



## “PER UNA SANITA’ DI VALORE”

**SEMINARIO DI STUDIO - MONTESILVANO  
1° DICEMBRE 2009**

di Fratel Mario Bonora

Un cordiale saluto a voi tutti!

Alla terza Sessione del Seminario di studio al quale stiamo partecipando è stato assegnato il compito più impegnativo; infatti non ci è richiesto di operare una sintesi fra le varie tematiche illustrate dai relatori, ma ci è stato attribuito il compito molto più difficile di cercare di capire e coniugare la realtà sanitaria di oggi con le prospettive future.

Il compito è arduo considerato l’attuale momento di trasformazione del sistema sanitario italiano e della progressiva insufficienza di risorse finanziarie.

In questi ultimi anni l’ARIS, che rappresenta la quasi totalità delle istituzioni, sanitarie e socio sanitarie di matrice religiosa presenti nella sanità italiana (salvo i policlinici universitari), ha più volte analizzato l’attuale difficile situazione delle nostre strutture e si è interrogata sulle prospettive dei prossimi anni.

La nostra Associazione costituisce infatti il naturale e più completo osservatorio delle varie realtà sanitarie e socio sanitarie religiose del Paese.

Sono infatti associati all’Aris 241 Enti:

- 10 IRCCS
- 25 Ospedali classificati
- 5 Presidi
- 57 Case di cura
- 128 Centri di riabilitazione
- 16 RSA e istituzioni ex psichiatriche
- A questi vanno aggiunti altri 26 Enti Federati

La dimensione complessiva dell'Associazione in termini di numero di posti letto e di personale di circa 24.000 posti letto e 54.000 unità di personale, di cui circa 6.000 medici.

Questa vasta e qualificata rappresentanza di istituzioni religiose che operano nel settore dell'assistenza sanitaria ha imposto la continua valutazione delle criticità e delle prospettive delle varie istituzioni associate.

Se dovessi limitarmi ad una brevissima sintesi dell'attuale situazione e di quella che si prospetta dovrei dire che, purtroppo, viviamo un momento che qualificare difficile per le nostre strutture è certamente riduttivo; assistiamo infatti ad un progressivo aumento delle strutture private *for profit* e a una riduzione delle strutture di matrice religiosa. Viene quindi spontaneo chiedersi: perché? E' possibile invertire questa tendenza? Cosa dobbiamo fare per invertirla?

Siamo forse incapaci di gestire, in modo adeguato, le nostre strutture? In alcuni casi potrebbe essere, ma non credo sia questo il motivo principale. Dobbiamo forse prendere atto che la nostra presenza in un sistema avanzato come il Servizio sanitario italiano è ormai superflua o comunque non necessaria?. No!

Papa Benedetto XVI, nella enciclica "*Deus caritas est*" ha chiarito che "*La carità non è per la Chiesa una specie di attività di assistenza sociale che si potrebbe lasciare ad altri, ma appartiene alla sua natura, è espressione irrinunciabile della sua essenza*".

Dobbiamo pertanto fare di tutto per difendere le nostre strutture sanitarie e socio-sanitarie, riaffermando il perché della nostra presenza nel settore sanitario, bloccando il preoccupante fenomeno della chiusura o passaggio ad enti *for-profit* delle nostre opere sanitarie. Negli scorsi anni ben nove strutture hanno subito questa trasformazione.

In Italia assistiamo a cambiamenti non solo della demografia degli ammalati (invecchiamento, migrazioni, ecc.) ma anche delle malattie, delle tecnologie sanitarie e delle metodiche di intervento, delle risorse finanziarie disponibili. Le profonde trasformazioni intervenute nella nostra società fanno emergere nuove esigenze, impongono nuovi modelli e modalità assistenziali.

## **IL QUADRO ISTITUZIONALE**

Il settore della salute e dei servizi di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie è uno di quelli maggiormente interessato al decentramento

istituzionale che è stato sancito dalla legge costituzionale n. 3 del 2001 e che certamente sarà accentuato con l'attuazione del Federalismo.

Il progressivo ed irreversibile processo verso una autonomia sempre più accentuata delle Regioni nella materia dell'assistenza sanitaria e socio sanitaria ha spostato il potere decisionale dal centro alla periferia, dal Parlamento e dal Governo nazionale ai Consigli, Giunte e Presidenti regionali.

Conseguentemente al livello nazionale residuano (e residueranno) le decisioni sulle scelte di fondo del sistema salute (principi fondamentali della materia; livelli essenziali, finanziamento generale, ecc.).

E' necessario, pertanto, prendere atto che, nel settore della salute, la quasi totalità delle decisioni di natura normativa o finanziaria in materia di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie e di organizzazione dei servizi sono ormai proprie del livello regionale e che questo assetto delle competenze difficilmente sarà modificato in prospettiva.

Con il proliferare di politiche sanitarie regionali, giustificate da esigenze di razionalizzazione della spesa e legittimate dal processo federalistico, i sistemi sanitari regionali si diversificheranno sempre di più compromettendo, inesorabilmente, il carattere unitario del Servizio sanitario nazionale.

Non è possibile valutare compiutamente quali saranno le possibili conseguenze negative di questo radicale cambiamento; certo il pericolo che esigenze politiche e di controllo della spesa finiscano per affievolire il valore prioritario della solidarietà e della uguaglianza fra tutti i cittadini del nostro Paese non è da sottovalutare.

## **RISORSE NECESSARIE E RISORSE DISPONIBILI PER IL S.S.N.**

Tutte le Agenzie e i Centri di ricerca specializzati più autorevoli prevedono, nei prossimi decenni, un progressivo e inarrestabile aumento delle risorse finanziarie necessarie per il sistema sanitario, sia per assicurare gli attuali livelli assistenziali, sia per far fronte alle nuove esigenze collegate soprattutto all'invecchiamento della popolazione ed ai costi sempre più alti delle cure e delle tecnologie avanzate.

Anche se l'impegno dei Governi è per un ragionevole aumento (rispetto al PIL) delle risorse pubbliche destinate alla spesa sanitaria è di tutta evidenza che i margini di manovra si vanno sempre più affievolendo per la scarsità delle risorse disponibili a fronte dei sempre maggiori bisogni.

L'attuale crisi finanziaria mondiale limiterà ancora di più le possibilità di adeguare le risorse alle esigenze presumibili dei prossimi anni, soprattutto per i Paesi, come quello nostro, con un sistema sanitario a copertura universale.

## **STATUS DELLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO SANITARIE RELIGIOSE NEL S.S.N.**

Come si collocano le nostre strutture nel Servizio sanitario nazionale ed in quelli regionali? Lo status degli ospedali e delle strutture sanitarie e socio-sanitarie religiose nel S.S.N. può essere riassunto come segue.

Da una parte troviamo le strutture equiparate a quelle pubbliche ossia gli Ospedali Classificati, i Presidi e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, dall'altra le strutture accreditate che sono costituite da Case di Cura, Centri di Riabilitazione, RSA (Residenze sanitarie assistenziali) Istituzioni Psichiatriche.

La sostanziale differenza fra strutture pubbliche ed equiparate, da una parte, e le strutture private, comprese quelle non profit, dall'altra, porta necessariamente a una diversa disciplina dei rapporti con il Servizio sanitario nazionale.

Infatti le strutture pubbliche ed equiparate sono tenute ad erogare, comunque, le prestazioni anche oltre il tetto preventivato e regolano i propri rapporti con il S.S.N. attraverso "accordi"; al contrario le strutture private, pur prestando un servizio analogo a quello pubblico, possono erogare le prestazioni solo nei limiti stabiliti dai contratti con il S.S.N.

Lo status degli ospedali equiparati dovrebbe consentire una maggiore stabilità nel sistema sanitario e certezza di finanziamenti. Così dovrebbe essere, ma purtroppo non lo è.

## **LA SITUAZIONE ATTUALE**

I rapporti con le strutture sanitarie private sono regolati da un sistema tariffario che è rimasto sostanzialmente invariato dal 1997 (nonostante che la legge preveda l'aggiornamento biennale), appena attualizzato, in alcune Regioni, dal riconoscimento parziale dell'inflazione, da modeste "una tantum" finanziarie che

non coprono la lievitazione dei costi per beni e servizi e soprattutto i maggiori costi connessi ai rinnovi contrattuali.

Inoltre tutte le Regioni hanno adottato budget massimi programmati delle prestazioni, ossia attribuiscono alle singole strutture un tetto finanziario delle prestazioni attese, applicando a chi supera il “tetto” una regressione tariffaria progressiva, o nessuna copertura finanziaria. La politica tariffaria e quella di budget finiscono, così, per condizionare pesantemente le nostre istituzioni.

Infatti a fronte di tariffe ferme dall’anno di introduzione dei DRG (1997) gli incrementi contrattuali sono lievitati mediamente per tutte le strutture di oltre il 35% per il personale non medico mentre per il personale medico degli ospedali classificati, dei presidi e degli IRCCS gli incrementi hanno registrato un aumento di oltre il 45% (tenuto anche conto della indennità di esclusività del rapporto).

Ai maggiori oneri per il personale (la voce “personale” incide nel bilancio delle strutture per almeno il 60% dei costi) bisogna, poi, aggiungere gli aumenti degli altri fattori; in particolare i presidi sanitari, i farmaci, ecc. E’ appena il caso di rilevare al riguardo che il costo della vita, nel periodo 1997/2008, secondo i dati ISTAT è aumentato di oltre il 33%.

Il sistema tariffario dovrebbe assicurare, soprattutto agli ospedali classificati e agli IRCCS, per le stesse prestazioni, parità di trattamento con le strutture pubbliche.. La parità di trattamento è comunque soltanto teorica, sia perché le Regioni finanziano direttamente alcune attività assistenziali ed i maggiori oneri contrattuali del personale delle aziende sanitarie pubbliche, sia soprattutto perché i disavanzi delle aziende pubbliche sono comunque ripianati a consuntivo dalle stesse Regioni; per le nostre istituzioni niente di tutto ciò.

## **I NUOVI SCENARI**

Lo scenario nazionale attuale e, a maggior ragione, quello che si prospetta per i prossimi decenni, non è più quello che ha favorito il nascere e lo sviluppo di molte strutture religiose. Si impone, pertanto, una profonda riflessione su come continuare, e se continuare, la propria missione in un contesto profondamente mutato.

La riflessione deve riguardare la missione che le Congregazioni e gli altri enti religiosi, coerentemente con i carismi istituzionali, possono continuare a svolgere con le proprie strutture sanitarie e socio sanitarie in una società come quella italiana.

E' necessario porsi la domanda: se i nostri fondatori fossero vissuti nella società di oggi e in quella che si prospetta nei prossimi decenni con nuovi bisogni a fronte di risorse limitate quale impegno di carità avrebbero scelto? Con quali modalità; con quali strumenti?

Una società, come quella italiana, che è in continua trasformazione per la composizione della sua popolazione e per i bisogni sociali e sanitari da soddisfare, pone nuove esigenze che gli attuali modelli assistenziali fanno difficoltà a soddisfare.

Bisogna inoltre prendere atto che, comunque, le finanze pubbliche non sono più in grado, come riconoscono e affermano ormai apertamente gli esperti e anche i politici più responsabili, di far fronte compiutamente alle naturali esigenze sanitarie e socio-sanitarie della popolazione; l'intervento pubblico copre (e coprirà) prevalentemente le prestazioni delle patologie acute, ma lascia (e lascerà) sempre di più scoperta, in tutto o in parte, la non autosufficienza.

Le prevedibili dinamiche strutturali del sistema sanitario italiano porteranno nei prossimi anni ad una forte accelerazione dei bisogni sanitari e socio sanitari legati all'area della riabilitazione residenziale e semiresidenziale, dell'assistenza domiciliare ed in particolare alle persone non autosufficienti, e più in generale a tutti i servizi extraospedalieri, non collegati cioè alla fase acuta delle patologie e quindi il post acuzie (Centri di Riabilitazione).

Il bisogno di servizi assistenziali per cure a lungo termine è destinato a crescere progressivamente con l'invecchiamento della popolazione e l'aumento, ad un ritmo del 2% annuo, delle malattie croniche e disabilitanti, aggravato dal ridursi sempre di più della possibilità di assistenza familiare (riduzione dei nuclei familiari e delle persone disponibili per l'assistenza).

Tutto ciò impone una nuova rete di servizi per l'assistenza a lungo termine, domiciliare o residenziale, con diverse modalità di intervento in relazione alle diverse tipologie di esigenze assistenziali e riabilitative.

E' questo certamente il settore che si dovrebbe privilegiare prima che sia terra di conquista del *for profit*.

Alcune nostre istituzioni devono avere il "coraggio" e la "forza" di riconvertire le proprie strutture per adeguarle alle mutate esigenze socio-sanitarie.

Per non disperdere il grande patrimonio di esperienze e capacità assistenziali delle nostre strutture e continuare la nostra missione, è essenziale modificare gli attuali modelli assistenziali cercando di assicurare al cittadino qualcosa che altri

(pubblico e privato) non hanno la possibilità di assicurare con l'ampiezza e la completezza delle nostre comunità.

La malattia non è un evento individuale, ma il più delle volte coinvolge tutto il sistema- famiglia e richiede non solo e non tanto l'approccio sanitario ma un approccio globale con forte spirito di solidarietà della comunità; un impegno che spesso solo il popolo di Dio, nelle sue diverse situazioni e nei diversi ruoli, è in grado di assicurare.

La collaborazione dell'intera comunità ecclesiale locale, nelle varie articolazioni ed espressioni anche carismatiche, sarà in prospettiva sempre di più essenziale per assicurare un intervento globale che privilegi la dignità della persona nell'amore, nella solidarietà cristiana e nella condivisione del dolore e della sofferenza.

Pensiamo solo a quello che può rappresentare, per il malato e la sua famiglia, in una società sempre più individualistica come quella attuale ed in un sistema assistenziale che finirà per scaricare in tutto o in parte l'onere assistenziale sul malato e sulla propria famiglia, la esistenza di una rete che assicuri la presenza cristiana, (attraverso quanti operano nel mondo del volontariato socio-sanitario, i parroci, le congregazioni religiose e le altre realtà ecclesiali) in tutti i momenti e le fasi della malattia e dei bisogni collegati alla malattia stessa.

Noi siamo consapevoli che se le nostre istituzioni continuano ad essere polo di attrazione per i cittadini ciò è dovuto non tanto alla presenza, che si va riducendo sempre di più, di religiosi o religiose nelle strutture assistenziali o al carisma dei fondatori e fondatrici, ma a quella cosa in più che le nostre strutture e tutti i nostri operatori sono in grado di offrire rispetto alle altre strutture pubbliche e private: ossia quella particolare atmosfera di umanità e di amore cristiano alla quale fa riferimento il Santo Padre nella richiamata enciclica "*Deus Caritas est*".

E' questa la nostra missione ; è questa la particolare caratteristica delle nostre istituzioni.

Per non disperdere il grande patrimonio di esperienze e capacità assistenziali delle nostre strutture e continuare la nostra missione, dovremo sempre di più assicurare al cittadino qualcosa che altri non hanno la possibilità di assicurare con l'ampiezza e la completezza delle nostre comunità.

Oltre all'atmosfera di umanità e di amore cristiano che offriamo nelle nostre strutture è necessario assicurare, attraverso l'integrazione delle nostre strutture sanitarie assistenziali e le comunità parrocchiali e diocesane, il sostegno al malato e alla sua famiglia durante tutto il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale.

La scommessa vincente di quanti operano nel mondo della sanità e del sociale di matrice cristiana dovrebbe essere questa, avendo sempre presente l'invito evangelico: “*andate e curate gli ammalati...*”.