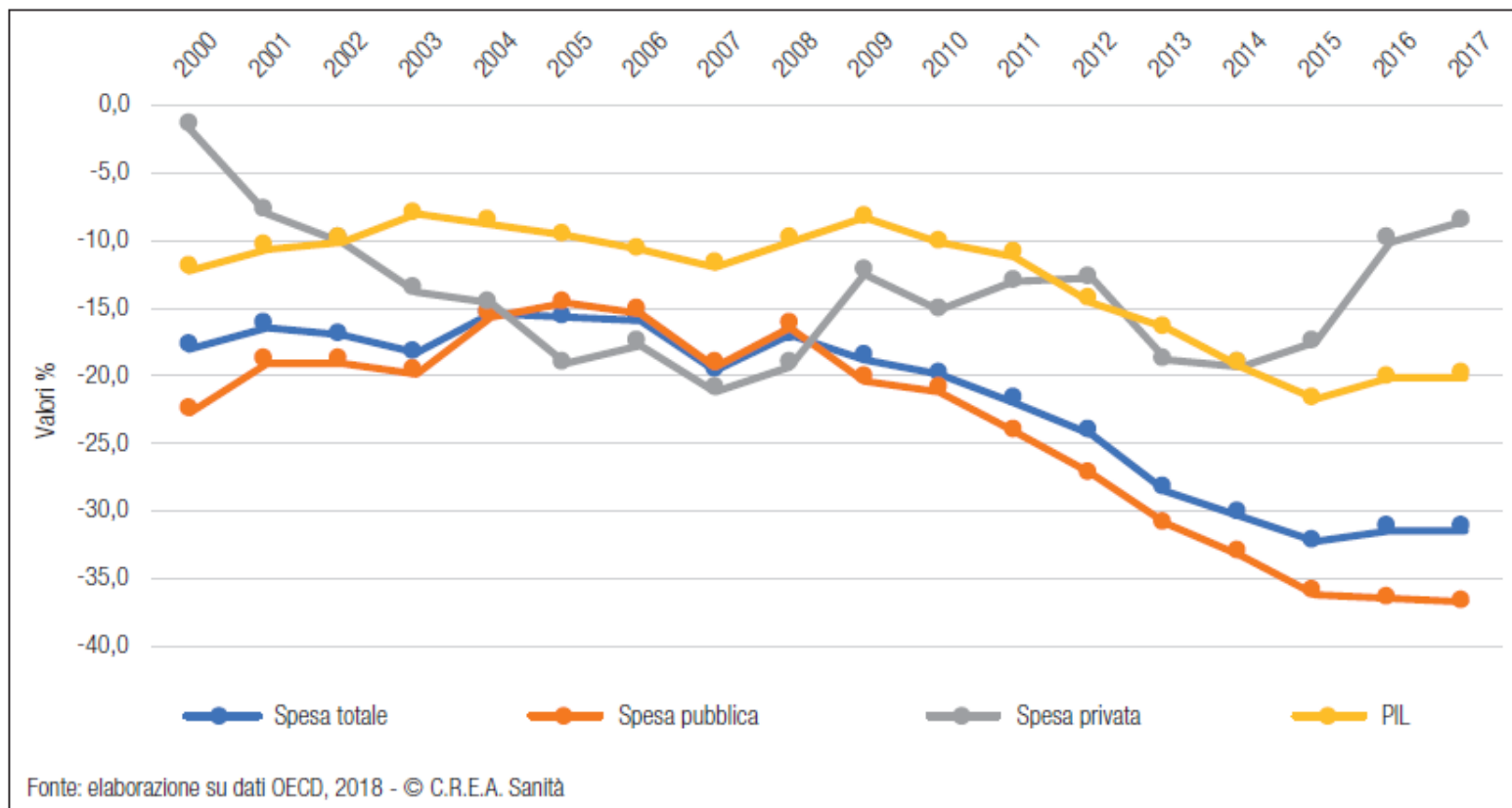
Peggiore della media EU (\*oppure migliore della media EU ma senza raggiungere il valore minimo raccomandato, come nel caso delle vaccinazioni over 65)
  Simile alla media o con scostamento minimo
  Migliore della media EU

La "media valori" è intesa come media dei valori di tutti i Paesi presi in esame per ciascun indicatore

Fonte: elaborazione su dati OECD e WHO, anni vari – © C.R.E.A. Sanità

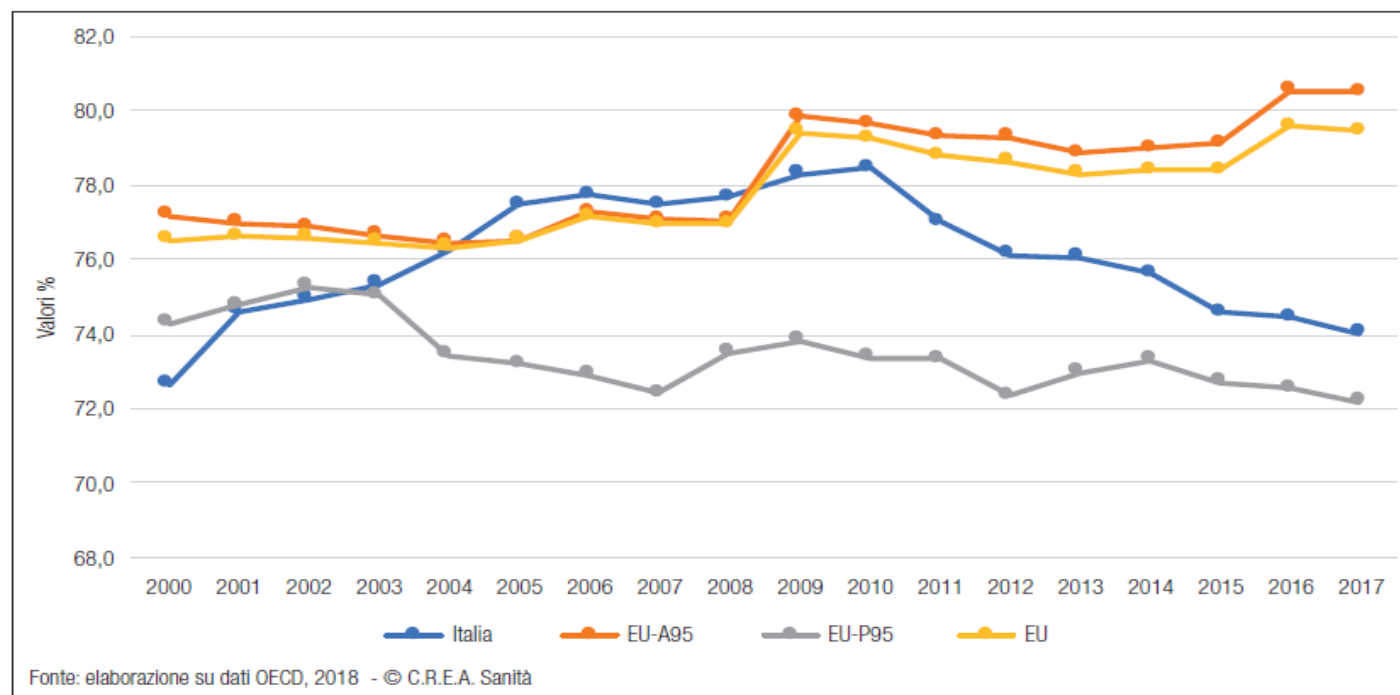
# Spesa

Figura 3.2. Trend della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite - Gap Italia vs EU-Ante 1995. Valori in €

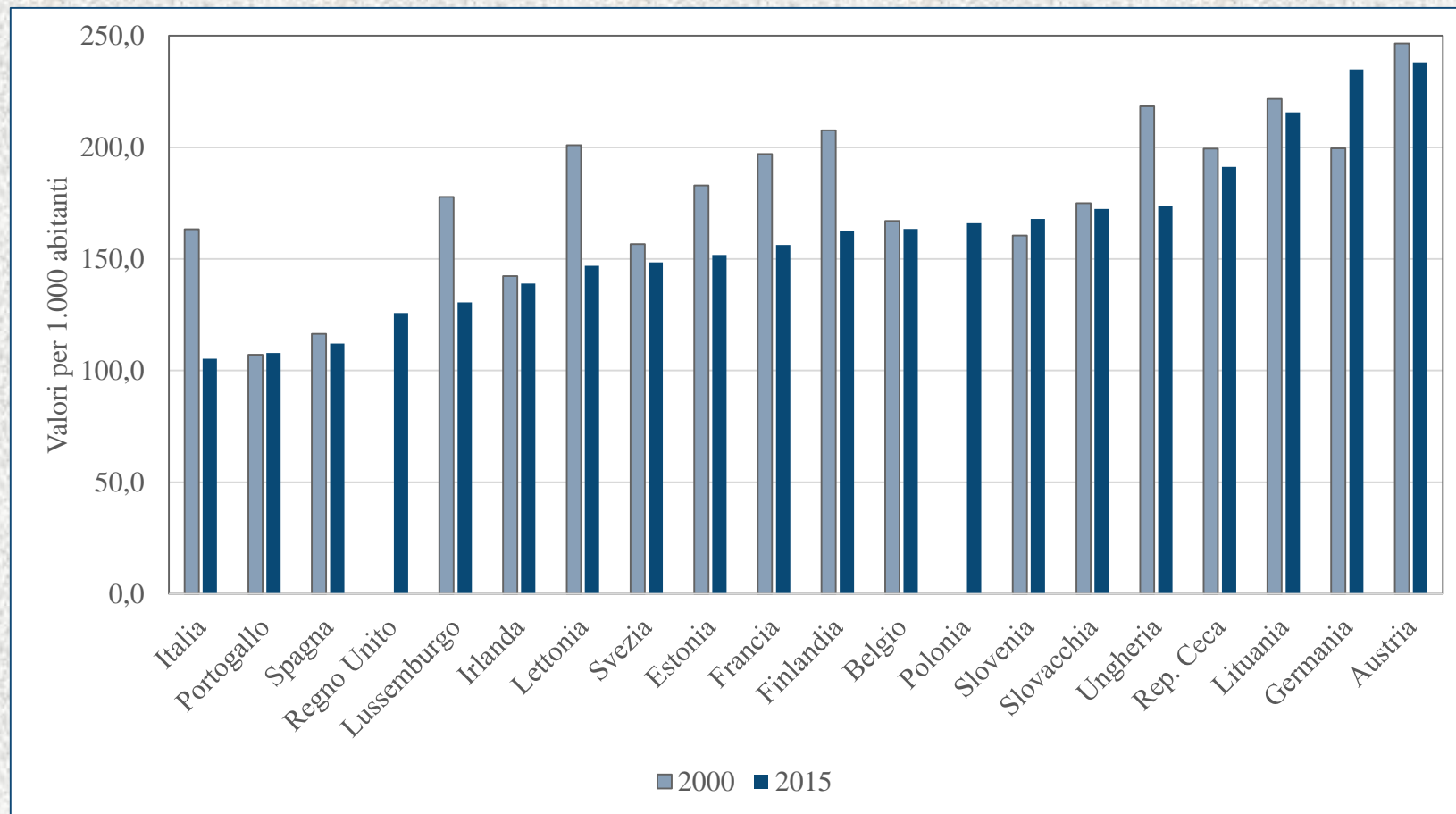


# Finanziamento (de) finanziamento equitativo

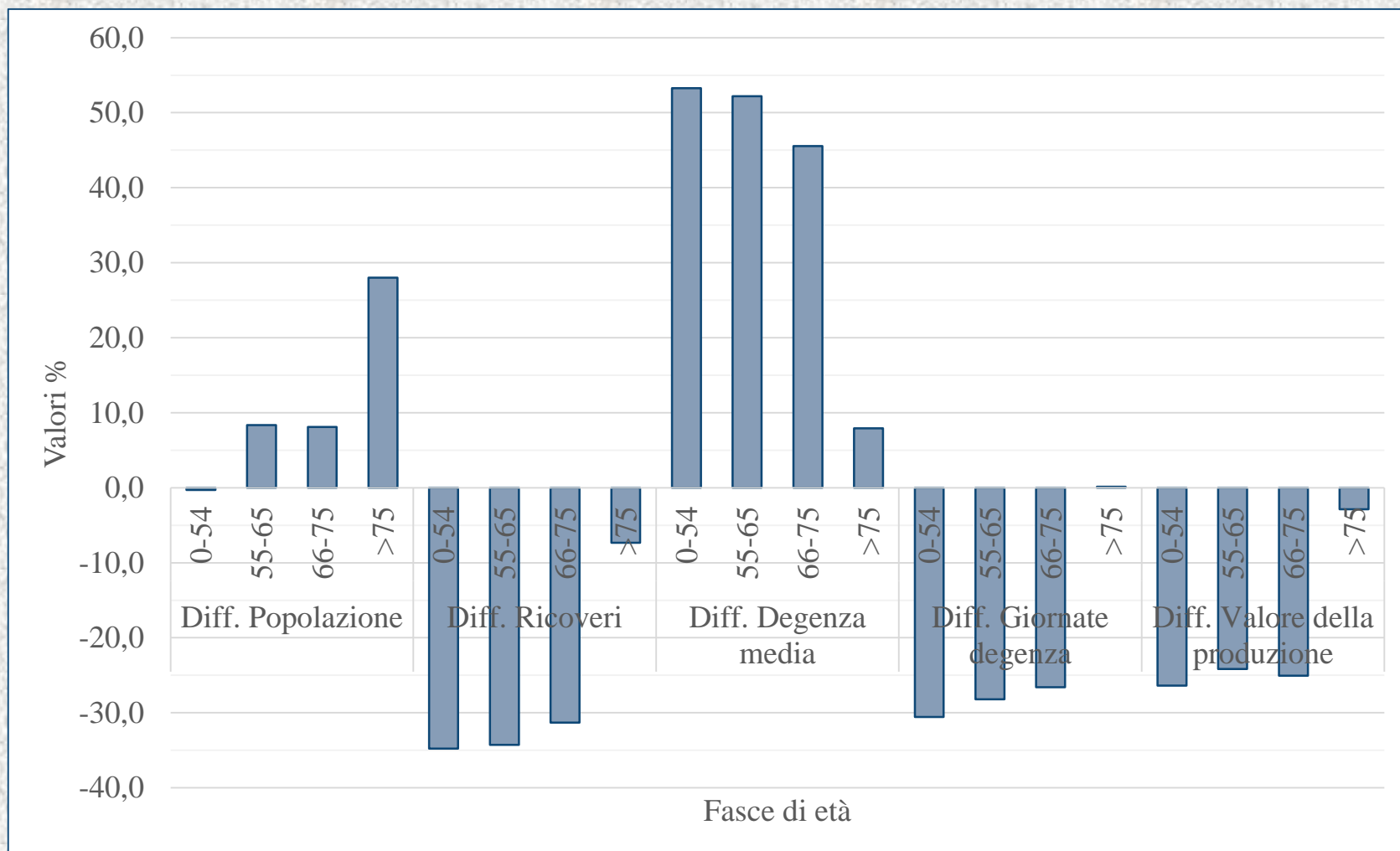
Figura 2.2. Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



# Tassi di ospedalizzazione ordinaria in acuzie



# Variazioni dei principali indicatori di attività ospedaliera 2015-2005





# Invecchiamento

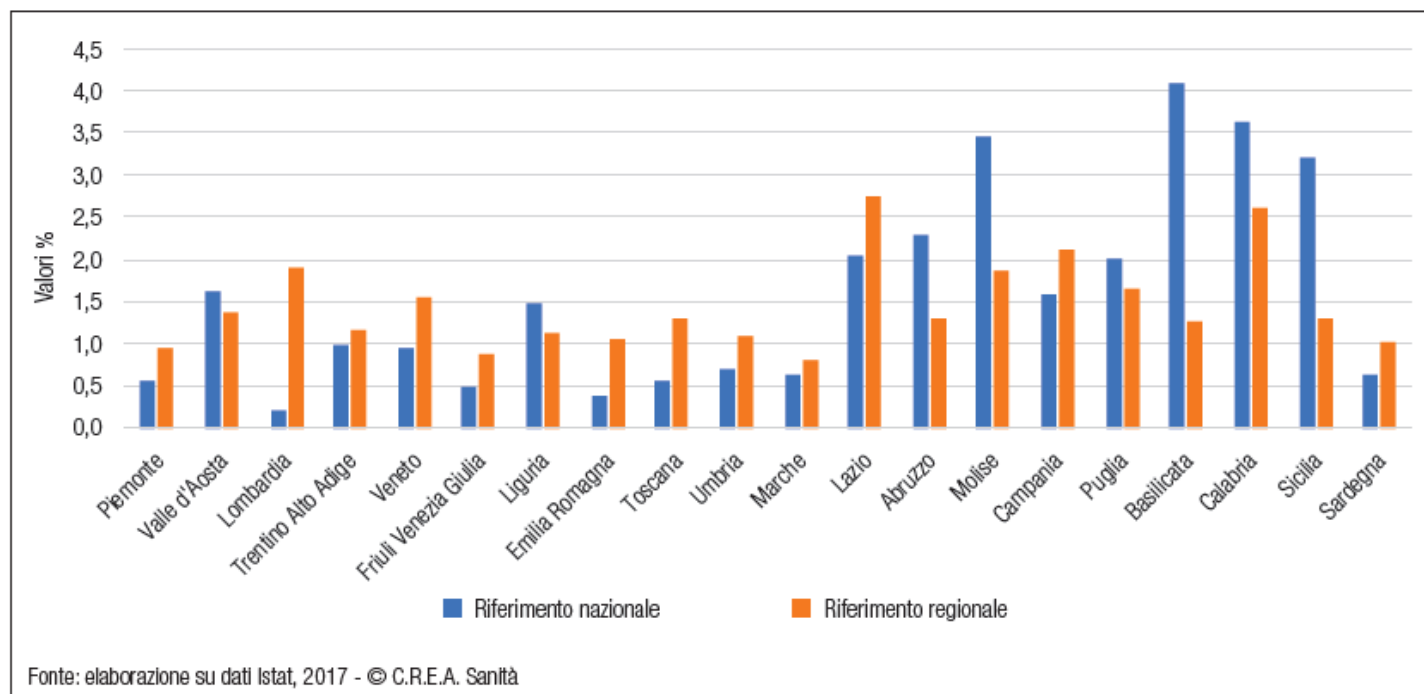
Patologia	Ricoveri in acuto	Ricoveri attesi (a tasso di incidenza 2003)	Giornate di degenza	Età media pazienti	Decessi
Ictus	-2,0%	+27,1%	-6,2%	da 73,9 a 75,0 anni	-7,2%
Infarto acuto del miocardio (IMA)	-1,5%	+19,8%	-9,2%	da 75,5 a 78,1 anni	-29,8%
Frattura di femore	+12,7%	+21.000 casi	-1,4%	da 77,9 a 80,4 anni	-7,7%
Amputazioni legate a diabete	+11,0%	+550 casi	-8,9%	da 69,9 a 70,6 anni	-7,7%

# Misunderstanding

- ❑ Efficaci
- ❑ Efficienti
- ❑ ... ma un SSN si misura prima di tutto con l'equità

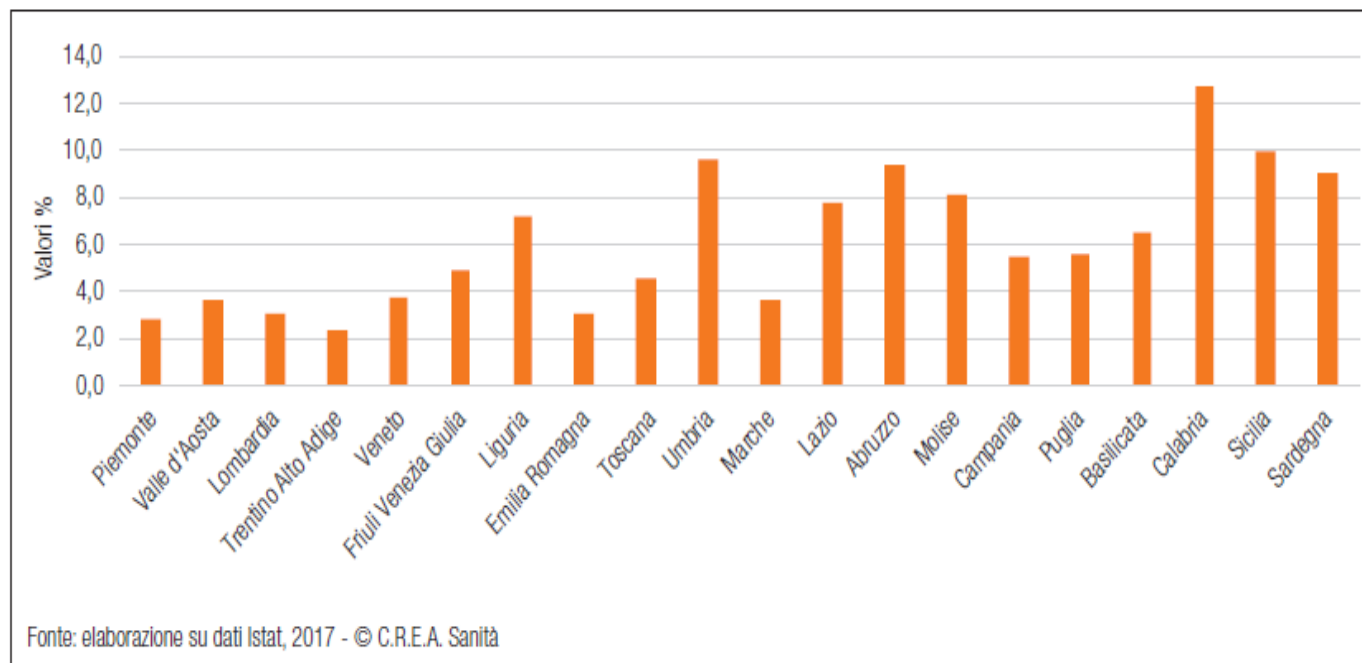
# Impoverimento

Figura 4a.13. Quota famiglie impoverite. Anno 2016



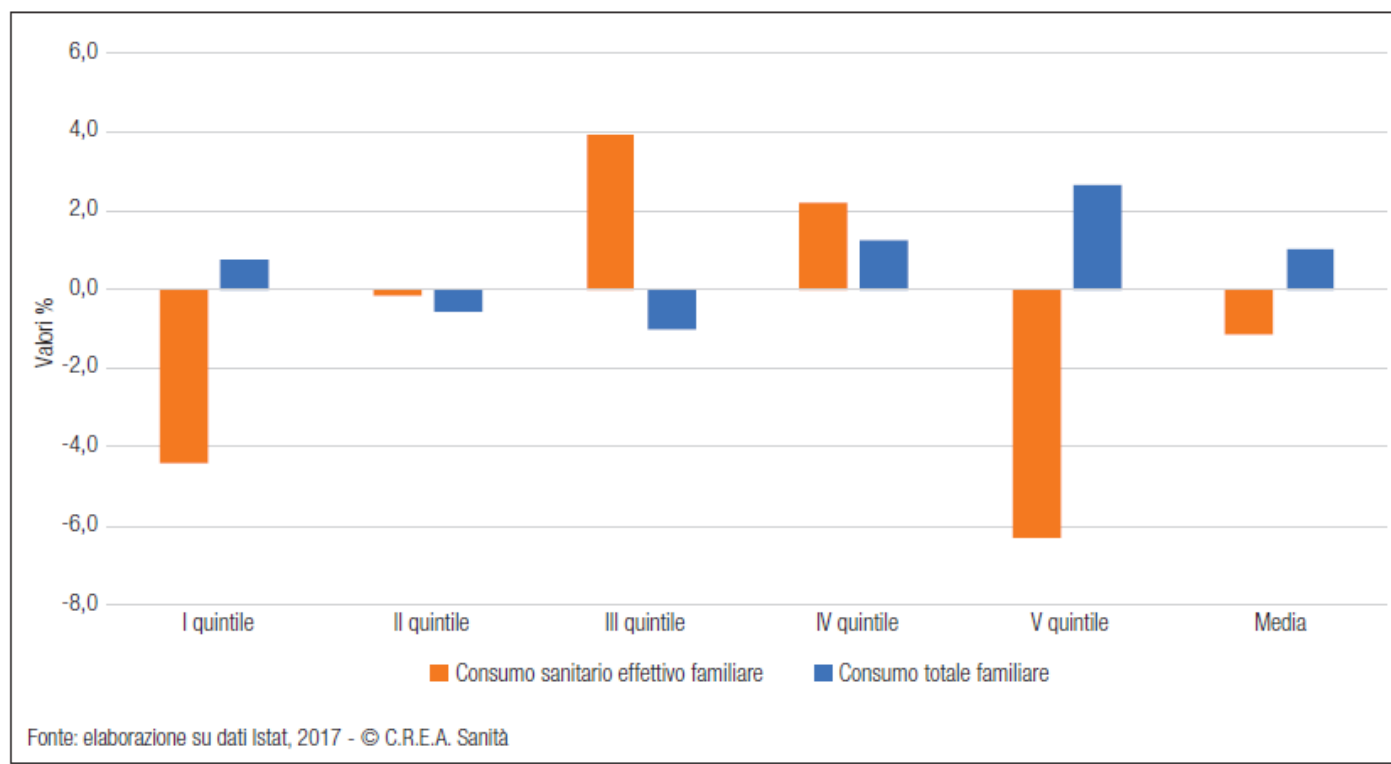
# Disagio Economico

Figura 4a.18. Quota di disagio economico. Anno 2016



# Spesa sanitaria privata

Figura 4a.2. Variazione spesa media effettiva familiare. Anno 2016/2015



# Spesa Privata

- ❑ Privata 25%
- ❑ Responsabile del 90% delle differenze di spesa regionali
- ❑ Spesa privata in PPP pari alla media dei Paesi EU

# Sintesi

- ❑ «SSN universalistico»
- ❑ «SSN efficiente»
- ❑ «SSN in equilibrio finanziario»
- ❑ «SSN efficace»
- ❑ «SSN solidale»
  
- ❑ «SSN sottofinanziato»
- ❑ «SSN non responsivo»

# Regionalismo differenziato (1/2)

- ❑ Previsto dalle norme
- ❑ E il regionalismo «non differenziato» ha funzionato
- ❑ Ben venga se genera l'attuale non è «pareto-ottimale»
  - ❑ (L'insostenibile ideologismo dell'egualitarismo)



# Regionalismo differenziato (2/2)

- ❑ Ma è possibile una riallocazione win-win?
  - ❑ Riallocazioni inferiori alla equa copertura dei bisogni
  - ❑ Rischi di competizione fra Regioni
  - ❑ Con quale sussidiarietà?

# Spesa storica

- Prima o dopo un equo finanziamento?
- I LEP?
- Criteri di adeguamento dei LEP e dei LEA?

# Competizione

- Personale / Tariffe
- Acquisti
- Farmaceutica?

# Sussidiarietà

- ❑ Il vero problema del SSN oggi è il rischio di schiacciare la partita fra Stato e Regioni, dimenticando (?) i corpi intermedi
  - ❑ Fondi sanitari integrativi regionali

# Riflessioni finali

- ❑ E' mancato il rifinanziamento
  - ❑ Ma non è un problema di semplice rifinanziamento, quanto di riallocazione del finanziamento
- ❑ Prevalgono politiche congiunturali
  - ❑ Ma è falso che il sistema possa rimanere in piedi con i soli «efficientamenti»
- ❑ Regionalismo differenziato prima di avere aggiustato il finanziamento e definito i LEP è pericoloso...
- ❑ Ma quale sussidiarietà vogliamo in Sanità?



# Federico Spandonaro



[federico.spandonaro@uniroma2.it](mailto:federico.spandonaro@uniroma2.it)



[www.creasanita.it](http://www.creasanita.it)