



# Nella storia della Sanità italiana

---

Cinquant'anni di Aiop





# Nella storia della Sanità italiana

---

Cinquant'anni di Aiop

Filippo Leonardi e Mauro Marcantoni

**Progetto editoriale e grafico**

IASA - [www.iasatn.com](http://www.iasatn.com)

in collaborazione con IDESIA - [www.idesia.it](http://www.idesia.it)

**Coordinamento generale**

Maria Liana Dinacci

**Revisione testi e selezione immagini**

Claudia Maschio, Giuseppe Marino, Tommaso Gasperotti, Elisa Largaiolli, Francesca Garbari

**Un grande grazie da parte dell'Aiop a:**

Gli intervistati Angelo Anselma, Leonardo Bianchi Jr., Franco Bonanno, Antonio Frova, Emmanuel Miraglia, Lorenzo Orta, Gabriele Pelissero, Giuseppe Puntin.

Il Comitato Esecutivo.

Lo staff della sede nazionale: Andrea Albanese, Angelo Cassoni, Sonia Martini, Fabiana Rinaldi, Patrizia Salafia, Alberta Sciachì, Stefano Turchi

**Si ringraziano inoltre per la collaborazione**

Marco Miraglia, Paolo Rosati, Francesco Berti Riboli

© I.A.S.A. Edizioni

[www.iasatn.com](http://www.iasatn.com) - Via Piave, 22 - Trento

# Nella storia della Sanità italiana

---

Cinquant'anni di Aiop

di Filippo Leonardi e Mauro Marcantoni



# INDICE

---

<b>Saluto</b>	di Sergio Mattarella, Presidente della Repubblica Italiana .....	7
<b>Prentazione</b>	di Beatrice Lorenzin, Ministro della Salute .....	8
<b>Introduzione</b>	<b>La Sanità italiana, una storia infinita</b> di Gabriele Pelissero, Presidente nazionale Aiop .....	11
<b>Antefatti</b>	<b>Un modello sanitario ancora ottocentesco</b> .....	0
<b>Capitolo 1</b>	<b>Un Paese e una sanità da costruire - Anni Sessanta</b> .....	0
	1.1 Aumenta la ricchezza, ma non il bene salute .....	0
	1.2 Una sanità disomogenea e il caos delle mutue .....	0
	1.3 Verso la riforma del sistema sanitario .....	0
	1.4 La nascita dell’Aiop .....	0
	1.5 I fondamenti valoriali e organizzativi dell’Aiop .....	0
	1.6 La funzione pubblica dell’ospedalità privata.....	0
<b>Capitolo 2</b>	<b>Cambiamenti sociali e nascita del SSN - Anni Settanta</b> .....	0
	2.1 Stragi, terrorismo e diritti civili .....	0
	2.2 La sfiducia nel sistema mutualistico .....	0
	2.3 La gestione regionale dell’assistenza sanitaria.....	0
	2.4 Il consolidamento dell’Aiop .....	0
	2.5 La Riforma del 1978 .....	0
	• I Contratti collettivi nazionali di lavoro Aiop .....	0
	• Iatreia (1971-1976) .....	0
	• Copag.....	0
	• Le case di cura neuropsichiatriche .....	0
<b>Capitolo 3</b>	<b>La riforma mancata - Anni Ottanta</b> .....	0
	3.1 La “riscossa della classe media” .....	0
	3.2 Le fasi di attuazione della legge 833 .....	0
	3.3 Problemi e contraddizioni nell’applicazione della riforma .....	0
	3.4 I cambiamenti all’interno dell’Aiop .....	0
	3.5 La mancata approvazione del Piano sanitario nazionale .....	0
	3.6 Ospedalità pubblica e privata a confronto.....	0
	3.7 L’Aiop tra battaglie interne ed esterne .....	0
	3.8 Alla ricerca di un riconoscimento condiviso .....	0
	• Ospedalità Privata (1980-2003) .....	0

<b>Capitolo 4</b>	<b>In bilico tra progresso e regresso - Anni Novanta</b> .....	0
	4.1 Tangentopoli, stragi mafiose e lo tsunami del progresso tecnologico .....	0
	4.2 L'innovazione arriva dal settore privato .....	0
	4.3 L'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale .....	0
	4.4 Un nuovo rapporto con i cittadini e un nuovo modello di finanziamento .....	0
	4.5 L'Aiop nel vortice del caos normativo .....	0
	4.6 Il tentativo di razionalizzare la spesa ospedaliera .....	0
	4.7 La razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale .....	0
	4.8 La "Riforma ter" .....	0
	• L'Union Européenne de l'Hospitalisation Privée (UEHP) .....	0
	• Le società scientifiche dell'ospitalità privata .....	0
<b>Capitolo 5</b>	<b>Gli anni della destabilizzazione - Anni Duemila</b> .....	0
	5.1 Un inizio da brivido .....	0
	5.2 Le incognite della riforma Bindi .....	0
	5.3 Dalla garanzia dei diritti alla soddisfazione dei bisogni .....	0
	5.4 L'irrisolvibile problema della spesa sanitaria .....	0
	5.5 La Salute diseguale .....	0
	5.6 La percezione distorta della Sanità negli anni della crisi .....	0
	• Le strutture Aiop non accreditate con il SSN .....	0
	• Scuola di Rete .....	0
	• <i>MondoSalute</i> (2003-2012) .....	0
	• Aiop su Internet e sui social network .....	0
<b>Capitolo 6</b>	<b>Alla ricerca di un futuro - Anni Dieci</b> .....	0
	6.1 Instabilità e poche certezze .....	0
	6.2 Minor spesa oggi non vuol dire "miglior spesa" .....	0
	6.3 La Riforma sanitaria "Monti Grilli Balduzzi" .....	0
	6.4 Una stagione di tagli .....	0
	6.5 Vecchi problemi e nuove prospettive .....	0
	6.6 Un futuro pieno di incertezze .....	0
	• Il Rapporto <i>Ospedali&amp;Salute</i> .....	0
	• <i>Inform@iop</i> e <i>AiopMagazine</i> .....	0
<b>Appendice</b>	La Sezione Aiop Giovani .....	0
	Presidenti e Comitati Esecutivi .....	0
	Assemblee generali Aiop .....	0
	Presidenti Regionali .....	0
	Le pubblicazioni Aiop .....	0
	Associate Aiop in 50 anni .....	0
	Governi italiani dal 1978 - Elenco dei Ministri della Sanità/Salute .....	0





# Saluto

del Presidente della Repubblica Italiana Sergio Mattarella

## Presentazione

di Beatrice Lorenzin, Ministro della Salute



L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, avvenuta nel 1978 con l'approvazione della legge di riforma 833, ha rappresentato, nello sviluppo del sistema sanitario italiano, una straordinaria conquista di civiltà, una scelta di portata storica, in linea con i migliori modelli di welfare europeo. Il 1978 registra, infatti, il passaggio fondamentale dal sistema assicurativo pubblico (mutue) al servizio sanitario unico. In seguito alle successive riforme, quella del 1992 e del 1999, il SSN viene, ulteriormente, modificato e viene considerato come il complesso delle funzioni e delle attività dei servizi sanitari regionali e degli enti e istituzioni di rilievo nazionale. Il sistema, così delineato, si basa su alcuni fondamentali che, ancora oggi, lo rendono uno dei migliori del mondo: la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute; il principio di universalità, di uguaglianza e di equità di accesso alle prestazioni; il principio di libera scelta del medico e del luogo di cura; il principio di informazione e di partecipazione dei cittadini; il principio di gratuità delle cure nei limiti stabiliti dalla legge e della globalità della copertura assistenziale.

I capisaldi del welfare sanitario italiano non possono essere messi in discussione a causa delle cicliche crisi economiche, ma vanno difesi con forza, ricercando, di volta in volta, nuove soluzioni strategiche per gestire le difficili emergenze sociali e finanziarie, che il Paese è costretto ad affrontare. L'effettiva tutela di un modello di sistema a copertura universale, garantita attraverso il Servizio Sanitario Nazionale, può essere assicurata soltanto salvaguardando ed ottimizzando il livello generale della spesa sanitaria pubblica, anche in un contesto generale problematico come quello attuale.

Da recenti studi del panel di esperti della Commissione europea e dell'Ocse emerge, infatti, nella valutazione dei sistemi sanitari, la necessità e la concreta possibilità di migliorare la produttività della spesa ed il rapporto costi-benefici, impegnandosi in un'improcrastinabile ed indispensabile razionalizzazione della spesa, attraverso una reale riduzione di ridondanze, inefficienze e sprechi là dove realmente si annidano, senza alcun pregiudizio o tutela di rendite di posizione, nella massima trasparenza.

Anche il sistema sanitario privato è ampiamente coinvolto nella costruzione di indicatori in grado di prevenire i fenomeni di sprechi, inefficienze e illecità nell'erogazione dei servizi sanitari.

Il Governo è quotidianamente impegnato nel raggiungimento di questi obiettivi, con una sfida tutta nuova per l'arrivo dei farmaci innovativi, sempre più potenti, sempre più personalizzati per curare il paziente ma anche sempre più costosi. La nostra tradizione ci impone di vincere anche questo altro cambio di paradigma, proseguendo nella storia di solidarietà che vuole il sistema sanitario italiano al servizio di tutti i cittadini, nessuno escluso. Il nostro impegno è preservare la sostenibilità del Servizio Sanitario, per garantire ai cittadini equità di accesso, sicurezza delle cure, libertà di scelta e un'assistenza di qualità.

Tale consapevole scelta di politica sanitaria trova autorevole e concreta conferma nella Legge di Stabilità 2016, con la quale si è voluto porre fine alla stagione dei tagli lineari, applicati acriticamente su tutti i soggetti erogatori, senza alcuna analisi o giudizio preventivo di efficienza ed efficacia, per avviare un percorso virtuoso di aziendalizzazione ed efficientamento della componente di diritto pubblico del nostro Servizio Sanitario.

Questa azione governativa, di fondamentale importanza, riceve uno stimolo certamente positivo dall'attiva presenza di erogatori di diritto privato, per la maggior parte accreditati, che lavorano per il SSN. Un sistema caratterizzato dal mix pubblico-privato costituisce un imprescindibile presupposto di miglioramento e di efficienza del servizio, dal momento che il pluralismo degli erogatori favorisce uno stimolante benchmarking sulle loro performance ed una competizione virtuosa, nell'interesse dei cittadini e della qualità complessiva del servizio.

I cinquanta anni di vita di Aiop, l'Associazione maggiormente rappresentativa della imprenditorialità sanitaria, segnano un traguardo importante, anche, per il SSN, perché le 500 strutture sanitarie, i 52.780 posti letto, i 12.000 medici, i 26.000 infermieri e i 32.000 operatori di supporto, che costituiscono la rete Aiop, sono indicativi della forza e della vitalità di una filiera produttiva.

L'Aiop in questi anni si è dimostrata un interlocutore serio ed affidabile e si è impegnata in un percorso di promozione della qualità del servizio e delle strutture che ha portato a risultati eccellenti, dando un importante contributo al miglioramento del sistema nel suo complesso. La particolare attenzione dell'Aiop al tema della riduzione del rischio clinico ha determinato un impegno, da parte delle sue strutture associate, a garantire maggiore sicurezza ai pazienti, anche attraverso la promozione di piani aziendali per la gestione del rischio clinico, finalizzati a favorire la prevenzione degli errori sanitari evitabili ed il contenimento dei loro effetti dannosi. L'impegno che il comparto ha voluto infondere nella ricerca ha fornito un contributo notevole alla crescita della comunità scientifica ed alle cure innovative per i pazienti, nel campo di molte patologie, fra le quali quelle neurodegenerative e cardiovascolari, oncologiche e il complesso gruppo delle malattie rare.

Va dato atto che in questi ultimi anni, anche grazie al costante impegno di Aiop, il comparto ha intrapreso un percorso necessario finalizzato a migliorare la qualità dei servizi e a garantire una risposta efficiente ed efficace alla domanda di salute dei cittadini, in un'ottica di virtuosa integrazione e di collaborazione con gli ospedali pubblici e con le principali Università.

Per tali ragioni, Aiop è oggi considerato un interlocutore autorevole e responsabile del Governo nazionale e il suo ruolo all'interno del SSN non può che essere apprezzato e sostenuto. Con questo spirito, esprimo, pertanto, l'auspicio che il settore ospedaliero privato, che è parte integrante dell'offerta sanitaria nazionale, possa continuare a garantire il proprio prezioso contributo per la soddisfazione della domanda di salute dei cittadini e per lo sviluppo di un sistema sanitario di qualità, nella consapevolezza di essere chiamato a svolgere una missione di servizio pubblico nell'interesse della collettività.



# La Sanità italiana, una storia infinita

di Gabriele Pelissero, Presidente nazionale Aiop

## Introduzione

Questo libro racconta la storia dell'Aiop, di una rete di aziende private e delle donne e degli uomini che le hanno costruite e guidate, che per decenni, ostinatamente e coraggiosamente, con successi e sconfitte, hanno voluto investire e lavorare in un settore produttivo particolarissimo, quasi anomalo rispetto a tutti gli altri, rappresentato dalla Sanità ospedaliera. Un settore che nei 50 anni di questa storia è profondamente cambiato, sotto la spinta costante dello sviluppo impetuoso delle conoscenze mediche e delle tecnologie che le applicano, aprendo in tal modo straordinarie prospettive di cura ma anche crescendo continuamente in complessità e costi, in una corsa sempre più veloce per rispondere ad una domanda inestinguibile e basilare per ogni essere umano: più salute. Ma operare nella Sanità, in Italia e in Europa, significa prima di tutto confrontarsi e interagire con quello che è praticamente il più grande e complicato sistema di protezione sociale che l'umanità abbia costruito in tutta la sua storia, il welfare europeo, e per di più con la sua componente tecnologicamente più complessa rappresentata dalla Sanità, che insieme all'istruzione e alla previdenza ne costituisce uno dei tre fondamentali pilastri.

Per questa ragione la storia dell'Aiop e delle aziende ospedaliere che in essa si raccolgono diventa parte di una storia più ampia, quella del welfare sanitario, e in Italia in particolare negli ultimi decenni parte della storia del Servizio Sanitario Nazionale. Nella quale l'Aiop entra, come questo libro bene descrive, da una porta stretta e secondaria, che non pochi avrebbero voluto definitivamente chiusa, portando proposte e azioni che spesso la struttura principale del SSN disconosce o emargina, nei confronti delle quali è costante il tentativo di riduzione a mera integrazione per di più transitoria e costante, e che però per la loro intrinseca forza, per un innegabile principio di realtà continuamente riaffiorano, resistono, talvolta si impongono. Perché la componente delle prestazioni prodotte ed erogate da operatori di diritto privato, faticosamente in crescita nei quasi 40 anni di vita del SSN, si distingue per il minor costo e per il maggiore gradimento da parte dei cittadini, esprimendo così due caratteristiche: efficienza e qualità percepita, che nel tempo diventano sempre più necessarie e sempre più preziose.

Ma il valore di Aiop e delle sue aziende ospedaliere, il valore di un erogatore indipendente di diritto privato all'interno di un grande sistema di welfare pubblico, non è solo rappresentato dalla maggior efficienza e qualità percepita. Esse infatti sono componenti fondamentali, cui però anche un buon sistema a gestione pubblica può aspirare, ed esempi magari incompleti o non pienamente soddisfacenti di questa possibilità sono infatti presenti nei migliori sistemi sanitari regionali. Il vero contributo valoriale recato da Aiop e dai suoi associati è che con la loro presenza si rompe, o almeno si incrina, quello che altrimenti sarebbe un gigantesco monopolio pubblico, privo del più fondamentale fattore di promozione della qualità e tutela



degli utenti rappresentato dalla competizione. Che in Sanità, e soprattutto all'interno di un sistema di welfare come quello presente nei Paesi europei, la parola competizione assuma un significato particolare è fuor di dubbio. E non è casuale che per lo più si tenda ad accompagnare il sostantivo con l'aggettivo "virtuoso", un po' come all'economia di mercato, in Europa, spesso si aggiunge "sociale". Ma con tutte le cautele e le attenuazioni possibili, nessuno può negare che anche in Sanità il pluralismo degli erogatori, che comporta sempre un qualche grado di competitività, sia l'unico concreto strumento per rendere reale l'obiettivo delle centralità del cittadino e il principio generale secondo cui le grandi organizzazioni pubbliche si giustificano solo per il servizio che rendono, o ancor meglio, per i diritti individuali che riescono a soddisfare.

La difesa dei diritti dei cittadini, che i grandi costituzionalisti americani come Thomas Jefferson legavano all'equilibrio fra poteri istituzionali contrapposti, nella modernità in cui viviamo richiede forme di equilibrio e contrapposizione in ogni aspetto dell'organizzazione economica e sociale, e non solo nella sfera istituzionale. E in effetti solo un mondo fondato sulla competizione può assicurarci beni e servizi di migliore qualità e minor costo, esponendo ogni produttore al fondamentale giudizio dell'utilizzatore, che produce un sistema di premi e castighi ineludibile e regolatore, messo in atto liberamente dai cittadini. Ma questo principio, che si è affermato nei fatti in moltissimi settori produttivi, trova opposizioni forti e accanite proprio nei sistemi di welfare europei, dove il monopolio pubblico è abbondantemente difeso da una lunga tradizione storica cui si appellano la burocrazia e le ideologie per mantenerne il controllo con le connesse rendite. Di questa criticità, e di questo contributo, è imbevuta la storia del SSN, e in essa Aiop con il tempo è diventata sempre più soggetto attivo portatore di un interesse generale oltre che difensore di legittimi interessi di una parte. Su questa evoluzione, e sulla sue prospettive future, si farà di seguito qualche riflessione.

## La nascita del SSN - Universalismo e monopolio

Il SSN Italiano nasce formalmente il 23 dicembre 1978 con la legge n. 833, a seguito di un lungo e articolato dibattito culturale e politico, in un Paese all'epoca caratterizzato dalla spinta verso forme sempre più forti di socialismo e statalismo, dalla presenza di un grande Partito Comunista e da un clima culturale incline alla statalizzazione delle attività produttive e all'esaltazione di una visione collettiva dei diritti fondamentali. In Sanità, il modello di riferimento è il National health service (Nhs) britannico, di netta impostazione laburista, statalista e pubblicista. Il nuovo SSN ne comprenderà le caratteristiche fondamentali.

Non deve essere trascurato, inoltre, l'elemento di contrapposizione con il sistema mutualistico di tipo Bismark preesistente, ormai ampiamente screditato per l'inefficienza, la scarsa attitudine a confrontarsi con le nascenti tecnologie e il dissesto finanziario ormai cronico. La mutualità sanitaria, in realtà, poteva essere considerata una grande conquista sociale e durante il fascismo costituì sicuramente un importante fattore di coesione sociale e di consenso.

I grandi enti mutualistici avevano fornito per la prima volta l'opportunità di accedere alle prestazioni sanitarie a larghi strati della popolazione tramite un sistema di assicurazione promosso e gestito dallo Stato, ma nel secondo dopoguerra la macchina organizzativa degli storici enti mutualistici (Inam, Enpam etc.) era ormai superata, e messa pubblicamente alla berlina dalla satira, con l'indimenticabile film *Il medico della mutua* interpretato da Alberto Sordi.

Era giunto il momento di cambiare, e le idee portanti del nuovo sistema possono essere sintetizzate in pochi fondamentali contenuti:

### a) Universalità e solidarietà

In coerenza con gli analoghi modelli di welfare sanitario di tipo Beveridge, il SSN promette di assicurare la copertura di tutti i bisogni sanitari come diritto di cittadinanza e pertanto universale, finanziando gli oneri che ne derivano tramite la fiscalità generale, seppure con articolate modalità, attuando così un principio di solidarietà molto ampio.

### b) Accentramento di tutte le attività di prevenzione, cura e riabilitazione

Un unico soggetto, l'Unità sanitaria locale (Usl) è titolare della responsabilità di produrre ed erogare agli abitanti del territorio di competenza tutte le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione, gestendo al proprio interno tutti i livelli di assistenza e assicurando altresì le attività di vigilanza igienico-sanitaria, valutazione e controllo sulla propria attività.

### c) Gestione pubblica

Il SSN si presenta almeno idealmente come un perfetto monopolio completamente autoreferenziale, nei confronti del quale l'unico giudizio possibile da parte dei cittadini avviene nel momento delle periodiche elezioni amministrative, nelle quali peraltro non si eleggono gli amministratori della Sanità, ma quelli delle istituzioni locali (Regioni e Comuni), che a loro volta e con modalità molto complesse esprimeranno gli amministratori sanitari, che gestiscono soggetti di diritto pubblico (le Usl) rispondendo esclusivamente a chi li ha nominati.

**Tabella 1**

La composizione del settore ospedaliero, pubblico-privato. Ripartizione posti letto (elaborazione su dati OCSE)

Anno	Ospedali pubblici (%)	Ospedali di diritto privato %
1997	78,50	21,43
1996	78,12	21,88
1995	75,96	24,04
1994	76,79	23,21
1993	77,51	22,49
1992	78,48	21,52
1991	81,16	18,84
1990	76,50	23,50
1989	79,69	20,31
1988	82,80	17,20
1987	83,50	16,50
1986	84,05	15,95
1985	84,54	15,46
1984	85,00	15,00
1983	85,09	14,91
1982	85,31	14,69
1981	85,48	14,52
1980	85,78	14,22

Vedendolo oggi, appare del tutto evidente che un sistema di questo tipo non avrebbe potuto funzionare, e infatti diventerà ben presto oggetto di critiche diffuse, sarà tormentato da lottizzazioni politiche devastanti e infiniti scandali giudiziari con diffusi episodi di corruzione, e arriverà al termine, agli inizi degli anni Novanta, con una reputazione non migliore rispetto al sistema mutualistico che aveva sostituito fra tante aspettative.

Ma qui, della prima parte della vita del SSN, serve soprattutto sottolineare alcune criticità strutturali riguardanti il rapporto Stato-Regioni e il rapporto pubblico-privato, due aspetti nodali ancora oggi in evoluzione.

- **Rapporto Stato Regioni**

Il modello di welfare sanitario cui il SSN italiano si ispira, il modello Beveridge, è sostanzialmente un sistema statalista e centralista. Ciò significa che è pensato come un soggetto unitario, distribuito uniformemente su tutto un territorio nazionale ma strettamente governato da organi dello Stato, cui è demandato il compito, fra l'altro, di assicurare gestione e organizzazione uguali in tutto il Paese tramite una rete di enti pubblici dipendenti dal centro. Questa impostazione però non può esistere in Italia, dove la Costituzione prevede ampi elementi di autonomia delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano in materia di organizzazione sanitaria, e dove la stessa storia e la realtà viva del sistema sanitario locale presenta profonde difformità. Da questa situazione di partenza l'assegnazione di importanti funzioni di programmazione e governo alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano da parte della stessa legge 833/78 non fa che innescare, già a partire dal 1980, un processo di differenziazione che andrà ad approfondirsi sempre di più, e che autorizza ad affermare, già nella prima fase attuativa del SSN, che in realtà esistono in Italia 21 sistemi sanitari diversi.



Come vedremo, fino ai primi anni Novanta ciò determinerà solo differenze organizzative rilevabili nelle leggi regionali di attuazione del nuovo sistema sanitario approvate intorno al 1980, ma negli anni successivi genererà una sempre più marcata differenziazione fino a una vera e propria competitività. Il risvolto meno accettabile di questa frammentazione, ovviamente, sta nella crescente disparità nei livelli quali-quantitativi delle prestazioni erogate ai cittadini, cui successivamente si aggiungeranno anche diversi livelli di pressione fiscale, quale conseguenza delle crisi della finanza pubblica unita al crescere dell'inefficienza della gestione pubblica locale.

- **Rapporto pubblico-privato**

Il clima culturale e politico in cui nasce la legge 833/78 e l'esplicito e convinto riferimento al modello Nhs britannico hanno in sé l'idea di una completa proprietà e gestione pubblica del sistema sanitario. Questa visione, originariamente fondata su presupposti storici e su radicate appartenenze ideologiche diffuse in tutte le principali forze politiche dell'epoca, si scontra fin dall'inizio con una realtà che vede la presenza di erogatori di diritto privato, religiosi e non, grandi e piccoli, che sono di fatto indispensabili per raggiungere volumi minimamente accettabili di prestazioni in molti settori dell'attività specialistica ambulatoriale e soprattutto nell'attività ospedaliera, dove fin dal 1980 più del 14% delle disponibilità di posti letto è presso operatori privati (Tab. 1). E pur in un clima sostanzialmente ostile, e in un contesto politico e giuridico che li spinge verso la marginalità, i privati saliranno come presenza lentamente e costantemente, fino a superare il 20% della disponibilità di posti letto nel 1997. Ma negli altri anni la loro condizione comincerà a cambiare, in concomitanza con la crisi della prima fase di vita del SSN e le "riforme della riforma".

## Le riforme della riforma

Alla fine degli anni Ottanta la prima versione del SSN italiano giunge al termine, sommersa da infinite critiche, travolta dagli scandali e in cronico deficit. L'idea di una ampia e pervasiva politicizzazione della Sanità, con i Comitati di Gestione delle Usl espressione della lottizzazione partitica dei Comuni che governano e gestiscono ospedali, assunzioni e appalti, mostra tutti i suoi limiti, fra reparti ospedalieri pubblici a sempre più basso livello di utilizzazione e liste di attesa sempre maggiori. Mentre nuove tecnologie si rendono disponibili e la domanda di prestazioni di buona qualità sale, il metodo del finanziamento a piè di lista di ospedali e Usl diventa un modo per sviluppare clientele politiche e malagestione, mentre amministratori pubblici sicuri del flusso economico si perdono in infinite alchimie e spartizioni localistiche, protetti da un oligopolio sempre meno difendibile.

Questo sistema, nel quale le peculiarità e le differenze da regione a regione si fanno sempre più importanti, è oggetto di una serie di profonde modificazioni, che formalmente cominciano a realizzarsi nel 1992 e che determineranno una fase evolutiva complessa e a tratti contraddittoria. Queste modificazioni interessano l'assetto istituzionale, l'organizzazione operativa e le modalità di finanziamento, e sono disciplinate da norme di rilevanza nazionale che complessivamente sono conosciute come "riforme della riforma".

I provvedimenti normativi più significativi sono almeno tre, rappresentati dai decreti legislativi 502/92 e 517/93 conosciuti come "seconda riforma sanitaria" dal decreto legislativo 299/99, conosciuto come "terza riforma sanitaria" (Tab. 2).

**Tabella 2**  
Le "riforme della riforma",  
principali norme nazionali  
e regionali

Decreti legislativi 502/92 e 517/94 II riforma	Regionalizzazione Aziendalizzazione degli erogatori pubblici (Asl e Aziende ospedaliere) Parità fra erogatori pubblici e privati (potenziale) Libertà di scelta del luogo di cura su tutto il territorio nazionale Pagamento a prestazione Riorganizzazione erogatori pubblici Nuovi rapporti di lavoro
Decreto legislativo 229/99 III riforma	Programmazione Aziendalizzazione Accreditamento e contratto per i privati Livelli essenziali di assistenza (Lea) Distretto e Dipartimento
Legge Regionale della Lombardia 31/97	Separazione fra Aziende sanitarie locali e Aziende ospedaliere Parità fra erogatori pubblici e privati Pagamento a prestazione (parziale)

I decreti legislativi 502 e 517 espressione del Governo guidato da Giuliano Amato rappresentano il punto di partenza dell'intero processo. Con essi si completa la regionalizzazione del governo del SSN, si avvia la trasformazione degli enti pubblici in aziende (le Usl diventano Asl, Aziende sanitarie locali, i residui enti ospedalieri pubblici diventano Ao, Aziende ospedaliere). I Comitati di gestione, espressione diretta della politica locale, vengono sostituiti da Direttori generali scelti dalle Regioni tentando

in tal modo di costruire un management più professionale nel settore pubblico; si determina un nuovo rapporto pubblico-privato su un principio di almeno potenziale parità fra tutti gli erogatori; si istituisce il pagamento a prestazione (per le attività di cura ospedaliera) fondato sul metodo Drg sostituendo il precedente sistema di pagamento a costi (e a retta di degenza per il privato).

Aziendalizzazione e pagamento a prestazione rappresentano due innovazioni estremamente originali nel contesto dei sistemi sanitari di tipo Beveridge, anticipate soltanto, e parzialmente, dai Trust imposti, con scarsi risultati, dalle riforme Thatcher del Nhs britannico. In effetti, l'idea di trasformare gli enti pubblici sanitari e ospedalieri, fortemente politicizzati e in cronico passivo economico, in aziende costruite in larga misura secondo schemi privatistici, e per di più remunerate esclusivamente in base alle prestazioni effettivamente erogate (con l'utilizzo dei Drg di provenienza americana) rappresenta potenzialmente una innovazione rivoluzionaria, in grado di introdurre elementi di efficienza e competizione in un sistema di forte oligopolio pubblico. Un disegno interessante ma incompleto, che non troverà adeguata attuazione per l'ampia elusione da parte delle Regioni e per la scarsa incisività dell'azione di governo centrale, all'epoca poco incline o troppo debole per scontrarsi con le forti autonomie regionali. In effetti il pagamento a prestazione sarebbe dovuto diventare rapidamente la fonte di finanziamento quasi esclusiva per tutte le istituzioni ospedaliere pubbliche e private (con la sola eccezione di poche funzioni non tariffabili quali il pronto soccorso, la didattica e la ricerca). Questo, nell'intenzione del Legislatore, avrebbe dovuto produrre un forte aumento di efficienza, e mettere premesse per una competizione virtuosa fra pubblico e privato.

Nei decreti legislativi 502 e 517 si afferma inoltre con forza "il diritto di libera scelta del luogo di cura" su tutto il territorio nazionale e in tutte le strutture pubbliche e private convenzionate che potranno entrare a far parte del servizio pubblico tramite il percorso dell'accreditamento istituzionale. Aziendalizzazione degli erogatori pubblici, parità pubblico-privato, pagamento a prestazione e diritto di libera scelta del luogo di cura disegnano un modello di sistema sanitario fortemente centrato sul cittadino, al quale con la libertà di scelta e il pagamento a prestazione si conferisce il vero potere di premiare o castigare il singolo erogatore portando o sottraendo linfa economica, e costringendo tutti gli operatori, rappresentanti delle aziende pubbliche e private poste sul piano di parità, ad una competizione che è certamente virtuosa, in quanto completamente orientata a rispondere alla domanda dell'utente. Perdono così d'importanza e discrezionalità politica e la burocrazia, mentre la pianificazione sanitaria deve trasformarsi in un più snello e leggero strumento di programmazione flessibile in base al variare delle scelte dei cittadini.

La prima riforma della riforma esprime così una visione coraggiosa e innovativa della Sanità, e ovviamente incontrerà la più ferma e ostinata opposizione, che dopo pochi anni si concretizzerà in un netto cambiamento di rotta. Infatti la terza riforma (il D. Lgs 229/99), usualmente chiamata Riforma Bindi dal nome del Ministro della Sanità che ne fu strenuo sostenitore, rappresenta un contributo normativo che in parte integra ma soprattutto modifica l'impianto della precedente seconda riforma, tentando di ritornare a una visione più centralistica e a rafforzare l'oligopolio pubblico e il potere di burocrazia e politica riducendo gli



---

La presentazione del Rapporto  
Aiop Ospedali & Salute  
a dicembre del 2014

elementi di competitività della precedente normativa. Da un lato, infatti, esprime il rafforzamento dei principi di pianificazione con il ricorso a metodologie rigide e introduce limitazioni nella libera professione dei medici; dall'altro contiene affermazioni sulla necessità di accelerazione del processo di aziendalizzazione degli erogatori pubblici e interviene a disegnare un percorso molto definito per l'equiparazione degli erogatori privati a quelli pubblici, fondato sul meccanismo accreditamento/contratto.

L'aspetto forse più rilevante è però la sostanziale sospensione del metodo di finanziamento a prestazione degli ospedali pubblici, per i quali il sistema Drg diventerà un semplice strumento statistico, mentre le Regioni potranno provvedere a ripianare i disavanzi con erogazioni straordinarie, che diventeranno presto la norma. Con l'inizio del nuovo secolo il processo di regionalizzazione del SSN italiano troverà la sua più ampia valorizzazione giuridica con la modifica della stessa Costituzione repubblicana, approvata con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, che attribuisce alle Regioni la quasi totalità dei poteri di governo e controllo del proprio sistema sanitario.

## Il trionfo del regionalismo e la sfida della Lombardia

Il nuovo testo costituzionale compare in una fase storica caratterizzata da acceso e diffuso regionalismo, e dall'aspirazione all'evoluzione dello Stato verso un modello federalista presente in forme più o meno esplicite in più di uno dei principali partiti politici del periodo. Federalismo e regionalismo si proiettano con forza sulla sanità, che essendo la principale funzione affidata alle Regioni e alle Province autonome ne diviene il terreno di massima applicazione. Questa situazione, inevitabilmente, porta da un lato ad incrementare le differenze fra i sistemi sanitari regionali, differenze che per altro affondano le loro radici in un lungo passato, dall'altro a produrre una forma di competizione fra gli stessi, facilitata dalla libertà di movimento dei pazienti su tutto il territorio nazionale e dall'applicazione del pagamento a prestazione alla mobilità interregionale, che genera un flusso di risorse economiche importante. Sul medio periodo questa situazione avrà molti rilevanti effetti, che in estrema sintesi possono essere indicati nella crescente disparità fra le regioni italiane sia degli indicatori qualitativi, che delle condizioni finanziarie e della diversa capacità di attrarre pazienti da altre regioni.

**Tabella 3**  
Il confronto tra istituti pubblici e ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop, sulla base del "case mix" delle prestazioni effettuate.  
(Anni 2001, 2002, 2003 e 2004)

Regioni	2001		2002		2003		2004	
	Istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop	Istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop	Istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop	Istituti pubblici	Ospedali privati (case di cura accreditate) Aiop
Piemonte	1,09	1,13	1,10	1,20	1,11	0,98	1,14	1,28
Lombardia	1,08	1,18	1,08	1,20	1,06	1,19	1,05	1,41
P.A. di Bolzano	0,92	n.d.	0,89	n.d.	0,91	0,91	0,91	0,93
P.A. di Trento	1,03	-	1,02	-	1,02	-	1,02	-
Veneto <sup>(*)</sup>	1,09	0,98	1,09	0,99	1,08	1,03	1,08	1,20
Friuli V.G.	1,16	0,98	1,16	0,99	1,15	1,00	1,13	1,09
Liguria <sup>(**)</sup>	1,06	n.d.	1,07	n.d.	1,09	2,47	1,11	2,45
Emilia Romagna	1,11	1,19	1,10	1,15	1,08	1,12	1,08	1,28
Toscana	1,10	1,11	1,10	1,26	1,12	1,30	1,14	1,36
Umbria	1,03	0,94	1,05	1,00	1,05	1,00	1,04	1,16
Marche	1,05	0,83	1,05	0,86	1,05	0,88	1,05	0,88
Lazio	1,00	0,91	1,00	0,90	0,99	0,92	0,98	0,96
Abruzzo	0,94	0,81	0,93	0,80	0,92	0,82	0,92	0,89
Molise	0,91	0,77	0,90	0,73	0,92	n.d.	0,94	n.d.
Campania	0,89	0,85	0,90	0,85	0,91	0,87	0,91	0,93
Puglia	0,89	0,92	0,89	0,93	0,89	0,92	0,90	1,31
Basilicata	0,91	0,85	0,91	n.d.	0,94	n.d.	0,95	n.d.
Calabria	0,86	0,81	0,86	0,83	0,85	0,87	0,85	1,00
Sicilia	0,88	0,81	0,89	0,86	0,90	0,94	0,91	0,97
Sardegna	0,92	0,72	0,92	0,71	0,91	0,72	0,90	0,75
<b>Totale</b>	<b>1,00</b>	<b>0,96</b>	<b>1,01</b>	<b>0,97</b>	<b>1,01</b>	<b>0,98</b>	<b>1,01</b>	<b>1,08</b>

(\*) Tra gli istituti pubblici del Veneto sono compresi 4 ospedali privati (case di cura accreditate) associati Aiop classificati presidio Usl.

(\*\*) L'indicatore è elevato in quanto esistono due case di cura accreditate, in larga parte dedicate all'alta specialità.

Fonte: elaborazioni Ermeneia - Studi & Strategie di Sistema su dati Ministero della salute e Aiop  
In Ospedali&Salute, Quinto Rapporto annuale 2007 - Franco Angeli Ed.

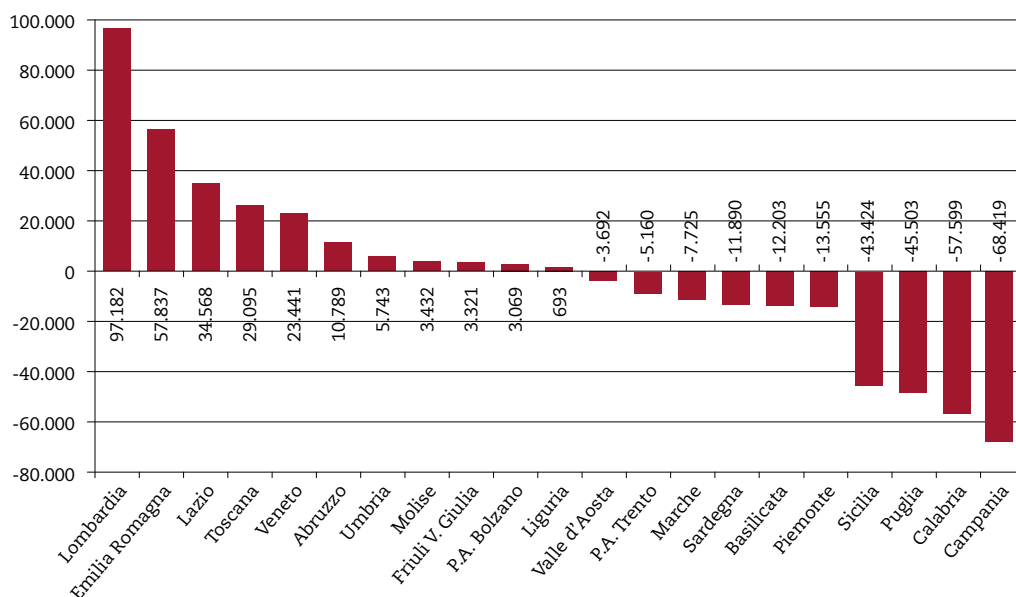
La disparità fra indicatori è ben esemplificata dai valori di case-mix, riportati nella tabella 3, che indicano il livello di complessità delle cure e fotografano, seppur in sintesi estrema, le diverse situazioni regionali in modo direttamente confrontabile.

Da essa emerge un quadro di evidente e perdurante disparità, e altrettanto chiaramente si evidenzia il progressivo emergere di crescenti livelli qualitativi nella componente di operatori di diritto privato raccolti nell’Aiop, che conquista nel 2004 un primato sulla componente pubblica che verrà sempre più confermato negli anni successivi. Queste differenze sono alla base del fenomeno della mobilità interregionale, che già nel 2006 interessa un altissimo numero di ricoveri, e che negli anni successivi, sempre confermandosi, delinea con nettezza la frattura fra il gruppo di regioni fortemente attrattive, e quindi esportatrici di prestazioni sanitarie, il gruppo di regioni sostanzialmente autosufficienti, e il gruppo di regioni caratterizzate da alti livelli di fuga dei pazienti (Fig. 1).

In questo contesto di marcata differenziazione nei livelli qualitativi e nella capacità di soddisfazione della domanda di prestazioni, l’ampia autonomia amministrativa concessa con la revisione costituzionale del 2001, le inevitabili pressioni del territorio unite alla necessità di mantenere e accrescere il consenso dei cittadini, uniti all’aspettativa di un periodico ripianamento dei deficit assicurato dal Governo nazionale porta molte Regioni ad adottare politiche di spesa che formano disavanzi crescenti, in ciò facilitate dalla oscurità dei bilanci e delle scritture contabili sia degli enti sanitari pubblici che delle Regioni stesse, unita ad un clima generale di tolleranza. In questo modo, dal 2001 al 2005, il disavanzo regionale si sviluppa in tutta la sua ampiezza, seppure ancora una volta in modo fortemente differenziato fra le diverse Regioni, che si distingueranno sempre più fra quelle “virtuose” e quelle “prodighe”, che con espressione indubbiamente brutale saranno chiamate negli anni successivi “canaglia”.

**Figura 1**  
Saldi di mobilità interregionale.  
Totalità delle tipologie  
e dei regimi di ricovero.  
(Anno 2006)

Nota: comprende acuti ordinari  
e Dh, riabilitazione ordinaria  
e DH, lungodegenza



Fonte: Ministero della Salute - matrici di mobilità interregionale, anno 2006

La tabella 4 e la figura 2 mostrano con eloquenza incontrovertibile questo fenomeno, che di lì a pochi anni esploderà in concomitanza con la più ampia crisi economica mondiale imprimendo una radicale inversione di tendenza al processo di regionalizzazione della Sanità. Un cambio di rotta che inizierà con i piani di rientro che il Governo nazionale imporrà alle Regioni in disavanzo, per concretizzarsi in una profonda modifica dei rapporti Stato-Regione di cui parleremo più avanti.

Per quanto riguarda i modelli organizzativi e la *governance* dei sistemi sanitari, la piena libertà assegnata alle Regioni e alle Province autonome nel governo e controllo del proprio sistema sanitario determina soluzioni che possono essere considerate come varianti regionali anche rilevanti di uno schema comune. Pur avendo, nella realtà, livelli molto differenziati nella capacità organizzativa e gestionale, tale schema, conferma il principio centralistico e monopolistico insito nei modelli Beveridge storici, che tende ad assegnare a un unico soggetto tutte le principali funzioni di finanziamento, governo, produzione, erogazione e controllo dell'insieme delle attività sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione. Questo soggetto, come abbiamo già visto è rappresentato dalla Regione (che finanzia e governa). Essa, tramite propri enti strumentali solo nominalmente chiamati aziende (le Asl), produce, eroga e controlla

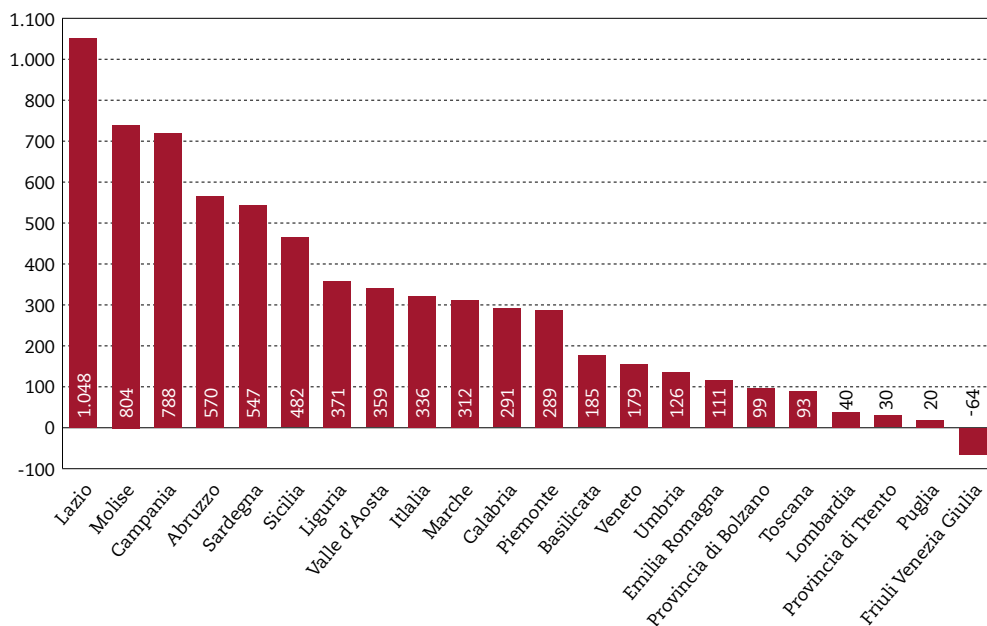
Regioni	2001	2002	2003	2004	2005
Piemonte	210	40	100	671	232
Valle d'Aosta	0	7	10	13	14
Lombardia	281	323	-64	-131	-31
Provincia di Bolzano	0	71	25	-25	-23
Provincia di Trento	0	-1	5	9	2
Veneto	304	204	145	-6	191
Friuli Venezia Giulia	0	-34	-19	-9	-14
Liguria	77	44	48	168	253
Emilia Romagna	16	50	40	380	-26
Toscana	88	44	-20	240	-18
Umbria	7	10	46	52	-7
Marche	125	98	72	163	16
Lazio	987	574	711	1.855	1.397
Abruzzo	76	136	216	130	183
Molise	37	19	73	51	79
Campania	629	638	556	1.303	1.433
Puglia	166	4	-109	-42	60
Basilicata	28	1	19	31	31
Calabria	226	148	-12	169	54
Sicilia	415	342	264	879	516
Sardegna	106	175	143	242	237
<b>Totale</b>	<b>3.778</b>	<b>2.891</b>	<b>2.252</b>	<b>6.143</b>	<b>4.577</b>
Nord	888	704	292	1.070	596
Centro	1.207	726	808	2.310	1.388
Sud e isole	1.683	1.461	1.152	2.763	2.593

**Tabella 4**  
Disavanzo sanitario regionale:  
milioni di euro (2001-2005)

Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006)  
da: Rapporto OASI 2006, Cergas - Egea

**Figura 2**  
Disavanzo sanitario pro capite  
cumulato (2001-2005)

Nota: un valore negativo  
significa avanzo;  
il disavanzo è al lordo  
delle assegnazioni a copertura  
dello stesso



Fonte: elaborazione su dati RGSEP (2006) e ISTAT (2006)  
da: Rapporto OASI 2006, Cergas - Egea

tutte le prestazioni (di prevenzione, di assistenza primaria, di assistenza specialistica e ospedaliera, di riabilitazione). Questo modello, fin dalla sua nascita, consente la presenza di erogatori esterni al soggetto pubblico dominante rappresentati da privati convenzionati solo all'interno di una programmazione e controllo rigido nei volumi e nelle tipologie di prestazioni "appaltate". Esso esclude qualunque vera forma di competizione interna, ancorché regolata, e trova nel metodo della programmazione centralizzata il proprio fondamentale strumento di governo.

Il SSN italiano così concepito esprime un formidabile conflitto di interesse, particolarmente vistoso a livello di Asl, dove il produttore ed erogatore di tutte le prestazioni sanitarie è anche il soggetto che ne controlla la qualità e l'appropriatezza. Inoltre, in un modello così compatto e centralizzato, le ragioni degli utenti (i cittadini malati) sono affidate esclusivamente alla "benevolenza del principe", essendo vistosa la sproporzione fra la forza del sistema (che aggrega politica, burocrazia e professioni) e quella del singolo cittadino. Questo non significa che non vi siano regioni capaci di offrire globalmente un servizio di buona qualità e soddisfacente per gli utenti, come ad esempio l'Emilia Romagna. Nella maggioranza dei casi, però, il centralismo e la burocrazia finiscono per alimentare deficit crescente e bassi livelli qualitativi, senza che riescano ad attivarsi dinamiche di competizione interna, fra pubblico e privato e fra pubblico e pubblico, che attenuino i fattori di criticità presenti. In questo contesto di grande autonomia ma anche di incipiente decadenza il sistema sanitario della Lombardia, così come si struttura attorno ad una specifica normativa rappresentata principalmente dalla legge regionale 31/97, si distingue dai sistemi presenti nelle altre Regioni perché non esprime una delle molte varianti regionali dello schema nazionale, ma un modello organizzativo originale, costruito in modo da affrontare e risolvere alcune gravi criticità derivanti dall'impostazione originale del sistema sanitario italiano.

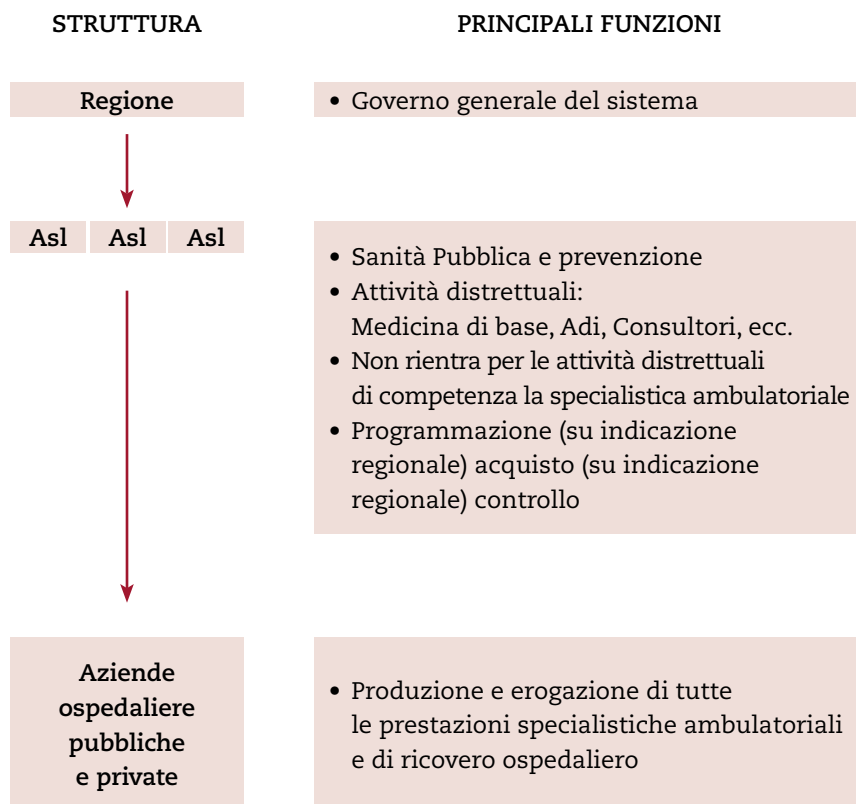


Sul piano dei principi generali, il modello lombardo incorpora pienamente i principi di universalità e solidarietà posti alla base del SSN italiano, ma accanto a essi introduce con particolare vigore il diritto di libera scelta, reso concreto tramite il principio della sussidiarietà. Sotto il profilo organizzativo ciò che contraddistingue l'originalità lombarda e riconducibile a due aspetti fondamentali:

- tentativo di eliminare (o almeno di attenuare fortemente) il conflitto di interessi derivante dalla concezione centralistica e oligopolistica dominante nelle altre Regioni;
- il trasferimento di poteri dall'organizzazione sanitaria, con i suoi interessi e le sue burocrazie, ai cittadini, attuato tramite l'attivazione di processi che rendono più concreto il principio della libertà di scelta del luogo di cura.

Il primo punto trova espressione nella netta separazione fra le funzioni di sanità pubblica, assistenza di base e controllo dell'attività specialistica e ospedaliera affidate alle Asl e le funzioni di produzione ed erogazione di prestazioni specialistiche affidate ad Aziende ospedaliere pubbliche e private, soggette a uguale percorso di accreditamento e al sistema di controlli operato da Regione e Asl (Fig. 3).

Questa soluzione evita che si verifichi in Lombardia la condizione paradossale, ma normale in tutte le altre Regioni, dove ispettori dell'Asl controllano ospedali della stessa Asl e riferiscono al Direttore Generale della stessa Asl che potrebbe dover adottare provvedimenti contro se stesso. La separazione fra Asl e Aziende ospedaliere, invece, consente di realizzare un contraddittorio permanente fra Asl ed erogatori ospedalieri, che ha prodotto innumerevoli correttivi nella quotidianità delle attività



**Figura 3**  
Modello generale del sistema sanitario della Lombardia come da L.R. 31/97

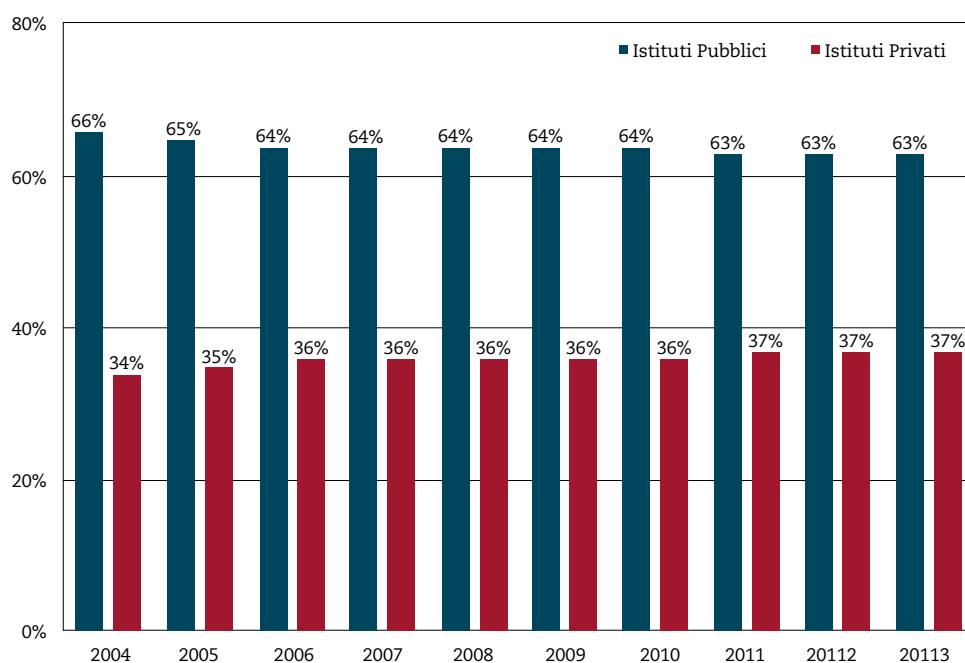
sanitarie, rivolti all'incremento dell'efficacia e dell'appropriatezza. Il secondo punto affronta risolutamente uno dei nodi centrali di tutti i sistemi sanitari europei e una criticità fortemente lamentata per decenni.

La tradizionale struttura degli enti sanitari e ospedalieri tende infatti a costruire organizzazioni e procedure orientate più alla soddisfazione di esigenze interne che rivolte all'utente. A fronte di infinite affermazioni sulla centralità del paziente, sull'umanizzazione dell'ospedale e sull'impegno etico di amministratori e operatori, la realtà quotidiana di poliambulatori e ospedali è stata sistematicamente caratterizzata da bassi tassi di occupazione dei posti letto, bassi indici di utilizzazione di attrezzature e strutture complesse come i blocchi operatori e le terapie intensive, lunghe liste d'attesa e oggettive difficoltà all'accesso alle cure, soprattutto a quelle più qualificate.

E ciò a danno soprattutto dell'utenza socialmente e culturalmente più debole. In questo contesto, l'esperimento della Lombardia si pone in modo originale il problema di realizzare una centralità del cittadino e del paziente non tramite mere affermazioni di principio, ma progettando e attuando un'organizzazione sanitaria in grado di consegnare un effettivo potere agli utilizzatori del sistema sanitario: il potere di scegliere fra diversi erogatori di prestazioni ospedaliere e specialistiche ambulatoriali, e il potere di determinare il vantaggio e lo svantaggio economico di un erogatore, che viene remunerato solo per le prestazioni scelte dal paziente ed effettivamente erogate.

Per ottenere questo obiettivo, la Lombardia, a partire dal 1997 con la legge regionale n. 31, ha promosso lo sviluppo di un mix di erogatori ospedalieri pubblici e privati che abbastanza rapidamente si sono collocati su una dimensione rispettivamente di 2/3 e 1/3 dell'intera offerta (Fig. 4) che vede una lenta crescita nel tempo della componente di diritto privato.

**Figura 4**  
Sistema ospedaliero della Lombardia.  
Rete a gestione pubblica e rete a gestione privata.  
Volume di attività (comprensivo di day hospital)



Fonte: Sistema informativo sanitario della Lombardia

Una condivisione presente anche in altre Regioni, ma che a differenza di tutti gli altri sistemi regionali, nel modello lombardo comporta l'attivazione di una reale competizione fra tutti gli erogatori, richiedendo ai gestori delle Aziende ospedaliere di diritto privato di attivare tutti i servizi e le funzioni tradizionalmente riservate agli ospedali di diritto pubblico, quali il pronto soccorso e la terapia intensiva, e di esercitare tutte le specialità medico-chirurgiche. Assicura, in cambio, lo stesso pagamento (Drg) per singola prestazione erogata, indipendentemente dalla natura giuridica pubblica o privata dell'erogatore. Viene stimolata, in questo modo, la presenza di un privato di qualità sempre più alta, operativo nella bassa, media e alta specialità, nell'urgenza-emergenza e nella riabilitazione generale e specialistica, generando un considerevole afflusso di capitale di rischio che porta a investimenti ingenti per la creazione di una rete ospedaliera moderna ed efficiente.

Con questo modello la Lombardia si colloca in prima linea fra i Paesi europei più avanzati, a partire dalla Germania, che puntano sulla sostenibilità dei sistemi di welfare sanitario tramite l'introduzione di elementi di competizione interna e tramite un vero pluralismo fra gli erogatori pubblici e privati<sup>1</sup>. Una visione innovativa che non si diffonderà però nelle altre Regioni, e che anzi sarà messa a dura prova negli anni della crisi.

---

1 L'evoluzione verso modelli pluralistici capaci di inserire nella produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie elementi di competitività è un fenomeno europeo di grande rilevanza e di indubbia portata storica. I sistemi di welfare sanitario di grandi paesi dell'UE come Germania, Spagna, Olanda si orientano in effetti negli ultimi decenni verso soluzioni di questo tipo, con crescente presenza di operatori indipendenti di diritto privato accanto o in sostituzione dei tradizionali gestori pubblici, ottenendo sistematicamente guadagni di efficienza e soddisfazione dell'utenza.

Per un approfondimento si rimanda, fra l'altro, ai contributi di molti altri Autori contenuti in: Gabriele Pelissero e Alberto Mingardi (a cura di), *Eppur si muove. Come cambia la Sanità in Europa fra pubblico e privato*, IBL libri, 2010; Gabriele Pelissero e Lucio Scudiero, *Il futuro del welfare sanitario. Un caso italiano e uno spagnolo*, IBL libri, 2011.

## Gli anni della crisi e il nuovo ruolo dello Stato

L'ultima fase di evoluzione del SSN italiano trae origine, come abbiamo detto, dalle crescenti difficoltà della finanza pubblica conseguente al diffondersi della crisi economica mondiale iniziata nel 2008. In realtà, bisognerà attendere fino al 2010 per cominciare a vedere in Italia effetti concreti nelle politiche sanitarie, ma le crescenti e gravi difficoltà del Paese, l'emergere di un'ineludibile esigenza di controllare la spesa pubblica e le pressioni internazionali, politiche e finanziarie, determinano in quegli anni convulse vicende politiche e sempre più pressanti interventi normativi, nei quali la Sanità è ampiamente interessata. Bisogna però rilevare che l'assunzione da parte dello Stato di un ruolo determinante nella gestione dei sistemi sanitari di molte Regioni, sicuramente peraltro colpevoli di aver fatto cattivo uso della propria autonomia, erano già iniziate nel 2007 con l'attivazione dei piani di rientro di cui abbiamo già accennato e che si configurano come un vero commissariamento di fatto improntato all'unico obiettivo di riportare la spesa sanitaria nella misura programmata, senza con questo però affrontare i fattori strutturali della *governance* e del modello organizzativo generale che erano alla base del disavanzo economico.

**Tabella 5**

Effetto combinato della L.111/11 (Tremonti), della L. 135/12 (Spending review) e delle manovre successive sulle voci di spesa sanitaria. Entità dei tagli previsti nel periodo 2012-2016 (in milioni di €)

Voci di spesa	Anno 2012 L. 135/12	Anno 2013			Anno 2014			Anno 2015		Anno 2016		Totali 2012-2016
		L. 111/11	L. 135/12	Legge di stabilità 2013	L. 111/11	L. 135/12	Legge di Stabilità 2013	Legge di Stabilità 2014	Decreto enti territoriali 2015	Legge di Stabilità 2014	Decreto enti territoriali 2015	
Ospedaliera accreditata	45,00		90,00			180,00			89,00		89,00	493,00
Specialistica accreditata	25,00		50,00			100,00			106,00		106,00	387,00
Totali ospedaliera e specialistica accred.	70,00		140,00			280,00	-	-	195,00	-	195,00	880,00
Personale dipendente e convenzionato		-			163,50							163,50
Farmaceutica	325,00	1.000,00	747,00		1.090,00	747,00			308,00		308,00	4.525,00
Beni e servizi Appalti e forniture	505,00	750,00	463,00		1.199,00	393,00			788,00		805,00	4.903,00
Beni e servizi Standard posti letto			20,00			50,00			210,00		251,00	531,00
Beni e servizi Dispositivi medici		750,00	400,00		817,50	500,00			550,00		792,00	3.809,50
Erogatori privati Prestazioni a funz.			30,00			30,00						60,00
Nuovi ticket					2.180,00							2.180,00
Ad assegnazione indistinta				600,00			1.000,00	540,00		610,00		2.750,00
Investimenti finanziari in c/esercizio									300,00			300,00
<b>Totali manovre con impatto 2012-2016</b>	<b>900,00</b>	<b>2.500,00</b>	<b>1.800,00</b>	<b>600,00</b>	<b>5.450,00</b>	<b>2.000,00</b>	<b>1.000,00</b>	<b>540,00</b>	<b>2.352,00</b>	<b>610,00</b>	<b>2.352,00</b>	<b>20.104,00</b>

Fonte: dati di spesa come da Provvedimenti di legge citati

Un'azione di questo tipo, spregiativamente definita "ragionieristica" con qualche riferimento ad alcuni organi dello Stato, non poteva che tradursi, nella quotidianità, in un contingentamento delle prestazioni erogate ai cittadini. Contingentamento che, per evidenti pregiudizi ideologici, in moltissimi casi si pone prevalentemente a carico degli erogatori privati, eludendo di affrontare le ampie aree di inefficienza della gestione pubblica. Per meglio comprendere gli eventi che si susseguono in questo difficile periodo dobbiamo risalire ai primi interventi generali di finanza pubblica attuati all'emergere della crisi per vedere comparire importanti provvedimenti sul sistema sanitario. Ed è con la così detta "Legge Salva Italia", la legge 111/2011, che vediamo i primi tagli, ai quali presto si sommeranno quelli previsti dal decreto legge 95/2012, convertito nella legge 135/2012, e gli ulteriori tagli previsti dalla Legge di Stabilità 2013 e dal decreto legge 19/6/2015 n. 78, con il risultato complessivo illustrato nella tabella 5.

Una serie di provvedimenti che determinano una drastica azione di contenimento e riduzione della spesa sanitaria pubblica, giudicata da tutti gli attori del sistema (Regioni, Aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche e private, categorie professionali e organizzazioni sindacali) come estremamente penalizzante e potenzialmente foriera di un vero e proprio "mutamento genetico" della natura universalistica e solidale del Servizio Sanitario Nazionale, vanificati nei fatti dal drastico calo nella capacità di erogare prestazioni e dalla conseguente crescita delle liste di attesa, accompagnate da aumento della spesa *out of pocket* o dalla rinuncia alle cure. Ma come nasce l'idea di poter intervenire in modo così drastico nel finanziamento pubblico della Sanità? Le motivazioni sottostanti possono essere ritrovate nel Rapporto firmato dall'allora Ministro Giarda "Elementi per una revisione della spesa pubblica".

Nella versione dell'8 maggio 2012 troviamo alcuni passaggi di grande rilevanza. Anzitutto, al punto 1.4 si afferma: «se si considera la struttura della spesa per consumi collettivi (la produzione di servizi pubblici ceduti a titolo gratuito al cittadino), vale mettere a confronto la composizione del prodotto di oggi con quella di venti anni fa. Si rilevano alcuni rilevanti mutamenti che includono:

- una forte crescita della spesa sanitaria che nel 1990 assorbiva il 32,3% del totale della spesa, una percentuale che nel 2009 sale al 37,0%. Nello stesso periodo la spesa sanitaria nel suo complesso aumenta dal 6,2% al 7,5% in quota al PIL;
- un significativo aumento della quota di spesa per la protezione sociale e per i servizi generali;

accompagnati da:

- una forte caduta della quota della spesa per l'istruzione, dal 23,1% al 17,7% del totale, con una corrispondente caduta della quota del PIL;
- una significativa caduta delle quote delle spese per l'ordine pubblico e sicurezza, che si sono ridotte, nel periodo considerato, dall'8,9% al 7,9% del totale.

Questi importanti mutamenti strutturali trovano la propria origine, al pari dell'aumento della quota della spesa per pensioni, nei mutamenti della struttura demografica del nostro Paese che si caratterizza oggi per un aumento della quota di persone anziane e una riduzione dei giovani. È certo però che essi non sono mai esplicitamente riconosciuti nella programmazione del bilancio. La dinamica della domanda – più persone anziane e meno giovani – non è però sufficiente a spiegare questi andamenti. Essi sono in parte riconducibili al diverso potere negoziale delle parti politiche e dei livelli di governo coinvolti nella lettura dei bisogni della popolazione. La Sanità, da un lato, trova

La composizione per funzioni  
dei consumi pubblici 1990-2009

Funzioni	1990 Totale P.A.	2009			Totale P.A.	Var. 2009 su 1990
		Amm. Centrale	Amm. Locale	Enti Prev.		
Servizi Generali	12,8%	5,7%	7,7%		13,4%	+0,6%
Difesa	6,8%	7,1%	0,0%		7,1%	+0,3%
Ordine Pubblico e Sicurezza	8,9%	6,9%	1,0%		7,9%	-1,1%
Affari Economici	5,1%	1,3%	3,1%		4,5%	-0,6%
Protezione dell'Ambiente	2,9%	0,3%	3,0%		3,3%	+0,4%
Abitazioni e Territorio	1,7%	0,1%	1,8%		1,9%	+0,2%
Sanità	32,3%	0,4%	36,4%	0,1%	37,0%	+4,7%
Protezione Sociale	4,2%	0,4%	2,6%	2,0%	5,0%	+0,8%
Attività Ricreative, Culturali, di Culto	2,2%	1,1%	1,3%		2,4%	+0,1%
Istruzione	23,1%	13,6%	4,1%		17,7%	-5,4%
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>	<b>36,8%</b>	<b>61,1%</b>	<b>2,1%</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,0%</b>

nei Governi regionali (per i quali la spesa sanitaria assorbe circa il 70% della spesa complessiva) potenti interpreti dei bisogni delle popolazioni interessate, ai quali fanno eco gli interessi delle ditte fornitrici di farmaci e di attrezzature sanitarie che incorporano l'innovazione tecnologica».

Il Rapporto "Elementi per una revisione della spesa pubblica" al punto 3.2 sviluppa ulteriormente il proprio ragionamento introducendo il concetto di "spesa aggredibile" definita come spesa anche "rivedibile" sulla base di interventi che originano dal processo di spending review, i cui contenuti sono così disegnati: «La struttura per tipologia di spesa e per livello di governo è rappresentata nella Tabella A. Questa mostra che la componente di spesa di maggiore rilievo è costituita dalla spesa per acquisto di beni e servizi (135,6 mld) seguita dalle retribuzioni (122,1 mld), dai trasferimenti alle imprese e contributi alla produzione (24,1 mld) dai contributi alle famiglie e alle istituzioni sociali (13,2 mld). In termini di livello di governo, la quota maggiore è costituita dalla spesa degli enti sanitari locali con il 33,1% seguita da Regioni, Comuni e Province (con il 24,3%), da Stato, enti dell'amministrazione centrale e enti previdenziali (con il 37,4%) e da Università e altri enti locali con lo 5,2%. La attribuzione della qualifica "aggredibile" a un totale di spesa che include, in aggiunta ad altre spese, tutti i costi di produzione dei servizi pubblici, deve essere intesa nel senso che si tratta di una massa di spesa che, negli orientamenti attuali del Governo, può essere soggetta ad analisi e, se le motivazioni sussistono, può essere sottoposta a riduzione. La riduzione non può, ovviamente, riguardare l'intero, ma solo una (modesta) frazione».

Come si vede, sicuramente nella consapevolezza delle implicazioni inserite nell'aggettivo «aggredibile», l'autore molto correttamente precisa in modo quanto mai chiaro ed esplicito i limiti e la problematicità di un intervento di contenimento della spesa

	Stato	Altri enti A.C.	E. P.	Regioni	Province	Comuni	Sanità	Università e altri enti	Totale A.P.
Retribuzioni Lorde	61,8	2,6	2,2	4,5	1,9	12,8	28,3	7,8	122,1
Consumi intermedi	21,3	3,9	2,9	5,5	3,1	25,3	69,0	4,7	135,6
Contributi produzione	2,9	0,1	0,0	6,3	1,6	2,6	0,0	0,7	14,2
Contributi Istituti Sociali	2,0	0,0	1,0	0,7	1,0	0,7	0,0	0,1	4,8
Contributi Famiglie correnti	1,9	0,0	1,2	0,5	0,3	1,0	0,1	1,5	6,5
Contributi Imprese correnti	0,1	0,3	0,1	0,4	0,0	0,3	0,0	0,2	1,3
Contributi Imprese c/capitale	5,2	0,4	0,0	1,6	0,2	0,9	0,0	0,3	8,6
Contributi Famiglie c/capitale	0,6	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6	0,0	0,1	1,9
<b>Totale Spesa Aggredibile</b>	<b>95,9</b>	<b>7,2</b>	<b>7,4</b>	<b>20,2</b>	<b>7,3</b>	<b>44,2</b>	<b>97,6</b>	<b>15,4</b>	<b>295,1</b>
<b>% Spesa Aggredibile</b>	<b>32,5%</b>	<b>2,4%</b>	<b>2,5%</b>	<b>6,8%</b>	<b>2,5%</b>	<b>15,0%</b>	<b>33,1%</b>	<b>5,2%</b>	<b>100%</b>

**Tabella A**  
Struttura della spesa pubblica  
"aggredibile" nel medio periodo  
(Miliardi di euro)

che per lo studioso esperto può riguardare solo «una (modesta) frazione». Ma quel dato (33,1% di spesa aggredibile) è forse suo malgrado l'innescò di una sequela di interventi i cui esiti si leggono appunto nella tabella 5. Che la stagione dei tagli al SSN sia il prodotto di una ben definita visione e di un preciso orientamento di politica sanitaria emergerà per altro con chiarezza nel 2015 con la pubblicazione del Rapporto Cottarelli sulla spending review, dove esplicitamente compare un target di spesa sanitaria pubblica pari al 5,25% del PIL. Una visione che di fatto determinerebbe veramente quella mutazione genetica del SSN di cui già abbiamo parlato, avverso la quale però nello stesso periodo si sviluppa una forte azione da parte del nuovo Ministro della Salute Beatrice Lorenzin. Un'azione che, non negando l'esistenza di sprechi e inefficienze nella spesa sanitaria pubblica, ne sottolinea comunque i bassi livelli di investimento complessivo, chiedendo con forza la stabilizzazione del finanziamento e il pieno recupero all'interno del SSN delle risorse recuperabili con i necessari miglioramenti gestionali. Questa visione trova una sua prima espressione nel Patto per la salute 2014-2016, un documento complesso e articolato che contiene in sé forti orientamenti centralistici e statalistici, espressione della impostazione di politica sanitaria dell'allora Ministro della Salute Renato Balduzzi, uniti però allo sforzo di dare certezza e stabilità al finanziamento. Quest'ultimo punto è ben evidenziato nella previsione di spesa sanitaria pubblica 2014-2016 (Tab. 6) che pur accettando un livello molto basso rispetto agli standard europei, tenta di assicurare un livello di finanziamento almeno costante nel triennio.

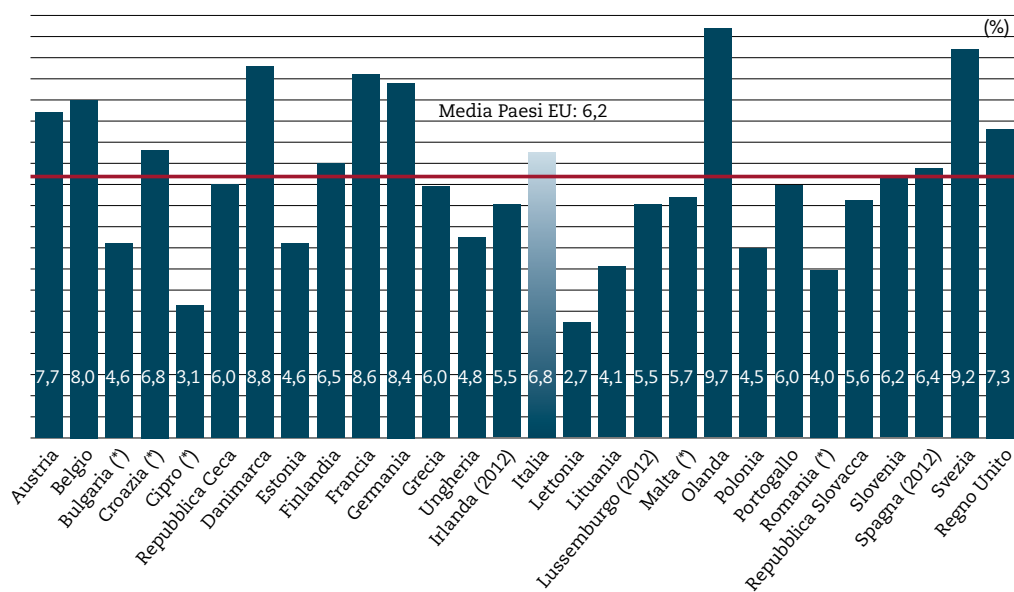
	Anno 2014	Anno 2015	Anno 2016
Fabbisogno del SSN e dei Servizi Sanitari Regionali	109.928,0	112.062,0	115.444,0
Incidenza % sul PIL	6,93	6,89	6,89

**Tabella 6**  
Patto della Salute 2014-2016.  
Livello del finanziamento  
del Servizio Sanitario Nazionale  
a cui concorre lo Stato  
(in milioni di euro)

Fonte: Patto della Salute 2014-2016, Art. 1 per i dati sul fabbisogno e DEF 2014 per le stime del Pil 2014/2016

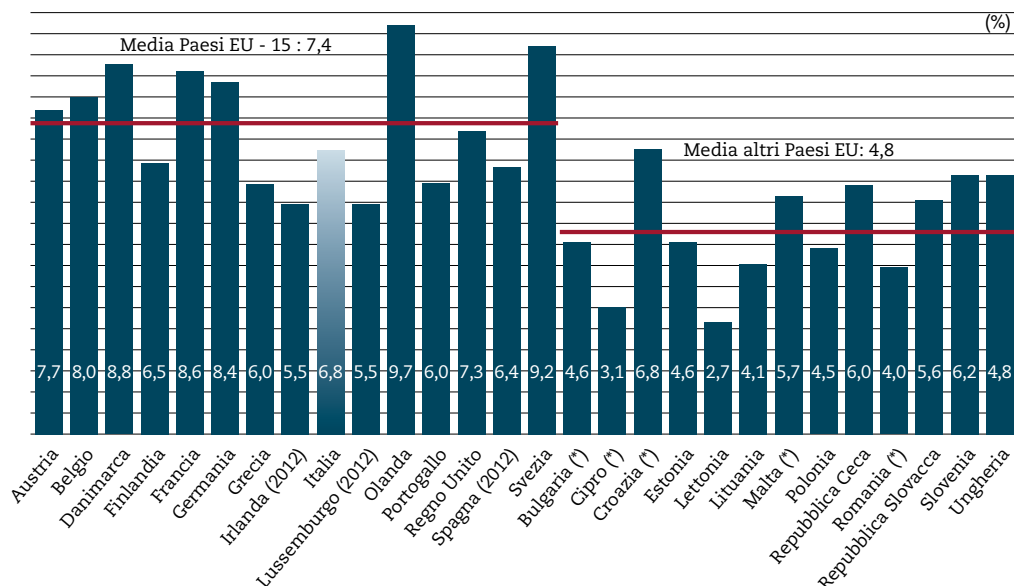
Con questa impostazione, che per altro sarà in parte rimessa in discussione dopo pochi mesi con un'ulteriore limatura del finanziamento, si consolida la spesa pubblica sanitaria italiana a valori intorno al 6,8% del PIL, un po' superiori alla media dei Paesi EU ma nettamente al di sotto della media dei Paesi EU confrontabili con l'Italia rappresentati dal gruppo dei 15 Paesi uniti prima dell'allargamento ai 13 Paesi dell'Est europeo (Fig. 5 e 6). Una situazione ai limiti della sostenibilità per un sistema di welfare avanzato e una grande sfida, perché con livelli di finanziamento così bassi la qualità della *governance* e dei modelli organizzativi torna ad essere fondamentale per la sopravvivenza stessa del SSN.

**Figura 5**  
Spesa sanitaria pubblica  
in rapporto con il PIL  
(2013 - Paesi EU)



Fonte: Oecd Health Data, Oct. 2015; (\*) Eurostat

**Figura 6**  
Spesa sanitaria pubblica  
in rapporto con il PIL  
(2013 - Paesi EU)



Fonte: Oecd Health Data, Oct. 2015; (\*) Eurostat



## Si riaccendono i contrasti

Le evidenti difficoltà di molte Regioni nella gestione del proprio sistema sanitario unite alla drastica riduzione del finanziamento determinano, in pochi anni, un quadro di profonda incertezza per il SSN, reso ancor più complesso da un'avvertibile riduzione dell'offerta di prestazioni ai cittadini, conseguenza di una politica di tagli che ha colpito più gli erogatori che gli sprechi, e dalla comparsa di nuove tecnologie, efficaci ma costose. Un contesto instabile nel quale tornano di attualità grandi contrapposizioni interne al sistema, sia di tipo istituzionale fra Stato e Regioni sia di tipo gestionale, fra centralismo e competizione.

Il confronto fra Stato e Regioni prende inevitabilmente origine dalla oggettiva constatazione di una serie ormai lunga di insuccessi nella costruzione di sistemi sanitari regionali efficaci ed efficienti, ben documentata, come già abbiamo visto, da molteplici indicatori. La sensibilità diffusa fra i cittadini e le opinioni veicolate dai media concorrono inoltre a porre spesso sotto accusa la gestione politica della Sanità nelle regioni, e ciò determina un contesto favorevole ad una ripresa dell'iniziativa statale, che con i Ministri Balduzzi prima e Lorenzin poi, seppure con visioni diverse, si mostra sempre più incisiva sia nella produzione legislativa che nell'azione sostitutiva. Ed è l'intero Governo che appare fortemente impegnato in questa direzione, con una meno visibile ma intensa azione di controllo attiva presso il Ministero dell'Economia e con l'iniziativa di modifica costituzionale che, se realizzata nei prossimi anni, sancirà nel modo più netto il ritorno dello Stato nella gestione attiva del SSN dopo decenni di crescente regionalismo.

Il disegno di legge costituzionale (c.d. ddl Boschi), infatti, interviene a modificare considerevolmente, tra l'altro, la configurazione del Parlamento, prevedendo quindi la fine del bicameralismo paritario. Di conseguenza, il procedimento di formazione degli atti legislativi cambierebbe in maniera consistente, essendoci una completa revisione della struttura e delle funzioni del Senato: non sarà più composto da 315 membri, eletti direttamente dai cittadini, ma da cento soggetti, di cui 95 eletti dai Consigli regionali; saranno limitate le materie su cui il nuovo "Senato delle autonomie" eserciterà il potere legislativo assieme alla Camera dei deputati, in maniera analoga al passato, ma tra queste rientrano le disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, attribuite in modo pieno alla competenza statale, con la conseguente soppressione della competenza concorrente. Inoltre, è introdotta la cosiddetta "clausola di supremazia", in base alla quale la legge statale – su proposta del Governo – può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva, quando lo richieda la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica ovvero alla tutela dell'interesse nazionale.

Questo cambiamento (con la seconda deliberazione alla Camera il 12 aprile 2016, dopo il voto del 20 gennaio al Senato, mentre è probabile un referendum confermativo a ottobre 2016) avrebbe effetti, quindi, anche sul settore della politica della salute, presentandosi la possibilità di un intervento dello Stato più incisivo rispetto a quello attuale, connotato anche da componenti di amministrazione attiva, con la necessità di un minore livello di condivisione nella Conferenza Stato-Regioni. Ma se indubbiamente il secondo decennio del secolo si connoterà per un cambiamento nel

rapporto Stato-Regioni, che a tratti assume le caratteristiche di un vero potenziale ribaltamento dei ruoli, bisogna osservare che all'interno della stessa iniziativa governativa si confrontano a loro volta due visioni contrapposte dei modelli organizzativi e di *governance* del SSN, riproducendo in qualche modo, seppur aggiornato, la storica contrapposizione fra la visione della prima riforma della riforma, concretizzatasi con i decreti legislativi 502/92 e 517/94, e quella della seconda riforma della riforma, attuata con il decreto legislativo 229/99. Un confronto, in estrema sintesi, che contrappone la visione centralistica e pianificatrice dei sistemi sanitari, fondata sulla forte integrazione fra politica e burocrazia e sulla assoluta predominanza della gestione pubblica, alla visione orientata a introdurre nel sistema elementi di competizione seppur regolata, fondata sul principio di libera scelta da parte del cittadino e sul pluralismo degli erogatori.

Esemplificativi di questo confronto sono da un lato, il Regolamento sugli standard ospedalieri, emanato con decreto ministeriale 70 del 2 aprile 2015 e dall'altro lato, le norme contenute all'articolo 1, commi 521-542 e 574-577, della Legge di Stabilità 2016. Il regolamento sugli standard ospedalieri – DM 2 aprile 2015, n. 70 – esprime una visione della programmazione sanitaria strettamente influenzata dal modello sperimentato negli anni 1968-69 con la riforma ospedaliera promossa dal Ministro Mariotti, in un'epoca ancora permeata da una cultura pianificatoria di ispirazione marxista. Nella riproposizione del 2015 ricompare infatti in pieno l'approccio *top-down* che caratterizzava l'impianto normativo della legge n. 132 del 12 febbraio 1968 dove al titolo IV si attribuisce allo Stato tramite la legge di programma ospedaliero il potere di definire centralmente tutte le caratteristiche quali-quantitative dell'offerta di prestazioni sanitarie, muovendo sulla carta reparti e servizi ospedalieri e distribuendoli con parametri astratti e oggettivi (dimensione del territorio, indici di posti letto per abitante, livelli istituzionali) nel presupposto che i bisogni e la domanda seguirà l'offerta, volente o nolente, e il cittadino andrà a ricevere le prestazioni sanitarie là dove una burocrazia centrale ha deciso di erogarle, e non altrove, mentre qualità e appropriatezza saranno anch'esse misurate dalla stessa burocrazia che le produce.

Se poi la programmazione sbaglia, l'allungarsi della lista d'attesa e il peggioramento della qualità saranno al massimo oggetto di riflessione in ristretti convegni a distanza di anni, mentre il deficit finanziario di ospedali e strutture sanitarie disertate dagli utenti saranno coperti dall'opacità di bilancio e sovvenzionati con l'incremento delle entrate fiscali. D'altra parte, la matrice ideologica di questo insieme di norme è ben evidenziata nel famoso punto 2.5 dell'allegato 1 al decreto, che prevede la chiusura delle strutture ospedaliere per acuti con meno di 60 posti letto, limitando paradossalmente la norma a quelle di diritto privato, senza alcuna logica o motivazione. Se l'obiettivo fosse stato la qualità insufficiente, infatti, non si comprende perché escludere quelle di diritto pubblico. Se l'obiettivo fosse stato l'inefficienza, a maggior ragione si sarebbero dovute chiudere solo quelle pubbliche, pagate a costi, mentre la presenza di strutture private pagate a prestazione è economicamente indifferente.

Esemplare per altro era già stata l'impostazione adottata con il decreto legge 95/2012, dove al titolo III "Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria" si prevede una riduzione delle prestazioni erogate dagli operatori privati pari al 0,5% nel 2011, 1% nel 2012 e 2% nel 2014, con l'effetto di trasferire queste prestazioni sull'erogatore di diritto

pubblico con un costo superiore pari al 20-40% o di generare crescenti liste d'attesa. Ma tutto questo non è altro, come già abbiamo detto, se non l'esplosione dovuta alla crisi economica, di un contrasto profondo sulla natura del Servizio Sanitario pubblico e sulla concezione del sistema di welfare, contrasto che risale alla impostazione originaria e al modello introdotto con la legge 833/78.

E così, da un lato si riafferma la visione centralistica e statalista, che considera servizio pubblico solo ciò che è governato e gestito dalle pubbliche istituzioni; che aspira alla programmazione più rigida e minuziosa supportata e controllata dalle burocrazie centrali (di fatto una vera e propria pianificazione); che considera la spesa sanitaria pubblica trasferimento interno fra comparti della Pubblica amministrazione; che mal sopporta l'impegno di operatori privati nel sistema vedendoli tutt'al più come supplenti transitori per carenze alle quali prima o poi il gestore pubblico riuscirà a dare risposta con la propria organizzazione; che ritiene di tutelare il cittadino indirizzandone le decisioni e interpretandone i bisogni. All'opposto, qualche positiva esperienza regionale, unita ad un'irrefrenabile spinta da parte degli utenti del servizio pubblico in tutto il Paese, ha sviluppato nei decenni di vita del SSN l'aspirazione ad un sistema di welfare sanitario aperto e pluralistico, nel quale la domanda dei cittadini e la loro libera scelta plasma, anche se in forma mediata, la struttura stessa dell'offerta della medicina di base, della specialistica ambulatoriale e degli ospedali fino a quella dei grandi sistemi sanitari regionali, verso cui si orienta o da cui si fugge, salvo scegliere dovunque le eccellenze e premiarle. Un sistema nel quale debbono necessariamente convivere e confrontarsi, in condizioni il più vicino possibile alla parità, operatori pubblici e gestori privati, remunerati per le prestazioni effettivamente erogate e non per i costi sostenuti.

Queste due opposte visioni in sanità si concretizzano in soluzioni normative e organizzative altrettanto divergenti. La visione centralistica cerca di attuarsi, oggi, con il moltiplicarsi di azioni di controllo e vigilanza, con il tentativo di ritornare ad una pianificazione minuziosa e dettagliata, come si è visto nel decreto sugli standard-ospedalieri, con politiche di cassa che poi inevitabilmente si traducono in riduzione dei livelli quali-quantitativi delle prestazioni, come avvenuto nelle Regioni in piano di rientro, con l'aspirazione a limitare la libertà di scelta dei cittadini per confinarli entro perimetri di offerta regolamentata e canalizzata dall'alto.

Questa visione, inevitabilmente attratta dal pagamento a costi che consegna alla politica un illimitato e incontrollabile potere di spesa svincolato di fatto da ogni riferimento ai servizi resi ai cittadini, confida di riuscire a controllare il sistema con vincoli e procedure normative, convinta che il miglior gestore non sia un manager libero di scegliere, ben remunerato in base ai veri risultati e removibile in qualunque istante, ma un burocrate inamovibile dotato di poteri di veto e di interdizione.

È un modo di pensare nemico – non di rado per ragioni ideologiche – dei modelli aziendali; che cerca in tutti i modi di ridurre e marginalizzare il ruolo del privato nel SSN, ritenendo che dalla sua compressione possa derivare un efficientamento della componente a gestione pubblica. Al contrario, la visione aperta è convinta che il welfare sanitario pubblico sia tale se assicura i principi di solidarietà, universalità ed equità nell'accesso alle prestazioni, ma che per raggiungere questo obiettivo oggi sia

più che mai necessaria la presenza di un mix di erogatori, pubblici e privati, posti in condizioni di parità. Crede in forme di competizione virtuosa, e anche se è consapevole della inevitabilità dei limiti generali di spesa, pensa che l'esistenza di operatori e di sistemi di offerta differenziati sia un'indispensabile premessa per assicurare un ragionevole livello di libertà di scelta per i cittadini. A questo scopo ritiene che sia indispensabile riprendere vigorosamente il percorso dell'aziendalizzazione della componente di diritto pubblico, separando, una volta per tutte, chi gestisce da chi effettua i controlli, liberando il manager pubblico dai vincoli di stampo burocratico e introducendo un sistema di "premi e castighi" uguale a quello che rende efficienti e performanti le aziende di diritto privato. Si batte contro il pagamento a costi (lo storico "piè di lista" tanto vituperato negli anni Ottanta) e ritiene che tutti i gestori di strutture sanitarie e ospedaliere pubbliche e private debbano ricevere denaro pubblico solo in cambio di prestazioni effettivamente erogate, meglio se tariffate tutte le volte che ciò è possibile, convinto che questo sia il requisito preliminare e centrale di qualunque sistema sanitario che voglia superare la rendita politica per conseguire qualità ed efficienza.

Chi sostiene questa visione pensa che la pianificazione centralistica debba alleggerirsi sempre più, cedendo il passo alle scelte dei cittadini e alla bravura dei gestori, pubblici e privati, che devono sempre ricordare che non c'è norma, indice o standard che può giustificare l'esistenza di un presidio o di un'unità operativa che gli utenti non vogliono utilizzare. E anche pensa che la mobilità dei pazienti sul territorio nazionale debba essere uno stimolo per i sistemi sanitari insoddisfacenti a guadagnare in efficienza e qualità, se il caso usando il talento dell'imprenditorialità sanitaria quando la componente a guida pubblica non riesce a decollare. Due visioni e due strade contrapposte, che la crisi economica non superata mette e metterà a confronto in modo sempre più netto, in una prospettiva dall'esito a tutt'oggi incerto, densa di preoccupazioni per la stessa tenuta del SSN, la cui capacità di offrire a tutti i cittadini l'intera garanzia di prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione è già oggi un interrogativo.

La visione statalista e burocratica, tuttora apparentemente prevalente, usa gli strumenti normativi e le metodologie di amministrazione che si sono consolidati, in modo spesso contorto, negli ultimi anni. Una nuova e diversa prospettiva per la Sanità richiede invece un coraggioso e innovativo intervento riformatore. Per il quale, nel cinquantesimo anno di vita Aiop, qualche segnale affiora.

## Verso una nuova riforma

Rilanciare il SSN in una fase di crisi economica profonda e di incertezza politica internazionale è certamente complesso e difficile, ma ciò non avverrà con il trionfo del centralismo e della burocrazia. In tutta Europa, la sopravvivenza dei sistemi di welfare sanitario si gioca invece sull'introduzione di forti fattori di efficientamento, di stimoli alla qualità sorretti da chiari elementi di competitività e dalla realizzazione di un autentico pluralismo degli erogatori, controllato da libertà di scelta e pagamento a prestazione. Questo percorso oggi è frenato dalla presenza di una componente di diritto pubblico presente in forma maggioritaria nel SSN inefficiente e autoreferenziale, ed è lì che una nuova riforma dovrà cimentarsi. Anche perché il rifinanziamento del SSN, indispensabile per mantenere nel futuro adeguati livelli qualitativi, non potrà certamente derivare da significativi incrementi di spesa pubblica sanitaria, e sarà dunque indispensabile rendere disponibile per la produzione di prestazioni la quota di spesa oggi improduttiva per inefficienza che Aiop stima tra i 5 e i 10 miliardi di euro.

I contenuti di fondo sono da tempo espressione di una corrente di pensiero riformatrice presente per una riforma efficace nelle Università, nelle migliori componenti mediche e professionali e nelle associazioni di categoria. Aiop ne ha dato una sintesi nel 13° Rapporto *Ospedali & Salute* del 2015 indicando cinque punti fondamentali per una vera nuova riforma sanitaria:

1. trasparenza nella gestione delle aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche, con adozione di bilanci civilistici tempestivamente resi pubblici;
2. riforma del percorso di aziendalizzazione, con il ritorno al pagamento a prestazione anche per il comparto pubblico, che deve essere ricondotto con efficaci piani industriali all'equilibrio fra costi e ricavi in tempi certi e misurabili;
3. attivazione di un vero sistema di "premi e castighi" che riconosca gli sforzi delle organizzazioni e dei manager migliori, e che al contempo disincentivi in modo netto le gestioni disfunzionali o inefficaci. A tal fine le Aziende sanitarie e ospedaliere disfunzionali devono andare incontro ad un vero commissariamento, unito a provvedimenti più incisivi in caso di reiterato deficit, quale l'affidamento a gestori professionali;
4. inserimento di elementi crescenti di competizione virtuosa, con apertura di una reale parità fra erogatori di diversa natura giuridica all'interno di un unico percorso di accreditamento;
5. terzietà dei controlli, per superare il conflitto di interessi di un erogatore pubblico che vigila su se stesso, con tutti i gravi effetti negativi che ciò comporta.

Tutto questo non può realizzarsi in tempo breve, non offre quei risparmi di cassa che taluni si attendono, e probabilmente richiederebbe anche l'attivazione di qualche ammortizzatore sociale specifico, là dove la spesa sanitaria in eccesso si è tradotta in azioni di mero sostegno economico a territori non di rado profondamente disagiati, con una distorsione che però oggi non è più accettabile, perché genera caduta delle prestazioni sanitarie colpendo la generalità dei cittadini. Ma è l'unica strada possibile per mantenere in vita un SSN universale e solidaristico, arginandone il declino e riallineandolo ai migliori sistemi sanitari europei. È anche ragionevole pensare che una nuova, grande riforma del SSN, proposta e discussa nella sua interezza come



---

Assemblea generale Aiop,  
Roma (2015)

avvenne nel passato, forse seguirebbe oggi un percorso troppo arduo e incerto, non in sintonia con il momento storico. Ma è proprio per queste difficoltà di fondo – e per la conseguente necessità di trovare nuove forme per intervenire su una materia così complessa e scivolosa – che l’approccio contenuto nel capo II “Efficientamento della spesa sanitaria”, all’interno della Legge di Stabilità 2016, pare estremamente interessante, innovativo e coraggioso.

Premesso che per la prima volta da molti anni, la Legge di Stabilità non contiene tagli alla Sanità, va osservato che l’articolo 40 (Piani di rientro e riqualificazione degli enti del Servizio Sanitario Nazionale e Aziende sanitarie uniche) introduce una serie di norme di assoluta rilevanza, che possiamo così sintetizzare:

1. la pubblicazione integrale sul proprio sito Internet dei bilanci di esercizio degli erogatori pubblici;
2. l’adozione di schemi tipo per la redazione dei bilanci al fine di dare evidenza e trasparenza del risultato di esercizio nei documenti di bilancio degli erogatori pubblici;
3. l’adozione di piani di rientro triennali per tutti i soggetti pubblici con scostamenti pari o superiori al 10% (o almeno 10 milioni) tra costi e ricavi;

4. il monitoraggio costante dei piani di rientro;
5. la decadenza automatica del Direttore generale in caso di mancata adozione del piano di rientro o esito negativo della verifica annuale;
6. l'adozione di una nutrita serie di norme attuative volte a rendere efficaci questi indirizzi.

Queste disposizioni se saranno seguite rapidamente dai non semplici provvedimenti attuativi rappresentano un primo solido intervento di autentica riforma che finalmente si pone in concreto l'obiettivo dell'efficientamento della componente pubblica del SSN, riprendendo il percorso della vera aziendalizzazione interrotto alla fine degli anni Novanta. Trasparenza, equilibrio dei conti e responsabilità diventano così priorità e obiettivi determinanti nel riordino del SSN, assumendo un valore e una potenzialità innovativa degna di un autentico processo riformatore. Perché un progetto così ambizioso abbia successo, occorrerà però, presto, aggiungere al disegno che si va componendo un altro fondamentale tassello. Bisogna infatti raggiungere la consapevolezza che l'unico vero stimolo all'efficienza e all'equilibrio finanziario per l'operatore pubblico come per quello privato è il rischio di perdere la proprietà, e questo rischio per l'operatore pubblico deve tradursi nell'obbligo dell'affidamento della gestione dell'azienda sanitaria o ospedaliera cronicamente in deficit ad un operatore professionale di diritto privato. Una medicina amara, che comporta la perdita della rendita politica unita al riconoscimento delle difficoltà a gestire direttamente un grande comparto produttivo del Paese, ma anche un forte stimolo a contenere le infinite pressioni che si scaricano sull'amministratore pubblico e che ne riducono oggettivamente la capacità di conseguire la più elevata efficienza aziendale.

Un modo, inoltre, per equiparare veramente diritti e doveri di tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie pubblici e privati, e per dare autentica terzietà, a riportare al fondamentale compito di governo del sistema lo Stato e le Regioni, la cui vera missione, e la cui credibilità, si concentrano nell'alto obiettivo di assicurare a tutti i cittadini la piena tutela della salute tramite norme e regole efficaci ed adeguate, vigilandone l'attuazione e destinandovi la giusta quota della ricchezza del Paese. Se nei prossimi anni l'Italia troverà la forza di proseguire con determinazione il percorso riformatore avviato, potremo ricordare questo anno, che è anche il 50° della fondazione Aiop, come il tempo del giro di boa, come l'anno del rilancio del SSN.



ALINARI

ALINARI





# Antefatti

---

DALL'UNITÀ D'ITALIA ALLA FINE DEGLI ANNI CINQUANTA

Una giovane donna riceve la visita domiciliare di un medico (1924-1925)

## Un modello sanitario ancora ottocentesco

Dopo l'unificazione dell'Italia in un unico Stato, sorse l'esigenza di uniformare la legislazione, discrepante e talvolta inesistente, anche per quel che riguardava il settore dell'assistenza sanitaria e ospedaliera che, fino ad allora, consisteva esclusivamente in opere di sostegno finanziario o di beneficenza da parte di privati. La legge n. 2248 del 20 marzo 1865 costituì un primo passo importante. Il provvedimento prevedeva che la tutela della salute pubblica fosse affidata, a livello centrale, al Ministro dell'Interno e, sotto la sua dipendenza, in sede periferica, ai Prefetti e ai Sindaci. Successivamente, la prima delle "leggi crispine" (n. 5849 del 22 dicembre 1888) istituì la Direzione generale di Sanità presso il Ministero dell'Interno e creò una serie di uffici provinciali e comunali per la tutela dell'igiene pubblica. Infine, il 17 luglio del 1890 venne promulgata la legge n. 6972, che sanciva la trasformazione di ospedali, case di riposo e opere pie da enti privati a Istituti pubblici di assistenza e beneficenza (Ipab).

Va detto che, nonostante questa trasformazione radicale, le strutture di assistenza rimasero comunque insufficienti a garantire un efficace servizio sanitario, per via dell'arretratezza rispetto alle conquiste della scienza medica e per le scarse condizioni di igiene, ma la legge Crispi è da considerarsi un passaggio epocale, poiché stabiliva il diritto all'assistenza sulla base di due criteri che sarebbero stati in seguito ritenuti inderogabili: la povertà del malato e l'urgenza del ricovero. Per la prima volta nella storia dello Stato Unitario<sup>1</sup>, inoltre, si introduceva il concetto di "fini pubblici" così come oggi li intendiamo<sup>2</sup>, ossia l'assunzione di competenza da parte dello Stato in settori come l'assistenza sociale, la sanità e l'educazione, sino ad allora lasciati all'iniziativa sociale di soggetti privati, sia di stampo religioso che laico. Altri provvedimenti importanti vennero varati nel ventennio successivo, tra i quali la legge n. 36 del 14 febbraio 1904 sui manicomi e gli alienati, che facevano riferimento alle strutture private psichiatriche, la legge n. 455 del 10 luglio 1910 sugli ordini professionali sanitari e la legge n. 468 del 22 maggio 1913 sull'ordinamento delle farmacie.

Dopo la Grande Guerra la Sanità italiana venne colpita, ed era la prima volta, da una grave crisi finanziaria. I contributi dei Comuni risultavano insufficienti e le amministrazioni ospedaliere non impedirono lo sviluppo dei servizi a pagamento diretti alle classi più agiate. Venne così incentivata la libera professione medica che, pur compromettendo il principio egualitario e solidaristico di assistenza gratuita garantita alle classi meno abbienti, consentì un miglioramento delle strutture edilizie e la dotazione per gli ospedali di macchinari, attrezzature e medicinali.

---

1 Un'anticipazione dei principi di pubblica assistenza fu presentata dalle Congregazioni di carità napoleoniche (1807). Queste indemaniarono i beni e gli archivi delle congregazioni religiose, posti sotto il controllo del Ministero dei Culti.

2 La differenza tra "pubblico" e "privato" era più sfumata prima del XVIII-XIX secolo, perché non esisteva lo Stato di matrice illuministico-napoleonica. Alcuni ospedali infatti nascevano dall'iniziativa di personalità che esprimevano la volontà collettiva, come i Vescovi cittadini o i Signori della città, e da essi venivano dotati di un cospicuo patrimonio. Un esempio famoso è costituito dall'Ospedale Ca' Granda di Milano, fondato dal Duca Francesco Sforza nel 1456 e in seguito largamente finanziato, tra gli altri, dal Cardinale Borromeo.

Tuttavia, la crisi del settore era destinata a peggiorare. Negli anni Trenta, il regime fascista tentò di risolvere la questione dando vita a un sistema assicurativo e previdenziale in grado di garantire, tra l'altro, l'assistenza sanitaria ai lavoratori. Sul lato dell'erogazione, il Testo Unico delle leggi sanitarie del 1934 prevedeva la formazione di case o istituti di cura medico-chirurgici e case per gestanti private che affiancassero il sistema delle Ipab<sup>3</sup>. Sul lato del finanziamento dell'assistenza sanitaria, risale agli anni Trenta la creazione dell'Istituto nazionale per le assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro (Inail, 1933) e dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (Inps, 1933)<sup>4</sup>, e agli anni Quaranta quella dell'Ente nazionale di previdenza ed assistenza per i dipendenti statali (Enpas, 1942) e l'Istituto nazionale di assicurazione contro le malattie (Inam, 1943).

Con la nascita dello Stato repubblicano nel dopoguerra e l'entrata in vigore della Costituzione nel 1948, nell'ordinamento giuridico italiano si consolidò il diritto universale alla salute. Il fondamentale articolo 32 statuí che la salute fosse "diritto individuale e interesse della collettività" concretizzabile nella garanzia di "cure gratuite agli indigenti". I principi di universalità del sistema sanitario nazionale affondano le radici giuridiche qui. Inoltre, l'articolo 117 affidò la competenza legislativa in materia di sanità alle Regioni, prescrizione rimasta sulla carta per molto tempo. Nel secondo dopoguerra, vennero conservati gli enti mutualistici del periodo fascista. La loro sorveglianza fu affidata al Ministero del Lavoro; la materia sanitaria (indirizzi d'igiene pubblica) passò invece all'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità della Presidenza del Consiglio (1945). Agli enti pubblici territoriali rimase invece la responsabilità diretta sulle seguenti attività sanitarie:

- alle Province l'assistenza psichiatrica;
- ai Comuni gli interventi profilattici e igienici, nonché le condotte ostetriche e mediche e le ospedalizzazioni di cittadini indigenti;
- allo Stato (Ministero della Difesa) la Sanità militare.

Negli anni successivi sorsero svariati enti mutualistici (casce mutue) per garantire una copertura sanitaria ai lavoratori e ai loro familiari: pensionati dello Stato (1953), coltivatori diretti (1954), artigiani (1956), commercianti (1960), e poi un susseguirsi di enti minori, come la Cassa nazionale di previdenza e assistenza per gli impiegati agricoli e forestali e l'Istituto di previdenza e mutualità tra i magistrati. Inoltre, continuavano a proliferare piccolissime realtà mutualistiche di fabbrica o di azienda. In pratica, il sistema sanitario italiano, finanziato attraverso i contributi sociali degli aderenti alle varie casce, ma anche attraverso cospicui trasferimenti statali, era intermediato dagli enti mutualistici, diversi a seconda delle categorie sociali a cui facevano riferimento. A ciascun ente, nella propria autonomia, era affidata la gestione delle funzioni diagnostico-curative (medicina generale, specialistica, farmaceutica, ospedaliera), ossia la quasi totalità delle funzioni sanitarie. Le tendenze espresse dai provvedi-

---

3 La legge n. 1265 del 1934 disponeva che l'autorità centrale e provinciale vigilasse sull'organizzazione degli ospedali e ne controllasse il funzionamento, ma solo con il Regio Decreto n. 1631 del 30 settembre 1938 furono emanate norme per l'ordinamento dei servizi sanitari e del personale degli ospedali, applicate fino alla riforma ospedaliera del 1968.

4 L'Inps andò a sostituire la Cnas (Cassa nazionale per le assicurazioni sociali), istituita nel 1919 per tutelare l'invalidità e la vecchiaia, specie delle fasce sociali a basso reddito.

menti legislativi del primo dopoguerra andarono quindi ad amplificarsi, facendo della tutela alla salute un diritto legato all'appartenenza a una categoria lavorativa e non un diritto inderogabile del cittadino italiano.

Gli enti mutualistici, esercitando forme assistenziali assai diverse tra loro, erano quasi sempre all'oscuro delle attività reciproche, elemento disorganizzativo che portò a un numero di assistiti superiore di circa 16 milioni rispetto all'effettiva popolazione italiana, con inevitabili sprechi. Vi era già stato, invero, un tentativo nel 1948 – dopo la costituzione della Repubblica Italiana – di ovviare alle carenze e ai buchi neri di un'assistenza sanitaria lasciata in balia del libero arbitrio delle innumerevoli assistenze mutualistiche: un'apposita commissione, presieduta da Ludovico D'Aragona, aveva proposto di fonderle in un unico ente, ma senza alcun seguito. La confusione e spesso anche il degrado che regnavano in materia sanitaria erano già stati stigmatizzati fin dal 1953 dall'allora Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, Raffaele Chiarolanza, che nella sua “relazione morale” aveva evidenziato i peggiori mali che affliggevano il settore. Mali che con il trascorrere degli anni continuavano ad aggravarsi. Tra di essi, oltre alla diminuzione di pazienti paganti, il crescente abusivismo, la cronica mancanza di fondi e la tendenza dello Stato a estendere il servizio mutualistico anche alle classi abbienti, sempre sulla base del modello previdenziale instaurato in epoca fascista.

Parallelamente, aveva ripreso vigore la sanità offerta da professionisti e case di cura private, che a volte effettuavano prestazioni pagate direttamente dall'utente ponendosi come alternativa ai sistemi mutualistici e alle loro carenze qualitative, altre volte concludevano accordi con le mutue stesse. Queste stipulavano convenzioni con le case di cura private per l'erogazione di prestazioni ai rispettivi assicurati. I corrispettivi per una determinata prestazione variavano da mutua a mutua e da provincia a provincia; si trattava, comunque, di somme generalmente molto basse e insufficienti a coprire le spese di gestione delle strutture private.

Nel frattempo, a causa delle dinamiche salariali di un Paese ormai avviato verso il boom economico, i lavoratori dipendenti delle case di cura private cercavano di ottenere contratti di lavoro più vantaggiosi e uniformi, con salari minimi e altri diritti. Le case di cura erano però in difficoltà a concedere e accettare le condizioni proposte dai Sindacati perché non avevano i fondi necessari a sostenere spese ulteriori per il personale. In tale contesto, un'epoca che vedeva la diffusione della contrattazione collettiva, era urgente una rappresentanza del settore sanitario privato. Al riguardo, nel 1956, i Sindacati riuscirono – con l'ausilio del Ministero del Lavoro – a stipulare un “Contratto nazionale normativo di lavoro per i dipendenti degli istituti di cura privati” con l'unica associazione allora rappresentativa delle case di cura private, l'Ancip (Associazione nazionale case di cura italiane private) alla quale aderivano prevalentemente strutture delle regioni del Nord Italia. Il contratto, entrato in vigore il 1° giugno del 1956 ed applicabile «soltanto ai dipendenti degli istituti di cura privati aderenti all'associazione nazionale stipulante», con il decreto del Presidente della Repubblica del 14 luglio 1960 fu reso efficace *erga omnes*<sup>5</sup> e divenne obbligatorio per tutte le case di cura, motivando ulteriormente le strutture ospedaliere private ad organizzarsi in associazione per far fronte comune alla situazione.

---

5 Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 244 del 5 ottobre 1960.

All'entrata in vigore del suddetto contratto, molte altre associazioni di categoria, seppure a carattere regionale o provinciale, si costituirono in una federazione, dando vita così alla Fnacc (Federazione nazionale delle associazioni di case di cura). Fin dal principio fu palese che questa duplicazione, oltre a non essere necessaria, era anche controproducente. Così i responsabili di Ancip e Fnacc iniziarono a discutere sulla possibilità di formare un'unica associazione nazionale di categoria, pur con tutte le perplessità provenienti dalle limitazioni di applicabilità del nuovo contratto nazionale da poco varato nei confronti dei dipendenti delle strutture aderenti alla Fnacc.

Mentre le due associazioni discutevano tra di loro – e soprattutto si confrontavano sui vari rapporti che ciascuna aveva intrattenuto con la politica di allora per cercare di far valere l'attività di ricovero e cura delle strutture associate e federate – si esauriva la seconda legislatura della Repubblica (1953-1958) e, con la terza legislatura, si inaugurò la cosiddetta stagione del centro-sinistra. Furono anni decisivi per l'evoluzione del sistema sanitario italiano, perché il Governo Fanfani (con una maggioranza di cui faceva parte un partito di sinistra, il PSDI) dette una svolta significativa alla politica sanitaria istituendo, il 14 agosto del 1958, il Ministero della Sanità<sup>6</sup>, di cui solo l'Italia, in tutta Europa, era ancora sprovvista.

L'istituzione del Ministero della Sanità, la costituzione alla Camera e al Senato delle relative Commissioni e, soprattutto, l'inizio delle discussioni inerenti la riforma sanitaria – anche se si concretizzò dopo ben vent'anni – spinsero maggiormente i responsabili di Ancip e Fnacc a stringere i tempi per una vera intesa, al fine di una più incisiva rappresentanza delle strutture sanitarie private.

---

6 Il primo Ministro della Sanità fu il senatore della Democrazia Cristiana Vincenzo Monaldi, docente di fisiologia e Direttore dell'Istituto sanatoriale Principe di Piemonte di Napoli.





# Un Paese e una sanità da costruire

---

ANNI SESSANTA

Un medico che visita un piccolo paziente

1

## 1.1 Aumenta la ricchezza, ma non il bene salute

---

Nel primo quinquennio degli anni Sessanta era ulteriormente cresciuto quel fenomeno, avviato a metà del decennio precedente, noto come “boom industriale”. I titoli di Stato italiani costavano poco e rendevano molto, così, a poco più di dieci anni dalla fine della guerra, degli stenti e degli orrori, una ventata di ottimismo e d’inatteso benessere soffiava su buona parte della neonata Repubblica, da poco entrata nel Mercato comune europeo. A beneficiare del boom fu soprattutto il “triangolo industriale”, Milano, Torino e Genova, città che avevano visto nel giro di pochi anni aumentare la popolazione attiva per via delle migrazioni di disoccupati soprattutto meridionali verso quest’area produttrice di ricchezza e dispensatrice di posti di lavoro. Molti italiani, e non solo nel triangolo industriale, avevano visto accrescere il loro potere d’acquisto, abituandosi in fretta a beni fino ad allora considerati di lusso, come frigoriferi, lavatrici, televisori, automobili e prodotti di largo consumo, sulla scia del modello ritenuto vincente, ossia gli Stati Uniti d’America: nel consumismo veniva ravvisata la radice del successo del Paese più ricco e industrializzato del mondo.

Sotto il profilo economico si era trattato di un periodo d’oro, grazie al forte sviluppo di molti settori industriali e anche del terziario. Tuttavia, in quanto a qualità dei servizi pubblici e della protezione sociale, l’Italia si discostava molto dagli standard di altri Paesi sviluppati. La velocità con cui era stata travolta dal boom dei consumi aveva accantonato molti problemi irrisolti, tra i quali la quantità e la qualità del servizio ospedaliero. Cambiamenti così rapidi e rivoluzionari, peraltro, non avevano messo tutti d’accordo. Parecchi intellettuali, sociologi e filosofi – europei e statunitensi – puntavano il dito sulle possibili conseguenze negative di un consumismo dilagante e politicamente poco controllato, specie in presenza di una propaganda televisiva incalzante e tendente all’uniformazione, al condizionamento dei gusti piuttosto che alla crescita culturale e del senso civico. Va detto, però, che nel nostro Paese non mancarono alcuni significativi provvedimenti dei Governi nazionali diretti a irrobustire la preparazione scolastica e culturale dei cittadini; ad esempio, l’innalzamento dell’obbligo scolastico e l’istituzione della scuola media unica. Inoltre la tv, almeno nei primi anni, diede un significativo contributo all’unificazione linguistica.

Intanto si stava avvicinando la stagione del Sessantotto che portò i giovani, come mai in precedenza, a essere protagonisti in modo incisivo della storia. La loro presa di coscienza, intrisa di elementi pacifisti e di cultura *hippy*, anche mutuata dagli orientamenti di sinistra sovietici e cinesi, avrebbe influito in modo profondo non solo sulla struttura sociale e politica – basti pensare ai diritti civili o al ruolo della donna –, ma anche a livello culturale, per il linguaggio, la musica, la letteratura e l’arte. Il clima complessivo, non solo giovanile, era stimolante e profondamente innovativo in tutti gli ambiti della convivenza, a cominciare dal bene collettivo forse più importante: il benessere sociale. Le lotte per il benessere – l’espressione *welfare state* non era ancora entrata nell’uso comune – presero avvio intorno alla metà degli anni Sessanta, mentre in molte aziende i processi di ristrutturazione degli impianti e di meccanizzazione stavano già producendo una minore richiesta di manodopera e quindi una maggiore disoccupazione. A queste si aggiungevano nuove battaglie per il riconoscimento dei diritti civili e sociali, primi fra tutti la salute nei luoghi di lavoro e di vita, la sicurezza e l’igiene, la possibilità di ottenere cure adeguate, tecnicamente efficaci e immediate. Ma a dare risposta a questo bisogno



era una rete di assistenza socio-sanitaria pubblica insufficiente, talvolta inefficiente, spesso inefficace e difficilmente accessibile alla generalità della popolazione. Era uno scenario di tensioni e di conflitti, ma anche di proposte e di progettualità entro il quale si diffondeva e prendeva vigore nel dibattito politico l'esigenza di dare compimento alla Costituzione con la creazione delle Regioni e di superare le disuguaglianze, le fragilità e le inefficienze del sistema mutualistico, sanitario e assicurativo-previdenziale.

In questa fase di grande trasformazione, l'attenzione si andava concentrando sempre più sugli ospedali, giuridicamente classificati ancora come "Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza", e se ne studiava una riforma per dotarli di competenze e di un modello organizzativo più adeguato ai tempi e al ruolo ormai profondamente mutato. Gli ospedali si erano infatti progressivamente trasformati da "opera pia", dedicata prevalentemente a dare assistenza agli infermi indigenti, a "organizzazione complessa a elevata componente tecnologica", caratterizzata da crescente specializzazione. La legge n. 132 del 12 febbraio 1968 (legge Mariotti) rappresentò in questo senso un punto di svolta, con il passaggio dal concetto di assistenza ospedaliera informato alla beneficien-

---

Meccanici al lavoro per la produzione in larga scala di moto e scooter Ducati, nello stabilimento di Borgo Panigale, Bologna (1964)





---

Il Ministro della Sanità  
Luigi Mariotti (a destra) mentre  
conversa con un uomo

za a quello di tipo moderno informato, invece, al diritto costituzionalmente tutelato di avvalersi di un servizio. Gli ospedali cessarono così di far parte della categoria delle Ipb. Fu creato l'*ente ospedaliero*, ente autonomo al quale furono attribuite competenze complesse: ricovero e cura ma anche partecipazione alla "difesa attiva" della salute ossia promozione dell'educazione sanitaria del malato e del suo nucleo familiare, formazione del personale sanitario e tecnico, istituzione di ambulatori, consultori, centri per la prevenzione di malattie sociali e del lavoro, per il recupero funzionale dei disabili, ecc. Nel sistema delineato dalla legge 132/1968 gli enti ospedalieri ricoprivano quindi un ruolo centrale nell'attivazione di una vasta gamma di servizi sanitari. Gli ospedali venivano classificati in base alle specialità in esercizio e quindi si individuavano strutture di livello regionale, provinciale o zonale, a seconda dell'entità del bacino di utenza. In tal modo le specialità più impegnative e meno diffuse (la cardiocirurgia, la chirurgia vascolare, le endocrinologie, ecc.) venivano collocate a livello regionale per essere alimentate da contingenti cospicui di popolazione; quelle intermedie (quali la cardiologia, l'oculistica, la neurologia, l'urologia, ecc.) si collocavano a livello provinciale; le specialità zonali, o di base (medicina, chirurgia, ostetricia, pediatria, ortopedia) erano collocate in corrispondenza dell'ospedale di zona.

## Una sanità disomogenea e il caos delle mutue

### 1.2

---

Fino ad oltre la metà degli anni Sessanta la politica della salute, compresi i servizi ospedalieri, restava del tutto inadeguata. L'unica norma di riferimento rimaneva la legge n. 296 del 13 marzo 1958, con la quale era stato istituito il Ministero della Sanità, formalmente per dare attuazione all'articolo 32 della Costituzione: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Pur non negando l'importanza del passo, si trattava di un provvedimento soltanto formale, incapace di offrire una vera e propria svolta nella tutela della salute e di rispondere ai reali bisogni sanitari dei cittadini e delle comunità, anche perché non stabiliva un'unica giurisdizione sui servizi igienico-sanitari del Paese.

In positivo, il provvedimento contemplava un livellamento dei trattamenti tra le diverse categorie di assicurati, ma senza l'istituzione di un coordinamento tra le stesse e senza un piano globale per il miglioramento della sanità pubblica. Anche le disposizioni in materia di finanziamenti risultavano dispersive, spesso assecondando interessi elettorali piuttosto che l'efficienza delle strutture assistenziali. Il Ministero della Sanità non disponeva di poteri sufficienti per assumere quel ruolo di coordinamento e di punto di riferimento che sarebbe stato auspicabile per garantire una maggiore uguaglianza dei trattamenti fra le diverse categorie di assicurati e per sviluppare una programmazione nella distribuzione territoriale e nella qualità dell'organizzazione dei servizi.

L'impostazione dell'assistenza sanitaria sulle casse mutue aveva prodotto una caotica e disomogenea risposta alle esigenze effettive della popolazione italiana, con una frammentazione delle strutture, un dispersivo impiego dei professionisti in medicina e un abusivismo dilagante. I due film di Luigi Zampa, interpretati da Alberto Sordi, *Il medico della mutua* (1968) e *Il prof. dott. Guido Tersilli primario della clinica Villa Celeste convenzionata con le mutue* (1969) rappresentano ancora oggi in modo straordinariamente efficace i disagi dell'epoca. L'ironia e la comicità s'intrecciano all'amarezza, denunciando di fatto la crisi che imperversava nel sistema sanitario. Un sistema che, per mantenersi, richiedeva un sostegno pubblico sempre più forte, incapace però di tradursi in una maggiore efficienza e razionalità nell'erogazione dei servizi.

Per avere un'idea più precisa dei livelli di costo, è sufficiente prendere visione dei dati forniti dalla Relazione sociale della Cee degli allora sei Stati membri: nel 1958 l'incidenza del costo per prestazioni di malattia e maternità sul costo totale della sicurezza sociale (al netto dei trasferimenti in altri regimi) vedeva l'Italia all'ultimo posto della graduatoria con un'incidenza del 25,6%, contro il 30,9% della Germania, il 30,7% della Francia, il 27,4% dei Paesi Bassi e del Belgio. Tuttavia, considerando il periodo 1958-1963, si ha un completo rovesciamento di tendenza: l'Italia, ai più bassi livelli di partenza, aveva registrato in cinque anni i più elevati incrementi della spesa sanitaria, mentre gli altri Paesi si erano stabilizzati. Un incremento al quale non corrispondeva una coerente e conseguente elevazione dei livelli qualitativi delle prestazioni.

Comparando questi dati con quelli messi a disposizione dal Censis, risulta che le maggiori distorsioni del sistema sanitario italiano non concernevano, per l'appunto, il costo complessivo dell'assistenza sanitaria, quanto la sua distribuzione interna per tipo di

prestazione: particolare rilevanza avevano le spese per prestazioni medico-generiche, specialistiche ambulatoriali e farmaceutiche, mentre risultavano esigue quelle di ospedalizzazione. Tutto questo confermava l'opinione di quanti sostenevano che in Italia non bisognasse spendere di più, bensì spendere meglio, mediante uno sforzo di generale avanzamento dei servizi sanitari. Sforzo che avrebbe dovuto prevedere una pronta soluzione a quattro problemi chiave che, in caso contrario, avrebbero compromesso il livello diagnostico e terapeutico dell'intero sistema sanitario:

- la cronica congestione e l'irrazionale distribuzione sul territorio dei presidi ospedalieri;
- l'assenza di una disciplina per l'attività libero-professionale nelle strutture ospedaliere pubbliche;
- l'inadeguata e irrazionale distribuzione delle strutture ambulatoriali e poliambulatoriali (realizzabili e programmabili solo in un'organizzazione sanitaria unitaria), con la conseguente mancanza di quei "filtri" sanitari pre-ospedalieri indispensabili per un aspetto fondamentale della buona sanità, ossia la prevenzione di gran parte di molte patologie;
- l'assenza di una rete di servizi di alta specializzazione per garantire l'assistenza a quei pazienti che, pur essendo affetti da malattie di particolare impegno diagnostico e terapeutico, non richiedevano il ricovero (si pensi ai centri di dialisi, per portare un esempio)<sup>1</sup>.

Doveva poi essere anche affrontato il problema del personale medico e ausiliario, che palesava innanzitutto un'insufficiente preparazione professionale e carenze quantitative. Infatti, l'impostazione generale del piano di studi all'interno delle Università risentiva dei vecchi indirizzi, i quali prevedevano l'insegnamento della medicina generale e specialistica in maniera teorica e del tutto avulsa da precisi obiettivi di carattere operativo. Gli studenti potevano conseguire la laurea in Medicina e chirurgia senza aver mai frequentato attivamente e con continuità le corsie delle cliniche universitarie. In secondo luogo, erano presenti gravi lacune a livello di distribuzione e utilizzazione del personale medico: la maggiore concentrazione avveniva nelle città, con conseguente esiguità di servizi nelle zone periferiche (nel 1965, in oltre 5.000 Comuni italiani era presente solo il medico condotto). Inoltre, in virtù della preparazione incompleta del personale medico, risultavano estremamente sguarniti i presidi di natura profilattica e preventiva.

Problema analogo si poneva per il personale assistenziale, dal punto di vista numerico assolutamente inadeguato agli accresciuti bisogni della popolazione e, ancora una volta, carente sul fronte della formazione, non essendo previste apposite strutture di preparazione al lavoro infermieristico, ma solo "scuole convitto" precluse agli uomini e cristallizzate su sistemi didattici del tutto sorpassati. La maggior parte del personale infermieristico era, allora, in possesso del cosiddetto "diplomino di infermiere generico" che si conseguiva in un solo anno di corso. Alle carenze di personale si aggiungevano l'insufficienza di adeguate e moderne attrezzature scientifiche a disposizione delle strutture ospedaliere e la scarsità di posti letto, soprattutto nel Sud Italia.

---

1 Cfr. Rapporto Censis, Anno II, n. 36.

## Verso la riforma del sistema sanitario

## 1.3

---

Il chirurgo Achille Dogliotti, chiamato a presiedere nel 1964 la Commissione per la riforma ospedaliera, aveva ben chiara la necessità di un cambio di rotta. Egli aveva presenti i tanti e interconnessi problemi che gravavano sulla Sanità italiana e riteneva necessaria un'unitaria azione politica che mirasse:

- a trasformare nei contenuti e negli strumenti l'organizzazione sanitaria tramite una generale riqualificazione delle prestazioni e dei servizi al passo con i progressi della medicina e in stretto rapporto con le rinnovate esigenze assistenziali (malattie del lavoro, legate allo sviluppo tecnologico, incidenti stradali e le cosiddette malattie iatrogene, provocate da una dilatazione incontrollata del consumo farmaceutico);
- alla riorganizzazione dell'assetto ospedaliero per conferirgli unicità sia dal punto di vista strutturale e legislativo che amministrativo;
- alla soluzione dei forti squilibri del sistema ospedaliero, per ripartizione territoriale di competenza e per settore di intervento;
- alla normalizzazione di un sistema farmaceutico dai costi eccessivi e che andava indubbiamente contro l'interesse pubblico;
- al reperimento di fondi pubblici da destinare alle strutture igienico-sanitarie degli ospedali;
- ad un riassetto giuridico e organizzativo del personale ospedaliero, con la determinazione del numero di ore di servizio obbligatorio non solo per i medici con funzioni igienico-organizzative, ma anche per i medici addetti all'assistenza sanitaria, ossia primari, aiuti e assistenti, ferma restando la possibilità di esercitare la libera professione nei limiti fissati dalla legge.

Nella relazione finale della Commissione venne inoltre sottolineata l'urgenza di rispettare il dettato costituzionale e la necessità di «procedere alla razionalizzazione del settore con il decentramento alle Regioni, una volta istituite, delle funzioni normative e di controllo», assicurando una quota del bilancio statale per il finanziamento del Servizio Sanitario. In altri termini, veniva proposta una riforma che sanasse sprechi e inefficienze del sistema mutualistico, rendendo effettiva la tutela del diritto alla salute per tutti i cittadini italiani, indipendentemente dal reddito o dal lavoro svolto, nonché il decentramento delle competenze e delle responsabilità alle Regioni, lasciando allo Stato le funzioni di coordinamento e di controllo e l'istituzione di un fondo derivante dalla fiscalità generale. La proposta di Dogliotti, corroborata dal parere di economisti e sociologi, andava a scontrarsi, però, con la realtà politica dell'epoca. Il tema dell'istituzione delle Regioni ordinarie era all'ordine del giorno, ma la battaglia con l'opposizione, alquanto tenace, portava ogni volta a un nulla di fatto, sebbene adempiere al riguardo fosse previsto dalla Costituzione.

La situazione negli anni seguenti non accennò a migliorare, soprattutto per il forte peggioramento registrato nella situazione finanziaria degli enti previdenziali (il solo Inam concluse il 1966 con un disavanzo di 74 miliardi di lire), con conseguente dilatazione della spesa e dei consumi farmaceutici, che raggiunse la ragguardevole cifra di 318,6 miliardi di lire, pari al 29,3% della spesa globale per le prestazioni sanitarie. Inoltre, da un'indagine comparativa del Censis emergeva che in Italia:



In Parlamento si discute la riforma del sistema sanitario nazionale

---

- il ricorso all'assistenza medico-generica e specialistica aveva un'intensità media di 7,66 prestazioni per assicurato, mentre in Francia il valore si fermava a 2,41 e in Belgio a 5,52;
- riguardo all'assistenza farmaceutica, il numero medio annuo di prescrizioni per assicurato era di 9,92, mentre in Inghilterra si riduceva a 4,21;
- l'incidenza percentuale della spesa farmaceutica sulla spesa globale presentava valori di gran lunga superiori a quella degli altri Paesi europei presi in esame<sup>2</sup>.

In altri termini, veniva confermato che nel nostro Paese l'elemento di strozzatura fosse costituito dalla ripartizione interna della spesa sanitaria, soprattutto per la massiccia incidenza delle forme assistenziali meno qualificate, le quali finivano per amplificare i consumi farmaceutici proprio per la debolezza della formazione di base alle spalle dei medici in esse operanti. Per queste ragioni, si intensificarono le richieste di una globale riforma del sistema assistenziale italiano e di un impegno da parte del potere pubblico per orientare il comportamento dei diversi operatori, pubblici e privati. In particolare, venne evidenziata la mancanza di un'Unità sanitaria locale nella quale trovassero unificazione e regolamentazione le varie funzioni disperse in un eccessivo numero di strutture di base, nonché un centro di promozione e divulgazione di nozioni igieniche e preventive, senza discriminazioni per categorie sociali.

Nel frattempo prese il via la quarta legislatura (1963-1968), connotata da una maggiore componente delle forze politiche di sinistra. Durante le varie discussioni parlamentari inerenti ai concetti e alla necessità di varare una vera riforma sanitaria, che rispecchiasse compiutamente i principi costituzionali, molti furono gli scontri tra i partiti che volevano portare avanti un'impostazione universalistica del welfare e quelli che si dimostravano dubbiosi o contrari. Tutti erano però concordi nell'iniziare a porre allo studio alcune norme volte a modificare profondamente il sistema ospedaliero, per lo più gestito da enti di assistenza e beneficenza, disciplinandone l'organizzazione, la classificazione in categorie, le funzioni nell'ambito della programmazione nazionale e regionale e, soprattutto, le fonti di finanziamento. Va da sé che una riforma di così vasta portata – e nessuno poteva sapere che per più di altri dieci anni non sarebbe stata attuata – avrebbe inciso sull'attività e la sopravvivenza del settore privato.

---

2 Cfr. "Bollettino di informazione Censis n. 36", pp. 8 e ss.

## 1.4 La nascita dell’Aiop

---

È in questa delicata fase di trasformazione, ricca di fermenti, ma anche di gravi problemi, che maturarono le idee che portarono alla nascita dell’Aiop, l’Associazione italiana ospedalità privata<sup>3</sup>. La maggior parte delle case di cura nel 1965 era costituita da strutture piccole, spesso riconducibili ad alberghi dove si praticava anche assistenza sanitaria piuttosto che ad ospedali in senso stretto, che facevano riferimento soprattutto alla persona che le aveva create: il chirurgo che operava con i suoi collaboratori.

Venivano così a formarsi in Italia due distinti filoni. Uno di beneficenza o caritativo, di origine pubblica o di ispirazione ecclesiale, e uno specifico che non trovava riscontro nel settore pubblico: il filone professionale. Proprio alla figura del professionista fattosi anche imprenditore, figura caratteristica più significativa dell’ospedalità privata sin dalle sue origini, si devono le maggiori garanzie percepite dal paziente nell’alternativa tra pubblico e privato, nonostante in un primo momento le strutture appartenenti a quest’ultimo filone spesso conservassero una mentalità nei fatti familiare e non fossero ancora organizzazioni tecnicamente complesse e in grado di esprimere un sufficiente peso nel dialogo a livello istituzionale<sup>4</sup>.

Questa duplice consapevolezza costituì la spinta maggiore, e anche risolutiva, per convincere i responsabili di Ancip e Fnacc, nonché di altre associazioni non federate, a formare un’unica associazione di categoria. Il progetto era di dare vita ad un’associazione unitaria di ospedali privati, indispensabile soprattutto rispetto ad alcune correnti ideologiche contrarie all’iniziativa privata nell’ambito dell’erogazione delle cure. Il rischio, in quegli anni, era quello di relegare le case di cura private ad una sorta di nicchia di seconda classe nel panorama sanitario del Paese.

L’atto costitutivo dell’Aiop fu sottoscritto il 21 luglio 1966. È l’articolo 6 dello Statuto a stabilire che «L’Aiop è un’Associazione sindacale costituita per rappresentare la categoria e conseguire principalmente le seguenti finalità:

- promuovere e coordinare tutte le iniziative che giovinno al potenziamento ed alla valorizzazione della funzione sanitaria e sociale esplicitata dall’ospedalità privata;
- promuovere studi e indagini intesi ad impostare e risolvere i problemi inerenti alla migliore strutturazione degli istituti di cura privati con riferimento anche al loro inserimento nell’organizzazione generale ospedaliera del Paese;
- esaminare i problemi sindacali e quelli relativi alla regolamentazione dei rapporti di lavoro con particolare riferimento alla speciale destinazione e ben determinata caratteristica degli istituti di cura privati, sia per la loro applicazione in sede nazionale che per le direttive o interventi necessari in sede regionale, provinciale o locale ai fini della unità di indirizzo nell’interesse di tutti gli istituti di cura privati;

---

3 Nel 1963 era nata anche l’Aris, Associazione religiosa istituti socio-sanitari (inizialmente Associazione religiosi istituti ospedalieri), cui facevano riferimento le strutture sanitarie e socio-sanitarie di proprietà di ordini e congregazioni religiose.

4 Nell’immediato dopoguerra e almeno fino agli anni Settanta, gli interventi di modernizzazione degli ospedali pubblici erano modesti e ancora inferiori quelli volti alla loro umanizzazione, che rimaneva una prerogativa riconosciuta all’ospedalità privata.



- raccogliere, comunicare e illustrare le leggi, i regolamenti, le circolari informative e quanto altro interessi la categoria e la ospedalità anche al fine della diretta partecipazione dell'Associazione a tutti i livelli (provinciale, regionale e nazionale) agli studi e alla attuazione dei programmi di riforma ospedaliera (regolamentazione delle autorizzazioni di esercizio delle case di cura, loro classificazioni, ecc.)».

L'articolo prosegue poi indicando altri scopi riguardanti la solidarietà tra gli istituti associati, l'assistenza agli associati, i collegamenti con le associazioni analoghe di altri Paesi, la promozione di nuove adesioni all'Aiop.

L'8 dicembre, si tenne la prima Assemblea generale dei soci. Il Presidente provvisorio Luciano Chiandussi aprì l'incontro con le seguenti parole: «Io che ho fatto parte del comitato promotore dell'Aiop sono ben lieto di essere qui Presidente della prima Assemblea e di fare così il battesimo a questa nostra creatura, che è poi in sostanza il coronamento di un sogno e di una lotta durata parecchi anni». Il comitato promotore citato da Chiandussi era composto da una dozzina di persone, che avevano lavorato per un intero anno, riunendosi una ventina di volte in varie città italiane. Avendo constatato l'impossibilità di una fusione degli organismi (principalmente Fnacc e Ancip), avevano stabilito che il solo modo di pervenire ad «un'unica rappresentanza

---

Giovanni Fiori,  
primo Presidente Aiop



nazionale era quello di eliminare tutto il passato e di nascere con una nuova associazione che riunisse in sé tutte le esperienze positive delle vecchie ed eliminasse tutti gli aspetti negativi delle associazioni già esistenti»<sup>5</sup>. Chiandussi chiarì anche, in modo semplice e diretto, la funzione principale dell’Aiop: «Noi siamo un’associazione, diciamolo pure, padronale; noi dobbiamo fare gli interessi delle case di cura, tramite l’intervento della sede centrale nei contratti provinciali. E questo per evitare che ci siano delle case di cura che, a causa della loro debolezza contrattuale, siano costrette a cedere ad esagerate pretese dei Sindacati».

Si era quindi aperta la fase pionieristica che, partendo dalla situazione reale, sofferta e carica di inadeguatezze, aveva fatto emergere dal basso, dalle articolazioni regionali, il potenziale dell’ospedalità privata e la sua capacità di essere una ricchezza per lo sviluppo del Paese. Significative, al riguardo, le parole di Antonio Frova, all’epoca Direttore amministrativo del Centro ortopedico traumatologico Riccardo Galeazzi, il quale vide nascere l’Aiop nel 1966: «Fu un momento importante, credevamo in questo rapporto regionale che si trasformava in valore nazionale. Quelli regionali erano rapporti abbastanza superficiali e ciascuno era concentrato sulle proprie faccende. Avere un interlocutore istituzionale in grado di raccordare le istanze locali e dare loro voce a livello nazionale costituiva un valore di per sé». I problemi erano molti e impegnativi, sia perché non era facile convincere le molte realtà ospedaliere private a non agire esclusivamente in proprio, accettando la sfida di “fare sistema”, sia perché la cultura che si stava affermando era sempre più concentrata sul soggetto pubblico, relegando il privato in una posizione marginale e, nel migliore dei casi, di mero complemento.

---

5 Cfr. Verbale dell’Assemblea Generale dei soci, 8 dicembre 1966.

## I fondamenti valoriali e organizzativi dell’Aiop

## 1.5

---

Alla riunione del Consiglio direttivo nazionale dell’8 dicembre del 1966, svoltasi a poche ore dalla prima Assemblea generale Aiop, erano presenti nove persone, determinate nel portare avanti un progetto che, finalmente, pur tra tante incertezze, stava prendendo consistenza e carattere di concretezza. Vale la pena ricordare i loro nomi: Clemente Catalano Nobili, rappresentante nazionale della categoria case neuropsichiatriche, Leonardo Bianchi Jr., rappresentante nazionale della categoria case psichiatriche, Dino Bellussi, Mario Garofalo, Salvatore Orestano, Luciano Chiandussi, Fabio Milone e Sergio Bardelli, componenti del vecchio comitato promotore e, ultimo ma non per importanza, Giovanni Fiori, ex primario ospedaliero di otorinolaringoiatria, scelto quale primo Presidente nazionale dell’Aiop, non solo in quanto il più anziano, ma anche perchè uomo equilibrato e capace di mediare eventuali divergenze tra gli altri membri dell’Associazione.

La sfida che l’Aiop stava per affrontare non era delle più semplici, anzi, per molti versi appariva ardua, lunga nei tempi di realizzazione e sicuramente richiedeva enorme impegno. Eppure, quel pomeriggio ciò che animava i nove pionieri non era il timore, bensì l’entusiasmo: era finalmente arrivato il momento di tradurre idee e riflessioni altre volte condivise in qualcosa di effettivo, capace di offrire, se non una soluzione, per lo meno un grande contributo alla contorta situazione in cui versava l’Italia sotto il profilo della tutela sanitaria. Nelle prime due riunioni del Consiglio direttivo nazionale del dicembre del 1966 (la seconda si tenne il 29 dello stesso mese), si discusse la quota di iscrizione per i soci, vennero nominati il Comitato Esecutivo e il Tesoriere, si decise di creare uno schedario centrale delle case di cura private operative sul territorio nazionale per sollecitare la loro adesione all’Associazione e si discusse l’istituzione di un apposito comitato per seguire gli sviluppi dell’iter parlamentare in merito all’auspicata riforma ospedaliera.

Nell’Assemblea nazionale dell’Aiop che si tenne nella primavera del 1967, il Presidente Fiori diede subito prova della sua efficienza e volontà di condurre al meglio il proprio operato. Nel discorso di apertura, segnalò quello che poteva configurarsi come un limite per l’Associazione: «Attualmente, le case di cura associate sono 537, i posti letto dichiarati 41.025, per una distribuzione in 19 Regioni e in 81 Province. Tuttavia, da una recente statistica, seppure imperfetta, risultano fuori dall’Associazione 522 case di cura. Anche se molte di esse sono piccole, di pochi letti, sono pur sempre troppe. È evidente la necessità di una decisa e precisa azione, specialmente dei Presidenti provinciali». Le sue parole non rimasero un *flatus vocis*, perché già l’anno seguente altre 49 case di cura si associarono all’Aiop, portando il numero di affiliate a 586 e, alla fine del decennio, a 592. Dunque un uomo capace di infondere fiducia, Fiori, ma anche di spronare gli altri membri: «L’Aiop è oggi una grande Associazione – specificò –, un’Associazione che ogni giorno di più si impone all’attenzione di governanti ed enti, e degli ambienti economici. Infatti ogni giorno di più si aprono i colloqui con l’Associazione, riconoscendone quindi la rappresentatività. Vi sono ancora resistenze tenaci, qua e là, specie quando si entra nel campo economico. Ma non per questo dovremo scoraggiarci. Consci che la nostra battaglia è giusta, non dobbiamo temere per il successo finale. Si tratta di saper resistere e insistere».

La neonata Aiop si focalizzò fin da subito su alcuni obiettivi: primo, ottenere rette più alte e più uniformi da parte delle casse mutue; secondo, condurre trattative con i Sin-



---

In prima fila, da destra,  
Luciano Chiandussi,  
Dino Bellussi e Giorgio Neri

datati e con il Ministero del Lavoro per arrivare ad un accordo sui contratti di lavoro dei propri dipendenti; terzo, interloquire con i referenti istituzionali del Ministero della Sanità e delle istituzioni locali che si occupano di sanità per potersi inserire nell'iter di sviluppo delle leggi che regolano il settore e vedersi riconosciuto un ruolo adeguato all'interno del sistema sanitario nazionale in via di sviluppo. Tra i meriti attribuibili a Fiori vanno citati l'impegno per far sì che anche le case di cura specializzate in neuropsichiatria ottenessero la classificazione prevista per le altre case di cura private (cosa che ottenne già nel 1968), quello di assicurare una più agile e proficua collaborazione con le mutue e la massima difesa dell'iniziativa privata in campo sanitario, in un periodo in cui le tendenze politiche avrebbero voluto assorbirla totalmente nel pubblico<sup>6</sup>.

Non che i membri dell'Aiop fossero sfavorevoli a una riforma del sistema sanitario italiano, ma il difficile obiettivo era quello di anticipare i dettami legislativi, proponendo una struttura alternativa, eppure coerente, a quello che si sarebbe poi sviluppato

---

6 Cfr. Relazione del Presidente Fiori all'Assemblea generale del 1968.



a livello pubblico. In questo confronto con l'attività parlamentare, i membri dell'Aiop scoprirono che, tra le proposte da approvare per la riforma, era anche previsto – come del resto temevano – che l'assistenza ospedaliera sarebbe stata offerta a tutti i cittadini italiani e stranieri esclusivamente dagli enti ospedalieri, dagli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e dagli istituti universitari. In altre parole, le strutture private erano fuori. Dopo un anno travagliato, in cui più volte sembrava che non ci fosse alcuna speranza di far valere le ragioni della sanità privata, i responsabili dell'Aiop riuscirono a ottenere una prima vittoria. Nella legge n. 132 del 12 febbraio 1968, che riguardava gli enti ospedalieri e l'assistenza ospedaliera, al comma 2 dell'articolo 1 si precisava che «l'assistenza ospedaliera è svolta anche dalle case di cura private»<sup>7</sup>. Un inciso grazie a cui queste furono in grado di mantenere le convenzioni con gli enti mutualistici, prima, e con le Regioni, poi.

---

La casa di cura Pederzoli  
di Peschiera del Garda

<sup>7</sup> La Legge 132 riservava poi per le case di cura tre articoli, il 51, 52 e 53, sui requisiti necessari per l'esercizio dell'attività, sull'autorizzazione, sulle convenzioni e sui requisiti del Direttore sanitario, demandandone i criteri a un decreto ministeriale che sarebbe stato pubblicato solo nell'agosto del 1977.

## 1.6 La funzione pubblica dell'ospitalità privata

Il risultato raggiunto in quell'inizio del 1968 fu motivo di grande soddisfazione per i membri dell'Aiop. Mario Garofalo – ritenuto ancor oggi uno dei più importanti protagonisti di questa grande avventura – nella riunione del Comitato Direttivo del 17 marzo relazionò sull'operato dell'Esecutivo «relativamente alla riforma ospedaliera e agli importanti traguardi faticosamente raggiunti, in particolare il già citato inserimento delle case di cura italiane tra gli organismi preposti ad erogare l'assistenza sanitaria, la modifica dell'articolo 53 della legge limitante il potere discrezionale dei medici provinciali circa l'opportunità di stipulare le convenzioni tra enti mutualistici e case di cura, l'inserimento di un rappresentante delle case di cura private nel comitato di programmazione regionale»<sup>8</sup>.

In quanto alla portata della legge n. 132, è bene specificare che con essa il Ministero della Sanità veniva finalmente ad assumere il ruolo di coordinamento disatteso fino a quel momento, facendosi carico di varare un piano ospedaliero nazionale. Il punto di maggior rilievo della legge consisteva nel superamento dell'ospedale come organismo di assistenza e beneficenza, stabilendo che: «Gli enti ospedalieri, salvo i limiti derivanti dalla specializzazione dell'ospedale o dalle particolari esigenze tecniche legate alla forma morbosa che si presenta, hanno l'obbligo di ricoverare, senza particolare convenzione o richiesta di alcuna documentazione, i cittadini italiani e stranieri che necessitano di urgenti cure ospedaliere per qualsiasi malattia, o per infortunio, o per maternità, siano o meno assistiti da enti mutualistici o assicurativi o da enti pubblici e privati».

La nuova legge prevedeva anche l'istituzione di enti ospedalieri, classificandoli rispetto alla grandezza, importanza e particolari specialità di servizi e attribuiva alle Regioni, nel momento in cui sarebbero state istituite di fatto, la competenza di: istituire, fondere e concentrare gli enti ospedalieri; controllare atti e organi degli enti ospedalieri e programmare tutta l'attività sanitaria degli enti ricadenti nelle competenze regionali. Inoltre collegava l'attività ospedaliera al generale quadro di programmazione nazionale, con l'obiettivo di eliminare gli squilibri presenti nella sua struttura e nel suo funzionamento, anche attraverso controlli sulle case di cura private, al fine di accertare l'esistenza dei requisiti necessari a garantire un'adeguata assistenza. Infine, ma non per importanza, dava disposizioni per la costituzione del Fondo nazionale ospedaliero, destinato a incentivare il rinnovo delle attrezzature tecniche sanitarie attraverso la concessione di contributi e sussidi agli enti ospedalieri.

A questa legge, e sulla base di una delega in essa contenuta, seguirono nel marzo dell'anno successivo tre decreti di grande rilevanza, relativi all'ordinamento interno degli enti ospedalieri, delle cliniche, dei servizi di assistenza sanitaria, degli istituti universitari e allo stato giuridico del personale<sup>9</sup>. Le nuove disposizioni normative agivano anche sullo status dei medici, stabilendo: un periodo di tirocinio obbliga-

---

<sup>8</sup> Cfr. Raccolta degli atti del Consiglio direttivo Aiop 1966-1975, 17 marzo 1968.

<sup>9</sup> Il riferimento è al DPR n. 128/69, in tema di ordinamento interno dei servizi ospedalieri, al DPR n. 129/69, sull'ordinamento interno dei servizi di assistenza delle cliniche e istituti universitari di ricovero e cura e al DPR n. 130/69, sullo stato giuridico dei dipendenti degli Enti ospedalieri.



torio, da effettuarsi dopo la laurea in cliniche universitarie o in reparti ospedalieri appositamente attrezzati; l'obbligo del tempo definito, con conseguente contratto di assunzione di tutti quei medici che prima praticavano, spesso contro voglia, il volontariato, e di subordinare le attività professionali private alle esigenze dell'ente pubblico. Nell'insieme, questi provvedimenti attribuirono all'ospedale la funzione di ente pubblico e patrimonio della collettività, rendendo effettivo, almeno in termini di legge, il diritto costituzionale della cura e difesa della salute per tutti, a prescindere da ogni convenzione con mutue o assicurazioni. Stabilivano, inoltre, la collaborazione degli ospedali – pubblici e privati – con altre istituzioni per la formazione del personale sanitario e definivano nel dettaglio norme igieniche, standard delle attrezzature, numero minimo del personale, affidando i poteri direttivi ed ispettivi al Ministero della Sanità.

Nonostante il sostanziale mutamento di rotta, i divari, specie tra Nord e Sud Italia, non subirono significative modifiche negli anni immediatamente successivi. Le Regioni trainanti dal punto di vista economico – e quindi quelle meglio amministrate – riuscirono a garantire ulteriori finanziamenti per lo sviluppo delle strutture

---

Laboratorio di analisi  
della clinica Pinna Pintor  
di Torino

sanitarie, mentre per le altre la situazione cambiò di poco. Negli anni Sessanta la disponibilità di posti letto negli ospedali pubblici era ancora molto bassa. Allo stesso modo, le strutture ospedaliere pubbliche avevano molti limiti dal punto di vista edilizio e da quello del comfort alberghiero. Imprese private che esercitavano l'assistenza pubblica, quindi, con funzioni prima semplicemente integrative poi decisamente complementari rispetto all'assistenza ospedaliera pubblica, ma forse già da allora con un *quid* in più: quello di un'ospitalità attenta alle esigenze terapeutiche come negli ospedali pubblici, ma anche alle esigenze umane dei pazienti, aspetto questo che il ricoverato apprezza in misura almeno uguale alla tranquillità che gli deriva dal sapere di potere affidare la propria salute a mani esperte e sicure e a unità operative dotate di alta competenza e professionalità.

Di questo erano consapevoli i membri dell'Aiop, i quali sapevano anche che non era sufficiente la legge 132 per garantire il ruolo della loro Associazione e del sistema ospedaliero che rappresentava. Il 30 ottobre del 1969 Giorgio Neri, Presidente regionale dell'Aiop in Emilia, riferendosi agli accordi che si sarebbero dovuti stipulare con le Regioni (una volta formate) ribadì con grande chiarezza che l'Aiop doveva essere in grado di coordinare le forze e dare al sistema ospedaliero privato un assetto sempre più organico: «ci dobbiamo mettere d'accordo su quello che facciamo e sulle cifre [...]. Questo però non basta, perché la situazione relativa alla spesa per il personale delle nostre case di cura ha già raggiunto il 52%. Questo comporta che se andiamo avanti così noi chiuderemo, perché le rette che le mutue ci versano non saranno più adeguate alle spese».

Appare chiaro, quindi, che uno dei principali problemi che si trovò ad affrontare l'Aiop fu proprio quello economico, aggravato dalla sospensione delle trattative a livello nazionale sui contratti di lavoro e i conseguenti scioperi che erano stati proclamati in quei giorni. La decisione pressoché unanime dei membri dell'Associazione fu quella di far sentire la loro voce sulla questione, informando il Ministro del Lavoro – in virtù del ruolo conferito loro dalla legge 132 – sulla precaria situazione finanziaria delle case di cura private.

La soluzione non poteva che essere trovata a livello statale, ossia con un'adeguata copertura economica. Vi era poi un problema organizzativo rispetto agli accordi da stipulare con i Comitati regionali di programmazione sanitaria, previsti dalla legge 132 come declinazioni del Comitato nazionale, con funzioni di pianificazione dell'offerta ospedaliera su scala ancora più ampia. I Comitati regionali manifestavano spesso “una certa resistenza” quando si parlava di case di cura private. Lo stesso problema sorgeva con i vari enti mutualistici.

Giovanni Fiori incitò più volte i membri dell'Associazione a presidiare la situazione anche a livello nazionale. L'Aiop, pur avendo ottenuto un proprio rappresentante nei Comitati regionali di programmazione, non lo aveva in quello nazionale. «È evidente – disse Fiori nel corso dell'Assemblea nazionale del 28 maggio 1970 – che i dirigenti dell'Aiop e voi tutti siete impegnati fin da ora ad adoperarvi per ogni possibile, lecita influenza sui componenti di detto Comitato nazionale, rendendoli edotti sull'entità dell'apporto e della qualità che l'iniziativa privata, con le sue case di cura, ha dato e dà in ogni parte d'Italia nel settore sanitario del ricovero».



Un inizio delicato e difficile, dunque, che avrebbe richiesto non solo tutta la cura e le attenzioni necessarie per non soccombere rispetto al sistema sanitario pubblico, ma anche la capacità di intessere fruttuosi rapporti con il mondo politico (in particolare con il Ministero della Sanità e il Ministero del Lavoro) e di individuare le strategie utili per garantire la diminuzione delle spese offrendo nel contempo un servizio qualitativamente alto.

Il problema era assicurare che le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture private convenzionate mantenessero livelli qualitativi sempre migliori, ma a costi per la collettività inferiori rispetto a quelli delle strutture pubbliche. I concetti base per il risparmio erano già chiari e si concentravano su tre obiettivi. Il primo riguardava la necessità di non aumentare il numero fisso del personale medico-sanitario – con i relativi costi previdenziali – assumendo personale convenzionato retribuito “a gettone di presenza”. Il secondo era quello di rendere più efficienti i servizi, aumentando gli orari di utilizzazione delle attrezzature sanitarie – in particolare di quelle più tecnologicamente avanzate – basandosi sempre sul lavoro di personale “esterno” convenzionato altamente specializzato. L'ultimo obiettivo era ridurre di conseguenza in maniera drastica le liste di attesa e le degenze ordinarie. Concetti per allora quasi avveniristici ma che, poco per volta, divennero il punto di forza dell'Aiop<sup>10</sup>.

Per Giovanni Fiori il 1970 fu l'ultimo anno di presidenza nazionale dell'Aiop. «Cari amici – spiegò nell'Assemblea nazionale –, io lascio la presidenza per il peggiore dei motivi, quello che il poeta-soldato Gabriele D'Annunzio chiamava “la turpe vecchiezza”. Lascio la presidenza con la speranza che non vogliate considerare il mio operato del tutto negativo, anche se lacunoso, e con l'intima convinzione che il mio successore saprà ben condurre la nave nel mare procelloso. Non dimenticate mai, peraltro, che sopra ogni cosa, suprema necessità è l'unità di tutta la nostra categoria».

---

10 L'Indagine sull'immagine dell'ospedalità privata del Censis (1987) rileva che in quegli anni “i valori della degenza media siano più bassi nel privato che nel pubblico”, per quanto riguarda le degenze in specialità “nelle quali è possibile una rapida soluzione e una tempestiva dimissione”, citando come esempio il caso della chirurgia per la quale la degenza media nel settore privato risulterebbe essere di 9,9 giorni contro i 10,5 del settore pubblico.



TI  
CE  
D.

ALINARI

ALINARI

ALINARI



# Cambiamenti sociali e nascita del SSN

---

ANNI SETTANTA

Manifestazione a favore della legge sul divorzio in piazza Montecitorio a Roma all'inizio degli anni Settanta

2

## 2.1 Stragi, terrorismo e diritti civili

---

Gli anni Settanta si caratterizzano per due aspetti, per molti versi antitetici: da un lato l'affermazione dei diritti civili, richiesti a gran voce soprattutto dalla generazione protagonista dei movimenti del 1968, e dei diritti dei lavoratori (fra cui quello della tutela della salute nei luoghi di lavoro); dall'altro per le stragi e gli attentati messi in atto da gruppi terroristici sia di estrema destra che di estrema sinistra<sup>1</sup>. L'escalation del terrore dell'estrema destra ebbe il suo apice con l'esplosione di un ordigno alla stazione di Bologna il 2 agosto 1980 (85 vittime e più di 200 feriti).

Sul fronte dell'estrema sinistra, invece, ci furono quelli che passarono tristemente alla storia come "anni di piombo", con l'imperversare delle Brigate Rosse, giudicati da una parte della storiografia quale diretto esito di una radicalizzazione degli ideali sessantottini, che effettuarono una lunga serie di attentati, dove perdettero la vita avvocati, magistrati, industriali, studenti, poliziotti e civili. L'evento più drammatico, e simbolicamente dirompente, si ebbe il 16 marzo del 1978 con il rapimento di Aldo Moro e la sua esecuzione, mentre gli scontri tra estrema destra e sinistra continuavano a mietere vittime<sup>2</sup>.

Sotto il profilo economico, gli anni Settanta furono segnati dalla crisi petrolifera iniziata nel 1973 che mise a dura prova tutti i Paesi occidentali. In Italia, agli effetti della crisi internazionale andarono ad assommarsi altri fattori problematici, come il ritardo tecnologico, l'inefficienza del sistema fiscale e in maniera crescente di quello previdenziale, la bilancia dei pagamenti spesso in passivo, la scarsa tenuta della lira, un'inflazione molto alta, nonché le inefficienze della Pubblica amministrazione. La crescita della spesa previdenziale e l'alta evasione fiscale causarono un'accentuata lievitazione del deficit del bilancio statale, ossia un nuovo problema per la già delicata congiuntura dell'economia italiana. A questa situazione, si devono aggiungere gli insuccessi dei governi di centro-sinistra, le cui alleanze fragili e poco collaborative non riuscirono a trovare efficaci soluzioni alla crisi economica che stava piegando il Paese.

Negli anni Settanta si andarono progressivamente affermando anche i cosiddetti diritti civili, nell'alveo già tracciato nel decennio precedente. Prescindendo dalle implicazioni morali ed etiche di alcuni di questi cambiamenti normativi, ancora oggi aperte, il decennio segnò una vera e propria rivoluzione culturale, con molteplici riforme istituzionali sulla qualità del lavoro, sulla rivalutazione di donne, bambini, giovani e anziani come componenti sociali imprescindibili. Cambiamenti che produssero incisive trasformazioni nella mentalità collettiva e nei rapporti interpersonali.

---

1 Ricordiamo, tra le più agghiaccianti, Piazza Fontana (dicembre 1969, ossia a pochi giorni dall'inizio del nuovo decennio: 17 vittime e 88 feriti), Gioia Tauro (luglio 1970: 6 vittime e 66 feriti), Questura di Milano (maggio 1973: 4 vittime e circa 40 feriti), Piazza della Loggia a Brescia (maggio 1974: 8 vittime, 102 feriti), Italicus (agosto 1974: 12 vittime e 105 feriti).

2 Anche le Brigate Rosse segnarono uno dei loro più incredibili attacchi nel 1980, in concomitanza con la strage di Bologna: il rapimento a Verona del generale Dozier, Vice Comandante della Nato.

Si stava sviluppando in tutto il Paese una nuova consapevolezza del diritto alla salute e la necessità di un diverso rapporto con l'ambiente. Questo, sollecitato anche da alcuni episodi clamorosi che scossero profondamente l'opinione pubblica. Ad esempio, nel 1973, i casi di colera che colpirono la Campania, una tragica calamità che risvegliò altre sensibilità, o paure collettive, portando a un proliferare di campagne per la salute. Vasti settori del Paese si ritrovarono uniti nel richiedere una sanità pubblica, gratuita, universale basata su strutture gestite dal basso che garantissero prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ramificate su tutto il territorio nazionale, nonché l'eliminazione del divario che separava, anche in campo socio-sanitario, il Nord dal Sud del Paese.

Era pertanto evidente che l'attuazione della legge Mariotti (n. 132/1968) non sarebbe stata sufficiente a risolvere tutti i problemi di equità ed efficienza emersi dal sistema mutualistico e che, al contrario, fosse necessaria una riforma più radicale, che prevedesse l'istituzione di un vero e proprio Servizio Sanitario Nazionale. L'ostacolo principale al concretizzarsi di detta riforma era rappresentato dai cospicui interessi finanziari che ruotavano intorno alla ormai trentennale pratica dell'estensione graduale della mutualità sanitaria a nuovi gruppi di assicurabili e alla gestione degli istituti che coordinavano le mutue come altrettanti luoghi di potere.

---

Folla di manifestanti in piazza Maggiore a Bologna per la Festa del Lavoro (1 maggio 1968)





---

Aldo Moro pronuncia  
un discorso nel corso  
di una seduta parlamentare  
a Montecitorio

Il primo passo per scardinare questo sistema “malato” – e nel caso della Sanità non si tratta solo di una battuta – era inevitabilmente adempiere ai dettami della legge Mariotti, decentralizzando alle Regioni l’assistenza sanitaria. Pertanto, la legislazione dello Stato, sia pure in modo non lineare e incontrando ostacoli piuttosto pesanti, non essendo stata emanata una legge quadro, imboccò la strada del trasferimento alle Regioni delle competenze in materia di sanità (1972), cercando nel contempo di chiudere il problema dei debiti contratti dagli enti mutualistici (1974). Poi fu la volta dell’estinzione delle mutue (1977), per arrivare infine alla riforma del 1978, con la quale venne istituito il Servizio Sanitario Nazionale.

## La sfiducia nel sistema mutualistico

## 2.2

---

All'inizio degli anni Settanta l'assistenza mutualistica venne estesa più o meno al 92% della popolazione, mentre un ulteriore 4% circa era a carico dei Comuni (indigenti residenti) e delle Province (malati di mente internati, minorati psichici, parkinsoniani, minori illegittimi). Grosso modo, si trovavano sprovvisti di tutela intorno ai 2-3 milioni di cittadini (lavoratori indipendenti appena al di sopra del limite di indigenza, casalinghe nubili, giovani disoccupati, lavoratori espulsi dal sistema produttivo). Per il resto non era cambiato molto. Le Regioni, a cui erano state devolute specifiche competenze, avevano iniziato il loro percorso in tal senso, ma molti decreti attuativi non erano ancora stati approvati e, di fatto, i problemi a cui andavano incontro, seppure con sostanziali differenze l'una dall'altra, erano di notevole rilievo.

Va anche detto che la struttura sanitaria del Paese affrontava una fase della riforma ospedaliera solo parzialmente pronta a reggerne il carico. Questo soprattutto rispetto alla formazione e ai fabbisogni relativi al personale sanitario, per l'ovvia constatazione che una dimensione sanitaria "riformata" doveva presupporre un livello di operatori anch'esso culturalmente e professionalmente "riformato". Per portare un esempio, la situazione rispetto al personale medico presentava punti dolenti che la legge Mariotti aveva preso in considerazione solo superficialmente. Primo tra tutti il fatto che la società stava cambiando a ritmi incalzanti e, con essa, il quadro delle patologie cliniche. Accanto alle vecchie malattie "naturali" si stavano affiancando affezioni "artificiali", dovute al vivere in un ambiente profondamente modificato dall'uomo nell'arco di pochi decenni: malattie cardiovascolari, degenerative, psichiche, post-traumatiche.

Rispetto a queste novità patologiche, nulla era stato previsto rispetto alla formazione medica, soprattutto in materia di prevenzione. Senza contare che, a causa dei ritardi nell'applicazione della legge 132, permanevano anche per la medicina generica le tradizionali inadeguatezze: lo stato di insufficiente presenza qualitativa e quantitativa del personale sia medico sia soprattutto assistenziale, la mancanza di una solida modalità di raccolta ed elaborazione delle statistiche sanitarie, nonché di ammodernamenti tecnologici essenziali, e l'assenza di un'auspicabile quanto necessaria rete di interrelazione tra l'operato dei medici, specie se appartenenti a uno stesso settore.

A livello formativo, poi, si era assistito nelle facoltà mediche all'istituzione di un numero eccessivo di cattedre di specialità, con conseguente frammentazione degli studi universitari. Una scelta quasi senza dubbio dovuta ad un'errata interpretazione dell'esigenza, più volte sottolineata, di incrementare gli insegnamenti multidisciplinari. Se è vero che è assai utile esaminare un caso clinico da più prospettive (anatomopatologiche, interniste, chirurgiche, igieniste e via dicendo), è altrettanto vero che questo non può avvenire a scapito di una preparazione medica di base generale.

Agli inizi degli anni Settanta – per rendere conto dello sforzo immaginativo a cui era stato fatto ricorso per ampliare il numero di cattedre – oltre ai 24 insegnamenti fondamentali e ai 22 complementari, erano stati introdotti ben altri 86 nuovi insegnamenti per 364 cattedre, tra cui Tossicologia forense, Scienza delle Costituzioni e altre discipline difficilmente definibili e collocabili.

Il numero degli iscritti a Medicina risultava assolutamente al di sopra delle esigenze reali<sup>3</sup>. Già allora qualcuno aveva rilevato che in molti Paesi vigeva il numero chiuso, oppure un esame di ammissione per la facoltà di Medicina, ma applicare lo stesso metodo in Italia sembrava allora impensabile, sia per interpretazioni giuridiche (il numero chiuso era visto in contrasto con il diritto allo studio), sia per evitare discriminazioni sociali o per un'effettiva mancanza di consapevolezza di quale sarebbe stata nell'arco del tempo la domanda di personale medico.

Diametralmente opposta era la situazione del personale sanitario non medico (infermieri, biologi, chimici, terapisti, ecc.), carente sia negli ospedali pubblici che nelle case di cura private. Si riscontravano inoltre significative discrepanze tra il Nord del Paese, dove la disponibilità superava di ben sette volte la media nazionale, e il Sud, dove questa rappresentava un decimo della media nazionale<sup>4</sup>. Erano pochi, quindi, e pure poco preparati: da questo punto di vista non era mai stata presa in considerazione la necessità di attivare corsi formativi di largo respiro per il personale paramedico, con preponderanza di tirocini (pratica) a discapito di un apprendimento teorico. Il tutto con l'aggravante di scarse prospettive di carriera.

L'attrattiva, pertanto, era limitata. E questo spiega, almeno in parte, come mai, pur indirizzati verso lo stesso campo, molti preferissero iscriversi a Medicina piuttosto che orientarsi verso la professione infermieristica. Questa carenza era avvertita soprattutto nelle case di cura private, dove il rapporto posti letto/infermieri era circa doppio rispetto agli ospedali pubblici. Una carenza a cui le case di cura private, specie le più piccole, supplivano – secondo una prassi più volte stigmatizzata dall'Aiop – utilizzando personale non qualificato per le mansioni infermieristiche.

Vi erano poi altri problemi non meno importanti. Ad esempio un tasso di mortalità infantile che era molto più elevato che negli altri Paesi europei, anche in questo caso con allarmanti punte nel Sud Italia. Alte anche la frequenza di infortuni sul lavoro e la diffusione di malattie infettive. In altri termini, la realtà dei fatti risultava piuttosto incoerente con lo spirito della riforma prevista dalla legge Mariotti.

Di conseguenza, vennero sollevati in più occasioni anche dall'Aiop seri dubbi. Il Fondo, ad esempio, lasciava inalterata la struttura degli enti mutualistici, i quali continuavano a gestire per proprio conto la medicina generica, farmaceutica e specialistica. La creazione del Fondo sanitario avrebbe finito per appesantire la burocrazia, aggravando ulteriormente la situazione preesistente. Un effettivo snellimento si sarebbe potuto ottenere solo evitando la duplicazione degli enti preposti all'assistenza sanitaria, ponendo rimedio alla frammentazione del sistema mutualistico e procedendo a una sua seria regolamentazione.

---

3 Secondo una stima effettuata nel 1972, nell'arco di soli otto anni in Italia ci sarebbero stati tra i 322 e i 344 medici ogni 100.000 abitanti, mentre in Gran Bretagna 159, in Svezia 200, in URSS 210, in Francia 196, in Israele 245. Fonte: per l'Italia, Censis; per gli altri Paesi, J. Courguer, *L'hôpital aujourd'hui et demain*, Ed. Seuil, 1971, p. 82.

4 Anche il solo confronto con la Gran Bretagna è emblematico in tal senso: mentre lì per ogni medico risultavano mediamente 10,8 infermieri, in Italia ce n'erano solo 2,4 e solo 16,7 per ogni 100 posti letto contro i 58 britannici.





Il problema più grave legato al permanere del sistema mutualistico era costituito dagli alti tassi di crescita della spesa collettiva, con aumenti preoccupanti relativi ad alcuni fattori produttivi. In particolare, nei primi cinque anni del decennio, le spese farmaceutiche ebbero un incremento annuo del 25%, seguite a ruota dagli onorari medici, che subirono un'impennata senza precedenti. I motivi di questa voragine sono vari e complessi. Innanzitutto, l'allargamento dell'assistenza mutualistica aveva portato a 800.000 i pensionati assistiti dall'Inam, ed è noto che la popolazione anziana richiede più spesso il parere medico. Poi va tenuto conto dell'aumento delle quote di remunerazione per prestazioni mediche stabilito nel luglio del 1973 da enti come Inam, Enpas, Enpdep e Inadel, che da soli presentavano un incremento di spesa pari a 109 miliardi di lire. In quel periodo, si stava sviluppando un sistema misto – assolutamente auspicato dall'Aiop – dove il sistema privato aumentava la sua capacità erogativa per soddisfare quella parte dei bisogni non efficacemente coperta dal sistema pubblico:

- i consumi privati dal 1965 al 1972 erano aumentati con un indice di 230 rispetto al 250 dei consumi pubblici; nello stesso periodo, i posti letto nelle case di cura private erano aumentati con un indice di 124 rispetto al 120 del settore pubblico;

---

Addette al servizio mensa  
nella casa di cura Villalba  
a Napoli



---

La casa di cura San Carlo  
di Milano

- il maggiore incremento di posti letto si era verificato nelle case di cura private di tipo neuropsichiatrico;
- secondo i dati raccolti dalla Doxa, la metà di coloro che erano ricorsi a medici privati lo avevano fatto per il desiderio di avere un servizio più accurato e personale, anche in ragione della specificità della malattia temuta;
- il ricorso al medico privato si accentuava al crescere del reddito, soprattutto nelle aree urbane rispetto a quelle di piccola dimensione, e al Nord rispetto al Centro-Sud, nonché nei giovani (entro i 34 anni) rispetto ai più maturi.

In generale, va segnalata anche una diffusa sfiducia dei cittadini nei confronti del sistema mutualistico, a cui ricorrevano per disturbi di lieve entità, o semplicemente per ottenere ricette e certificati, mentre per patologie più importanti veniva scelto il consulto con lo specialista privato. Leggendo in trasversale questi dati, già emergeva con chiarezza che il sistema privato, ospedaliero in particolare, rappresentava una componente importante della Sanità italiana, di cui il sistema non avrebbe potuto fare a meno. In molti casi, gli erogatori privati risultavano più credibili e più rassicuranti in termini di qualità e personalizzazione del servizio offerto.

Il nuovo decennio si aprì con un avvicendamento alla presidenza dell'Aiop. All'emiliano Giovanni Fiori, nel 1970 succedette il napoletano Fabio Milone, uomo dalla esuberante personalità ed estremamente dinamico. La sua determinazione è ben esemplificata dalle parole che pronunciò nel corso dell'Assemblea nazionale del 1971, a un solo anno dall'inizio della sua presidenza: «Dobbiamo sempre essere presenti a tutti i livelli per poter ottenere che i nostri legislatori guardino con senso di realtà e anche di buonsenso a quel che ancora possono ottenere dall'ospedalità privata, di cui peraltro non possono fare a meno. [...] vogliono fare delle leggi come se non dovesse esistere più l'ospedalità privata, quando sanno perfettamente che invece c'è e resterà, almeno fino a che non ci saranno gli altri 200 mila posti letto di cui hanno bisogno».

Nel frattempo l'assetto dell'Italia stava cambiando. Con l'istituzione delle Regioni a Statuto ordinario prese effettivamente avvio il processo di decentramento amministrativo e di regionalizzazione dello Stato, come previsto dalla Costituzione. Un processo non lineare che scontava le molte resistenze soprattutto a livello ministeriale. Nel quadro di attuazione dell'ordinamento regionale, nel 1972 venne emanato il DPR n. 4, con il quale si disponeva il trasferimento alle Regioni a Statuto ordinario delle funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, insieme al personale e ai relativi uffici. Le competenze rimaste allo Stato erano di carattere residuale<sup>5</sup>.

In questa delicata fase di trasformazione, merito di Milone fu quello di conferire all'Associazione una grande visibilità esterna, cosa non affatto facile per via della persistente diffidenza da parte dei media nei confronti dell'ospedalità privata. Spesso i tentativi di prendere contatto con la stampa si risolvevano in un nulla di fatto, così l'Aiop ripiegava sulle proprie pubblicazioni, cercando di organizzare eventi di rilievo. Tutte iniziative sulle quali Milone insistette molto fin dall'inizio del suo mandato. E insistette anche sul prendere al volo ogni occasione che potesse far parlare dell'Aiop. Ad esempio, pur sapendo che il terreno non era favorevole, non esitò ad accogliere l'invito di partecipare a una trasmissione televisiva della Rai. «A un certo punto, bisogna pure che noi rompiamo questo cerchio e cerchiamo di affrontare il dibattito ovunque ci capiti»<sup>6</sup>.

Questo attivismo aveva un po' alla volta suscitato l'interesse e la curiosità delle principali testate nazionali – prima di allora riluttanti rispetto alla sanità privata –, le quali avevano dato, seppure in misura diversa l'una dall'altra, un complessivo rilievo alle precisazioni e ai comunicati emanati dall'Aiop, sottolineandone la posizione costruttiva nel contesto generale del settore sanitario. «Le interviste radiofoniche e televisive, quelle dei principali quotidiani indicano con esattezza – precisava Milone – il credito raggiunto nell'opinione pubblica dalla nostra Associazione, grazie alla presenza che da anni abbiamo ad essa assicurata presso gli organi di maggiore informazione, con

---

<sup>5</sup> Il processo di istituzione delle Regioni in realtà è stato molto complesso. Permanevano molte diffidenze sulla capacità operativa dei nuovi enti anche in molti dirigenti Aiop.

<sup>6</sup> Relazione annuale del Presidente Milone, 1971.

le nostre pubblicazioni, con le nostre inchieste ed indagini di mercato, con le nostre documentazioni, che spesso hanno sopperito alle carenze informative della Pubblica amministrazione nel settore sanitario»<sup>7</sup>.

A Milone va senza dubbio riconosciuto l'ottenimento delle convenzioni nazionali con gli enti mutualistici (e quindi non più convenzioni solo regionali o addirittura solo provinciali). Anche in questo caso, fu la chiarezza di partenza a rivelarsi vincente: Milone si basava sul presupposto che per essere ascoltati e riconosciuti, sia a livello ministeriale che dagli enti, fosse necessario presentarsi «a posto», con una configurazione «netta, ben chiara, precisa», soprattutto rispetto alla previsione dei costi imputabili alla sanità privata. Altri notevoli risultati ottenuti dall'Aiop furono la creazione del Copag, il Consorzio dell'ospedalità privata per gli acquisti e le gestioni (vedere scheda pag. 91), e la formazione, in collaborazione con associazioni di alcuni Paesi europei, del Uehp, l'Unione europea dell'ospedalità privata<sup>8</sup>. Importante fu anche la pubblicazione di *Iatreia* (vedere scheda pag. 90), la prima rivista curata dall'Aiop, ma organo ufficiale della Uihp e del Cehp, fondamentale per accrescere la visibilità esterna dell'Associazione e che ottenne riconoscimenti dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri per il suo elevato valore culturale, politico e sociale. «Non c'è alcun dubbio che nessuna altra rivista è simile alla nostra – scrisse Milone<sup>9</sup> – sia per l'originalità dei suoi contenuti sia per il pregio delle sue caratteristiche editoriali e tecniche (ora è in cinque lingue, perché abbiamo aggiunto quella spagnola)<sup>10</sup>».

Un nuovo problema si presentò nell'estate del 1974, in seguito all'approvazione del decreto legge n. 264, che prevedeva l'estinzione del sistema mutualistico e che doveva essere approvato dalle Camere. In particolare, l'articolo 18 del decreto prevedeva che le Regioni potessero stipulare convenzioni con le cliniche universitarie, gli istituti di ricovero e cura riconosciuti a carattere scientifico e, come ultima *ratio*, qualora fosse stato necessario per esigenze del servizio ospedaliero, con le case di cura private in possesso dei requisiti previsti dalla legge. Una restrizione insensata, quest'ultima, e pesantemente punitiva, se si tiene presente che le case di cura private avevano ottenuto la classificazione da parte del Ministero del Lavoro – così come previsto dalle normative – «a seguito di rigorose indagini per quanto riguarda la dotazione delle attrezzature e l'organico del personale, ricoverando, nel 1973, un terzo dei lavoratori convenzionati con le mutue, offrendo loro prestazioni sanitarie pari se non superiori a quelle dell'ospedalità pubblica, e con un costo a carico degli enti di gran lunga inferiore»<sup>11</sup>.

Inoltre, dal punto di vista giuridico, il provvedimento andava a violare – oltre ad alcuni principi fondamentali della Costituzione – anche la legge in materia, ossia la 132, la

---

7 Relazione annuale del Presidente Milone, anno 1976.

8 L'Uehp ha sede legale a Roma, presso l'Aiop, e sede operativa a Bruxelles. In precedenza era stata costituita la Uihp (Unione internazionale dell'ospedalità privata). Sul Uehp vedere scheda pag. 154.

9 Relazione annuale del Presidente Milone, 1975.

10 Prima, oltre la versione in italiano, *Iatreia* era pubblicata in inglese, tedesco e francese.

11 Cfr. Verbali del Consiglio nazionale Aiop 1966-1975, 18 luglio 1974.



quale aveva equiparato a tutti gli effetti le case di cura private agli enti ospedalieri. Il superamento di queste difficoltà avvenne grazie alla sinergia di tutti i membri dell'Aiop che proposero alcuni importanti emendamenti al decreto legge.

Fu finalmente approvata la legge 386/1974 che dispose il trasferimento, a partire dall'1° gennaio 1975, dei compiti in materia di assistenza ospedaliera degli enti mutuo-previdenziali alle Regioni a Statuto ordinario e speciale, le quali «sono tenute ad erogare le relative prestazioni in forma diretta e senza limiti di durata a tutti gli aventi diritto». Il percorso di riforma iniziò quindi con l'attribuzione alle Regioni della competenza nel settore dell'assistenza ospedaliera che, per l'espansione registrata, aveva assorbito gran parte delle disponibilità finanziarie degli enti mutualistici facendo emergere i limiti organizzativi e gestionali del modello preesistente. Il timore che l'assistenza ospedaliera dopo aver prodotto il dissesto finanziario della gestione mutualistica potesse provocare analoghi effetti anche sulle amministrazioni regionali era ben presente al legislatore nazionale, tanto più che la maggior parte delle Regioni non appariva adeguatamente preparata, né sotto il profilo organizzativo né sotto quello finanziario.

---

Un discorso del Presidente Milone in occasione di un convegno organizzato dall'Aiop



---

Intervento di Luciano Salvi durante l'Assemblea generale di Roma del 1975. Sulla sinistra, Pietro Liguoro, Presidente Aiop Campania

È per questo che il legislatore modificò radicalmente il sistema di finanziamento delle funzioni ospedaliere, rimasto incentrato, fino alla metà degli anni Settanta, sulla retta di degenza da determinarsi in base a una specifica regolamentazione risalente all'inizio degli anni Sessanta, in parte aggiornata con la legge 132/1968. La retta di degenza era deliberata dal Consiglio di amministrazione dell'ospedale e doveva tenere conto del costo complessivo dell'assistenza prestata. La legge 386 concernente le "Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici" apportò una radicale trasformazione del sistema di finanziamento con l'istituzione del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera, ripartito tra le Regioni in base alla popolazione. Dal punto di vista funzionale, la legge trasferì alle Regioni gli interventi rientranti nel campo di specifica competenza degli enti mutualistici (malattia comune) e degli enti previdenziali (l'Inps per le malattie di natura tubercolare e l'Inail per le malattie professionali e gli infortuni sul lavoro). Non furono invece modificate le competenze già attribuite allo Stato, alle Regioni, alle Province e ai Comuni in ordine a particolari eventi morbosi (quali malattie veneree, malattie infettive e diffuse, il parkinsonismo, il morbo di Hansen, le malattie mentali) o a determinate categorie di soggetti (quali gli stranieri, i militari, i detenuti, gli invalidi civili, i profughi).

Le innovazioni più rilevanti apportate dalla citata legge riguardavano:

- l'estensione a decorrere dal 1° gennaio 1975 dell'assistenza ospedaliera gratuita ai non abbienti assistiti a carico dei Comuni;
- la possibilità per i soggetti non assistiti da alcun ente di fruire dell'assistenza ospedaliera mediante l'iscrizione in appositi ruoli regionali dietro versamento di una quota pari all'ammontare della spesa media capitaria sostenuta dalla Regione;
- l'erogazione delle prestazioni in forma diretta e senza limiti di durata agli iscritti ed ai relativi familiari e ciò implicava la possibilità per gli aventi diritto di fruire del ricovero presso ospedali pubblici o privati convenzionati di ogni altra Regione indipendentemente dal luogo di residenza o di iscrizione;
- le disposizioni per il ripianamento dell'esposizione debitoria degli enti mutualistici e dei Comuni nei confronti degli ospedali per rette di degenza;
- l'abolizione, in relazione al finanziamento della spesa ospedaliera, delle rette di degenza di cui all'articolo 32 della legge n. 132 del 12 febbraio 1968;
- l'istituzione, a partire dal 1975, del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera destinato al finanziamento della spesa per l'assistenza ospedaliera, nonché per l'impianto, la trasformazione e l'ammodernamento degli ospedali, escluse le opere edilizie, e per il rinnovo e l'adeguamento delle loro attrezzature sanitarie;
- la disciplina delle modalità e dei criteri di alimentazione del suddetto Fondo;
- l'introduzione di un sistema di ripartizione tra le Regioni del fondo basato su parametri determinati in base ad elementi demografici, socio-sanitari e strutturali che, pur con il correttivo rappresentato dalla necessità di prevenire all'erogazione di prestazioni regionali uniformi, avrebbe dovuto determinare un flusso di disponibilità strettamente correlato al grado di adeguatezza, di organizzazione e di efficienza delle strutture ospedaliere esistenti nelle Regioni;
- il divieto di integrare da parte delle Regioni in via amministrativa gli stanziamenti annualmente assegnati per le spese correnti agli ospedali.

La legge 386 prevedeva inoltre controlli più rigidi sulle strutture private nel caso in cui queste fossero supplementari alla rete ospedaliera pubblica, ossia offrissero servizi specialistici o non contemplati nel settore pubblico, oppure ancora di superiore livello qualitativo. Ovviamente i criteri di demarcazione erano piuttosto fluttuanti, e così, quando all'inizio del 1975 gli enti ospedalieri assunsero di fatto lo status di enti strumentali della Regione, la rete pubblica e la rete privata divennero concorrenti nell'assorbimento delle risorse previste dal Fondo nazionale di assistenza ospedaliera.

Di una prima difficoltà si era reso conto fin dall'inizio il Comitato Direttivo Aiop: «Il problema principale, peraltro a giudizio del Presidente e del Vice Presidente, sarà quello del pagamento da parte delle Regioni dei conti dell'ospitalità delle case di cura, in considerazione del fatto che il Fondo ospedaliero nazionale avrà bisogno di tempo notevole prima di costituirsi e poter funzionare»<sup>12</sup>.

---

12 Cfr. Verbale della riunione del Comitato Direttivo del 12 dicembre 1974.

## 2.4 Il consolidamento dell’Aiop

---

A favore dell’Aiop c’era una variabile che in seguito si sarebbe rivelata fondamentale non solo per l’espletamento dei suoi fini istituzionali, ma anche per l’affermazione del ruolo delle case di cura nell’ambito del Servizio Sanitario: il parere dei cittadini, a cui spettava il potere discrezionale di rivolgersi all’assistenza ospedaliera pubblica piuttosto che a quella privata. Fu questa la condizione fondamentale che, pur in una fase di trasformazione delicata e di fronte a una cultura che enfatizzava in modo forte il ruolo del pubblico, consentì di mantenere, anzi di rafforzare, il ruolo dell’ospitalità privata e con esso la funzione dell’Aiop.

Nonostante questo, i rapporti tra l’Aiop e il Ministero rimanevano difficili e costringevano i membri dell’Associazione a un costante presidio e spesso anche a delle mediazioni onerose, ma indispensabili per raggiungere i risultati ritenuti essenziali. Un esempio tra i tanti: il 10 marzo del 1976 si tenne una riunione presso il Ministero della Sanità, presenti i rappresentanti delle Regioni e delle case di cura private, per accordarsi sulle diarie e il rapporto numerico del personale non medico rispetto ai posti letto. Una settimana dopo, il Presidente Milone illustrò ai membri dell’Aiop l’esito di quell’incontro, spiegando che si era dovuti scendere a un compromesso che, in ogni caso, avvantaggiava la maggioranza delle case di cura private e aveva due risvolti, uno politico e l’altro economico. «Rispetto al primo – riporta il verbale del 17 marzo 1976 – senza alcuna valutazione trionfalistica giova realisticamente riconoscere che, stante la precaria situazione politica governativa e l’irrigidimento delle Regioni, la mancata firma avrebbe potuto sostanzarsi in un rinvio *sine die* della conclusione delle trattative che si trascinano da molti mesi e che, per legge, dovevano essere state concluse entro il primo luglio 1975. Inoltre, la firma dell’accordo rappresenta un riconoscimento della collocazione dell’ospitalità privata quale elemento portante dell’assistenza di ricovero». Dal punto di vista economico, affermava poche righe dopo il Presidente Milone, «non sono soddisfatto, ma ho la precisa consapevolezza di aver ottenuto il massimo possibile».

La situazione si stava comunque lentamente evolvendo in termini più vicini alle aspettative dell’Aiop. Nella relazione di chiusura dell’anno 1976, il Presidente Milone non nascose la sua soddisfazione per i risultati ottenuti: una nuova considerazione nell’opinione pubblica e sulla stampa nazionale, il pieno riconoscimento del ruolo vitale dell’ospitalità privata nella sua funzione integrativa di quella pubblica, la precisa collocazione delle case di cura nel Servizio Sanitario delegato alle Regioni sancita dalla legge, la partecipazione ufficiale dell’Aiop in sede ministeriale per la regolamentazione del servizio. «Si tratta di importanti affermazioni politiche e sociali – spiegava Milone – che, se vanno ancora sorrette in talune Regioni particolarmente difficili, rappresentano ugualmente l’efficienza dell’Aiop e premiano il tenace lavoro dell’Esecutivo e del Direttivo ai quali negli scorsi anni affidaste il compito di raggiungere simili obiettivi».

Il processo di avvicinamento alla riforma sanitaria, iniziato con la legge n. 386/1974 con il trasferimento alle Regioni delle funzioni in materia di assistenza ospedaliera, si è sviluppato con la legge n. 349 del 29 giugno 1977, che a partire dal 1° luglio 1977 ha trasferito alle Regioni le funzioni amministrative concernenti l’assistenza sani-



taria, già proprie di enti, casse, servizi e gestioni autonome, che sono stati estinti e posti in liquidazione con la nomina di Commissari liquidatori destinati a rimanere in carica fino all'entrata in vigore della riforma sanitaria. Aspetto rilevante della legge 349 è anche quello di aver disciplinato i rapporti convenzionali con i medici generici, con gli specialisti esterni, con i medici ambulatoriali, con i titolari di farmacie e altre categorie.

Questa norma ha reso in sostanza irreversibile il superamento del sistema mutualistico e ha posto l'esigenza di accelerare i tempi di approvazione della riforma al fine di completare il quadro istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale. Le Regioni sono state stimolate a sviluppare il loro impegno per il miglioramento dei servizi e a dare una più pregnante ed intensa applicazione della responsabilità politica loro attribuita. In questo senso la legge 349 ha consentito alle Regioni di muoversi già nel quadro dei principi e degli obiettivi della riforma, anticipando l'unitarietà e la globalità dell'intervento sanitario attraverso la programmazione ed il coordinamento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione sul territorio. Presupposto per la riorganizzazione era la possibilità di decentramento dei servizi sanitari ed amministrativi in ambiti territoriali definiti, nei quali realizzare la saldatura delle attività già di competenza mutualistica

---

Da sinistra, Leonardo Bianchi Jr.,  
Mario Garofalo, Fabio Milone  
e Clemente Catalano Nobili



con le strutture ospedaliere e con le attività di prevenzione gestite dagli enti locali, recuperando e potenziando le funzioni di igiene e sanità pubblica.

La fase aperta dalla legge 349 ha imposto una vera e propria “rivoluzione” nell’approccio alla politica sanitaria. Si trattava infatti non solo di razionalizzare il vecchio sistema mutualistico, ma anche e soprattutto di riorganizzare il territorio e spostare risorse verso gli interventi a tutela della salute dei cittadini e quindi verso le attività di prevenzione. Alcune innovazioni introdotte dalla legge nazionale vanno annotate per la loro portata:

- il passaggio dal sistema a “notula” al sistema della quota capitaria per quanto riguarda i medici di base ed i pediatri;
- la ricomposizione a livello dello stesso medico di tutte le funzioni fondamentali dell’assistenza;
- la regolamentazione della libera professione da esercitarsi nell’ambito delle strutture ospedaliere.

In questa fase all’interno dell’Aiop vi fu un importante avvicendamento. Il carattere esuberante e non sempre disposto all’accondiscendenza di Milone fece sollevare diverse critiche sul suo operato e così venne sostituito nel 1977 – in via provvisoria, anche se poi rimase in carica per 4 anni – dal piemontese Terzo De Santis, forse meno carismatico, ma più manageriale nella conduzione.

È giusto sottolineare che, al di là delle differenze caratteriali dei due Presidenti che si avvicendarono negli anni Settanta, furono anche le situazioni in cui si trovarono ad operare ad essere decisamente diverse. Milone si trovò davanti a un periodo sì irto di difficoltà, ma con una non indifferente vittoria alle spalle, la quale aveva galvanizzato molti soci dell’Aiop. Un vero entusiasmo probabilmente non solo legato al riconoscimento da parte della legge Mariotti dell’ospitalità privata, ma anche al senso di sfida che accompagna ogni progetto nascente. De Santis invece dovette affrontare forti problematiche legate all’assetto interno e alla delicatissima fase preparatoria alla riforma del 1978, con la complessità delle implicazioni che ne derivavano.

Per quel che riguarda l’organizzazione interna dell’Associazione fu dato impulso al ruolo e alle funzioni sia del Comitato Esecutivo sia delle Sedi regionali, che potevano contare su uomini di grande valore e determinazione, pur con le ovvie differenze di personalità e di orientamento. Da ricordare è l’instancabile opera di Mario Garofalo, Presidente regionale del Lazio. In lui sorprende la capacità di conciliare molto bene più competenze, tanto che molti lo definivano “il Presidente dei Presidenti”, troppo bravo per ricoprire egli stesso quel ruolo. Oltre ad essere un eccellente urologo, disponeva di una particolare abilità manageriale e conosceva bene i temi legati ai requisiti delle case di cura, sia strutturali, sia organizzativi, associando a questo una grande conoscenza della politica. La sua determinazione risultava spesso sorprendente e, come ricorda Carlo Guarnieri, da sempre nell’Aiop e oggi membro del Consiglio nazionale, non era tipo che si lasciasse intimidire: «Mario Garofalo mi diceva: “Bisogna avere l’arte maieutica”. Era terribile, ovviamente nel senso buono del termine. Anche a livello regionale, quando si trattava di discutere una norma, parlava, stava lì per ore e, alla fine, se ne usciva con un: “Sì, ma” e obiezioni a catena, sempre ben argomentate. Grazie a lui, tante cose le abbiamo ottenute per stanchezza dell’avversario».



---

Da sinistra, Gianni Costa, Giulio Andreotti e il Presidente Aiop Terzo de Santis

Nonostante i successi ottenuti, che per il clima dell'epoca, sempre ostile all'ospedalità privata, potevano considerarsi significativi, permanevano serie difficoltà anche dal punto di vista economico. Paradossalmente, queste difficoltà costituirono un ulteriore incentivo per quel recupero di efficienza e di attenzione alla qualità che rappresentavano il punto di forza dell'Aiop e del sistema di ospedali che rappresentava. Vale la pena ribadire che, mentre il settore dell'ospedalità pubblica era finanziato dallo Stato, le case di cura private potevano contare solo sui propri mezzi, con i rischi che ne derivavano. Nel settore privato, che non può contare su uno Stato ripianatore dei deficit, non solo si cerca giustamente di conseguire il successo economico dell'impresa, ma nel contempo si assicura un servizio che non si potrà più chiamare semplicisticamente integrativo: diventerà infatti essenziale per il SSN a causa del continuo decadere di quello pubblico che, pur spendendo sempre di più, non riesce a organizzarsi per inefficienze e sprechi. Pertanto i soci dell'Aiop dovevano fare attenzione alle spese, sia per il proprio legittimo interesse sia per salvaguardare in tal modo l'interesse pubblico: avevano ben chiaro, infatti, che i bisogni sarebbero stati crescenti, come crescenti sarebbero state le difficoltà nel reperire le risorse necessarie a soddisfarli.

## 2.5 La riforma del 1978

---

Nel 1978, si arrivò all'approvazione della riforma sanitaria con la legge n. 833 che costituì l'epilogo di un processo innescato da una serie di provvedimenti che si erano succeduti nel corso degli anni Settanta e che avevano toccato via via quasi tutti i settori dell'assetto sanitario, anticipando aspetti significativi del nuovo impianto generale del sistema. La riforma ebbe il pregio di un dibattito politico culturale particolarmente intenso e in questo senso rappresentò la sintesi di aspettative condivise delle quali il legislatore nazionale si era fatto interprete. L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, definito come «complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio», rispose anche all'esigenza di dare attuazione all'articolo 32 della Costituzione che definisce la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e impone ai pubblici poteri di porre in essere tutti i mezzi e gli strumenti necessari per rendere tale tutela concreta ed effettiva, compatibilmente con le risorse disponibili. E in tema di risorse la situazione non era certo confortante, in quanto la spesa sanitaria complessiva in Italia aveva toccato i 12.000 miliardi di lire.

Alimentato da un finanziamento a fiscalità progressiva, il Servizio Sanitario previsto dalla nuova legge superava il concetto assicurativo-mutualistico con un progetto universalistico di prevenzione e assistenza socio-sanitaria esteso a tutti i cittadini italiani e articolato nelle Unità sanitarie locali (Usl), a loro volta dipendenti dai singoli Comuni, i quali avrebbero esercitato, proprio attraverso le Usl, tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria non riservate espressamente allo Stato e alle Regioni<sup>13</sup>. Volendo sintetizzare la portata di questa nuova legge, il nascente Servizio Sanitario Nazionale avrebbe dovuto tener fede ai seguenti principi:

1. universalità dei destinatari (a tutti);
2. uguaglianza di trattamento (a parità di bisogno);
3. globalità delle prestazioni (al centro non la malattia, ma la persona; non solo cura, ma anche tutela e prevenzione);
4. partecipazione democratica alla funzione sanitaria;
5. rispetto della dignità e della libertà della persona;
6. pluralismo organizzativo, nella cui concretizzazione veniva incluso, anche se non in modo cristallino, l'apporto dell'iniziativa privata.

---

13 Nello specifico, le Usl, attive in un ambito di 50.000-200.000 abitanti, erano preposte all'educazione sanitaria, all'igiene ambientale, alla prevenzione individuale e collettiva delle malattie fisiche e psichiche, alla protezione sanitaria materno-infantile, all'assistenza pediatrica e alla tutela del diritto alla "procreazione" cosciente e responsabile, all'igiene scolastica in tutte le scuole, all'igiene e medicina del lavoro, alla prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, alla medicina dello sport, all'assistenza medico-generica e medico specialistica (infermieristica, ambulatoriale e domiciliare), all'assistenza ospedaliera, alla riabilitazione, all'assistenza farmaceutica e alla vigilanza sulle farmacie, all'igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande, alla medicina veterinaria, alle prestazioni medico-legali. In altri termini, veniva affidata alla loro responsabilità – ma anche alla loro discrezionalità – praticamente tutto quello che riguardava l'assistenza sanitaria. Cfr. Articolo 14 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978.



Ricondotte all'organizzazione territoriale unitaria delle Usl, tutte le funzioni di assistenza sanitaria venivano a realizzare – almeno a livello teorico – il superamento del precedente modello, caratterizzato da elementi di profonda separazione tra prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, a scapito di un orientamento alla prevenzione. La legge di riforma 833 prevedeva, inoltre, sulla base del Piano sanitario, un preciso impegno ad adottare misure di contenimento della spesa: oltre ai farmaci, divenuti ormai un genere di consumo abituale per gli italiani, anche per l'esubero di accertamenti diagnostici e per le uscite relative all'amministrazione e all'economato. L'obiettivo generale era quello di eliminare gli sprechi e i consumi inessenziali, ottenendo dei risparmi con un migliore impiego delle risorse, tramite lo svolgimento di accertamenti e di opportune azioni correttive rispetto alle situazioni locali. In secondo luogo prevedeva di favorire la formazione di un personale medico e paramedico dotato di una cultura generale più ricca e di una formazione professionale più solida, nonché di correggere la distorsione nella distribuzione quantitativa (e qualitativa) del personale stesso tra le diverse categorie e a livello territoriale.

Le Regioni applicarono la legge 833/78 nel periodo compreso tra il 1979 e il 1981.

---

Il Comitato Esecutivo Aiop.  
Da destra, Sergio Bardelli,  
Terzo de Santis, Emilio Bernardelli  
e Salvatore Ghirra

Lazio, Liguria, Toscana e Umbria negli ultimi giorni del 1979, la Sardegna, tutte le altre Regioni e la Provincia autonoma di Trento nel 1980, la Provincia autonoma di Bolzano nel 1981.

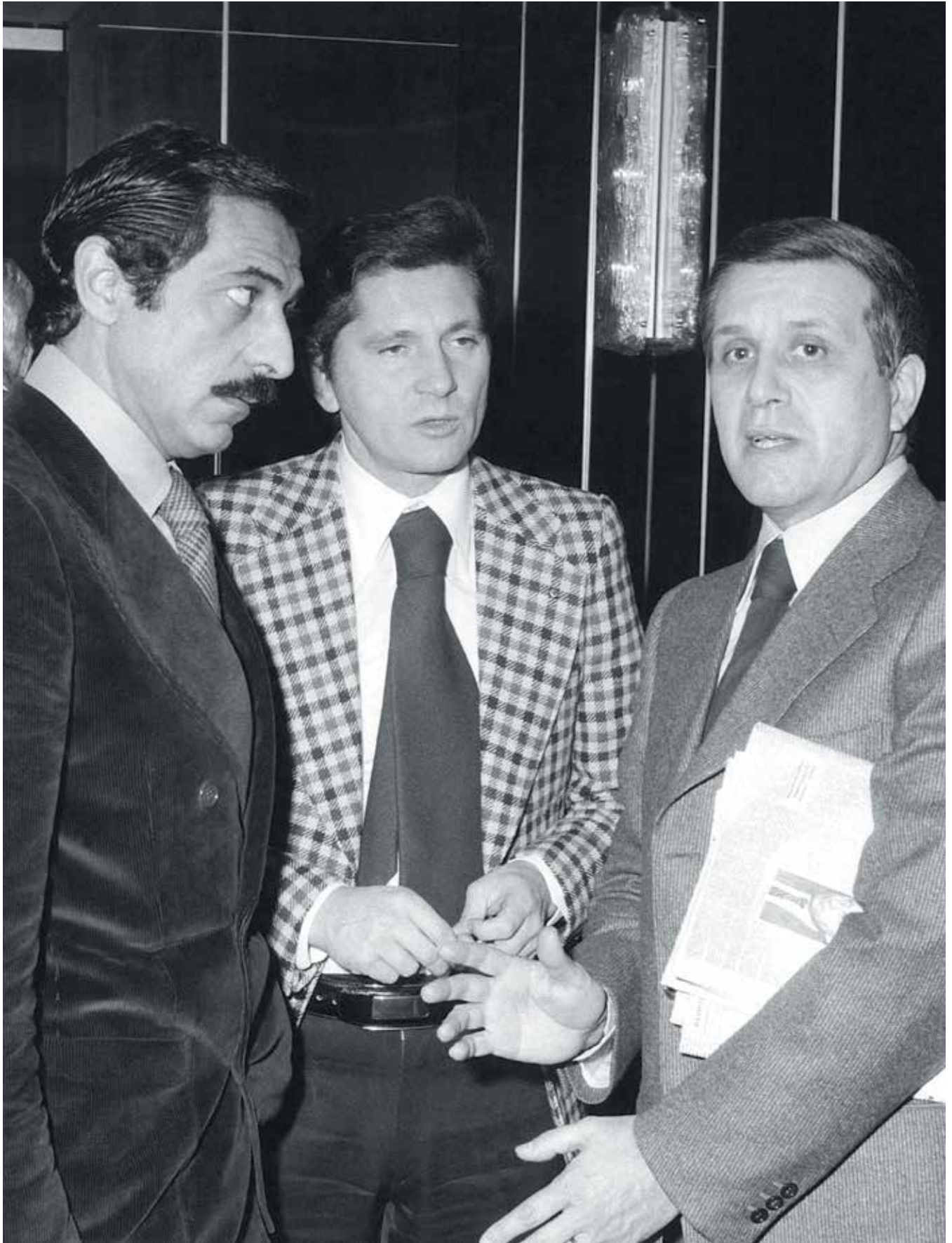
Di fatto, con la riforma del 1978 il Servizio Sanitario diventò pubblico, mantenendo però una duplice possibile interpretazione: che dovesse essere solo pubblico anche sul piano delle attività, oppure che pubblica era la garanzia dell'assistenza sanitaria e della promozione della salute collettiva, ma che questa finalità fosse perseguibile anche come un sistema misto che coinvolgeva in maniera complementare sia il pubblico che il privato. E i rappresentanti dell'Aiop si resero presto conto che non era questa seconda interpretazione a prevalere e che, al contrario, la legge rischiava di essere fortemente punitiva nei confronti dell'assistenza sanitaria privata. Proprio perché si temeva questo rischio, le prime valutazioni della legge da parte di diversi dirigenti Aiop erano molto negative. Di nuovo molti vedevano la presenza dell'assistenza sanitaria privata come accessoria, marginale, qualcosa a cui far ricorso solo in casi estremi, mentre, a parere dell'Aiop, l'interpretazione che voleva assegnare tutta la gestione sanitaria al settore pubblico toglieva ai cittadini ogni libertà di scelta, aprendo la strada a un sistema monopolistico. Il che, paradossalmente, andava a scontrarsi con gli stessi intenti della legge 833, come del resto venne sottolineato nel *Notiziario Aiop* del 1987, in cui veniva ricordata la partecipazione attiva dell'Associazione nel dibattito, durato più di un decennio, con tutte le parti interessate alla riforma, sottolineando la precisa volontà del Parlamento di dare vita a un sistema pluralistico, corrispondente agli interessi generali della popolazione italiana.

«Il problema – ricorda Giuseppe Puntin<sup>14</sup>, da sempre nell'Aiop e oggi titolare della Casa di cura Pederzoli a Peschiera del Garda, in provincia di Verona – era riuscire ad indurre la programmazione regionale a valutare la necessità della presenza del privato. Tengo a dire, e con orgoglio, che l'Aiop si è sempre battuta contro i monopoli e per un sistema di pluralismo erogativo e istituzionale». Il ruolo dell'Aiop dopo l'entrata in vigore della legge di riforma fu quello di una continua e instancabile attività di mediazione per far sì che la norma venisse recepita secondo un'interpretazione che andasse incontro agli effettivi bisogni dei cittadini, ossia favorendo risposte concrete, reali e non invece gli interessi dei micro poteri locali. Si trattò di un lavoro imponente, progressivo, continuo, anche di natura culturale che spesso portò a scontri a causa dei pregiudizi della classe politica e amministrativa. Nella consapevolezza che quello che contava – e ancora oggi conta – per l'utente, anche preso solo a livello di contribuente, era la qualità del servizio reso, nonché l'effettivo costo per la comunità, indipendentemente dal fatto che fosse erogato dallo Stato o dal settore privato.

Non senza difficoltà l'Aiop riuscì a far valere le proprie ragioni, ma questa fu solo una delle tante battaglie portate avanti in quegli anni. Anche perché, nonostante fossero ispirati a principi lodevoli e umanitari, i provvedimenti del decennio molto spesso erano risultati slegati dalla realtà e in alcuni casi perfino controproducenti. La riforma Basaglia – attuata con legge 180 del 13 maggio 1978 –, ad esempio, si basava sull'idea di superare la logica della reclusione nei manicomi, ma fu attuata in tempi

---

14 Giuseppe Puntin è stato Presidente prima, ed è oggi Vice Presidente regionale Aiop per il Veneto.



Da sinistra, Franco Bonanno, Giuseppe Puntin e Angelo Anselma, rappresentante della struttura neuropsichiatrica Ville Augusta di Bruino, Torino



---

La nursery di una casa di cura privata

troppo ristretti senza prevedere strutture e servizi alternativi per la protezione sul territorio dei malati mentali. Interessante, al riguardo, quanto riportato nel *Notiziario Aiop* del 1979: «Non è qui il caso di ripetere le critiche e le perplessità che la nuova normativa ha suscitato: si tratta di una realtà legislativa nei confronti della quale, per la decisa volontà politica che l'ha determinata, ogni remora è stata inutile in sede di elaborazione ed ogni resistenza sarebbe sterile nella fase di attuazione. E del resto l'ospedalità privata già da tempo e largamente aveva applicato, in concreto, i principi ai quali essa pretende di ispirarsi. È questo il punto sul quale bisognerà battersi: se i gravi inconvenienti verificatisi dipendono non tanto da quei principi (la necessità del superamento della legge del 1904 è incontestabile) quanto all'eccessività con la quale sono stati tradotti in norme positive, è possibile nel momento interpretativo e attuativo ridurne in misura assai notevole l'entità e le case di cura hanno l'effettiva possibilità di continuare a rendersi utili ai disturbati mentali e psichici, eventualmente mediante gli opportuni adattamenti della loro attività e strutturazione».

Questi gli auspici dell'Aiop, che vennero però largamente disattesi, con effetti devastanti anche per le famiglie. In particolare, le famiglie con giovani bisognosi di



assistenza psichiatrica vivevano il dramma di non poter contare su alcun tipo di supporto. Emmanuel Miraglia (che allora era Presidente della Sede Aiop Lazio) si ritrovava spesso a confrontarsi con la disperazione di questi genitori, i quali erano soprattutto preoccupati di cosa ne sarebbe stato dei figli una volta che loro fossero venuti a mancare. Eppure non poteva essere loro d'aiuto in alcun modo, in quanto i disturbi mentali non erano più considerati una malattia.

L'Aiop si batté anche per contrastare una spigolosa disposizione della legge 833, che prevedeva solo per gli ospedali privati religiosi senza fini di lucro la piena integrazione nelle strutture del Servizio Sanitario Nazionale, ossia un totale riconoscimento. Mentre, per gli ospedali gestiti da privati e per gli enti ecclesiastici non classificati tra quelli senza fini di lucro era prevista un'integrazione subordinata al piano regionale. Cioè convenzionamento con le Usl, previo atto discrezionale della Regione di appartenenza, aprendo una fase complessa, con momenti conflittuali, di pattuizione con le neonate Regioni. Pertanto, in seno all'Aiop sorse una grande preoccupazione per la possibile chiusura di molte case di cura private, per le quali erano anche previsti requisiti di fatto marginali, come il centimetro in più o in meno della grandezza di una camera, anziché requisiti sostanziali delle prestazioni.

Questi ed altri problemi consigliavano un forte presidio da parte dell'Aiop di tutto l'iter di applicazione concreta della riforma. Richiesta, questa, che seppur con fatica fu accolta da parte ministeriale. Occorre considerare che una delle principali resistenze culturali traeva origine dall'ispirazione al modello britannico del Nhs, nato nel 1948, costituito da soggetti erogatori quali esclusivamente di natura pubblica. Come si legge nel *Notiziario* del 1979, «A livello ministeriale la nostra richiesta di partecipazione alla fase attuativa della legge 833 è stata presa in positiva considerazione, perché giudicata non soltanto legittima, ma anche utile. Riteniamo di essere nel vero se siamo persuasi che la funzione dell'ospedalità privata – laica e religiosa – è oggetto, anche da parte delle organizzazioni sindacali di una nuova valutazione, che finalmente sembra superare pregiudizi e slogan di non felice memoria». Un simile passaggio rendeva ancora più importante la capacità di dimostrare, nei fatti e non solo nelle enunciazioni, di essere in grado di fornire prestazioni di elevata qualità a costi più contenuti di quelli degli ospedali pubblici. E questo non solo nel senso dell'efficienza delle strutture o delle attrezzature, ma anche, si legge ancora nel *Notiziario* «di una convinta collaborazione, aperta e leale, nella prestazione di un servizio che costituisce diritto costituzionalmente protetto del cittadino».

Nell'ultimo scorcio del decennio, in applicazione alla legge 833 si è registrato un impegno pressante, sia a livello nazionale che regionale, che ha portato alla realizzazione di una serie di adempimenti quali la costituzione del Consiglio sanitario nazionale (già nei primi mesi del 1979), la predisposizione e presentazione al Parlamento della proposta di Piano sanitario nazionale (nell'estate di quell'anno), l'emanazione del DPR n. 761 del 20 dicembre 1979 sullo stato giuridico del personale delle Usl, del DPR n. 595 del 14 luglio 1980 sulla classificazione economica e funzionale della spesa ed infine l'assegnazione di personale delle disciolte Mutue ai vari enti (Usl, Ministeri, Istituti previdenziali).

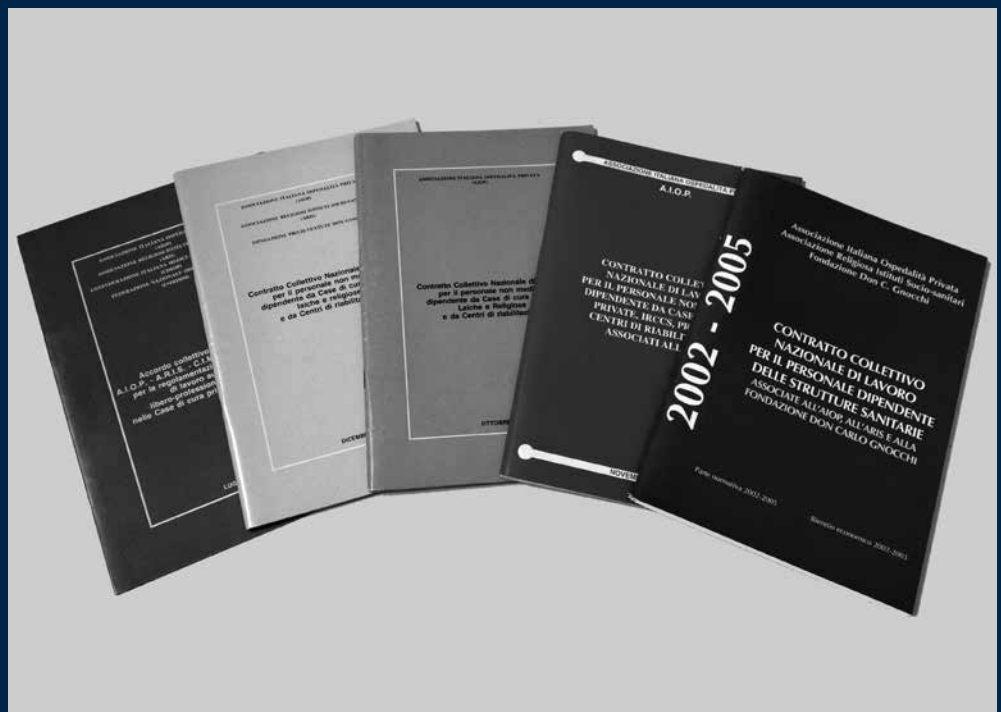
# I Contratti collettivi nazionali di lavoro Aiop

Uno dei modi per comprendere l'evoluzione negli anni di una associazione di categoria e degli imprenditori da essa rappresentati è certamente quello di leggere la successione nel tempo dei Ccnl (Contratti collettivi nazionali di lavoro) del personale dipendente, le modifiche intervenute nella valutazione degli istituti contrattuali, la maggiore o minore attenzione attribuita ad alcune figure professionali, le modifiche intervenute nella "protezione" di tutto il sistema del lavoro. Ed è interessante confrontare il tutto confrontandolo in parallelo con l'evoluzione del "sistema Paese".

Le case di cura degli anni Cinquanta, quando il 24 maggio del 1956 viene stipulato il primo Ccnl *erga omnes*<sup>1</sup>, sono molto diverse da quelle degli anni Settanta e ancora profondamente differenti se confrontate con quelle in esercizio a partire dagli anni Novanta. Ciò risulta evidente se si osservano la diversa attenzione normativo-retributiva riconosciute ad alcune figure professionali e i concetti di "custodia", di "assistenza" e per finire di "assistenza molto qualificata". Le case di cura di quarant'anni fa hanno una configurazione completamente diversa dagli ospedali pubblici e ci tengono a mantenere questa peculiarità. Attualmente, invece, le case di cura erogano un'assistenza di tipo prettamente ospedaliero, tanto da poter essere definite, senza alcun dubbio, "ospedali privati".

È interessante osservare la fortissima evoluzione intervenuta negli anni Settanta negli istituti dell'orario di lavoro – che da 54 ore passa gradualmente alle attuali 36 ore –, del computo dei giorni per l'indennità di anzianità – che da 7 giorni di calendario passa agli attuali 30 giorni –, delle ferie oltre che della retribuzione. Particolarmente significativa, poi, è la concreta promozione del diritto allo studio, indirizzato verso le specializzazioni e la crescita professionale delle varie figure sanitarie.

Alcuni dei Contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dall'Aiop



In definitiva, i Ccnl firmati da Aiop recepiscono in modo completo ed esaustivo l'evoluzione della normativa sul lavoro, dallo Statuto dei lavoratori alle leggi speciali, soprattutto in relazione a quegli istituti la cui disciplina è stata demandata alla contrattazione collettiva nazionale. Gli incrementi tabellari subiscono una sostanziale rivisitazione dopo la sottoscrizione della dichiarazione d'intenti che impegna l'Aiop, per sua scelta, a raggiungere la equiparazione economica dei dipendenti delle case di cura con quella dei dipendenti degli ospedali pubblici (Intesa 24 luglio 2001).

Diversamente, per la parte normativa, si è voluto, pur nel rispetto, come sopra detto, della legislazione sul lavoro, mantenere un'autonomia organizzativa da parte dell'impresa nel convincimento che il modello organizzativo dell'ospitalità privata sia caratterizzato fin dall'origine da una peculiarità: non considerare il rapporto di lavoro come un sinallagma solo tra azienda e dipendenti, ma valutare sempre i diritti dell'ammalato, tutelandoli e considerandoli prioritari, modulando anche l'organizzazione del lavoro e gli istituti correlati sulla base della funzione assistenziale cui sono deputate le aziende sanitarie<sup>2</sup>.

Alla fine degli anni Novanta, in ragione della crisi economica e dei forti segnali di insostenibilità del SSN, si registra un progressivo ineludibile blocco della contrattazione sia nel settore pubblico che in quello privato. La contrattazione con i medici dipendenti delle strutture Aiop inizia più tardi rispetto a quella percorsa con gli altri lavoratori. Con la nascita della Cimop (Confederazione italiana medici dell'ospitalità privata), negli anni Settanta, si firmano i primi Ccnl<sup>3</sup>.

Molto rilevante è la creazione, alla fine del 1987, del Fondo pensione Caimop (Cassa di previdenza integrativa dei medici dell'ospitalità privata)<sup>4</sup>, contemplato nel Ccnl con l'accordo del 2 aprile 1993, che è tuttora all'avanguardia nel nostro Paese. Da ricordare, ancora, gli accordi firmati da Aiop per i medici a rapporto libero-professionale, firmati con Cimop, mentre l'ultimo del 1997 è stato sottoscritto da Anaa-Assomed<sup>5</sup>. Infine, per il personale dipendente delle RSA (Residenze sanitarie assistenziali) e delle altre strutture residenziali viene firmato il 22 marzo 2012 uno specifico Ccnl, che consente il suo allineamento normo-economico nello specifico settore.

---

1. Il Ccnl 24/5/56 è stato recepito con DPR 14/7/1960, n.1040, e pubblicato in G. U. n. 244 del 5/10/60.

2. I principali Ccnl firmati da Aiop con FP Cgil, FP Cisl, UIL FP e UGL Sanità sono i seguenti: 24/5/56, 28/10/71, 25/6/76, 8/2/79, 22/7/80, 18/11/84, 15/12/87, 25/10/90, 29/11/95, 23/12/99, 19/1/05.

3. Il primo Ccnl del personale medico dipendente è stato firmato il 7/10/77: quelli successivi sono del 30/7/81, 14/6/84, 15/9/87, 19/11/90, 14/7/99, 19/1/05.

4. Fonte: [www.caimop.it](http://www.caimop.it). Attualmente il Presidente nazionale del Fondo è Petros Papanikolaou e il Vice Presidente è Emmanuel Miraglia.

5. Gli Accordi nazionali per i medici a rapporto libero-professionale che si sono succeduti sono i seguenti: 7/10/77, 1/7/84, 24/10/88, 16/5/97.

## Iatreia (1971-1976)

*Iatreia*, la rivista trimestrale e organo ufficiale dell'Uihp (Union Internationale de l'Hospitalisation Privée) e del Cehp (Comité Européen de l'Hospitalisation Privée), nasce il 19 novembre 1971. L'impulso alla realizzazione di questa originale rivista, cui sono conferiti anche riconoscimenti nazionali e internazionali, avviene ad opera di Aiop, e in particolare dell'allora Presidente nazionale Fabio Milone, nonché Segretario generale del Cehp. La rivista viene infatti pubblicata fino al 1976, finché quindi Milone regge le redini dell'Aiop. Direttore responsabile è Ugo Apollonio, allora giornalista responsabile dell'Ufficio stampa dell'Aiop, e a Roma sono concentrate Direzione, Redazione e stampa della rivista.

Nel Comitato di direzione, oltre al Presidente Uihp Henri Cavailher e al Segretario generale Cehp Fabio Milone, per l'Italia figuravano Dino Bellussi, Gianni Costa e Mario Garofalo. La caratteristica della rivista, di grande pregio anche grafico per quei tempi, era certamente la capacità di guardare ai temi delle politiche sanitarie e a molti argomenti clinico-scientifici sotto l'angolatura dei diversi membri dell'Associazione internazionale ed europea dell'ospitalità privata. E ciò rendeva la rivista particolarmente interessante, con importanti articoli in lingua originaria – francese, italiana, tedesca, spagnola e inglese – e una sintesi di ciascun articolo in tutte le cinque lingue.

Con i suoi articoli, *Iatreia* voleva dimostrare l'importanza sociale e il ruolo positivo svolto dall'ospitalità privata nel campo dell'assistenza pubblica. L'obiettivo era anche di stimolare una stretta collaborazione tra medici (particolarmente presenti tra i primi imprenditori della sanità) e autorità di governo di ogni Paese membro delle organizzazioni internazionali, pubblicando i provvedimenti legislativi inerenti l'assistenza sanitaria e sollecitando la coerenza degli obiettivi economici, sociali ed educativi perseguiti.

La testata *Iatreia* e alcune grafiche utilizzate per le copertine



# Copag

Tra le numerose attività avviate durante la presidenza nazionale di Fabio Milone, occorre ricordare la fondazione, nel 1976, del Copag, il Consorzio dell'ospitalità privata per gli acquisti e le gestioni. Guidata nei primi anni da Gianni Costa, manager dinamico e lungimirante, è ospitata inizialmente presso gli uffici dell'Aiop. Il Consorzio tra le case di cura italiane ha lo scopo di aumentare il loro potere contrattuale in fase di negoziazione con i fornitori nei momenti degli acquisti.

Inizialmente è importante l'esperienza della Peg, analogo Consorzio sorto a Monaco di Baviera su iniziativa del medico Michael Schreiber, e sotto la direzione di Walter Rosche, entrambi diverse volte a Roma per seguire con consigli la nascita della Copag in Italia. Oltre a garantire un risparmio, la Copag consente anche un utile alla gestione riservato alle strutture iscritte. Tra i principali protagonisti di questa importante attività, oltre a Gianni Costa, vi sono Antonio Salvadori, Presidente dal 1985 al 2013, Benedetto Aloisi e Bruno La Porta.

Attualmente alla Copag S.p.A. (con sede in via Lucrezio Caro, 63 a Roma) aderiscono 200 ospedali privati, rappresentativi di 20.000 posti letto. Divenuta in pochi anni leader assoluta nel mercato del *medical device* e, ultimamente, nel mercato del farmaco generico.

Il Consorzio fornisce 800 strutture ospedaliere private sparse su tutto il territorio italiano. Il cliente, collegandosi al sito Internet dell'azienda ([www.copag.it](http://www.copag.it)), può effettuare ordini di acquisto, verificare la disponibilità dei prodotti in magazzino, richiedere e ricevere offerte. Il Presidente del Consiglio di amministrazione, dal 2013, è Marco Miraglia. Il Consigliere delegato è Salvatore Carnazza.



Assemblea Copag  
del maggio 1979

# Le case di cura neuropsichiatriche

L'assistenza psichiatrica in Italia è stata profondamente modificata dalla legge n. 180/1978 (c.d. "legge Basaglia"), recepita all'interno della legge istitutiva del SSN n. 833/1978. In base al dettato della legge 180, che prevede la soppressione degli ospedali psichiatrici, viene meno il paradigma di intervento custodialistico e segregante della malattia che caratterizzava la normativa nazionale fino ad allora vigente (legge 36/1904)<sup>1</sup>, in base al quale il trattamento era finalizzato alla difesa e al controllo sociale, piuttosto che alla tutela della salute del malato psichiatrico. Prima della legge 180, un primo tentativo legislativo volto al superamento dei manicomi si ha con la legge n. 431/1968 (la cosiddetta "legge Mariotti"). Per la prima volta la psichiatria faceva il suo ingresso nel territorio, mediante la creazione di una rete extra-manicomiale di servizi per terapie ambulatoriali psichiatriche e psicoterapeutiche.

L'Aiop inizia la sua attività istituzionale in ambito neuropsichiatrico nel clima di profondo mutamento sociale e culturale che caratterizza gli anni Sessanta e Settanta, legato al movimento di deistituzionalizzazione finalizzato al superamento della dimensione manicomiale e alla creazione di opzioni terapeutiche e di modelli di intervento radicalmente differenti. Le case di cura ad indirizzo neuropsichiatrico già da allora svolgono un ruolo essenziale quale segmento intermedio nel *continuum* assistenziale della presa in carico dell'utenza psichiatrica, in relazione all'istituzione dei Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc) pubblici e ad integrazione della rete dei servizi di salute mentale allora nascenti, spesso sopperendo alle evidenti carenze dell'assistenza territoriale.

A partire dagli anni Ottanta, con il superamento della dimensione manicomiale, inizia a realizzarsi, pertanto, il concetto di integrazione del servizio pubblico e del privato nell'ambito della salute mentale, quale aspetto qualificante del ruolo del settore privato, oggi in regime di accreditamento istituzionale, a garanzia dell'accessibilità alle prestazioni sanitarie e della sostenibilità del SSN. In quegli anni l'impegno dell'Aiop è molto intenso, soprattutto su iniziativa di Leonardo Bianchi Jr., Gustavo Sciacchi e Mario Garofalo. In particolare, Leonardo Bianchi Jr. fece parte di un importante Comitato tecnico-scientifico del Ministero della Sanità, che aveva l'obiettivo di elaborare un progetto particolareggiato per l'assistenza psichiatrica, volto al superamento del sistema manicomiale a favore di una gestione pubblico-privato di un nuovo sistema di assistenza a gradualità differenziata. Il progetto del Comitato, pur essendo confermato da cinque Governi succedutisi, non fu mai discusso in Parlamento.

Ad ogni modo, l'implementazione del sistema delineato dalla riforma psichiatrica a livello regionale tra gli anni Ottanta e gli anni novanta è complessa e caratterizzata da numerose criticità nell'intero territorio nazionale. I problemi principali in fase di applicazione derivano dal fatto che sia la legge 180 sia la legge 833 si limitano a fissare i principi direttivi del sistema, lasciando poi la realizzazione dell'intera organizzazione sottostante alle Regioni. Sancita l'eliminazione delle strutture manicomiali esistenti, i legislatori regionali avrebbero dovuto definire e realizzare le reti di presa in carico ai fini della prevenzione, cura e riabilitazione per la tutela della salute mentale, dando, pertanto concreta attuazione alla legge di riforma.

---

1. La legge del 1904 subordinava il concetto di "cura" a quello di "custodia", mettendo in primo piano il bisogno della società di protezione dalle persone affette da malattia mentale "quando siano pericolose a sé o agli altri o riescano di pubblico scandalo". La legge 180 ha sancito che il trattamento sanitario in ambito psichiatrico sia basato sul diritto della persona alla cura e alla salute e non più sul giudizio di pericolosità. Il trattamento sanitario deve essere, di norma, volontario, e deve essere effettuato, come la prevenzione e la riabilitazione, nei presidi e servizi extra-ospedalieri operanti nel territorio. In caso di alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici non applicabili in tali contesti, può essere effettuato un trattamento sanitario obbligatorio (TSO) presso i Servizi psichiatrici di diagnosi e cura (Spdc), istituiti presso gli ospedali.

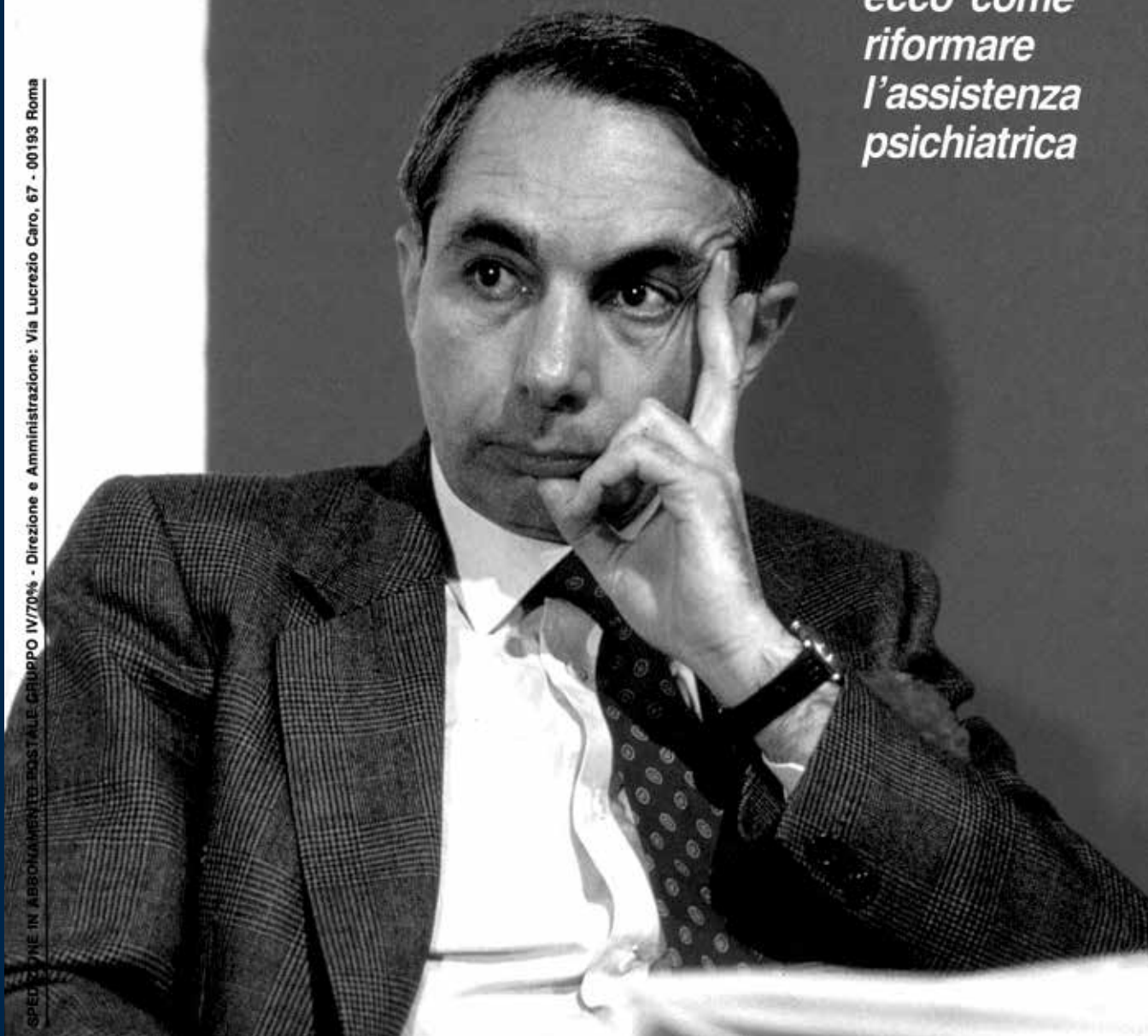
# OSPEDALITÀ PRIVATA

PERIODICO BIMESTRALE  
DI INFORMAZIONE DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA  
OSPEDALITÀ PRIVATA PER IL MONDO DELLA SANITÀ

Anno XVIII - N. 4 - Luglio-Agosto 1990

Giuliano  
Amato:  
*ecco come  
riformare  
l'assistenza  
psichiatrica*

SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE GRUPPO IV/70% - Direzione e Amministrazione: Via Lucrezio Caro, 67 - 00193 Roma



---

Intervento del Ministro Costante  
Degan al Convegno Aiop sulla  
neuropsichiatria del 1984



In quel periodo le case di cura neuropsichiatriche, sebbene gravate dal pregiudizio di rappresentare un residuo manicomiale, sopperiscono alle profonde e generalizzate carenze dei servizi territoriali, sviluppando nel tempo un livello di competenza clinica e di qualità di alto livello, con punte di eccellenza. La stessa denominazione "ad indirizzo neuropsichiatrico" costituisce la chiave di volta per evitare la chiusura *sic et simpliciter* delle case di cura private. Aiop tiene alta l'attenzione sul tema con diversi convegni nazionali, tra cui "Psichiatria domani. Revisione della legge 180" (Roma, 1984) e "La tutela della salute mentale nell'era della valutazione degli esiti" (Tivoli, 1996). Il superamento definitivo degli ospedali psichiatrici nel frattempo si dipana attraverso una stratificazione legislativa che, dopo la cesura temporale posta dalla 180 e dalla 833 entro il 31 dicembre 1981, riprende a distanza di ben sedici anni con il Progetto Obiettivo "Tutela della Salute Mentale 1994-1996", quindi con la legge 724/1994 (che fissa l'obbligo di chiusura definitiva al 31 dicembre 1996), e ancora con la legge 662/1996 (che fissa il termine per l'adozione di piani di superamento da parte delle Regioni entro il 31 gennaio 1997).

Ad esemplificare le criticità e le contraddizioni di tale complessa fase di transizione, nonché il clima sicuramente non favorevole all'attività delle case di cura ad indirizzo neuropsichiatrico, si riporta quanto avvenuto nel Lazio durante la presidenza nazionale di Gustavo Sciacchi e quella regionale di Mario Garofalo, i cui referenti regionali per la neuropsichiatria erano Antonio Salvadori e Bruno La Porta.

All'inizio degli anni Novanta, il Tribunale di Roma avvia un procedimento penale a carico di alcuni membri della Giunta regionale, che tengono in vita le convenzioni con gli istituti di cura privati che garantivano l'assistenza ai pazienti psichiatrici ricoverati. Secondo l'accusa, confermando le convenzioni con le case di cura neuropsichiatriche sulla base della normativa regionale allora vigente (leggi n. 7 del 3 febbraio 1982 e n. 7 del 14 luglio 1983), veniva disatteso il termine ultimo fissato dalla legge di riforma sanitaria n. 833 e della legge di riforma psichiatrica n. 180. Pertanto, dato il contrasto tra la legislazione nazionale e quella regionale concorrente, si poneva il problema della legittimità costituzionale della predetta normativa



regionale. Tali leggi regionali, tenuto conto dell'insufficienza delle strutture pubbliche esistenti, dettavano una disciplina transitoria diretta al necessario adeguamento delle finalità di assistenza psichiatrica presenti nella legge di riforma sanitaria alla effettiva situazione locale, anche in relazione al presupposto che il valore costituzionale dell'assistenza ai malati, garantito dall'articolo 32 della Costituzione, sarebbe stato leso laddove i degenti ricoverati presso le case di cura fossero allontanati in assenza di una presa in carico alternativa presso una struttura pubblica.

Con la sentenza n. 518/1991 la Corte Costituzionale emette un giudizio di irrilevanza della questione e inammissibilità, sancendo che era la legge regionale a dover essere considerata la legge applicabile da parte degli amministratori regionali. Viene, pertanto, riconosciuta la legittimità dell'operato dei vertici regionali a favore della prosecuzione dell'attività delle case di cura neuropsichiatriche; contestualmente, si porta progressivamente a regime la rete dei servizi di salute mentale prevista dalla riforma psichiatrica, secondo il modello dipartimentale previsto nei Progetti Obiettivo. Il processo di implementazione prosegue anche nelle altre regioni, seppure con una certa disomogeneità, fino a configurare l'attuale assetto organizzativo nazionale.

Il Comitato Esecutivo tiene quindi desta l'attenzione con la costituzione di una Commissione permanente sulla neuropsichiatria. Dal 2012 essa è presieduta da Paolo Rosati. Dal 2015, l'Aiop focalizza la propria attenzione con un monitoraggio sull'offerta dei servizi psichiatrici territoriali a livello nazionale, che spesso non garantisce livelli di assistenza uniformi, data l'estrema eterogeneità dei vari assetti regionali.

Il federalismo sanitario rende le politiche regionali cruciali in ambito legislativo e programmatico, configurando tuttavia nel settore dell'assistenza psichiatrica, caso unico tra tutte le discipline mediche, un'articolazione dei servizi totalmente disomogenea a livello nazionale dal punto di vista normativo, organizzativo e tariffario, talora in conflitto con i requisiti di accessibilità, appropriatezza clinico-organizzativa e diritto di scelta del cittadino.



ALINARI

ALINARI

ALINARI

ALINARI

ALINARI



# La riforma mancata

---

ANNI OTTANTA

Il corridoio di Palazzo Montecitorio a Roma, conosciuto come "Transatlantico"

3

### 3.1 La “riscossa della classe media”

---

Le conquiste operaie che avevano caratterizzato gli anni Settanta ebbero un brusco arresto nel 1980, con la sconfitta subita dalla marcia dei quarantamila della Fiat e il conseguente indebolimento dei Sindacati, mentre una nuova forma di ideologia, dalle molteplici sfaccettature, ma con un solo verso di direzione, andava affermandosi. Siamo nell'epoca della “riscossa della classe media”, dove la borghesia si andava configurando come classe di pressoché unico riferimento e sempre più italiani correvano ad investire in Borsa, esibendo stili di vita ostentati e spesso al di sopra delle loro possibilità reali. Si iniziò a parlare di modernità, di modernizzazione e cominciò ad affermarsi il mito del successo e della professionalità come ideali di vita a cui tendere. Dopo il fallimento del compromesso storico, si escogitò la soluzione del Pentapartito (con alleanza tra la DC, il PSI, i liberali, i repubblicani e i socialdemocratici) con il solo PCI all'opposizione<sup>1</sup>.

La corruzione divenne argomento di continuo dibattito in seguito allo scandalo della Loggia massonica P2, la quale aveva svariati infiltrati nel mondo politico, nella burocrazia, nei vertici militari e perseguiva fini di lucro e di carriera per i suoi affiliati, cercando, nel contempo, di indirizzare secondo i suoi voleri l'operato dello Stato italiano. Per quel che riguarda l'economia, i primi anni Ottanta furono caratterizzati da un periodo di lunga stagnazione, accompagnata da tassi di inflazione sempre attorno al 20%, durante il quale persisteva la forte conflittualità sociale che aveva caratterizzato il decennio precedente. La spirale di aumento del costo del lavoro e inflazione, innescata dai meccanismi automatici della scala mobile, non dava tregua alle imprese italiane che trasmettevano ai prezzi gli aumenti del costo del lavoro: i tassi di inflazione salivano di percentuali a doppia cifra. Solo con il 1984, con la disdetta dell'accordo del 1975, si ebbe un rallentamento più deciso della crescita dei prezzi. La difficile situazione del mercato del lavoro e la perdurante instabilità dei mercati internazionali misero in crisi anche la nuova Italia dei distretti. La lira, entrata nello SME con una parità alta, frenava le esportazioni e rallentava in maniera decisiva quella spinta alla crescita delle economie di piccola impresa, che nel periodo precedente aveva trascinato l'economia italiana.

Nel corso del decennio vi furono due profonde modificazioni dello stesso assetto della convivenza. Da un lato, la lotta al terrorismo e alla criminalità organizzata si fece più strutturata e puntuale e, anche se non vennero raggiunti gli stessi risultati contro la mafia e la camorra, vi fu un netto ridimensionamento degli attentati e numerosi arresti, cui contribuì in parte anche la legge in favore dei “pentiti”<sup>2</sup>. Dall'altro, il senso di uguaglianza e di conquiste sociali, pur permanendo sulla carta, si tramutò in un trionfo del “privato”, delle mode pseudoculturali, dell'elogio del disimpegno e dell'individualismo. Le nuove parole chiave – successo, carriera, modernità –, che spesso diventavano slogan, erano veicolate velocemente dalle emittenti televisive, in particolare da quelle private.

---

1 La formula del Pentapartito, adottata nel 1980, verrà poi mantenuta fino al 1992.

2 Approvata a seguito di un faticoso iter parlamentare, la legge n. 304 del 29/5/1982 quale strumento di lotta al terrorismo e anche la prima significativa risposta dello Stato alle offerte di collaborazione di coloro che si sentivano ormai prigionieri della loro scelta armata. Passata subito alle cronache come “legge sui pentiti”, essa non conteneva tuttavia in alcuna sua parte l'espressione “pentito” o “pentimento”.



Nella seconda metà del decennio vi fu un ulteriore mutamento nello scenario economico, che non produsse però gli effetti positivi sperati. Sebbene i tassi di crescita del PIL italiano superarono il 3%, si trattò di uno sviluppo senza occupazione. La disoccupazione si mantenne infatti molto alta. La svalutazione della lira, soprattutto rispetto al dollaro, ridiede fiato alle esportazioni e avviò al tempo stesso una profonda ristrutturazione dell'Italia dei distretti. Questi ultimi assunsero una struttura maggiormente consolidata, con imprese capaci di entrare nei mercati esteri e di usare la flessibilità produttiva per realizzare nuovi modelli di risposta a una domanda di beni di consumo caratterizzata da altissima varietà. Al tempo stesso, però, con un'accelerazione dovuta agli scandali politico-finanziari, prese il via il processo di privatizzazione che portò il Paese a liberarsi quasi totalmente dell'industria di Stato. Infine, va ricordato che in questo periodo l'Italia accumulò un ingente debito pubblico, che passò in pochi anni dal 50% al 100% del PIL e portò ad un'inevitabile messa in discussione degli eccessi della politica assistenzialista.

---

Sciopero degli operai Fiat di Mirafiori per le vie di Torino (1980)

La riforma sanitaria approvata sul finire del decennio precedente oltre a non agire direttamente e con celerità sulle lacune del SSN non risolveva né i problemi di costosità



---

La casa di cura  
Villa Pineta di Modena

del sistema né le difficoltà di rispondere in modo efficiente ed adeguato alla domanda di salute che emergeva nel Paese, specie per quel che riguarda l'ospedalità. Anche il decentramento regionale, che con grande fatica stava prendendo forma, non riusciva a invertire questa tendenza negativa, in parte per la mancata approvazione del Piano sanitario nazionale e in parte perché le Regioni non erano in grado di immettere nelle proprie politiche azioni efficaci di miglioramento sia in termini organizzativi che qualitativi e finanziari.

## Le fasi di attuazione della legge 833

## 3.2

---

Nei primi anni Ottanta proseguirono le azioni di programmazione, integrazione, riorganizzazione della rete dei servizi e d'eliminazione di sprechi e sperperi, come previsto dalla legge 833, il cui principale scopo era assicurare a tutti i cittadini l'esercizio del diritto alla tutela della salute. Le operazioni di attuazione, però, incontrarono diversi contrattempi e ostacoli, soprattutto a causa delle grosse differenze tra una regione e l'altra, o anche all'interno di una stessa regione. A questo problema andarono ad aggiungersi alcune debolezze dello stesso impianto legislativo che, ad esempio, non distingueva chiaramente le funzioni della parte politica e di quella tecnica e che contemplava come universale solo il servizio a totale gratuità. Senza contare che i costi del sistema sanitario nazionale erano spesso rimasti difficilmente controllabili, anche per via della separazione di poteri tra chi finanziava la spesa e chi la effettuava, ossia Stato e Regioni, alcune delle quali (soprattutto al Sud) "largheggiavano" nella creazione di presidi e di servizi sanitari, aumentando ancor più il disavanzo. In queste regioni, con scarsa attività produttiva, l'attività economica era costituita soprattutto dalle attività di servizio, la prima delle quali – se si eccettua l'apparato burocratico degli enti locali – era costituita dalla Sanità.

Frenavano il processo di applicazione della legge 833 anche l'opposizione di una componente della classe medica, che temeva una subordinazione della propria autonomia professionale ai dettami della burocrazia e della politica, e i deficit accumulati dagli enti soppressi. Per queste ragioni, e in netta polemica con la legge, prese avvio una campagna contro la spesa sanitaria, considerata eccessiva da larga parte dell'opinione pubblica. In realtà, il problema non era relativo all'entità della spesa sanitaria. Il Censis divulgò dati incontrovertibili al riguardo, i quali evidenziavano che la spesa sanitaria posta sotto accusa s'aggrasse mediamente – e così andò nell'arco di tutto il decennio – attorno al 6% del prodotto interno lordo, ossia molto al di sotto degli Stati Uniti (il 10%) e della Germania (l'8%)<sup>3</sup>.

D'altra parte, era innegabile che le spinte nel senso del controllo dei costi sanitari avessero una loro *raison d'être*, non tanto per l'entità della spesa, quanto per la necessità di regolarne opportunamente i flussi e di creare un legame di corrispondenza tra spese erogate e qualità dei servizi. In particolare, vi era l'esigenza di riequilibrare il rapporto tra l'enorme consistenza di voci-spesa relative al personale rispetto a quelle per gli investimenti, di migliorare la qualità di alcune prestazioni rispetto ai costi che presentavano e di porre rimedio alla duplicazione dei servizi (anche all'interno della stessa area geografica), senza una verifica a monte dell'effettiva domanda al riguardo. Il tutto si traduceva in una crescente insoddisfazione dei cittadini rispetto alla qualità delle prestazioni, ritenute molto spesso scadenti proprio in virtù dell'incremento della domanda e della difficoltà delle Regioni a fornire risposte adeguate. Nonostante il clima non esattamente favorevole, il Servizio Sanitario Nazionale riuscì a dar vita al suo primo impianto organizzativo, pur con notevoli differenze tra una Regione e l'altra. In molti casi, le Regioni allargarono le competenze delle Usl ai settori socio-sanitari e socio-assistenziali, affidando loro, tramite la legislazione regionale,

---

3 Cfr. XIX Rapporto Censis.

importanti compiti di assistenza nel campo dell'handicap, degli anziani e della famiglia. In totale il territorio italiano venne dotato di 674 Usl, delle quali 272 nelle Regioni settentrionali (il 41,4%), 135 in quelle centrali (il 20%) e 260 nelle meridionali (il 38,6%). Inoltre, molte Regioni si dotarono, prima che ci riuscisse lo Stato – il quale arrivò a questo traguardo solo nel 1994 –, di loro piani sanitari o socio-sanitari. Provvedimenti che presero piede a partire dalle Regioni settentrionali per poi progressivamente allargarsi alle altre, sotto la spinta della riorganizzazione e dell'espansione dei servizi.

Tuttavia, già nei primi anni del decennio ci si rese conto che parecchi dei vecchi problemi non erano stati risolti, tanto che in molti parlavano di «riforma mancata». Tra le cause, spiccavano le complesse problematiche relative al personale sanitario delle Usl, con particolare riferimento ad alcuni elementi critici – in parte ereditati dal passato, in parte introdotti dalla nuova riforma – che stavano impedendo un rapido adeguamento agli obiettivi fissati dalla legge 833. Primo di questi elementi di criticità, il fatto che nel Servizio Sanitario Nazionale fossero confluiti più di 600.000 dipendenti provenienti dai diversi ed eterogenei centri di gestione dell'assistenza sanitaria del sistema antecedente la riforma, generando così difficoltà enormi nel disciplinare la relativa normativa e provocando gravissimi ritardi nell'attuazione di provvedimenti fondamentali per il regolare evolversi del nuovo ordinamento.

In particolare, non solo era stata ritardata la definizione delle attribuzioni di tutte le categorie di personale non medico e della normativa concorsuale, ma i relativi provvedimenti, una volta emanati, si erano dimostrati scarsamente efficaci o addirittura inapplicabili. Carenze che diedero luogo a ripercussioni a catena: il blocco degli organici delle Usl con il conseguente e gravissimo fenomeno del precariato. Già allora si diffusero sia gli incarichi temporanei per mansioni che avrebbero richiesto e meritato un trattamento a tempo indeterminato sia le assunzioni architettate con ogni sorta di stratagemma e con rapporti di lavoro anomali, al solo scopo di garantire il funzionamento minimale delle strutture assistenziali. I circa 80.000 dipendenti coinvolti in questa assai poco piacevole situazione – troppi per ignorarli a lungo – imposero un'inevitabile quanto necessaria sanatoria, attuata con la legge n. 207 del 1985, la quale consentiva l'inquadramento diretto in ruolo e il superamento della situazione di disagio in cui versava una parte non indifferente del personale delle neonate Usl.



## Problemi e contraddizioni nell'applicazione della riforma

### 3.3

---

Per tutte queste ragioni, alla fase dinamica iniziale seguì una fase della riforma notevolmente frenata sul piano implementativo. L'attuazione della legge 833 subì infatti una brusca caduta di tensione e fu in parte stravolta nell'impianto e nella filosofia sull'onda di provvedimenti presi sotto la spinta dell'emergenza. Ciò fu principalmente causato da una mancata programmazione che definisse gli standard delle prestazioni e dei servizi, le dotazioni strumentali e strutturali, gli obiettivi, i tempi e i mezzi per il loro conseguimento. Questi ritardi pregiudicarono seriamente il raggiungimento degli obiettivi della riforma volti alla trasformazione, riqualificazione e riequilibrio del Servizio Sanitario.

A fronte della mancanza di scelte programmatiche e della definizione di indirizzi strategici, l'aspetto finanziario costituì la spinta per la ricerca di soluzioni contingenti attraverso la proposta, con le varie leggi finanziarie, di diverse norme a contenuto anche programmatico e gestionale. Questi provvedimenti tampone (proroghe delle gestioni commissariali, ticket, blocco degli organici, contenimento delle spese, misure restrittive per l'accesso ad alcune prestazioni di alta specializzazione) contrassegnarono questa fase attuativa della riforma stravolgendo in qualche caso alcuni orientamenti dell'impianto originario. In particolare, questi provvedimenti resero evidente la necessità di introdurre criteri di compatibilità tra diritti dei cittadini, domanda sanitaria, efficacia del sistema e risorse, in quanto, alla prova dei fatti, l'obiettivo di assicurare tutto a tutti senza limitazioni si era rivelato insostenibile.

A livello regionale, il processo attuativo della riforma proseguiva, seppure a ritmi decelerati, con il completamento da parte di tutte le Regioni dell'assetto organizzativo ed istituzionale e con il graduale trasferimento alle Usl dei compiti svolti dai precedenti enti sanitari. I documenti interni elaborati in vista della predisposizione del Piano sanitario avevano indicato una serie di criticità e di esigenze prioritarie:

- ottimizzare il rapporto tra offerta di prestazioni e domanda sanitaria in relazione anche alla caratterizzazione territoriale;
- adottare modalità innovative di assistenza mista, ospedaliera ed extraospedaliera, sanitaria e socio-assistenziale, potenziando i servizi poliambulatoriali a gestione pubblica anche in funzione di filtro al ricovero;
- precisare il ruolo delle strutture private individuando le aree di operatività, i limiti e le interconnessioni con quelle pubbliche;
- contenere il volume delle risorse finanziarie entro i limiti definiti dal Fondo sanitario nazionale e questo implicava la necessità di introdurre strumenti per migliorare la produttività delle risorse impiegate, per controllare i processi organizzativi e per qualificare e razionalizzare la spesa;
- introdurre parametri e modalità di valutazione della produttività dei fattori disponibili e della qualità dei servizi resi ai fini delle necessarie analisi di efficienza e di efficacia;
- verificare l'organizzazione strutturale del Servizio Sanitario attraverso la ridefinizione delle localizzazioni ottimali sul territorio delle unità di offerta.



---

Il Presidente Sergio Bardelli  
interviene ad uno dei convegni  
organizzati da Aiop nel 1982

Al di là delle specifiche problematiche che avrebbero dovuto essere affrontate nell'ambito del Piano sanitario, il dibattito all'inizio degli anni Ottanta riguardava anche alcuni aspetti dell'attuazione della riforma sanitaria. L'attenzione era rivolta alla prevenzione primaria e secondaria quale momento privilegiato di intervento e di impegno, con l'auspicio di un conseguente progressivo spostamento delle risorse dal campo curativo a quello preventivo. Importante era anche l'esigenza di concepire il distretto quale polo di erogazione dei servizi sanitari e sociali di primo livello, di aggregazione del personale, di partecipazione degli utenti. Questo comportava anche la valorizzazione della funzione del medico di base quale medico di fiducia e di libera scelta, in rapporto a tutte le altre articolazioni del sistema. In ultimo, ma non certo per importanza, era riservata grande attenzione alla necessità di razionalizzare e riqualificare la rete ospedaliera, anche attraverso la riduzione del numero dei posti letto esistenti e la loro eventuale riconversione in servizi specialistici ambulatoriali. Si trattava, dunque, di indicazioni e di attenzioni indubbiamente sensate e coerenti con la particolarità del periodo che stava attraversando la Sanità nazionale, ma la loro praticabilità incontrava ostacoli di natura diversa, culturali o legati agli interessi in gioco, che ne indebolivano, e spesso impedivano, la compiuta espressione.

## I cambiamenti all'interno dell'Aiop

## 3.4

---

Per quanto riguarda l'ospedalità privata, è opportuno fare un piccolo passo indietro: nella seconda metà degli anni Settanta, sulla base del decreto ministeriale 30 giugno 1975, era stato regolamentato il rapporto di convenzionamento con le case di cura laiche (Aiop) e religiose (Aris) e le Regioni avevano operato – pur con tempi lunghi – la classificazione delle stesse in quattro classi (A, B, C e D), dopo aver sentito il parere tecnico di un'apposita commissione. Gli anni Ottanta, pertanto, si aprirono con questa grossa distinzione tra case di cura private convenzionate e non. E, poiché la convenzione veniva stipulata solo se la casa di cura possedeva le caratteristiche volute dalla legge, il convenzionamento divenne un implicito ed importantissimo riconoscimento di modernità, funzionalità ed efficienza, a garanzia del cittadino, il quale, non diversamente che negli ospedali pubblici, non aveva alcun onere di spesa, essendo tutto a carico delle Regioni<sup>4</sup>.

L'inizio del decennio vide anche un cambiamento a livello dirigenziale dell'Aiop: nel 1981 a Terzo De Santis, ultimo Presidente in carica negli anni Settanta, succedette il medico pistoiese Sergio Bardelli, che diresse l'Associazione fino al 1985<sup>5</sup>. Gli anni del suo mandato lo videro prevalentemente alle prese con le fasi di attuazione della riforma e, nel contempo, con i difficili rapporti con le Regioni. Ma il senso di responsabilità nei confronti della base che lo aveva eletto, e a cui sentiva di dover ricambiare la fiducia, accompagnato dal sostegno di validissimi collaboratori, diedero a Bardelli il giusto impulso per far fronte alla situazione, forse concentrandosi più su alcuni problemi rispetto ad altri, ma comunque ottenendo un buon risultato complessivo. Una delle sue più grandi preoccupazioni, condivisa dagli altri membri dell'Aiop, fu quella di trovare un'adeguata collocazione nel contesto della Sanità italiana alle case di cura neuropsichiatriche. Per queste ultime non sussisteva a livello legislativo alcuna qualifica speciale e nessun riconoscimento economico per l'onerosità dell'assistenza fornita, e, pertanto, erano in lotta per la propria sopravvivenza. «La neuropsichiatria non è un'invenzione terminologica più o meno attendibile – specificavano i rappresentanti dell'Aiop – ma una realtà sul piano culturale, scientifico, terapeutico. Conseguentemente, bisogna battersi perché, negli schemi di convenzione, alla dizione “case di cura ad indirizzo particolare” sia aggiunta esplicitamente l'indicazione delle case di cura neuropsichiatriche»<sup>6</sup>.

Altro problema all'ordine del giorno in quegli anni fu il cambiamento del metodo di ridefinizione delle diarie di degenza, che passarono, nel 1982, dalla ricognizione analitica all'incremento in termini percentuali. I rappresentanti dell'Aiop si lamentavano così: «Talvolta l'arroganza del potere non può essere efficacemente e tempestivamente fronteggiata; ma resta la preoccupazione che il metodo degli incrementi

---

4 Diversa la situazione delle case di cura non convenzionate, ossia a totale pagamento del paziente, che rappresentavano circa il 25% del privato, con oscillazioni nella percentuale da una Regione all'altra. Anch'esse, ad ogni modo, erano inserite nel settore privato. Tuttavia, proprio per la distinzione prevista dalla legge e per il cambiamento di ottica dei cittadini, il servizio da loro offerto non copriva affatto la stessa percentuale rispetto alle strutture esistenti.

5 Con la passione per la narrativa, alcuni romanzi di Sergio Bardelli vinsero anche dei premi nazionali.

6 Cfr. Consiglio Nazionale Aiop, 25 novembre 1982.



Da sinistra, Dino Bellussi, il Presidente Sergio Bardelli e Leonardo Bianchi Jr.

a base percentuale, in luogo di quello corretto, di incrementi in base a specifiche ed effettive ricognizioni, possa diventare una deprecabile consuetudine»<sup>7</sup>. Problema, questo, che troverà una parziale soluzione solo nel decennio successivo, senza dubbio anche per il lavoro certosino condotto al riguardo dall’Aiop negli anni Ottanta, con continue note di protesta al Ministero della Sanità, ma anche con propositive formule in sostituzione a quelle adottate per il calcolo delle diarie.

Forse uno dei più grandi meriti di Bardelli – senza dubbio scaturito dal suo bisogno di far fronte all’iniquo trattamento riservato alle case di cura – fu quello di intuire che risultava impellente per l’Aiop riuscire a mettere a punto un’efficace comunicazione esterna, specialmente nei confronti dell’opinione pubblica, dei partiti politici e dell’autorità sanitaria, offrendo un’immagine del settore privato veritiera, in antitesi con chi stava cercando di falsarla<sup>8</sup>. Il primo strumento adottato a tal fine fu la rivista *Ospedalità Privata* (vd. scheda pag. 122), che veniva stampata bimestralmente, con uscite straordinarie in occasione dei convegni dell’Associazione. Convegni che, nei primi anni Ottanta, avevano come argomento principale l’attuazione della riforma, specie in relazione ai principali problemi da affrontare, come il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, l’inserimento dell’ospedalità privata nella realtà delle Unità Sanitarie Locali, nonché i continui inconvenienti che si verificavano nelle fasi di applicazione pratica della nuova normativa.

Nel maggio del 1983, in un convegno tenuto a Roma, venne messo in evidenza con forza il contributo dell’Aiop all’assistenza sanitaria, che era già rilevante all’epoca, ma che avrebbe potuto essere di gran lunga superiore se si fossero ricercate soluzioni di finanziamento maggiormente compatibili con le risorse a disposizione degli erogatori privati convenzionati. Inoltre, veniva sottolineato come l’Aiop, e il sistema che rappresentava, oltre ad essere uno dei pochi settori funzionanti all’interno del sistema sanitario nazionale, non aveva mai improntato, né intendeva farlo in futuro, la propria attività alla difesa corporativa degli interessi delle case di cura private e dell’Associazione stessa, quanto a un loro inquadramento negli interessi generali del Paese. Il convegno suscitò enorme interesse, tant’è che fu oggetto di una trasmissione in diretta da parte del TG1 e del TG3, nonché da parte delle tre reti radiofoniche Rai. Presenziarono, inoltre, quattro agenzie di informazione e ventidue quotidiani, dando all’evento una risonanza nazionale di tutto rilievo. Nei giorni seguenti si susseguirono interviste ai dirigenti Aiop da parte di settimanali come *L’Espresso*, *Famiglia Cristiana*, *Panorama*, *Il Mondo*, tutti servizi che misero bene in risalto il ruolo dell’Associazione e l’esempio che veniva dalla oculata conduzione degli istituti di cura rappresentati.

Come lo stesso Presidente Bardelli scrisse, «Difficilmente nella storia della nostra Associazione abbiamo avuto un triennio caratterizzato da compattezza e unità di azione come questo, per cui ci siamo sentiti tutti uniti nella difesa dei nostri interessi in un momento difficilissimo qual è stato quello dell’impatto con una riforma che, non cattiva nella sua impostazione, ha trovato una pessima applicazione, dal centro

---

7 Cfr. Consiglio Nazionale Aiop, 10 marzo 1983.

8 Anche in questa generale esigenza di apertura all’esterno dell’Aiop va vista l’adesione, nel 1981, a Confindustria, che ha contribuito a rafforzarne l’identità imprenditoriale.



---

Una giornalista Rai intervista  
il Presidente dell'Aiop  
Sergio Bardelli

alla periferia, con stravolgimento talvolta dei principi ai quali la riforma stessa si era ispirata, con conseguente disorientamento, causa a sua volta di gravi disfunzioni nel Servizio Sanitario Nazionale. [...] Non sono stati anni tranquilli questi ultimi tre trascorsi, e si deve veramente alla forza di resistenza, alla pazienza, alla duttilità, al senso di responsabilità che distingue chi opera nel nostro settore se siamo sopravvissuti ad un periodo così caotico mantenendo la nostra consistenza e rafforzando la nostra unità associativa»<sup>9</sup>. Sempre a sostegno delle case di cura private, proseguiva un intenso lavoro di trattative con il Ministero della Sanità per definire i corrispettivi di diarie e rette, nonché i requisiti del personale, in modo che le strutture mantenessero un equilibrio economico<sup>10</sup>.

---

9 Cfr. Relazione annuale del Presidente Bardelli all'Assemblea Generale dei soci, 1984.

10 Anche la Copag fungeva d'ausilio, informando le case di cura su come gestire apparecchiature e offrendo supporti a più livelli.

## La mancata approvazione del Piano sanitario nazionale

### 3.5

---

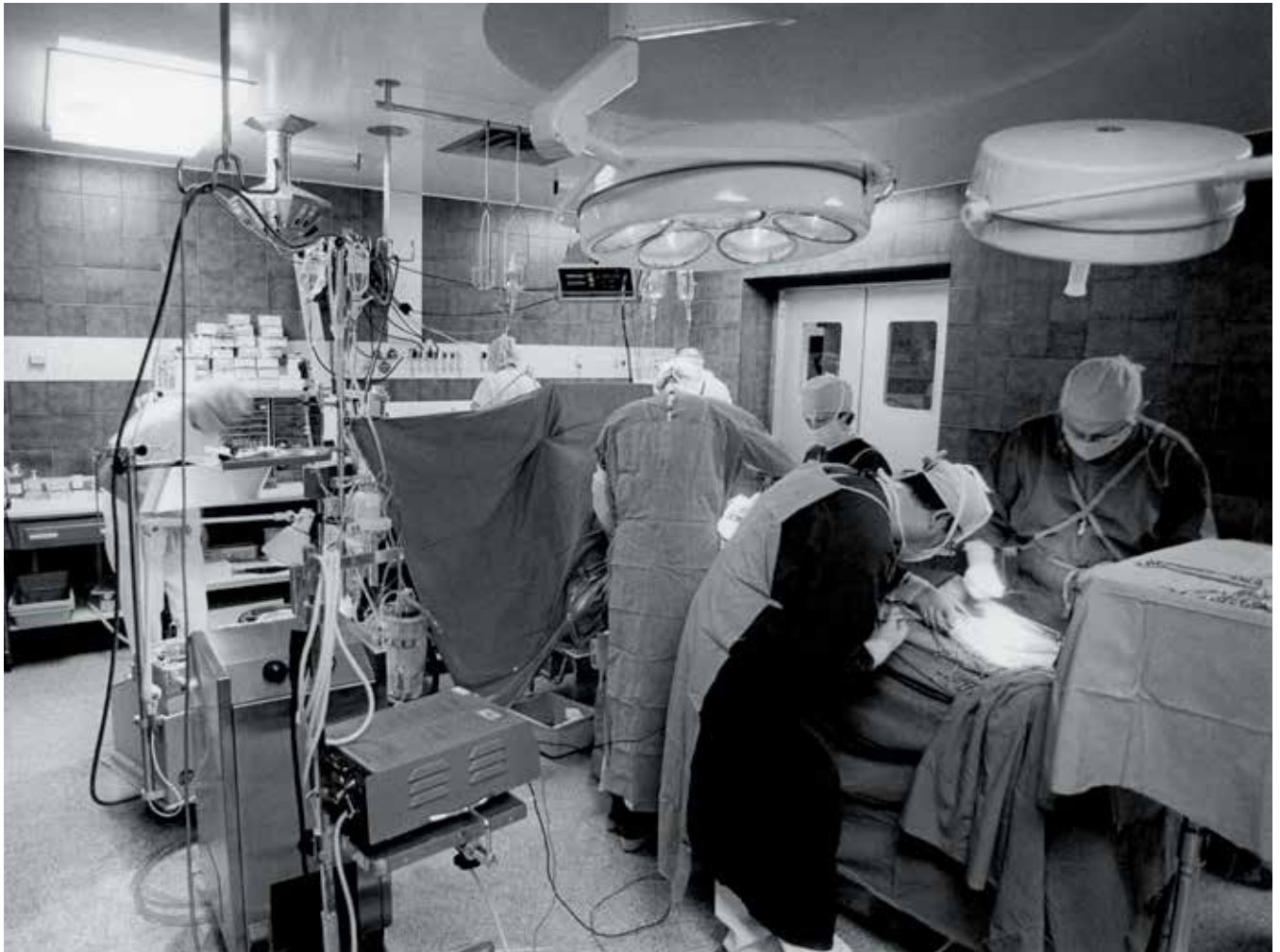
Come già detto, la legge 833/1978 individuava nel Piano sanitario nazionale lo strumento fondamentale per definire il quadro di riferimento per l'azione delle Regioni. Per motivi di vario ordine negli anni successivi all'applicazione della riforma il Piano non fu mai adottato. Di fatto però alcuni interventi normativi si configurarono come strumenti programmatori anche strutturali, spingendo le Regioni a sviluppare specifiche azioni programmatiche al loro livello territoriale.

Gli interventi statali più significativi furono la legge n. 595 del 23 ottobre 1985, «Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario triennale 1986-1988», e alcune normative di accompagnamento alle leggi finanziarie. La legge 595/1985, oltre ad introdurre alcuni correttivi alla legge 833/1978 per facilitare l'approvazione del Piano sanitario nazionale, disciplinò alcuni contenuti programmatici quali: gli obiettivi generali del SSN; le prestazioni erogabili in forma indiretta e le prestazioni aggiuntive di assistenza sanitaria; i presidi e i servizi di alta specialità; le azioni programmate e i progetti-obiettivo; alcuni vincoli per i piani sanitari regionali in modo da renderli conformi alle priorità stabilite dal Piano sanitario nazionale.

L'applicazione di questa disciplina fece emergere l'esigenza di incrementare la produttività e di qualificare le prestazioni, anche se l'assenza di un riferimento programmatico generale condusse – sia a livello centrale che periferico – a provvedimenti frammentari e settoriali, talvolta non pienamente coerenti fra loro, che produssero esiti contraddittori e scarsamente incidenti sui problemi che intendevano risolvere. Un altro problema rilevante era costituito dall'eterogeneità dei circuiti di erogazione, spesso in sovrapposizione sugli stessi livelli assistenziali, talvolta in conflitto tra loro e comunque di complicata regolazione da parte delle autorità pubbliche responsabili:

- il circuito pubblico del Servizio Sanitario Nazionale, con la sua articolazione in ospedali, ambulatori e Usl;
- il circuito para-pubblico, costituito da centri sanitari privati parificati a tutti gli effetti a quelli pubblici;
- il circuito del privato convenzionato, con le case di cura, i medici di base e i laboratori di analisi i cui servizi erano finanziati, in tutto o in parte, con le risorse del SSN;
- il circuito del privato non convenzionato, con servizi offerti a pazienti solventi (si pensi alla libera professione *extramoenia*);
- l'area della medicina “non ufficiale” e non convenzionata, con centinaia di centri di agopuntura e di omeopatia;
- l'area del parasanitario, con le palestre, la psicoterapia, la dietetica, lo sport e l'estetica.

In altri termini, mentre all'inizio del decennio la preoccupazione era rivolta all'applicazione della riforma, ossia l'effettiva estensione dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, mano a mano che gli anni passavano e le disposizioni della riforma – anche se non sempre garantite nella prassi reale – venivano attuate, l'attenzione degli italiani si andò spostando sulle possibilità di accesso alle prestazioni, terapie e tecnologie diagnostiche più qualificate, con ampia concessione di credibilità alla larga e non sempre affidabile fascia delle “medicine alternative”.



---

Intervento in una casa  
di cura cardiocirurgica

Dunque, mentre i disavanzi del sistema sanitario pubblico aumentavano senza controllo, con un deficit sommerso valutato intorno ai 7 miliardi di lire<sup>11</sup>, e mentre si cercava di attuare la riforma del settore pubblico, si verificava la paradossale espansione del settore privato con pagamento a carico dei pazienti. Ciò era dovuto a un crescente atteggiamento di sfiducia dell'opinione pubblica nei confronti del "giovane" SSN italiano. Da un'indagine condotta dall'Istat risultava che una buona metà degli intervistati si dichiarasse poco soddisfatta della preparazione del personale sanitario e degli orari di accesso ai servizi; il 36% lamentava anche una forte insoddisfazione per l'organizzazione degli stessi. Inoltre, emergeva che il 50% degli interpellati (con punte del 66% nelle isole) considerava l'assistenza peggiorata dopo la riforma, specie a causa di uno spropositato aumento della burocrazia. E l'opinione dei medici, soprattutto rispetto alle modifiche intervenute nel loro ruolo, risultava anche peggiore, con un malcontento pari al 78% degli intervistati. E molti degli stessi imprenditori dell'Aiop, infine, giudicavano la riforma come una brutta copia del Nhs inglese del 1948.

---

11 Cfr. XXIII Rapporto Censis.



## Ospedalità pubblica e privata a confronto

## 3.6

---

Date le tendenze descritte nel paragrafo precedente, non stupisce il crescente accesso alle strutture private rispetto a quelle pubbliche nel corso del decennio. Le incertezze del sistema sanitario pubblico, e le conseguenti difficoltà che i cittadini incontravano nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi, avevano infatti contribuito a una modificazione sensibile della domanda in fatto di prestazioni sanitarie<sup>12</sup>. Alla base di questo cambiamento, oltre al diffuso malcontento nei confronti dei disservizi di una parte delle strutture sanitarie pubbliche, vi erano anche motivazioni di tipo socio-economico e di tipo socio-culturale: le prime determinate dalla crescita dei redditi pro capite, che avevano prodotto l'allargamento delle categorie sociali in grado di potersi permettere l'accesso a strutture sanitarie e para-sanitarie private, evitando l'intasamento e i tempi lunghi delle strutture pubbliche; le seconde da una diversa concezione della salute, da una maggiore sensibilità e informazione in campo medico, a cui faceva da contraltare una più ampia domanda di benessere psicofisico e preventivo, ma anche di aspettative rispetto alla longevità, all'estetica e all'efficienza. Una mutata richiesta, insomma, accompagnata da un atteggiamento critico, spesso non solo implicito, nei confronti dell'offerta sanitaria. Atteggiamento che nell'arco del decennio spinse milioni di cittadini all'adozione di forme di "autogestione" della salute, a scapito dell'iter tradizionale, che prevedeva il passaggio prima dal medico di famiglia e poi l'appoggio al servizio sanitario pubblico, per programmare invece controlli periodici ed esami di laboratorio strumentali, prevalentemente presso strutture sanitarie private.

Alla fine degli anni Ottanta, in Italia operavano 1.145 ospedali pubblici (65,2%) e 611 privati (34,8%), questi ultimi affiliati a organizzazioni di rappresentanza quali l'Aiop e l'Aris. La proporzione cambiava in fatto di ambulatori specialistici, dove il privato emergeva con il numero di 7.893 contro i 4.964 del pubblico. Le farmacie erano in larga misura private (12.835) rispetto alle pubbliche (1.627). La distribuzione territoriale, anche nel caso delle strutture ospedaliere, risultava molto disomogenea, in termini sia di disponibilità di posti letto in relazione alla popolazione residente in ogni Regione sia di rapporto tra ospedalità pubblica e privata<sup>13</sup>.

L'ospedalità privata garantiva un terzo dell'offerta totale, in termini di numero di istituti, e di circa un sesto, in termini di posti letto. La presenza del privato era più forte e incisiva nelle regioni dove era carente il settore pubblico o in ambiti medici scoperti dal Servizio Sanitario Nazionale, a dimostrazione della sua capacità di integrarsi e colmarne le lacune. Ad esempio, il settore privato suppliva alla mancanza di servizi a livello di psichiatria – quelli che Bardelli tanto si impegnò a difendere –, di chirurgia specialistica o lungodegenza (anziani), ossia alle nuove domande sanitarie che ancora l'ospedalità pubblica non aveva adeguatamente contemplato. Il tutto, puntando su strutture medio-piccole (sotto i 150 posti letto), con un'offerta per lo più polispecialistica e con una dislocazione territoriale sempre più multizonale<sup>14</sup>. In so-

---

12 Cfr. XX Rapporto Censis.

13 Cfr. XXII Rapporto Censis.

14 Cfr. XXIII Rapporto Censis.



---

L'accettazione di una casa di cura privata nei primi anni Ottanta

stanza, una Sanità “mista” con una “concorrenza pacifica” (anche se nei fatti pacifica non era) tra settore pubblico e privato, poteva avere un senso, se non fosse stato per l'enorme differenza di costi tra l'uno e l'altro. Si pensi – per prendere l'anno a metà del decennio, ossia il 1985 – che le giornate di degenza nel settore privato venivano pagate sulla base di tariffe concordate a livello nazionale e regionale, la cui media era pari a 97.000 lire. Nel settore pubblico la stessa spesa era di 251.400 lire. È bene specificare che nel corso degli anni Ottanta anche il settore privato aveva iniziato a dotarsi progressivamente di nuovi servizi sanitari e di apparecchiature biomediche di costo molto elevato, come la Tac, il cui numero in breve addirittura aveva superato quello in dotazione degli ospedali pubblici.

Quali sono, allora, i motivi per cui l'ospedalità privata costava e tutt'oggi costa meno? Il suo minor costo, che non andava a discapito della qualità del servizio, era motivato da almeno sei parametri:

- la focalizzazione produttiva delle strutture private, che consentono una gestione più agile, più controllata e più attenta, con la possibilità di intervenire tempestivamente per eliminare le cause di disfunzione e di perdite economiche;

- un più “fisiologico” dimensionamento degli organici, pur nel rispetto delle normative nazionali e regionali che imponevano un rapporto standard tra posti letto e personale medico e sanitario. All’inizio degli anni Ottanta, mentre detto rapporto era al di sopra di 1 a 1, con punte di 1 a 4 o 5 nel settore pubblico, nel settore privato era al massimo di 1 a 2. Ed è facile immaginare quale incidenza abbia sulle spese generali quella del personale, specie quando diventa ridondante e superflua;
- un minore assenteismo e una minore conflittualità sindacale, dovute ad un più diretto rapporto tra datore di lavoro e dipendenti;
- una maggiore produttività del personale durante la normale attività di lavoro, ottenuta attraverso suggerimenti e controlli diretti e più efficaci dei dirigenti amministrativi, che molto spesso erano e sono i proprietari della casa di cura;
- nel complesso, una gestione privatistica nel senso più esteso, ma anche più responsabile del termine, che porta a migliorare l’efficienza e a ridurre le spese improduttive, nonché un più oculato utilizzo delle risorse di uso corrente, comprese le spese di amministrazione. Per avere un’idea più precisa del confronto, basti pensare che all’inizio degli anni Ottanta la “quota consumi e oneri vari” incideva sulla retta per l’ospedalità privata nell’ordine di 17.550 lire, mentre per gli ospedali pubblici era di oltre 44.000 lire, ossia più di due volte e mezza superiore;
- investimenti più attenti e migliore utilizzo degli impianti. Tutt’oggi nelle case di cura private è molto più raro che apparati costosi restino inutilizzati per mesi o addirittura anni, a causa di disfunzioni operative o di inerzie burocratiche.

Va da sé che una migliore organizzazione generale e una migliore funzionalità si traducevano in una maggiore sollecitudine nell’attuazione degli interventi di diagnosi e cura. E questo, paradossalmente, diventava un problema di non poco conto. Per l’intero decennio – quando ancora il pagamento della diaria era basato sulle giornate di degenza – alle case private veniva corrisposta la quota di un terzo rispetto agli ospedali pubblici, con la motivazione che questi ultimi praticavano grossi interventi, molto più costosi. Una motivazione pretestuosa, visto che la durata di una degenza avrebbe dovuto essere valutata in relazione alla tipologia dell’intervento.

### 3.7 L’Aiop tra battaglie interne ed esterne

Parlare di “battaglie” potrebbe sembrare esagerato, ma, stante il ruolo dell’Associazione, impegnata su due fronti, è quasi inevitabile. L’Aiop infatti svolgeva al proprio interno una funzione di tutela, potenziamento e qualificazione delle case di cura – con tutti i problemi che ne conseguivano – e all’esterno rappresentava l’ospedalità privata, cercando di favorirne una positiva percezione da parte dell’opinione pubblica e mantenendo rapporti con organi politici, legislativi, amministrativi, di informazione, nonché con altri enti ed associazioni del settore, a livello regionale, nazionale e anche internazionale. Ad esempio, era molto viva, già a inizio decennio, la programmazione per l’attività dell’Ufficio stampa Aiop, che prevedeva di ampliare il proprio raggio con trasmissioni radio-televisive autogestite, produzione di filmati da utilizzare nelle reti televisive private, rubriche “aperte” di opinioni su quotidiani e settimanali, una più ampia diffusione della rivista *Ospedalità Privata*; un incremento e miglioramento dei contatti con la stampa, la Pubblica amministrazione e gli ambienti politici, l’organizzazione di convegni a livello nazionale. A tal fine, Giuseppe Puntin, allora coordinatore dell’Ufficio stampa, in quanto responsabile del settore nel Comitato Esecutivo, sollecitò la collaborazione delle case di cura a fornire i dati richiesti, indispensabili per attuare una corretta informazione sull’ospedalità privata, sottolineando l’importanza che le sedi regionali Aiop «si interessassero e collaborassero alla redazione di *Ospedalità Privata* con articoli, domande e suggerimenti»<sup>15</sup>.

Il maggiore scoglio che dovette affrontare l’Aiop durante il decennio fu rappresentato dal decreto ministeriale 5 agosto 1977, il quale, emesso un anno prima della riforma, ne costituiva per così dire il presupposto embrionale. Esso prevedeva norme completamente innovative e molto più gravose rispetto all’esistente per mantenere l’autorizzazione a svolgere attività sanitarie: innanzitutto, fissava standard minimi di dotazione, sia in ambito tecnologico che in ambito strutturale – caratteristiche delle camere di degenza, dei servizi igienici, dei posti letto, delle sale pre e post operatorie, ecc. Inoltre, prevedeva innovazioni dirimpenti rispetto all’organizzazione del personale: introduzione di una quota minima di medici dipendenti in relazione alla capacità ricettiva, innalzamento delle qualifiche per la direzione di raggruppamenti di unità di degenza, obbligo di dotarsi di specialisti qualificati nelle discipline di operatività, quali ad esempio il pediatra per ottenere l’autorizzazione nella branca di ostetricia-ginecologia. Queste prescrizioni, benché in linea di massima sensate dal punto di vista clinico-organizzativo, rappresentavano un notevole problema per le case di cura private, le quali disponevano solo dell’11% di medici dipendenti, mentre il restante 89% era costituito da professionisti esterni. Un problema, questo, che per essere risolto avrebbe avuto bisogno di un lungo e impegnativo sforzo di trasformazione dell’intero assetto organizzativo. Ricorda Franco Bonanno<sup>16</sup>, «gli imprenditori delle case di cura private cominciarono a preoccuparsi dell’adeguamento necessario per poter conservare le autorizzazioni solo cinque o sei mesi prima dell’entrata in vigore del decreto 5 agosto

15 Cfr. Consiglio Nazionale Aiop, 25 novembre 1982.

16 Franco Bonanno, siciliano d’origine e piemontese d’adozione, è stato Direttore generale dell’Aiop dal 1985 al 2013, ma già in precedenza, dal 1981, era Tesoriere della Sede nazionale. Oltre ad aver coordinato, assieme al Presidente nazionale *pro tempore*, l’attività della Sede nazionale, ha rappresentato l’Aiop nel Consiglio sanitario nazionale, organismo istituito con la legge 833/78 e poi soppresso nel 1993.

1977, che era prevista per la primavera del 1985. E quindi chiesero supporto alla Sede nazionale Aiop».

Il problema del decreto ministeriale era stato ignorato tanto da De Santis che da Bardelli; il primo perché aveva questioni ben più urgenti da risolvere essendo stato in carica nella prima fase di attuazione della riforma, il secondo forse perché si illudeva che fossero le case di cura private stesse ad attivare le necessarie misure di adeguamento e, soprattutto, perché aveva dedicato buona parte del proprio mandato per ottenere un decreto ministeriale specifico sui requisiti autorizzativi per le strutture di specialistica convenzionata esterna. La gravosità e la problematicità del compito contribuirono a spingere Bardelli a dimettersi con due anni di anticipo rispetto alla scadenza naturale.

Dopo le dimissioni di Bardelli, nel 1985 venne eletto l'avvocato romano Gustavo Sciachì, che rimarrà Presidente fino al 2000. Sciachì è ricordato ancor oggi dai rappresentanti dell'Aiop come il Presidente che maggiormente ha inciso sullo sviluppo dell'Associazione, portandola ad acquisire credibilità e forza nel confronto con le istituzioni (Stato e Regioni) da un lato e con le case di cura private dall'altro. «Il grande merito di Sciachì – racconta Angelo Anselma<sup>17</sup> – è stato di aver organizzato frequenti convegni e congressi per approfondire la materia e fondare le basi culturali e giuridiche per poi influire sul legislatore. Ma solo per una forma di difesa, per far sì che le leggi non fossero punitive per il settore privato. Con il grande ideale di poter dare un vero apporto allo sviluppo e al miglioramento della sanità in Italia». Grazie alla sua esperienza come avvocato, Sciachì riuscì a far sentire la propria voce nei vari uffici ministeriali. Aveva una grande capacità di farsi ascoltare e il coraggio di dire sempre la verità. «Se c'era da dire la verità, ammettere ad esempio che una struttura privata non funzionava al meglio, lo faceva senza indugio. Da lui abbiamo imparato che si viene creduti solo se si dice la verità, per quanto brutta possa essere», racconta Bonanno. E poi era uomo di grande determinazione: riguardo al famigerato decreto dell'agosto 1977, nel corso dell'estate del 1985, egli non diede tregua all'allora Ministro della Sanità Costante Degan, addirittura con appostamenti fuori dai luoghi in cui si recava per lavoro o per pranzare, affinché sospendesse o almeno prorogasse il decreto, cosa che avvenne il 5 settembre<sup>18</sup>.

Ma, benché importantissimo, non fu questo il solo successo che ottenne Sciachì. Va detto che, prima di allora, l'Aiop poteva proporre modifiche o aggiustamenti sui criteri di applicazione delle normative già approvate, ma non contribuire alla loro elaborazione. Con Sciachì si ebbe una svolta, con un netto cambiamento di opinione da parte dello Stato nei confronti dell'indispensabilità del settore privato. Ovviamente l'ultima parola restava al Ministro della Sanità, ma Sciachì era riuscito, con Degan prima e con Carlo Donat-Cattin poi, a suscitare una tale fiducia che all'Aiop venne concesso di avere un proprio rappresentante nel Consiglio sanitario nazionale e, di conseguenza, di poter intervenire concretamente sul piano normativo, attraverso studi e relazioni da consegnare in via preventiva agli uffici del Ministero o direttamente al Ministro.

---

17 Angelo Anselma è stato per diversi anni Presidente Aiop Piemonte e Presidente dei Revisori dei Conti.

18 La proroga venne fissata per il 31 dicembre 1988, anche se nel frattempo, come vedremo, alcuni interventi normativi riuscirono ad addolcire, o quantomeno ad equilibrare, le pretese sui requisiti delle case di cura private.

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA  
**TUTELA DELLA SALUTE:  
servizio pubblico o pubblico monopolio?**  
VI CONVEGNO  
Roma, 29 novembre 1985



---

Il Presidente Gustavo Schiachi  
(al centro) durante un convegno  
Aiop nel 1985

Racconta Angelo Anselma che le Regioni, all'epoca, legiferavano solo se ricevevano un input dal Ministro della Sanità: «Ogni iniziativa che riguardasse la sanità privata passava al vaglio degli uffici ministeriali, i quali erano supportati dall'Aiop. La nostra Associazione ha così potuto collaborare nel creare i presupposti, l'involucro nel quale le case di cura dovevano cooperare. Era stata creata una Commissione per i rapporti con il Ministero della Sanità, di cui anch'io facevo parte. Sono stati momenti esaltanti». Schiachi, insieme al Ministro Degan, pose definitivamente termine al pasticcio del decreto ministeriale dell'agosto del 1977, facendo emanare, il 27 giugno 1986, un nuovo decreto sui requisiti delle case di cura che, tra l'altro, era un Atto di indirizzo e coordinamento che le Regioni erano obbligate ad attuare per emanare le loro specifiche leggi regionali e per le autorizzazioni alle strutture sanitarie private.

Negli anni successivi, l'applicazione del decreto fu seguita dal Ministro Donat-Cattin e, con il suo ausilio, Schiachi riuscì anche a controllare l'iter di queste leggi regionali, sempre pronto, nel caso di inadempienze, a proporre ai responsabili delle Sedi regionali Aiop eventuali ricorsi ai Tribunali amministrativi regionali. Nel frattempo, per far fronte alle crescenti pressioni – e anche per risolvere alcune contraddizioni della



legge 833 – vennero emanate alcune modifiche, introducendo a fine decennio, con il decreto legge n. 382 del 25 novembre 1989, i ticket per frenare una spesa e un consumo sanitario sempre più insostenibili. Contromisure che non ottennero l'effetto desiderato, giacché l'opinione pubblica rimase in buona parte ancorata alla percezione negativa della riforma, vista come fonte di spreco, di inutili complicazioni e disagi, tra i quali spiccavano le liste di attesa.

Va ricordato, infine, che il Presidente Sciachì incise molto anche sulla funzionalità della Sede nazionale, proponendo un Direttore a tempo pieno e la nascita di nuovi uffici: Collegamento con le Sedi regionali, Studi e statistiche, Rapporti con gli organismi europei.

---

Il Ministro della Sanità  
Carlo Donat-Cattin

### 3.8 Alla ricerca di un riconoscimento condiviso

Nonostante l'intensificazione dell'attività associativa sul fronte esterno, Sciachì si rendeva conto che i risultati ottenuti potevano essere consolidati, ma soprattutto migliorati, attraverso una crescita di qualità ed efficienza dell'intero sistema. Il fatto che avesse intrecciato buoni rapporti prima con Degan e poi con Donat-Cattin significava un importante riconoscimento da parte dello Stato sul ruolo imprescindibile della sanità privata, ma questo non annullava la diffidenza da parte delle Regioni e, spesso, anche da parte del personale medico impiegato nelle strutture pubbliche.

I dubbi e i sospetti erano ancora molti, e di questo Sciachì era consapevole. «Un'ospedale privato proiettata verso il 2000 – scrisse – non possiede altra alternativa che qualificarsi per garantirsi un avvenire prospero e stabile. L'esigenza irrinunciabile per il nostro settore di ottenere dignità e stabilità di collocazione all'interno del SSN non può essere compiutamente soddisfatta se non si sviluppa contemporaneamente una sempre maggiore qualificazione che elevi gli standard terapeutici ed assistenziali. È evidente che l'attuazione di un simile programma richiede impegno ed implica oneri, ma costituisce altresì una solida garanzia per ottenere il pieno riconoscimento di un ruolo realmente complementare, che offra concrete possibilità di sviluppo. Ciò in contrapposizione a quella «cultura dell'emarginazione» che vorrebbe relegare il privato in uno spazio residuale, spingendolo a dequalificarsi con una competizione imperfetta, fondata su criteri di retribuzione non rispondenti ad un principio di equità. La politica associativa, per sfuggire a questo accerchiamento strisciante, si è sempre orientata sull'affermazione dell'opposto principio: ottenere valide garanzie per l'adozione di parametri retributivi più aderenti alla sempre migliore qualità delle prestazioni erogate dalle case di cura private»<sup>19</sup>.

A tal fine, Sciachì – in collaborazione con l'Aris<sup>20</sup> – formulò e sottoscrisse, d'intesa con il Ministro Donat-Cattin, il primo Codice di comportamento delle case di cura del 1991, il quale dettava – al di là degli aspetti contrattuali – alcune regole esplicite riguardo al rispetto dei principi di lealtà e puntualità nei confronti delle obbligazioni assunte attraverso l'atto di convenzionamento. E questo doveva valere sia per il privato, sia per il pubblico, che troppo spesso pretendeva, in aperta polemica, il rispetto degli impegni da parte del privato senza nel contempo tener fede ai propri. «Non si tratta dunque di un documento che imponga all'ospedale privata oneri supplementari e unilaterali – specificava Sciachì, prima ancora dell'approvazione del Codice di comportamento – bensì di un accordo che impegna ugualmente le parti firmatarie e costituisce uno strumento idoneo a trasformare la attuale competizione imperfetta, in una competizione corretta, spostando il campo dove dovranno misurarsi le forze e le capacità del settore pubblico e di quello privato alla effettiva qualità delle prestazioni erogate, valutata sulla base di precisi criteri costo/efficienza e costo/beneficio»<sup>21</sup>.

19 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciachì all'Assemblea Generale dei soci, 1988.

20 Uno dei tanti meriti di Sciachì fu quello di collaborare concretamente con la "sorella" Aris, che pur sempre rappresentava un'espressione della sanità privata, comprendendo che intenti e interessi comuni andavano perseguiti secondo strategie comuni. Il che si tradusse, già nei primi anni del mandato di Sciachì, in una maggiore efficacia sul piano operativo concernente i rinnovi contrattuali e la definizione della diaria ministeriale.

21 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciachì all'Assemblea Generale dei soci, 1988.





È di tutta evidenza che la traduzione in pratica di tali convincimenti si scontrava con un sistema pubblico particolarmente resistente al cambiamento e poco propenso a modificare le proprie visioni e soprattutto i propri comportamenti. Ciò che merita di essere sottolineato è lo spirito positivo e propositivo che animava Sciachì nel gestire l’Aiop nel suo duplice ruolo, interno ed esterno. Come lo stesso Sciachì spiegava, «sussiste una stretta correlazione tra ciò che la compagine associativa (nelle singole strutture e nella sua globalità) effettivamente è, e l’immagine che riesce a proiettare all’esterno e che – a propria volta – è suscettibile di incidere positivamente sulla realtà del settore privato, aprendo nuove possibilità e nuovi spazi ad una attività sempre più qualificata»<sup>22</sup>.

Sciachì, in questa prospettiva, aveva saputo mutuare dal suo predecessore Bardelli la capacità di intuire l’importanza della proiezione esterna, di cosa significava “avere un’immagine” al di là dei confini dell’Associazione. A tale scopo, chiese la collabora-

---

I partecipanti ad un’Assemblea Aiop consultano la rivista associativa *Ospedalità Privata*

22 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciachì all’Assemblea Generale dei soci, 1989.

zione del Censis per indagini statistiche sull'operato delle case di cura private e degli ospedali pubblici, e soprattutto cercò di dare un maggiore impulso alla rivista *Ospedalità Privata*, la quale aveva il principale fine di promuovere una più esatta conoscenza del settore e, nel contempo, di diffondere un'immagine sempre più qualificata e prestigiosa dell'Aiop e del sistema che rappresentava.

La sua attenzione andò anche alla valorizzazione della professionalità del personale medico del settore privato, attraverso attività informative, scientifico-culturali – che trovavano ampio spazio nella rivista *Ospedalità Privata* – mettendo in evidenza gli elevati standard terapeutici ed assistenziali, nonché la qualità dei servizi e del personale attivo all'interno delle case di cura private<sup>23</sup>. Tale valorizzazione ebbe anche una ricaduta pratica, con l'Accordo collettivo nazionale – sottoscritto da Aiop e Aris nel 1989 – per la regolamentazione coordinata e continuativa del rapporto di lavoro libero-professionale dei medici delle case di cura private, al quale fece seguito l'istituzione della Cassa integrazione dei medici dell'ospedalità privata (Caimop) allo scopo di erogare una forma di previdenza aggiuntiva con il sistema di capitalizzazione individuale.

In questa delicata fase di trasformazione, l'Aiop non sottovalutò l'importanza del rapporto con le associazioni internazionali dell'ospedalità privata che cercò di improntare nell'ottica di una collaborazione basata su una crescente conoscenza reciproca e l'elaborazione di strategie comuni, anche in vista dell'imminente apertura delle frontiere e di uno scenario europeo nuovo e di difficile previsione, anche a livello normativo. E soprattutto, in tutte le sue articolazioni associative, l'Aiop seppe tenere in giusto conto l'opinione degli italiani, i quali stavano dimostrando – e i rapporti Censis lo comprovavano – un orientamento di libera scelta tra settore pubblico e privato.

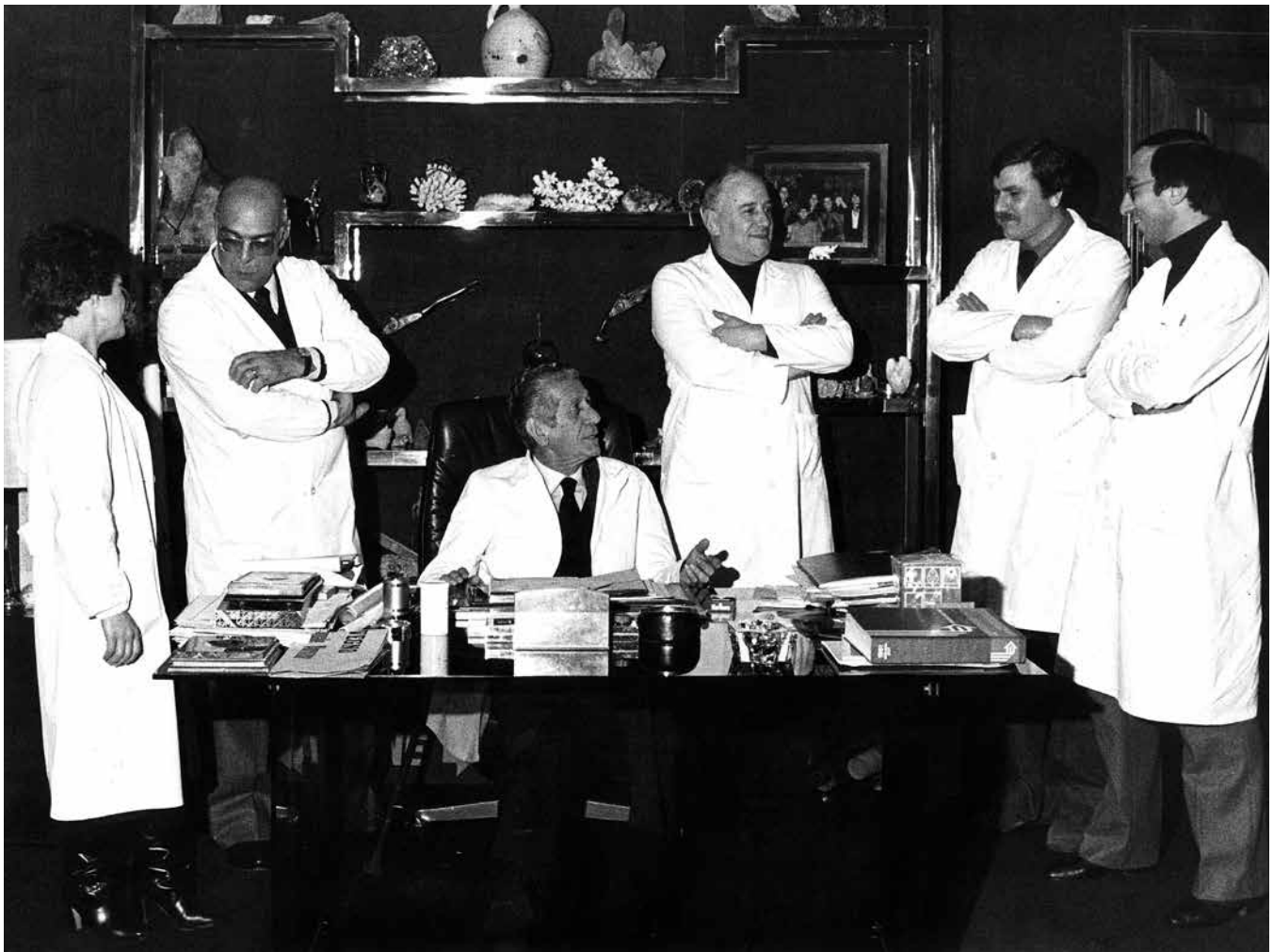
Al proposito, precisò Sciachì, «gli utenti chiedono al Servizio Sanitario di essere più efficiente, per quanto concerne la funzione delle prestazioni; più efficace nel rispondere ai bisogni socio-sanitari; differenziato e personalizzato negli itinerari e nelle modalità terapeutico-diagnostico-assistenziali; attento ai temi dell'informazione sanitaria e della qualità della vita, ivi compresa quella del malato. Sotto quest'ultimo profilo, i movimenti di opinione e di tutela sono portatori di una costante ed attiva protesta contro condizioni mortificanti di trattamento assistenziale»<sup>24</sup>.

Gli ultimi anni del decennio videro intensificarsi la produzione legislativa. Con la legge n. 109 del 1988 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 8 febbraio 1988, n. 27, recante misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria” e con il successivo Decreto Ministeriale 13 settembre 1988 “Determinazione degli standard del personale ospedaliero”, furono definiti obiettivi e vincoli in merito all'organizzazione dei

---

23 Nel 1989, a coronare un progetto in itinere già da qualche anno, venne creata la SIMOP - Società Italiana Medici Ospedalità Privata - che raccolse fin dall'inizio un lusinghiero numero di adesioni. Sullo sviluppo delle Società scientifiche dell'ospedalità privata vedere scheda pag. 155.

24 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciachì all'Assemblea Generale dei soci, 1990.



servizi ospedalieri, prevedendo che le Regioni assumessero un piano ospedaliero straordinario, anche in deroga ai piani già in vigore.

Con la legge finanziaria n. 67 dell'11 marzo 1988, con la previsione di specifici finanziamenti pluriennali, fu inoltre stimolato un rinnovamento complessivo della rete ospedaliera e delle attrezzature sanitarie, mentre piani ed indirizzi settoriali furono adottati in merito a problematiche peculiari. Nonostante gli sforzi di Stato e Regioni per intervenire su specifici punti di debolezza del SSN, cominciò a prendere forma l'idea di una complessiva riorganizzazione del sistema sanitario, puntando sul riordino dei servizi territoriali, ma anche su un complessivo riassetto istituzionale.

---

Al centro, Leonardo Petrucci,  
Tesoriere Aiop dal 1978 al 1981,  
con lo staff della casa di cura  
Villa Serena di Città  
Sant'Angelo, a Pescara

## Ospedalità Privata (1980-2003)

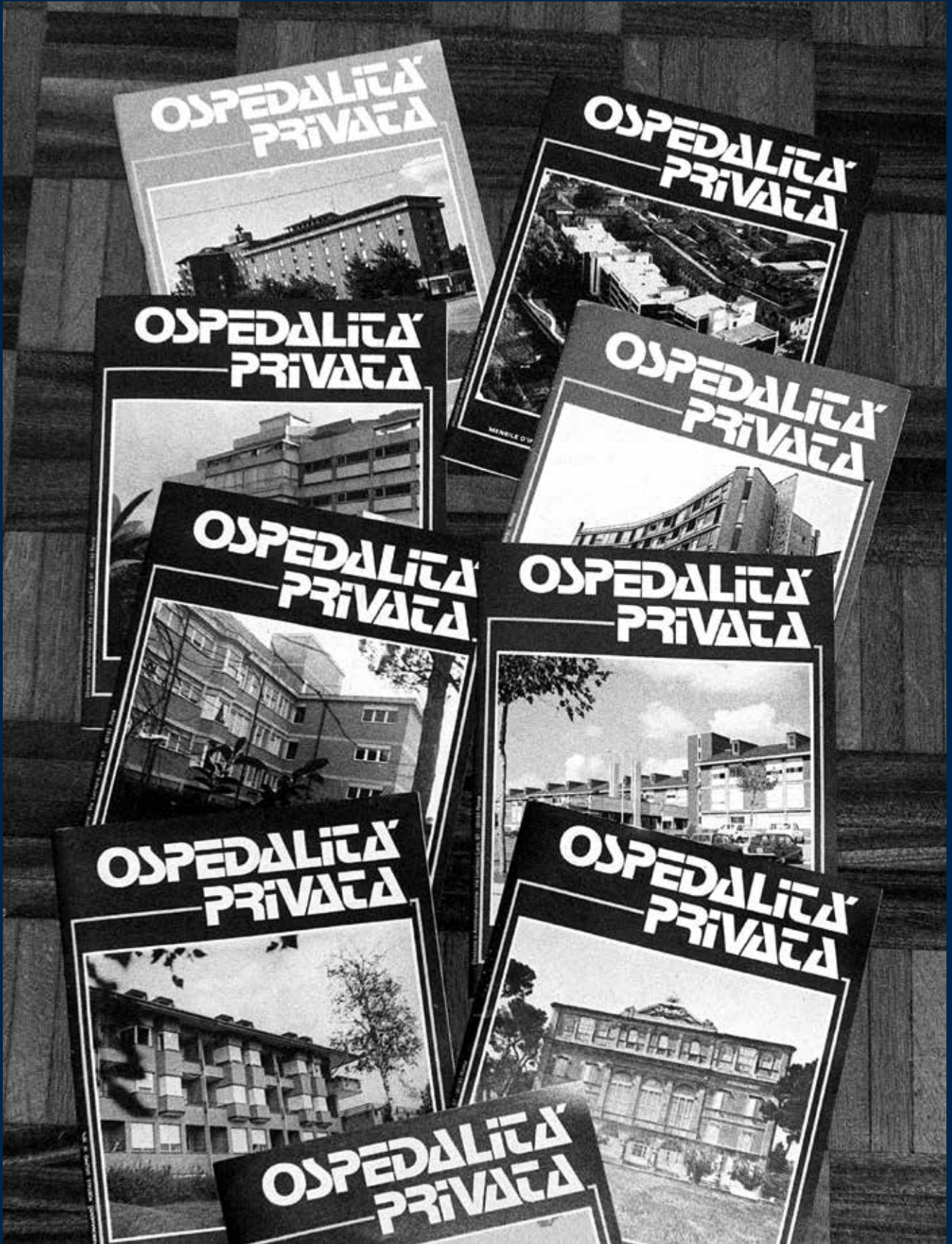
---

Il primo numero di *Ospedalità Privata*, rivista mensile d'informazione dell'Aiop, viene pubblicato il 1° gennaio 1980. Il Direttore responsabile, l'allora Presidente nazionale Terzo De Santis, nell'editoriale chiariva gli obiettivi della nuova testata: divenire un efficace strumento di comunicazione interna e fungere da portavoce dell'Associazione verso l'esterno, presentando le possibilità del settore privato nella «insostituibile funzione di alternativa all'ospedalità pubblica nell'ambito dell'assistenza sanitaria di oggi e di domani». *Ospedalità Privata* diviene quindi lo strumento principale della promozione culturale dell'Associazione attraverso la diffusione della documentazione Aiop: nel 1981 i contratti di lavoro sia del personale non medico sia di quello dei medici dipendenti e gli Atti del Convegno promosso da Aiop sul tema "Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale".

Nel 1982 il nuovo Presidente nazionale Sergio Bardelli diventa Direttore responsabile e ribadisce le finalità della pubblicazione, divenuta bimestrale, aggiungendo che «farsi conoscere in maniera corretta significa conquistare la fiducia dell'opinione pubblica». In quegli anni alcuni numeri speciali riguardano argomenti di fondo della Sanità dell'epoca: dal problema della copertura dei rinnovi contrattuali (n. 12 del 1983) alla riforma dell'assistenza psichiatrica in seguito alla cosiddetta "legge Basaglia" (n. 5-6 del 1984). Nel 1985 vengono pubblicati gli atti del convegno "Tutela della salute: servizio pubblico o pubblico monopolio?", oltre a quelli dell'Assemblea generale di maggio, "tradizione" che resterà inalterata per tutta la durata della rivista. Viene quindi eletto Presidente Gustavo Sciachì, il quale diventerà Direttore editoriale della rivista nel 1988, mentre Direttore responsabile diviene nella stessa occasione il giornalista Ferruccio Albanese (n. 4). In quel periodo, particolare interesse rivestono la pubblicazione degli atti dei convegni di studio organizzati dall'Associazione: "La salute degli italiani: l'ospedalità su misura. Un'indagine Aiop-Censis" a maggio del 1987 e "La sanità europea verso il 1992. Remunerazione dei servizi ospedalieri pubblici e privati" a maggio del 1988.

Resta sempre prevalente l'attenzione per le vicende della politica e dell'economia sanitaria, come si nota già dai titoli di alcune copertine: "Delirio normativo", "La tegola in testa", "Che fine ha fatto il piano sanitario?", "La riforma in stallo", "I tagli inutili". In una situazione che evolve tra mille difficoltà, la rivista testimonia tuttavia che continuano sia i colloqui con i Ministri della Sanità via via succedutisi sia le manifestazioni che illustrano gli interessi culturali e professionali dell'Associazione: il convegno sulla verifica di qualità nella sanità privata, tenutosi a Torino nel novembre del 1988; l'atto costitutivo dell'Unione europea dell'ospedalità privata (Uehp), firmato presso la sede del Cnel l'11 gennaio 1991; la nascita della Società italiana dei medici dell'ospedalità privata (Simop) e il suo primo Congresso nazionale, svoltosi a Roma il 18 aprile 1991; il Convegno sul tema "L'ospedale del futuro. Competere per crescere", dedicato ai risultati di una ricerca del Censis, a maggio sempre del 1991.

Nel 1992 prosegue una "Strada tutta in salita", come titolato in una delle copertine dello stesso anno, in cui la rivista rende puntualmente conto dell'iter di approvazione della legge delega e delle manovre del Governo, presentando il «magro bilancio di cinque



Alcune copertine di *Ospedalità Privata*, rivista mensile di informazione Aiop

anni di politica sanitaria». Tutto ciò, senza trascurare le problematiche specifiche del personale sanitario, come le nuove lauree brevi, gli errori in corsia, cui viene dedicato il convegno nazionale, e nel 1993 le incompatibilità dei medici. Nel periodo dell'approvazione dei due decreti di riforma, 502 e 517, l'Aiop constatata che «non ingrana la riforma della riforma» e studia nel convegno annuale il riordino della disciplina in materia sanitaria. In tale contesto, un segnale di novità emerge dal seminario dell'aprile dello stesso anno in cui si dà la parola al cittadino, perché «il cittadino al centro del sistema» non resti solo uno slogan.

Gli articoli di commento ai principali temi di attualità politica cercano di rispondere al quesito "quale sanità nella seconda Repubblica", concentrando l'attenzione su una questione di fondamentale importanza per le case di cura: il passaggio al pagamento per prestazione, metodo che sostituisce la vecchia diaria e viene ancora approfondito, all'inizio del 1995, con una lunga intervista al Ministro della Sanità, Elio Guzzanti.

Se in questo periodo si vuole trovare un filo conduttore, il tema centrale resta quello del riordino del sistema e in particolare del rapporto tra cittadino e servizio sanitario, ambito in cui pubblico e privato devono "collaborare nell'interesse del malato". All'affermazione di tale principio viene dedicato un intero numero in cui è riportato il "confronto in diretta" con lo stesso Ministro della Sanità, un vero e proprio dialogo con l'onorevole Guzzanti.

La libertà di scelta del cittadino, infatti, non è solo una questione di diritti e principi, ma comporta conseguenze sull'assetto stesso dei servizi sanitari, sull'accreditamento e la competizione tra le istituzioni sanitarie, tutti problemi su cui il confronto è tanto vivo da indurre alcune Regioni a ricorrere alla Corte Costituzionale. Su tale complessa questione il bimestrale associativo riporta non solo il testo integrale della sentenza relativa alla legge 724/94, ma anche i pareri di alcuni famosi giuristi sulla materia.

Al di là delle problematiche vicende politico-normative, resta fermo l'impegno dell'ospitalità privata nei confronti dei pazienti, confermato dalla pubblicazione della *Carta dei servizi Aiop*. A tale argomento è dedicato interamente il primo numero del 1996 – "Ora sceglie il cittadino" – centrato sull'accordo Regioni-settore privato a cui viene riconosciuta "pari dignità" rispetto al pubblico, una condizione necessaria per garantire l'effettivo esercizio del diritto di libera scelta del medico e del luogo di cura.

L'impegno per la "dimensione qualità" è confermato dalla pubblicazione degli atti del convegno di maggio 1996, interamente dedicato alla verifica della qualità delle prestazioni sanitarie, nonché di una sintesi dei risultati dell'indagine sui diritti dei cittadini e sulla qualità dei servizi nell'ospitalità privata, condotta in collaborazione con il Tribunale per i diritti del malato e il Laboratorio di scienze della cittadinanza. Per rinnovare il rapporto di fiducia con i cittadini è necessario apprendere a "comunicare in sanità", campo su cui si concentra l'attenzione della rivista negli ultimi due numeri del 1996 e nel primo del 1997, dedicato al "consenso informato".

Nella prospettiva di una competizione corretta basata sulla trasparenza, il cittadino resta al centro della comunicazione per tutto il 1997: la rivista associativa difende la necessità di collaborare per la tutela dei suoi diritti, approfondisce il tema del ma-

nagement per la qualità (ancora la *Carta dei servizi* e le ISO 9000) e s'interroga sulla libertà di cura nell'Unione Europea. All'aspetto internazionale viene peraltro dedicato un intero numero, che analizza l'impatto della globalizzazione sulla Sanità e le riforme sanitarie di vari Paesi. Nel seminario annuale sul riordino del Servizio Sanitario Nazionale, infine, lo stesso Ministro della Sanità Rosy Bindi sostiene la necessità di «un grande patto tra pubblico e privato». Ma se poi, come titola l'ultimo numero dell'anno, "L'accreditamento resta una giostra?". La ricerca dell'equilibrio del sistema, argomento del primo numero del 1998, è articolata nel corso dell'anno in approfondimenti che spaziano dalla qualità alla formazione, dalla legislazione all'occupazione, fino alla sfida del nuovo welfare e dei mercati sociali.

Fin dalla sua nascita, un contributo prezioso alla crescita di *Ospedalità Privata* è stato fornito dai numerosi giornalisti che a diverso titolo hanno collaborato: Nuccio Puleo, Giuseppe Ferrazzi, Giuseppe De Pino, Donato Placido, Aldo Diamanti, Ferruccio Albanese, Vincenzo Parisella, Roberto Sommella, Ernesto Viglione, Ettore Sanzò, Mauro Benedetti, fino ad Alfio Spadaro, con cui si chiude, nel 2003, la lunga stagione di *Ospedalità Privata*, e inizia quella della nuova rivista associativa, *MondoSalute* (2003-2012).

ALINARI

ALINARI



S IN THE NAME OF THE PEOPLE

LEWIE WART  
NO  
155

ALINARI

ALINARI





# In bilico tra progresso e regresso

---

ANNI NOVANTA

La caduta del Muro di Berlino, il 9 novembre 1989

4

## 4.1 Tangentopoli, stragi mafiose e lo tsunami del progresso tecnologico

A livello internazionale, gli anni Novanta si aprirono con due eventi di enorme rilevanza: dall'agosto del 1990 al febbraio del 1991 gli occhi di tutto il mondo furono puntati sulle immagini televisive che arrivavano dall'Iraq, dove si stava combattendo la cosiddetta "Guerra del Golfo"<sup>1</sup>. Il secondo evento di portata internazionale, nel febbraio del 1992, fu rappresentato dalla firma da parte di 12 Paesi europei, tra cui anche l'Italia, del Trattato di Maastricht, che sancì di fatto la nascita dell'Unione Europea. Il Trattato prevedeva che, a partire dal gennaio del 1993, si giungesse alla creazione di un Mercato Unico, con l'impegno dei Paesi firmatari di adottare entro il 1999 una moneta condivisa (l'Euro) e di istituire una Banca Centrale Europea.

L'Italia non affrontò questo passaggio con la consapevolezza necessaria e con adeguatezza di scelte. E coi primi anni Novanta, di fatto entrò, sotto il profilo economico, in una fase di declino che si tradusse in una progressiva perdita relativa del reddito pro capite rispetto a quello dei maggiori Paesi europei. Si interruppe e si invertì di segno il lungo processo di convergenza del nostro Paese rispetto alle Nazioni maggiormente sviluppate. Il decennio si aprì anche con la grave crisi politica e istituzionale determinata dallo scandalo di "Mani pulite" del febbraio 1992. Il Paese affrontò il disfacimento dell'ordine politico postbellico in condizioni difficilissime e con il carico di un debito pubblico fuori controllo.

Tra il 1992 e il 1993 la crociata contro le tangenti, ribattezzata in seguito "Tangentopoli", travolse il mondo della politica italiana, con un numero esorbitante di avvisi di garanzia e arresti nei confronti dei suoi più autorevoli rappresentanti, tra i quali uno dei più coinvolti risultò essere il leader del Partito Socialista Bettino Craxi, che non attese la notifica di arresto e si rifugiò in auto-esilio ad Hammamet, in Tunisia. Lo scandalo ebbe forti ripercussioni sull'assetto politico che, intorno al 1993-94, con l'introduzione di un sistema maggioritario uninominale, certamente imperfetto, divenne sostanzialmente bipolare, tanto da far definire questa nuova fase della politica italiana "Seconda Repubblica".

In questo periodo si registrò anche una violenta recrudescenza degli attentati ad opera della mafia: il 12 marzo venne assassinato l'onorevole Salvo Lima, ex sindaco di Palermo, e il 23 maggio venne compiuta, sull'autostrada tra Punta Raisi e Palermo, la "strage di Capaci", nella quale persero la vita il giudice Giovanni Falcone, la moglie Francesca Morvillo e tre agenti della scorta. A nulla valse l'inasprimento da parte dello Stato dell'articolo 41-bis in tema di "carcere duro" riservato ai detenuti per reati di mafia. Cosa Nostra tornò a colpire il 19 luglio, con un attentato che costò la vita al giudice Paolo Borsellino e cinque agenti della scorta.

La crisi politica e il peso del deficit pubblico comportarono un avvicendamento di

---

1 Contro l'Iraq, che aveva invaso il Kuwait, infatti, era stata costituita una coalizione di 35 Nazioni guidata dagli Stati Uniti d'America.

governi impegnati a trovare contromisure capaci almeno di tamponare la difficile situazione. Di rilievo fu la presidenza di Giuliano Amato che, pressato dalle istituzioni europee, varò una manovra finanziaria gravosa, volta a ridurre il disavanzo. Il Governo “tecnico” di Carlo Azeglio Ciampi proseguì nell’opera di risanamento avviata da Amato e diede impulso alle privatizzazioni dei maggiori istituti di credito. La fine del 1993 vide anche la “discesa in campo” dell’imprenditore Silvio Berlusconi con il partito Forza Italia e, l’anno seguente, la formazione del primo Governo presieduto dal Cavaliere. Si trattò tuttavia di un’esperienza fortemente condizionata dagli equilibri di coalizione con la Lega Nord (che ne determinò la caduta pochi mesi dopo). Il breve Governo di Lamberto Dini, durante il quale si realizzò l’accordo con i Sindacati per una riforma del sistema pensionistico, accompagnò il Paese alle elezioni anticipate dell’aprile 1996. Vinse la coalizione di centro-sinistra guidata da Romano Prodi, che avviò immediatamente una politica rigorosa finalizzata a ridurre il deficit di bilancio sotto il 3%, requisito richiesto per l’ingresso dell’Italia nell’Euro.

Accanto alle politiche di controllo del bilancio pubblico, durante il governo Prodi fu avviata un’altra fondamentale azione riformatrice che ebbe un impatto profondo sull’evoluzione dell’economia italiana. Nel 1997 fu varato il cosiddetto “pacchetto

---

I giudici Giovanni Falcone  
e Paolo Borsellino (1980)



Treu”, ovvero un insieme di misure per l’introduzione nel mercato del lavoro di nuovi istituti volti a renderlo maggiormente flessibile. La politica di bilancio di Prodi ebbe successo e permise all’Italia di rimanere con il gruppo di Stati che per primi adottarono la moneta unica. Questo, tuttavia, avvenne al prezzo di pesanti politiche fiscali e di bilancio che finirono per minare la coalizione, determinando la caduta di Prodi e portando il centro-sinistra a passare per una sequenza di governi (D’Alema e Amato) incapaci di proseguire con decisione la strada del risanamento.

Gli anni Novanta vanno anche ricordati per il grosso potere che acquisirono le emittenti televisive, ormai in grado di influenzare la vita quotidiana degli italiani. Guerra del Golfo, stragi mafiose ed ogni sorta di notizia o avvenimento – specie puntando alla cruda “spettacolarità” delle immagini – cominciarono ad entrare in tempo reale nelle case. Sotto il profilo sociale, si verificarono cambiamenti radicali e irreversibili, soprattutto per via del progresso tecnologico e del crescente influsso dei messaggi promozionali, tutti incentrati sul potere dell’immagine e spesso affidati a testimonial di successo a garanzia del prodotto. Per citare alcuni dei fenomeni più appariscenti, vi fu l’esplosione della moda degli Swatch, orologi colorati di tutte le forme e per tutti i gusti, ma soprattutto la corsa al telefono cellulare, da quello pesante e voluminoso dei primi anni Novanta a quelli di nuova generazione, piccoli e tascabili, di fine decennio. Altra novità della tecnologia, e destinata a condizionare ogni modo di vivere, fu l’avvento di Internet e la nascita della comunicazione globale. La vendita dei personal computer raggiunse fatturati impensabili solo pochi anni prima, specie dopo l’affermazione della Microsoft nel 1995, che assicurò a Bill Gates il mercato mondiale e la fama di uomo più ricco del mondo.

Sul piano delle politiche della salute, il decennio registrò il progressivo indebolimento delle speranze di razionalizzazione e di qualificazione aperte dalla legge n. 421 del 23 ottobre 1992, che intendeva “aziendalizzare” il sistema sanitario. Con la legge delega n. 419 del 30 novembre 1998 i tentativi di riaggiustamento del sistema aggravarono la situazione non risolvendo i problemi del servizio sanitario pubblico e comprimendo di fatto l’apporto della rete privata accreditata.

## L'innovazione arriva dal settore privato

## 4.2

---

Gli anni Novanta si aprirono senza nessun mutamento sostanziale rispetto al problema più grave del settore sanitario, ossia la continua crescita della spesa pubblica. Ancora una volta, le spese sanitarie non raggiungevano livelli eccessivi, se paragonati con altri Paesi europei; tuttavia, a un sottofinanziamento degli stanziamenti da parte del Ministero del Tesoro si accompagnava l'inefficacia delle misure di controllo della spesa a tutti i livelli del sistema, con una dispersione delle risorse caratterizzata da sprechi e diseconomie; Più che di una riduzione del budget, c'era bisogno di un reale controllo su efficacia ed efficienza delle destinazioni dei fondi. Altre carenze del sistema erano dettate da una diffusa insoddisfazione di utenti e operatori: i primi lamentavano la scarsa qualità delle prestazioni offerte dal settore sanitario pubblico, nonché il desiderio di poter selezionare servizi e prestazioni sulla base di esigenze sempre più consapevoli e diversificate. Di conseguenza, il loro orientamento tendeva sempre più a soluzioni alternative a quelle offerte dal Servizio Sanitario Nazionale, arrivando addirittura a dichiarare che avrebbero preferito “pagare alcune prestazioni nel pubblico pur di avere una migliore qualità”<sup>2</sup>.

In quanto agli operatori, la situazione più problematica era rappresentata dalla forte carenza di personale sanitario, stimata dal Ministero della Sanità nei primi anni Novanta intorno alle 70.000 unità, e con condizioni di lavoro al limite della tollerabilità, con il ricorso allo straordinario come strumento “ordinario” per fronteggiare le emergenze (una media di 40 ore di lavoro straordinario al mese per ogni infermiere). Altrettanto grave la situazione di altre categorie: 50.000 giovani medici erano senza lavoro o costretti a operare ai margini del SSN; i farmacisti, esasperati dai ritardi nei rimborsi (in media ci volevano tre mesi prima di ottenerne uno), in alcune Regioni avevano privato gli utenti del diritto all'assistenza farmaceutica diretta; i fornitori delle Aziende sanitarie pubbliche lamentavano ritardi di 300/400 giorni. Un altro aspetto che andava a pesare sulla spesa sanitaria globale era la generale mancanza di valutazione dell'assistenza erogata, definita Vr<sub>q</sub> (Verifica e revisione di qualità). O, meglio, la valutazione veniva eseguita nel settore privato, dove era l'imprenditore stesso a pretenderla; poco o addirittura per niente in quello pubblico, soprattutto nel Sud Italia. Eppure si trattava di uno strumento importantissimo che, nelle regioni in cui veniva applicato (anche nel pubblico), aveva dato forte impulso al terziario sanitario specializzato, con interventi di tipo formativo o studi *ad hoc* su aspetti particolari, come il controllo di contabilità, o sugli aspetti organizzativi attinenti alla informatizzazione.

La necessità di una revisione globale del sistema, pertanto, stava divenendo sempre più impellente, e le spinte al mutamento andavano verso l'acquisizione di meccanismi di flessibilità e razionalità di impronta privatistica. Questo, se non altro, per il banale motivo che, mentre l'ospedalità pubblica soffriva delle gravi lacune appena evidenziate, la componente certamente efficiente e con evidenti vantaggi in termini di costi-benefici era l'ospedalità privata: «In una simile situazione – scrisse il Presidente Sciacchi nella sua relazione annuale del 1991 – se l'Aiop non ci fosse bisognerebbe inventarla”<sup>3</sup>. Inchieste condotte nel corso della seconda metà degli anni Ottanta avevano dimostrato che il sistema privato non solo riusciva a realizzare maggiore efficienza con costi inferiori, ma che sempre più veniva pre-

---

2 Cfr. XXIV Rapporto Censis.

3 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciacchi all'Assemblea generale dei soci, 1991.

ferito, almeno tendenzialmente, dai cittadini italiani. E la riflessione politica, specie in vista di una nuova riforma del Servizio Sanitario (la riforma della riforma), non poteva non tener conto di questo esempio virtuoso, se non altro per la necessità, sempre crescente, di riuscire finalmente a controllare la spesa pubblica del settore. Ma era altrettanto necessario ri-orientare l'intervento sanitario verso obiettivi non meramente assistenziali e di base, tenendo conto dell'evoluzione e differenziazione della domanda in fatto di sanità. Tutte cose che riuscivano bene nelle strutture del settore sanitario privato per i seguenti motivi:

- una modalità di gestione imprenditoriale, con una corretta analisi dei costi, verifiche dell'efficienza e della produttività, nonché la responsabilizzazione dei soggetti operanti all'interno delle singole case di cura rispetto alle spese, aspetto che avrebbe potuto contribuire, trasferito in ambito pubblico, a un controllo complessivo dei costi sanitari e loro conseguente riduzione;
- la maggiore personalizzazione e flessibilità dei servizi, strategia vincente di fronte alla crescente selettività della domanda e all'altrettanto crescente richiesta di qualità da parte dell'utenza;
- la dotazione di apparecchiature diagnostico-terapeutiche di alto livello<sup>4</sup> e le caratteristiche strutturali (più del 90% delle case di cura private era stato interessato, nel corso degli anni Ottanta, da lavori di ristrutturazione generalizzata);
- la preparazione e le motivazioni del personale, nonché l'umanizzazione dei rapporti interpersonali tra operatori sanitari e pazienti<sup>5</sup>.

In altri termini, un approccio sanitario innovativo che – coniugando razionalizzazione gestionale, diversificazione e specializzazione di strutture e interventi – presentava buone possibilità di risposta alle sfide prodotte dalla crescente complessità sul fronte della domanda. Come ebbe a sottolineare il Presidente Sciacchi, «tra i motivi che sono risultati di primaria importanza nell'orientare la scelta degli utenti verso le istituzioni sanitarie private figurano ai primi posti la qualità delle cure mediche e infermieristiche ricevute, la preparazione dei medici, giudicati ottimi o buoni nel 90% dei casi, con un apprezzamento positivo anche alla preparazione del personale non medico. Una valutazione complessiva che non si presenta soltanto come giudizio soggettivo dei ricoverati, ma ha un riscontro oggettivo nell'analisi del livello e dell'aggiornamento professionale, delle condizioni di lavoro e delle motivazioni espresse dagli operatori»<sup>6</sup>.

Inoltre, all'inizio degli anni Novanta si era delineata con molta forza una richiesta di «umanizzazione» degli ospedali, per riscoprire e tutelare il malato come persona nella sua interezza. Questo bisogno di umanizzazione, insieme a quello di aumentare l'efficienza e la qualità dei servizi sanitari, era avvertito sia dai pazienti che dagli operatori, i quali auspicavano un'inversione di tendenza, ossia un capovolgimento nei rapporti tra struttura pubblica e utenti, al fine di non concepire più il paziente come «oggetto di intervento», bensì come co-protagonista dell'azione svolta a tutela della sua salute, in una posizione di consapevole partecipazione anziché di soggezione e dipendenza psico-fi-

---

4 Le case di cura private risultavano particolarmente ben dotate delle seguenti apparecchiature: tomografo per la TAC, gamma camera per le scintigrafie, litotritore, angiografo digitalizzato, e alcune di esse (3,2%) disponevano perfino del tomografo a risonanza magnetica (RMN), che costituiva la più recente e sofisticata innovazione nel campo della diagnostica. Cfr. Indagine Censis, 1989.

5 Cfr. XXIV Rapporto Censis, "Note e commenti", 1990.

6 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciacchi all'Assemblea generale dei soci, 1991.



---

L'introduzione dell'alta tecnologia negli anni Novanta

sica. Tutti aspetti, questi, che erano stati riscontrati come elementi positivi in diverse case di cura private, accentuando ancor più la tendenza generale degli utenti a preferirle rispetto al settore sanitario pubblico<sup>7</sup>. Tuttavia, se l'Aiop aveva ottenuto un grande riconoscimento a livello politico, ministeriale, giornalistico e da parte dell'opinione pubblica, risultava ancora forte la dicotomia tra riconoscimento di facciata e reale valorizzazione come componente fondamentale del SSN, e questo soprattutto perché l'idea del "primato del pubblico" continuava a resistere, pregiudicando un orientamento più netto verso il privato accreditato. Insomma, non era il caso di riposare sugli allori e, soprattutto, l'Aiop non si poteva permettere di abbassare la guardia rispetto alle mosse governative in fatto di sanità, specie per quanto riguardava l'operato dei singoli Ministri. «Per fortuna – ricorda Bonanno – Sciacchi si dimostrò sempre molto attento, allacciando ottimi rapporti con il Ministro Francesco De Lorenzo, subito dopo con il Ministro Maria Pia Garavaglia e anche con i loro successori Raffaele Costa e Rosy Bindi»<sup>8</sup>.

---

7 Cfr. XXIV Rapporto Censis, 1990.

8 Francesco De Lorenzo fu Ministro della Sanità dal 1989 al 1993; Maria Pia Garavaglia dal 1993 al 1994, Raffaele Costa dal 1994 al 1995, Rosy Bindi dal 1996 al 2000.

### 4.3 L'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

Per allontanare dalla pubblica opinione l'idea che il SSN fosse tra i maggiori responsabili del dissesto finanziario nel quale versava l'Italia, già nel 1987 il Governo aveva presentato un disegno di legge che introduceva nella sanità il concetto di "azienda". Lo scopo era quello di ottenere ospedali dotati di notevole autonomia organizzativa e gestionale, in grado di assolvere alle loro funzioni in modo efficace ed efficiente, ossia capaci di ottimizzare la combinazione tra risorse impiegate, servizi offerti e impatto sui bisogni pubblici.

Dunque, all'inizio del decennio, erano già pronti tutti i presupposti per l'ennesima riforma del Servizio Sanitario Nazionale. riforma considerata per molti versi inutile dal Presidente Sciachì, il quale riteneva che non ci fosse bisogno di inventare nulla di nuovo, ma semplicemente di applicare in maniera effettiva le norme già esistenti. In particolare, l'articolo 53 della legge 833, che prevedeva di rivolgere gli investimenti sanitari sulla base delle reali esigenze di ogni Provincia o Regione, tenendo conto delle disponibilità di posti letto e strutture sia del settore pubblico che del settore privato. «Questa disposizione – scriveva Sciachì – ha una valenza economica evidente, perché tutto l'esistente, pubblico e privato, costituisce patrimonio e risorsa sanitaria da non disperdere o sperperare. Ma possiede altresì un significato politico anche più importante. In un sistema sanitario imperniato sul SSN a contribuzione obbligatoria, ai cittadini deve essere assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, come stabilisce l'articolo 19 della legge 833, e questo diritto deve essere garantito da una reale possibilità di opzioni, non dalla discrezionalità della Pubblica amministrazione»<sup>9</sup>.

In effetti, una delle principali preoccupazione dell'Aiop, alla vigilia della nuova riforma, era che vi fosse una volontà politica di ostacolare il settore privato. Certo, era senza dubbio positivo rendere aziendale la gestione dell'ospedalità pubblica, ma questo cosa avrebbe comportato per le case di cura private? Prima di rispondere a questa domanda era importante capire in cosa consisteva la nuova riforma, la quale – premessa indispensabile – non andava a mettere in discussione il principio di universalità del diritto alla salute stabilito dalla legge 833, bensì prevedeva una radicale modifica della natura giuridica delle Usl e delle loro competenze in materia socio-assistenziale, del loro impianto organizzativo e delle modalità di funzionamento. In attesa dell'approvazione della nuova riforma nazionale, per regolare il processo di passaggio dal vecchio al nuovo sistema, fu emanata la legge n. 111 del 4 aprile 1991 che fissò alcune norme sulla gestione transitoria delle Unità sanitarie locali e introdusse novità importanti per quanto riguardava gli organi delle stesse Usl. In particolare, la legge prevedeva:

- lo scioglimento dei Comitati di gestione;
- l'istituzione, fino al riordino del Servizio Sanitario Nazionale, di un Comitato di garanti composto da un numero di membri pari a quello dei componenti dei disciolti Comitati di gestione delle Usl. Tale organo aveva il compito di formulare, in rappresentanza degli interessi delle comunità locali, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività e di verificarne l'andamento, esprimendo pareri obbligatori sugli atti deliberativi delle Usl stesse;

---

9 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciachì all'Assemblea Generale dei soci, 1992.





- l'affidamento, sino al riordino del SSN, di tutti i poteri di gestione, compresa la rappresentanza legale, ad un «Amministratore Straordinario» nominato con decreto del Presidente della Giunta della Regione e coadiuvato nello svolgimento delle proprie funzioni dal Coordinatore amministrativo e dal Coordinatore sanitario dell'Unità sanitaria locale;
- l'affidamento alla Giunta della Regione dei poteri di controllo di merito sugli atti di alta amministrazione adottati dall'Amministratore straordinario. Gli stessi poteri di controllo della Giunta erano estesi ai bilanci preventivi, alle variazioni di bilancio in corso d'esercizio e ai conti consuntivi delle Usl.

---

La casa di cura Icot  
di Latina

I principi del progetto di riordino, dopo un primo disegno di legge presentato nell'ottobre 1989, furono attuati con la legge delega n. 421/1992, adottata all'indomani della grave crisi finanziaria che aveva investito il nostro Paese. Il progetto si proponeva di ridefinire il quadro di riferimento entro il quale promuovere la tutela della salute, introducendo meccanismi atti a favorire una gestione più efficiente dei servizi, anche attraverso meccanismi di quasi-mercato, sia all'interno del sistema dei servizi gestiti direttamente da enti pubblici, sia nel rapporto tra i servizi a gestione pubblica

e quelli a gestione privata. In tal modo si voleva promuovere la “competizione governata” dei vari soggetti erogatori, per dare ai cittadini la possibilità di scegliere e per introdurre meccanismi che riconoscessero, sia nel pubblico che nel privato, gli sforzi delle strutture per raggiungere alti standard di efficienza, appropriatezza e qualità. Sulla base dei principi e dei criteri della legge delega, fu approvato il decreto legislativo di attuazione n. 502/1992 «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421». Il decreto 502 ridefiniva i principi organizzativi dell’Unità sanitaria locale, configurandola giuridicamente come azienda, organismo strumentale della Regione a cui era affidata la gestione delle funzioni regionali in materia sanitaria. Alle Regioni fu riconosciuta una posizione di centralità istituzionale nel governo della sanità, sotto il profilo della programmazione, del finanziamento e dell’organizzazione del sistema, con un rafforzamento dei loro poteri e delle loro responsabilità. Nel contempo si affermava una ripartizione netta fra funzioni di indirizzo e controllo politico e funzioni di gestione.

Volontà dichiarata della riforma era quella di riconoscere alle nuove Aziende sanitarie un elevato grado di autonomia gestionale a fronte di una precisa responsabilità di risultato. Esse erano infatti chiamate a perseguire «obiettivi puntualmente definiti» e ad adottare criteri e modalità di gestione in grado di realizzare qualità ed economicità con l’obiettivo di migliorare il rapporto tra cittadini e servizi. In questo modo si volevano superare le carenze istituzionali, organizzative e operative delle vecchie Usl, strutture operative dell’ente locale, che non erano mai riuscite ad assumere connotati organizzativi diversi rispetto al modello dell’ente locale stesso. Il che aveva portato a una notevole laboriosità dei processi decisionali, a un’alta incidenza dell’influenza politica nella gestione, ad una scarsa attenzione rispetto la necessità di perseguire le compatibilità economiche. Quest’ultima circostanza era dovuta anche, come si è già avuto modo di sottolineare, ad un sistema di finanziamento che, almeno a livello nazionale, era scarsamente idoneo a responsabilizzare gli amministratori.

Per poter incidere in modo significativo su queste carenze, la nuova riforma comportava alcune innovazioni istituzionali e organizzative, ma interveniva anche sui meccanismi tradizionali di regolazione della domanda e dell’offerta di servizi, nonché sul rapporto fra cittadini e Servizio Sanitario Nazionale.

## Un nuovo rapporto con i cittadini e un nuovo modello di finanziamento

La nuova riforma non mancò di tenere in considerazione i diritti dei cittadini: con l'articolo 14 del decreto legislativo 502/92 vennero introdotte disposizioni finalizzate a "garantire il costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini utenti del Servizio Sanitario Nazionale", prevedendo, tanto per il pubblico che per il privato:

- la definizione dei contenuti e delle modalità di utilizzo di "indicatori di qualità" delle prestazioni sanitarie relativi alla personalizzazione ed umanizzazione dell'assistenza, alle prestazioni alberghiere, all'andamento delle attività di prevenzione;
- la promozione da parte delle Regioni di momenti di consultazione dei cittadini e delle loro organizzazioni al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi;
- la realizzazione da parte delle Aziende sanitarie di un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle modalità di accesso e sulle tariffe; inoltre, era previsto che i direttori generali, annualmente, convocassero un'apposita conferenza dei servizi aperta alla popolazione, per verificare l'attuazione degli obiettivi di sviluppo che l'Azienda sanitaria si era data;
- la possibilità, per gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti di essere presenti e di svolgere attività nell'ambito delle strutture sanitarie.

Anche le questioni riguardanti la sostenibilità finanziaria del sistema rappresentarono delle novità sostanziali. In sintonia con il passaggio di competenze dallo Stato alle Regioni e con il conseguente aumento dell'impegno e della responsabilità di queste ultime, il decreto legislativo 502/1992 individuava, infatti, nuovi meccanismi e modalità di finanziamento del SSN. Alle Regioni venivano direttamente attribuiti i proventi fiscali e le compartecipazioni alla spesa localmente riscossi, ma esse dovevano provvedere al ripianamento dei debiti delle Usl e al finanziamento dell'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli uniformi adottati con il Piano. Inoltre venne loro consentito di aumentare le aliquote dei tributi locali e dei contributi di malattia e di prevedere modifiche al regime di partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria. Contestualmente, si ridusse il Fondo sanitario nazionale di parte corrente, che veniva annualmente ripartito tra le Regioni in base a quote capitarie determinate grazie a coefficienti parametrici. Questo meccanismo era – ed è – volto ad assicurare livelli uniformi di assistenza attraverso un'attribuzione di risorse alle singole Regioni il più possibile coerente con i bisogni effettivi della popolazione. Per quel che riguardava il superamento dell'istituto delle "convenzioni" con le strutture sanitarie private e l'introduzione del sistema dell'accreditamento, fu stabilito che le modalità dovessero essere definite dalle Regioni entro la fine del 1995, sulla base dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti dalle Regioni per l'esercizio delle attività sanitarie, con periodici controlli sulla permanenza degli stessi.

Questa disposizione, potenzialmente restrittiva per il settore privato, era controbilanciata dall'introduzione della facoltà di libera scelta da parte dell'assistito della struttura sanitaria (pubblica o privata) accreditata e del professionista erogante la prestazione. Ciò rappresentava una notevole differenza rispetto al passato, perché mentre in regime di convenzionamento le strutture private erano sottoposte alla scelta discrezionale dell'au-

torità pubblica (in conformità alle esigenze di programmazione), in regime di accreditamento il loro operato veniva ad essere condizionato solo da tre fattori: possesso dei requisiti, adesione ad un sistema tariffario<sup>10</sup> e accettazione del controllo delle prestazioni. In altri termini, la produzione di prestazioni non sarebbe più stata un insieme predeterminato, ma sarebbe stata affidata a una pluralità di soggetti, pubblici o privati, purché omologati, tra i quali si sarebbero innescati meccanismi competitivi tali da stimolare una più efficiente utilizzazione delle risorse ed una più adeguata qualità dei livelli terapeutico-assistenziali. O, perlomeno, la normativa andava in questa direzione a livello teorico, tant'è che nel Piano sanitario nazionale 1994-1996 i principi del decreto legge 502 sembravano essere stati recepiti in maniera positiva. «Resta da vedere – faceva notare Sciachì in una riunione del Consiglio nazionale Aiop – come tale impianto di fondo si combini con alcune disposizioni correttive che il Ministro va elaborando e che sembrano porsi in contraddizione con le affermazioni relative alla libera scelta del cittadino e alla competitività pubblico-privato, in quanto tendono a consolidare il «privilegio del pubblico»<sup>11</sup>.

---

La casa di cura Maria Cecilia  
Hospital di Cotignola, Ravenna

10 Con il D.Lgs 502/92, il tariffario era riferito ad un sistema DRG (diagnosis-related group – Raggruppamenti omogenei di diagnosi) mutuato dall'analogo sistema di produzione delle strutture ospedaliere iniziato nel 1967 negli USA.

11 Consiglio Nazionale Aiop, 22 luglio 1993.



## L'Aiop nel vortice del caos normativo

## 4.5

---

Solo un anno dopo dall'entrata in vigore del D.Lgs 502, il Presidente Sciachì si era reso conto di quale enorme cambiamento esso comportasse, in parte avvalorando i suoi precedenti dubbi, ma anche per aspetti del tutto imprevisi. «Quest'ultimo anno – scrisse – contrassegnato da numerosi eventi deflagranti, ha registrato un aumento della confusione in cui tutti si aggirano come in un labirinto di difficile uscita»<sup>12</sup>. Sciachì si riferiva, naturalmente, sia all'orrore ancora ben vivo degli attentati mafiosi sia alla destabilizzazione provocata dall'apertura dell'inchiesta “Mani Pulite”, con tutto quel che ne conseguiva a livello politico, economico e anche sul versante del settore sanitario. Senza dubbio, risultavano più colpiti coloro che, con la riforma del 1992, erano stati chiamati ad assumersi forti responsabilità manageriali nella gestione delle Aziende ospedaliere, ossia il versante pubblico della Sanità.

Anche nel settore privato, però, si era insinuata una “tendenza collettiva all'inquietudine”<sup>13</sup>, nella constatazione che qualcosa si fosse irrimediabilmente rotto a livello istituzionale e che, pertanto, vi fosse una mancanza di prospettive e sicurezze per il futuro. Contribuiva a questa instabilità anche, se non soprattutto, l'incessante proliferazione normativa, con una sovrapposizione di regole che rendeva difficoltoso stabilire quali andassero osservate e quali no. «Per quanto riguarda il settore privato – ricorda Sciachì – abbiamo assistito in quegli anni ad una serie di radicali mutamenti di prospettiva: il «privato» andava alternativamente eliminato o inserito, incoraggiato o compresso, rimosso o preso ad esempio, considerando la «privatizzazione» come l'unica via di salvezza. I diversi principi, di volta in volta abbracciati hanno prodotto decreti, regolamenti, disposizioni normative e circolari, da noi stigmatizzati con il termine «delirio normativo», che hanno reso estremamente difficoltoso l'orientamento e praticamente ingovernabile l'intero sistema».

Una delle principali problematiche che si era presentata in seguito alla nuova riforma era quella relativa all'individuazione dei parametri ideali di misura del consumo delle risorse. All'epoca – è bene ricordarlo – la valutazione dell'attività sanitaria avveniva sulla base della “diaria di degenza”, ossia con una cifra standard moltiplicata per il numero di giorni di ricovero, indipendentemente dal tipo di intervento effettuato sul paziente. Questo sistema, tuttavia, presentava alcuni punti poco chiari e in molti casi controproducenti: per prima cosa, i giorni di ricovero non potevano costituire un adeguato indicatore delle risorse utilizzate. Era evidente, ad esempio, che un ricovero per un intervento chirurgico delicato – il quale di norma comporta una serie di esami preliminari, un notevole consumo di materiali e farmaci, un'assistenza medica e infermieristica più assidua – avesse un costo ben superiore a quello per un parto cesareo, anche se i giorni complessivi di degenza fossero stati gli stessi. Inoltre, il sistema della “diaria di degenza” aveva provocato un dannoso allungamento dei tempi di ricovero (maggiore numero di giorni, maggiore retribuzione), con conseguenze a catena: liste d'attesa sempre più lunghe, insoddisfazione crescente degli utenti, incapacità di garantire un'assistenza adeguata a tutti i cittadini – come previsto dalla legge – talvolta anche in casi gravi.

---

12 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciachì all'Assemblea generale dei soci, 1993.

13 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciachì all'Assemblea generale dei soci, 1993.

Il settore privato, poi, era penalizzato dal fatto che la diaria di degenza fosse pari a un terzo di quanto assorbito nel settore pubblico, con la motivazione che gli interventi effettuati negli ospedali pubblici fossero molto più costosi. Così si continuava a perpetrare il dislivello di trattamento tra i due settori. Come si legge nel verbale del Consiglio nazionale Aiop del 1993, convocato d'urgenza da Sciachì, «Da un lato gli incrementi proposti dalla parte pubblica appaiono di entità molto modesta, dall'altro sembra irrealistico pensare, nell'attuale situazione politica ed economica, di poter ribaltare il criterio di definizione della diaria sulla base dell'incremento percentuale»<sup>14</sup>.

Più volte i rappresentanti dell'Aiop avevano evidenziato tali distorsioni ai vari Ministri della Sanità, specificando che le differenze di complessità della casistica tra privato e pubblico non erano così marcate da giustificare tali disparità, ma senza esito alcuno. Va anche detto che, ancora una volta, a porre resistenza nei confronti delle proteste e proposte Aiop non era tanto il Ministero della Sanità – con cui Sciachì aveva instaurato ottimi rapporti – quanto le Regioni, che vedevano nell'ospitalità privata un rivale più che un valido collaboratore con cui attivare scambi, confronto e reciproca crescita. Tra l'altro, il decreto legislativo 502 prevedeva, per le Regioni, la possibilità di dichiarare la decadenza delle convenzioni in atto e di rideterminare poi il fabbisogno di attività convenzionate necessarie ad assicurare i livelli uniformi di assistenza. Una possibilità che conferiva uno spropositato potere alla programmazione regionale, la quale, nella sua discrezionalità, avrebbe potuto circoscrivere e comprimere la presenza delle istituzioni sanitarie private, fino a renderla insignificante ed occasionale. Dunque era importante più che mai, per l'Aiop, riuscire a salvaguardare, nei limiti del possibile, un proprio spazio nella gestione della transizione che stava avvenendo dopo la riforma e uscire dal «labirinto normativo» che si era creato.

«In questa auspicabile prospettiva – scrisse Sciachì – si potranno forse, con qualche probabilità di successo, utilizzare i progressi compiuti nella regolamentazione del settore privato recuperando alcune normative, che costituiscono già un corpus di garanzie sufficientemente solido della qualità degli standard terapeutici ed assistenziali offerti dalle case di cura, in modo tale da consentire l'accesso a pieno titolo di queste ultime nel nuovo sistema». I pilastri sui quali avrebbe dovuto fondarsi erano il principio dell'accreditamento in base al possesso di determinati requisiti, peraltro ancora da definire; il controllo di qualità delle prestazioni; un sistema di pagamento correttamente riferito alle prestazioni stesse e più precisamente ai corrispettivi standard per esse fissati; l'effettivo esercizio della libera scelta da parte del cittadino delle istituzioni migliori, a parità di costo, senza veti discriminanti per quelle private. In un tale contesto veniva sottolineata in particolare la prospettiva di superare non solo «gli attuali criteri di determinazione della diaria in favore di una più corretta analisi dei costi, e quindi di una maggiore equità di remunerazione, ma anche dell'annuale e sempre travagliata procedura di definizione della diaria stessa»<sup>15</sup>.

Di fatto l'Aiop ebbe un ruolo fondamentale nel passaggio dai principi contenuti nel D.Lgs 502 alla loro effettiva applicazione operativa, collaborando con il Ministero del-

---

14 Cfr. Consiglio Nazionale Aiop, 26 gennaio 1993.

15 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciachì all'Assemblea Generale dei soci, 1993.



la Sanità alla definizione degli ulteriori provvedimenti previsti: in particolare l'atto di indirizzo e coordinamento relativo ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, e il decreto ministeriale destinato a stabilire i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni. «Nella prima fase l'azione dell'Aiop – ricorda Sciachì – è stata nel contempo incisiva e prudente: tutti gli emendamenti da noi proposti, di notevole impatto sul piano delle conseguenze operative, sono stati accolti, introducendo così modificazioni positive nell'impianto originario del decreto legislativo». I lavori condotti nel corso del 1993 e del 1994 portarono alla formulazione del primo Piano sanitario nazionale, il quale prevedeva un profondo rinnovamento, soprattutto in merito al modello di erogazione delle prestazioni che, ci si auspicava, sarebbe stato basato su criteri sostanzialmente omogenei per le strutture private e pubbliche.

---

Il Ministro della Sanità  
Maria Pia Garavaglia nel suo  
intervento ad un convegno Aiop  
a Roma nel 1991

## 4.6 Il tentativo di razionalizzare la spesa ospedaliera

L'annosa questione delle diarie di degenza venne risolta il 1° gennaio 1995 con l'introduzione del sistema dei DRG (Diagnosis Related Groups), già adottato dagli Stati Uniti a partire dall'inizio degli anni Ottanta e basato sul presupposto che raggruppamenti omogenei di diagnosi potessero significare omogeneità anche dei profili di trattamento e delle risorse impiegate.

Stante l'intenso lavoro di collaborazione dell'Aiop con il Ministero della Sanità, la novità dei DRG era stata anticipata da Sciacchi nell'Assemblea generale già l'anno prima: «In una definizione estremamente sintetica, essi consistono nell'identificazione di categorie diagnostiche, in riferimento alle quali si stabilisce una remunerazione predefinita per il trattamento terapeutico in ogni caso di ricovero che cade all'interno di ciascun gruppo di diagnosi affini. [...] Gli aspetti più rilevanti, ad una considerazione complessiva, sono costituiti dal fatto che il nuovo sistema di finanziamento si estenderà in modo uniforme tanto alle istituzioni sanitarie pubbliche quanto a quelle private, e che con la sua introduzione viene esplicitamente motivata, nel testo del Piano sanitario nazionale, in base alla finalità, di ordine generale, di «attivare meccanismi di concorrenza tra i vari erogatori, tali da consentire un miglioramento del livello di efficienza complessivo dell'utilizzo delle risorse»<sup>16</sup>. In sostanza, ciò che prendeva rilievo con l'introduzione dei DRG era il tipo di prestazione, e non più il numero di giorni di ricovero, ponendo come centrale la qualità del servizio sanitario, ossia quel criterio meritocratico tanto auspicato dall'Aiop che avrebbe dovuto sovrapporsi all'astratto principio del privilegio pubblico, indipendentemente dai meriti o dai demeriti.

I DRG vennero collegati a circa 500 tariffe, eccezion fatta per alcuni tipi di prestazioni, come quelle erogate per l'assistenza di pronto soccorso e terapia intensiva, e riabilitazione, che, per ovvie ragioni, non erano soggette a tariffe standard, ma remunerate "a funzione". Il nuovo sistema avrebbe dovuto capovolgere la prospettiva precedente, ossia portare a ricoveri brevi, con una più rapida rotazione dei posti letto a disposizione, senza per questo trascurare i casi più complessi. Un sistema apparentemente ben congegnato, ma che conteneva alcuni rischi: va detto, innanzitutto, che l'attribuzione di un DRG rispetto ad un altro, e della corrispettiva tariffa, veniva stabilita sulla base della scheda di dimissione di ogni singolo paziente. Ogni DRG era contraddistinto da un punteggio numerico, che comprendeva più variabili (patologia, eventuali esami di accertamento, spese per i farmaci, gravità e durata del ricovero, ore di assistenza al paziente). Ebbene, tutti questi dati, con identificazione del corrispettivo DRG, venivano riportati sulla scheda di dimissione del paziente e, dopo l'approvazione del Dirigente sanitario, erano inoltrati alla Regione, la quale valutava l'entità del finanziamento. In sintesi, era dalla somma dei DRG prodotti che le neonate Aziende ospedaliere traevano una consistente quota del loro sovvenzionamento economico. Ovviamente, il finanziamento dei DRG era più corposo nel caso di pazienti con patologie acute gravi, che necessitavano di assistenza e di terapie più complesse. Poteva però accadere che un paziente – ricoverato per l'acutizzazione di una malattia cronica e quindi a DRG "basso" – si aggravasse durante la stessa degenza aumentando quindi il "peso" del suo DRG. Questa "promozione

---

16 Cfr. Assemblea generale dei Soci Aiop, *Relazione del Presidente*, 1994.

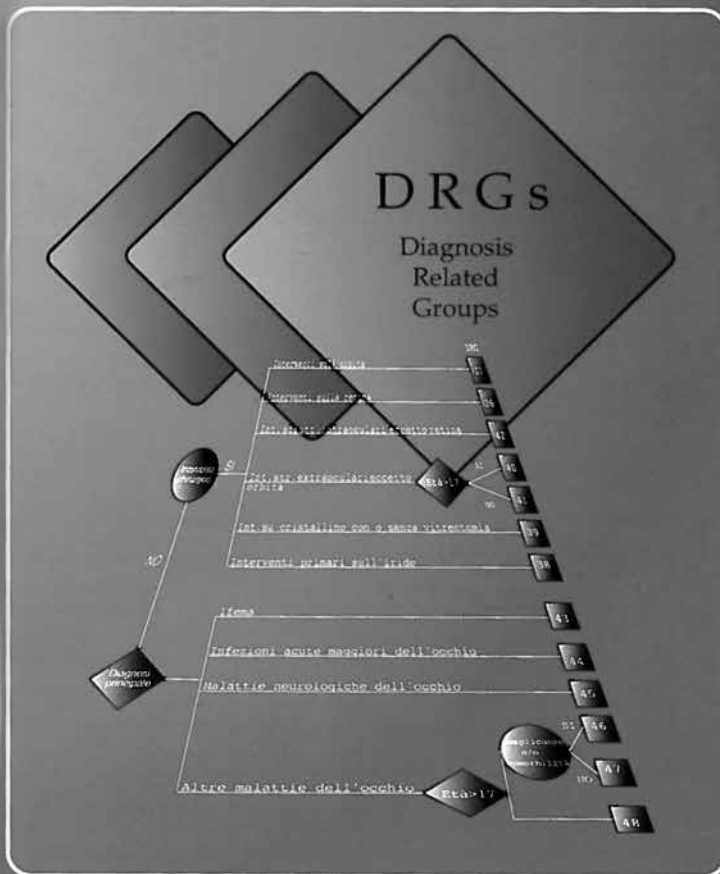


# OSPEDALITÀ PRIVATA

PERIODICO BIMESTRALE DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA

ANNO XXIII - N. 1 - GENNAIO - FEBBRAIO 1995

## Nostra Intervista al ministro della Sanità Elio Guzzanti



Il pagamento  
a tariffe  
massime  
nel  
Servizio  
sanitario

del DRG” era tutt’altro che rara, così come la tentazione di accrescere il numero di ricoveri – talvolta dimettendo un paziente anzitempo, per poi magari ricoverarlo di nuovo qualche giorno dopo – o di rappresentare situazioni più gravi e complesse di quanto in realtà fossero. A questo si aggiunga che l’introduzione del sistema dei DRG non venne accompagnato, nella fase iniziale, da un adeguato quanto necessario, sistema di controlli, venendo così a configurarsi quasi unicamente come uno strumento di finanziamento per le Aziende ospedaliere e per i privati, senza verifica della qualità e dell’efficienza.

Va riconosciuto che il nuovo sistema ebbe il pregio di ridurre i tempi medi di degenza, di aumentare il numero di medici nelle strutture sanitarie e anche quello delle attrezzature per pazienti acuti, ma non sortì significativi risultati sulla riduzione dei costi, anche perché gli effetti sulle strutture private accreditate era reale, mentre solo indicativo per quelle pubbliche, che continuavano ad essere finanziate a piè di lista. Le tariffe per le prestazioni a bassa complessità erano spesso insufficienti a coprire i costi, mentre gli interventi complessi (ad es. cardiocirurgia) erano caratterizzati da buone marginalità. Molti erogatori, pubblici e privati, dovettero adottare strategie di “sussidiazione incrociata” per ricercare un soddisfacente equilibrio economico, erogando prestazioni con marginalità negative insieme ad altre con marginalità positive. Il nuovo sistema tariffario, che ebbe l’importante risvolto culturale di creare maggiore coordinamento tra responsabili clinici e amministrativi, si sviluppò qualche volta a scapito di un’efficace risposta alle necessità epidemiologiche del territorio e dei criteri di appropriatezza ed efficienza globale del sistema sanitario. Bisogna anche dire che, ancora una volta, il settore privato sembrava quello più penalizzato. Come ricorda Emmanuel Miraglia, «si sostenne che le Aziende ospedaliere, per organizzarsi rispetto alla novità dei DRG e, in generale, alla riforma del 1992, avrebbero avuto bisogno di dieci anni. E pertanto il nuovo sistema di remunerazione e le nuove regole dell’accreditamento, per il settore pubblico, rimasero solo sulla carta. Stessa concessione, però, non venne riservata al settore privato».

Nonostante queste differenze di trattamento, gli anni successivi videro il settore pubblico in difficoltà, con grossi ritardi rispetto agli adeguamenti richiesti dal D.Lgs 502 e dall’introduzione dei DRG, nonché scelte manageriali spesso non in sintonia l’una con l’altra, e un aggravarsi dei costi: salvo alcune realtà indubbiamente virtuose, mancava ancora, evidentemente, una cultura del controllo della spesa da parte degli operatori, magari supportata da un’adeguata formazione. Al contrario, le strutture private, o almeno la componente più dinamica di esse, si organizzarono in tempi brevi – e senza incontrare grosse difficoltà – per migliorare i servizi e poter rendere più rapida ed efficace l’assistenza: semplicemente perché era quello che avevano sempre fatto anche prima della nuova riforma. Come ricorda Bonanno, «quella dei DRG doveva essere una grande riforma, mutuata dal sistema americano, e prevedeva la classificazione di oltre 16.000 malattie, attribuendo a ciascuna di esse uno specifico valore. Il sistema ha funzionato per il privato, pagato in base alle tariffe previste per ciascuna malattia, mentre nel settore pubblico si è visto solo un continuo permanere delle situazioni di inefficienza, con inevitabili esiti negativi».

Ciò che risultava fondamentale, alla fine del 1995, era far sì che i principi fondamentali alla base dei recenti provvedimenti legislativi – alla cui elaborazione l’Aiop aveva collaborato in maniera enormemente positiva e propositiva allo scopo di porre termine al

«delirio normativo» – venissero salvaguardati: il riferimento era alla libertà di scelta dei cittadini, ossia al mantenimento di un sistema sanitario dove soggetti pubblici e privati convivessero entro forme di collaborazione e competizione; alle regole omogenee per l'accreditamento; alla remunerazione a prestazione e al controllo di qualità ed efficienza. Principi che, se disattesi dalla programmazione regionale, avrebbero danneggiato non solo il settore privato, ma anche i cittadini e il miglioramento complessivo del sistema sanitario<sup>17</sup>.

Un primo importante passo avanti in questa direzione venne effettuato nel 1995, con la formazione di una Commissione mista (pubblico-privato) che seguisse l'iter di riordino del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso l'elaborazione dei provvedimenti previsti dal D.Lgs 502 e la loro successiva applicazione in sede regionale. Iniziativa che portò, nel 1996, alla costituzione di un «tavolo di lavoro» formato dal Coordinamento nazionale degli Assessori alla Sanità e dalle Associazioni di categoria interessate (Aiop, Aris, Anisap). «Il primo atto di rilevante importanza – scrisse Sciachì – a cui è pervenuto il 30 gennaio il tavolo è stato la sottoscrizione di un verbale di accordo in cui è stata riconosciuta l'esigenza di adottare, nella presente fase di transizione e inizio di attuazione del riordino del SSN, linee di comportamento omogenee e concordate, al fine di evitare, nel rispetto delle diverse autonomie e competenze, disuguaglianze non oggettivamente giustificabili ed iniziative conflittuali, anche in sede giurisdizionale»<sup>18</sup>.

Un tentativo di spingere le Regioni verso una più puntuale attuazione delle novità introdotte nel SSN fu rappresentato dal DPR 14 gennaio 1997, il quale stabiliva i requisiti minimi richiesti a tutte le istituzioni per l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria, demandando alle Regioni il compito di dare attuazione, entro un anno, alle disposizioni in esso contenute. Nel decreto veniva anche fatto un richiamo al regime concorrenziale tra strutture pubbliche e private, «finalizzato alla qualità delle prestazioni ed attuato secondo il criterio dell'uguaglianza di diritti e doveri delle diverse strutture, quale presupposto della libera scelta da parte dell'assistito».

Un richiamo decisamente positivo, comprensibilmente controbilanciato dalla specificazione che l'accreditamento di ogni singola struttura dovesse essere «funzionale alle scelte di programmazione regionale, nell'ambito delle linee guida di programmazione nazionale». Questa specifica, di per sé logica e legittima in un qualunque sistema di committenza pubblica, lasciava comunque ampi ambiti di interpretazione e applicazione concreta nei singoli contesti regionali. L'Aiop si trovò a domandarsi se si sarebbe conciliata la teoria con la prassi o se invece le scelte della programmazione regionale, ancora molto rigida e discrezionale, si sarebbero orientate a favorire gli erogatori pubblici, ignorando i principi cardine degli ultimi provvedimenti legislativi.

---

17 Sentenza Corte Costituzionale 416/95.

18 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciachì all'Assemblea generale dei soci, 1996.

## 4.7 La razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale

Il 30 novembre 1998 venne promulgata la legge n. 419 “Delega al governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l’adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992 n.502”. In sostanza una nuova riforma, voluta dall’allora Ministro della Sanità Rosy Bindi, e finalizzata – almeno in teoria – all’introduzione di nuovi principi aziendalistici a favore del pieno governo della spesa sanitaria, fermo restando il “principio della libera scelta del cittadino nell’uso delle strutture e dei servizi compatibilmente con le risorse disponibili e correttamente impiegate”.

Nella realtà dei fatti, questo provvedimento aveva poco senso. O, meglio, aveva un senso fin troppo chiaro, ma non certo rispetto al miglioramento dell’assistenza sanitaria o, come più precisamente era stato esplicitato, alla razionalizzazione di una spesa sanitaria che, anziché diminuire, era ancora una volta aumentata. La legge 419, infatti, andava nella direzione, tante volte rilevata e temuta dall’Aiop, di un riflusso rispetto a tutti i principi ispiratori del D.Lgs 502/92, principi che erano stati più volte minati alla loro base da contromisure regionali pratiche. L’introduzione dei DRG, ad esempio, aveva sì risolto il problema delle tariffe di degenza, ma si era anche configurato come un sistema di remunerazione approssimativo, suscettibile di aprire la strada a possibili abusi. Inoltre, nel corso degli ultimi anni, poca strada era stata compiuta – pur con inevitabili differenze tra Regione e Regione – per ottenere nel settore pubblico gli stessi standard del settore privato. «In questo andamento schizofrenico – scrisse Sciacchi – per cui si negava da una parte quel che si affermava dall’altra, è emersa, sempre più accentuata con l’evolvere della situazione politica e l’avvicendamento ai vertici del Paese, la scelta di ritornare al precedente assetto, contraddistinto da equilibri più favorevoli al pubblico che al privato, agli operatori che ai consumatori, al sistema che ai cittadini... razionalizzando il riordino!»<sup>19</sup>.

Dunque, nonostante l’intervento da parte dell’Aiop, che espresse pesanti critiche e propose emendamenti alla legge 419, questo provvedimento si configurò come una chiusura rispetto alle importanti innovazioni del 1992, un grave passo indietro che, purtroppo, non sarebbe stato l’ultimo. In particolare, con la legge n. 419 del 30 novembre 1998 il Governo veniva delegato ad «emanare disposizioni modificative e integrative del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni».

Nella relazione accompagnatoria dello schema di decreto legislativo n.229 licenziato dal Consiglio dei Ministri in data 14 aprile 1999 venivano individuati quali punti centrali della legge di delega n. 419:

- la conferma dell’importanza del SSN come strumento per perseguire il diritto alla salute;
- la scelta di completare i processi di regionalizzazione e aziendalizzazione avviati negli anni 1992/93 con un’ulteriore accentuazione delle responsabilità delle Regioni;
- la precisazione del ruolo di alcuni istituti (libera scelta, accreditamento, esclusi-

---

19 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciacchi all’Assemblea generale dei soci, 1999.



---

Il Presidente Gustavo Sciachi  
con Elio Guzzanti, Ministro  
della Sanità tra il 1995 e il 1996

vità del rapporto di lavoro) in coerenza con l'impianto complessivo della riforma;

- la necessità di commisurare gli interventi alla disponibilità effettiva di risorse.

Aspetti significativi toccati da quest'ultima riforma riguardavano la programmazione delle attività sanitarie, l'erogazione delle prestazioni, la qualificazione delle strutture e dei servizi sanitari e, infine, l'organizzazione delle Aziende sanitarie. Circa la programmazione assumeva rilievo la concatenazione di livelli programmatori sovrapposti (Stato-Regioni) attraverso i quali avrebbero dovuto precisarsi con continuità e coerenza, dal generale al particolare, gli obiettivi, gli strumenti e le azioni.

A tutti i livelli era previsto, nella fase di elaborazione del Piano, il coinvolgimento dei soggetti più direttamente interessati: sia le Regioni sia gli organismi rappresentativi dei Comuni per l'elaborazione dei Piani sanitari regionali e dei relativi piani attuativi. Il decreto sottolineava l'importanza della partecipazione ai processi di formazione degli atti programmatori, non meno che a quelli di verifica degli esiti, delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute.

Il problema di commisurare gli interventi alle disponibilità effettive delle risorse (compatibilità finanziaria) portò a connotare i livelli uniformi di assistenza indicati nel Piano sanitario nazionale come livelli essenziali. Erano perciò escluse dagli interventi a carico del Servizio Sanitario le prestazioni non connesse a necessità tutelate in base ai principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità, della validità, efficacia e appropriatezza delle cure e dell'economicità nell'impiego delle risorse. A ciò si collegavano sensibili modifiche al regime di erogazione delle prestazioni. Prestazioni aggiuntive rispetto a quelle contemplate dai livelli essenziali e uniformi di assistenza, salvo che non fossero assicurate con risorse proprie delle Regioni o dei Comuni, avrebbero potuto essere erogate attraverso fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel caso di prestazioni innovative, per le quali non esistesse sufficiente e definitiva evidenza scientifica, il Ministero della Sanità avrebbe potuto autorizzare programmi di sperimentazione per la loro erogazione in strutture sanitarie accreditate. Il decreto si soffermava a precisare la natura delle prestazioni socio-sanitarie, distinguendole in prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, ambedue volte comunque a soddisfare una componente dei bisogni di salute della persona. Le disposizioni miravano a definire il contesto e gli strumenti per integrare le attività erogate a carico del Servizio sanitario e quelle a carico degli enti locali.

Venne ripreso il tema della qualificazione delle strutture sanitarie attraverso la definizione di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi necessari per l'esercizio delle attività sanitarie, nonché tramite la definizione di criteri di accreditamento per l'instaurazione di rapporti con il Servizio Sanitario, tema già delineato nel D.Lgs 502/1992, ma stavolta affrontato nell'ambito del sistema di programmazione dei fabbisogni. La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie da parte di qualunque soggetto fu subordinata ad una autorizzazione rilasciata al soggetto stesso se in possesso dei requisiti minimi.

Le strutture sanitarie (pubbliche, equiparate e private lucrative e non) e i professionisti autorizzati, purché in possesso di ulteriori requisiti specifici, potevano richiedere l'accreditamento istituzionale, quale *status* indispensabile per l'erogazione di prestazioni a carico del Servizio Sanitario. L'erogazione di prestazioni a carico del Servizio Sanitario da parte di strutture e professionisti era regolata da accordi contrattuali. Venne qui formalmente esplicitata la possibile separazione tra soggetto acquirente di prestazioni e soggetto fornitore accreditato, pubblico o privato.

Il modello gestionale delle attività sanitarie impostato dal D.Lgs 502/1992 con la costituzione delle Unità sanitarie locali in Aziende sanitarie sotto forma di Azienda Usl, dotata o meno di presidi ospedalieri, o sotto forma di Azienda ospedaliera, riceveva così una più puntuale definizione. L'organizzazione funzionale, strutturale ed operativa venne, o almeno questo era l'intento, più decisamente orientata al conseguimento degli obiettivi secondo criteri di efficacia, efficienza ed economicità. Fu riconosciuta all'Azienda l'autonomia aziendale e le norme per la gestione economico-finanziaria e patrimoniale furono uniformate ai principi del codice civile, con obbligo di rispetto del vincolo di bilancio attraverso l'equilibrio di costi e ri-



cavi<sup>20</sup>. L'Azienda ottenne la disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, sebbene gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili fossero assoggettati ad autorizzazione regionale ed i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituissero patrimonio indisponibile. L'Azienda doveva agire mediante atti di diritto privato e le forniture di beni e servizi, salvo che per contratti di valore pari o superiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria, dovevano essere appaltati o contrattati secondo le norme di diritto privato.

---

I soci durante l'Assemblea straordinaria Aiop del 1996

20 Costituivano organi dell'Azienda il Direttore generale ed il Collegio sindacale (ex Collegio dei Revisori). Il Direttore generale, sulla base dei principi e dei criteri stabiliti dalla Regione, doveva adottare l'atto aziendale di diritto privato, con il quale venivano, tra l'altro, individuate le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica. L'assetto organizzativo individuava come struttura di vertice la Direzione strategica dell'Azienda formata dal Direttore generale, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario.

## 4.8 La “Riforma ter”

In questo delicato contesto, l’Aiop dovette affrontare una nuova situazione difficile in quanto, con la razionalizzazione del SSN, vennero imposti dei tetti al volume delle attività svolte dalle case di cura private accreditate, senza tener conto dell’evoluzione dei bisogni sanitari e tanto meno di quella dei costi: una restrizione insostenibile, che andava a penalizzare gravemente il settore privato e anche la libertà di scelta dei cittadini. Infatti, nessuna casa di cura avrebbe potuto erogare prestazioni oltre i limiti imposti – nemmeno con il sistema delle regressioni tariffarie adottato in precedenza in qualche regione – e, di conseguenza, si sarebbe ritrovata a non poter più offrire un’adeguata gamma di servizi, costringendo così gli utenti a rivolgersi ad altre strutture, anche al di fuori del proprio territorio, o rassegnarsi a lunghe liste di attesa. L’Aiop non poteva restare in silenzio mentre si portava avanti un’azione legislativa tanto discriminatoria nei confronti della sanità privata e, dopo mesi di consultazioni e confronti con Assessori e Ministri, nella riunione del Consiglio nazionale del 22 aprile 1999 vi fu un’accesa discussione tra chi avrebbe voluto perseguire una linea dura e quanti, come il Presidente Sciachi, suggerivano prudenza, «al fine di conseguire risultati utili negli aspetti essenziali, evitando il rischio di indebolire l’azione associativa con un numero eccessivo di richieste e proposte»<sup>21</sup>.

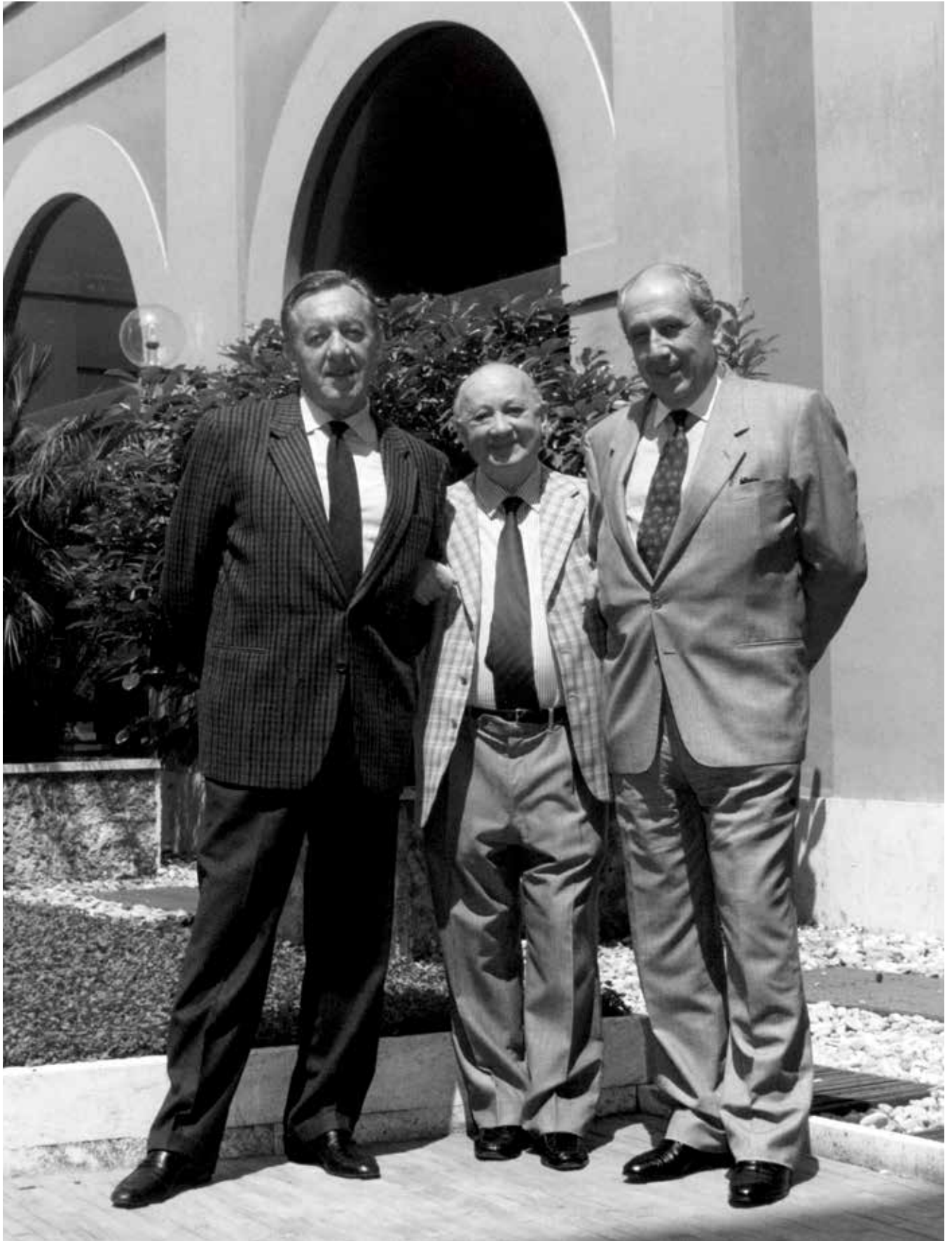
La riunione si concluse con una equilibrata mediazione tra gli opposti punti di vista, a cui seguì una delibera riguardo la legge 419, nella quale si faceva presente – tra gli altri punti in questione, di ordine più tecnico, – che detto provvedimento conteneva «una sorta di eccesso programmatico, potenzialmente idoneo a limitare ed ingessare l’attività delle strutture sanitarie private, impedendone di fatto diffuse possibilità di sviluppo sul piano organizzativo e qualitativo». Ed ancora che esso ripristinava il “privilegio del pubblico”, tramite quella che era divenuta un’autorizzazione ad esercitare attività sanitarie per il settore privato e non più un diritto (come previsto dal D.Lgs 502), ossia una concessione di carattere discrezionale, affidata operativamente alle scelte della Pubblica amministrazione regionale. Naturalmente, nella delibera, venivano fatte anche osservare altre pecche della legge in questione, come le discriminazioni tra strutture private profit e no profit, l’assurdo tetto per i servizi sanitari di ciascuna struttura e la richiesta di un contratto (non bastava poter essere accreditati) – sempre da pattuirsi con le Regioni – per poter ottenere la possibilità effettiva di erogare prestazioni per conto del SSN<sup>22</sup>.

I risultati di tanto impegno arrivarono, anche se non nell’immediato, e nel frattempo si configurarono altri problemi. Alla legge 419, fecero seguito altri tre provvedimenti: la legge 13 maggio 1999 n. 133 “Disposizioni in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale”, il decreto legge 18 febbraio 2000 n. 56 “Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell’articolo 10 della legge 13 maggio 1999 n. 133”, il quale prevedeva la soppressione nell’arco di tre anni del Fondo sanitario nazionale, lasciando alle Regioni il compito di finanziarsi direttamente, e il decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229 “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419”. Con quest’ultimo fonda-

21 Cfr. Consiglio Nazionale Aiop, 22 aprile 1999.

22 Cfr. Consiglio Nazionale Aiop, 22 aprile 1999. Nella stessa riunione, l’Aiop deliberò di mettere a disposizione del Ministro della Sanità 100 milioni di lire da destinare alla Croce Rossa per interventi urgenti a favore dei profughi del Kosovo.





I revisori dei conti Aiop negli anni Novanta: da sinistra, Bruno La Porta, Ercole Buscaroli e Silvano Dini

mentale provvedimento – soprannominato «Riforma ter» – risultava che lo Stato italiano avrebbe garantito alla popolazione soltanto prestazioni minime ed essenziali, e che queste ultime non sarebbero state misurate in base all'effettivo bisogno dei cittadini, bensì vincolate e subordinate alle compatibilità di programmazione economiche già previste dalla legge 419, ossia i rigidi tetti di spesa imposti ad ogni struttura assistenziale.

Con l'introduzione del federalismo fiscale, il SSN andava a perdere il suo significato originale, diventando il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali erogate da ogni Regione. E questo secondo criteri del tutto discrezionali, poiché il testo normativo era molto vago al riguardo. Nuovamente, all'Aiop toccò riprendere l'iniziativa e, già alla fine del decennio, gli esiti di tanto lavoro e approfondimenti, pazienza e determinazione, portarono qualche frutto. Sciacchi stesso espresse soddisfazione rispetto a quanto si era ottenuto per arginare e correggere, almeno fin dove era possibile, la legge 419 e i provvedimenti successivi<sup>23</sup>.

Ad esempio, erano state modificate le disposizioni concernenti l'accreditamento, che vennero uniformate in un'unica norma, con determinazione dei requisiti uguali per tutti e criteri di accreditamento omologati. «È stata poi specificata la funzione della programmazione regionale – sottolineò Sciacchi – che deve anche comprendere la definizione di limiti entro i quali sia possibile accreditare quantità di prestazioni in eccesso rispetto al fabbisogno, in modo da assicurare un'efficace competizione tra le strutture accreditate. Ed anche che in tutto il processo di programmazione devono essere previste intese con le associazioni rappresentative delle istituzioni, una legittimazione rilevante per l'Aiop al fine di una tutela efficace delle case di cura»<sup>24</sup>. Traguardi per molti versi importanti, ma che non modificavano nella sostanza il riflusso monopolistico della volontà politica, più protesa alla difesa delle strutture ospedaliere di natura pubblica e l'influsso complessivamente negativo dell'impianto del D.Lgs 229 – forse quello che maggiormente colpiva il settore privato – il quale aveva una connotazione piuttosto autoritaria e burocratica, ossia in contraddizione con un concetto di sanità al servizio delle reali esigenze dei cittadini.

Vi era anche il sospetto, come emerge da uno dei verbali del Consiglio nazionale Aiop, che il decreto fosse di «dubbia legittimità costituzionale» e, con certezza, «un testo di lettura assai complicata, sia per la previsione di numerosi provvedimenti ulteriori, da emanarsi in termini di tempo assai brevi, sia perché esso sostanzialmente rimuoveva il precedente decreto 502, del quale non restano più tracce significative dei meccanismi di competizione»<sup>25</sup>.

---

23 Va specificato che il lavoro dell'Aiop nella formulazione dei tre decreti legge in questione anticipò la loro approvazione, ossia far sì che la stesura definitiva contenesse tutte (o quasi) le modifiche correttive proposte.

24 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciacchi all'Assemblea Generale dei soci, 2000.

25 Cfr. Consiglio Nazionale Aiop, 24 giugno 1999. È da evidenziare, comunque, che la Riforma Bindi fu invisa a tanti. Così che il Presidente del Consiglio Giuliano Amato, subentrato a Massimo D'Alema dopo la sconfitta alle elezioni regionali del 2000, secondo molti da imputare proprio alla riforma Bindi – oltre a quella scolastica di Luigi Berlinguer, sostituì Rosy Bindi con Umberto Veronesi.

Nell'ultimo scorcio del decennio l'Aiop era riuscita, nonostante le difficoltà e il grosso impegno richiesto per contrastare la tempesta della Riforma ter, a non venir meno al suo ruolo di riferimento per la sanità privata anche in settori diversi da quello legislativo. Ad esempio, si era instaurata – grazie alla partecipazione al *Progetto sanità* di Confindustria, la quale aveva largamente apprezzato i contributi propositivi dell'Aiop – una proficua collaborazione con Confindustria stessa, il che aveva consentito all'Associazione di ottenere una rappresentanza sindacale più forte. Inoltre, il 1999, sotto il profilo dei rinnovi contrattuali, era stato un anno chiave, in quanto – dopo una serie di lunghe trattative – l'Aiop aveva ottenuto l'approvazione del nuovo Contratto collettivo nazionale di lavoro per il personale medico dipendente e per il personale dipendente non medico. «Per quanto concerne il rinnovo contrattuale dei medici – scrisse Sciacchi – esso ha assunto, proprio sotto il profilo politico, una rilevanza significativa, in quanto si è sganciato dalle vicende del settore pubblico, riuscendo altresì a salvaguardare le qualifiche reali all'interno della casa di cura e la flessibilità nell'organizzazione del lavoro, di particolare importanza nel caso del personale medico. [...] Certo, è da tenere presente, per quanto riguarda in particolare la copertura dei maggiori oneri contrattuali, che il nuovo metodo di remunerazione delle prestazioni non prevede alcun automatismo e che pertanto tale giusta esigenza non può essere fatta valere che in sede di adeguamento dei DRG da parte delle Regioni»<sup>26</sup>.

Essendo ormai questo il nuovo contesto generale in cui era necessario operare, in più di una riunione del Consiglio nazionale l'Aiop aveva rilevato che il rinnovo dei contratti di lavoro, peraltro scaduti da tempo, costituiva il biglietto da visita indispensabile per presentarsi alle trattative con Regioni e Ministeri come imprenditori corretti, affidabili e pienamente legittimati nelle proprie richieste, mentre il mancato rinnovo dei contratti, e le inevitabili tensioni con il personale, avrebbero messo l'ospedalità privata in una posizione di debolezza. Intensa era stata anche la partecipazione dell'Aiop alle dinamiche europee in fatto di sanità.

Era pur vero che il Trattato di Maastricht non prevedeva espressamente l'armonizzazione dei sistemi sanitari dei Paesi membri, ma anche che la situazione si presentava ad un'evoluzione dinamica, rendendo ragionevole ipotizzare un inserimento sempre più diretto della sanità tra le politiche comunitarie, anche attraverso la presentazione ufficiale delle posizioni comuni dell'ospedalità privata attraverso l'Uehp, della quale l'Aiop era membro particolarmente attivo e che vedeva alla Presidenza l'italiana Alberta Sciacchi, della Sede nazionale Aiop.

---

26 Cfr. Relazione annuale del Presidente Sciacchi all'Assemblea generale dei soci, 2000.

# L'Union européenne de l'hospitalisation privée (Uehp)

---

La prima esperienza di associazionismo europeo delle organizzazioni dell'ospitalità privata risale ai primi anni Settanta, con la fondazione, a Monaco di Baviera (il 19 ottobre 1970), del Cehp – Comité Européen de l'Hospitalisation Privée – da parte delle Associazioni del Belgio (Fhp), della Francia (Ffieh), della Germania Ovest (Bdp) e dell'Italia (Aiop), il cui primo Segretario generale è l'italiano Fabio Milone. La finalità delle Associazioni, tutte aderenti all'Union Internationale de l'Hospitalisation Privée (Uihp, fondata il 14 ottobre del 1972 ad Amburgo), è di organizzarsi e di cercare soluzioni agli specifici problemi legati all'appartenenza al Mercato comune europeo. Successivamente, si uniscono al Cehp le organizzazioni dell'Irlanda (Iphnha) e del Regno Unito (Ihg). Fin dall'inizio il Cehp si dota di un periodico, *Iatreia*, una rivista pubblicata in cinque lingue.

Nel 1991, a Roma, in seguito all'evoluzione della forma giuridica comunitaria, i membri del Cehp fondano l'Union Européenne de l'Hospitalisation Privée (Uehp), aggregando altre Associazioni nazionali di categoria ([www.uehp.org](http://www.uehp.org)). Nel 1993 l'Uehp adotta una "Dichiarazione d'intenti", in cui si afferma che l'ospitalità privata è garanzia di una medicina personalizzata, fondata sulla libertà di scelta del medico e del luogo di cura. Più di recente, l'Uehp partecipa alle consultazioni pubbliche della Commissione Europea e presenta alle istituzioni comunitarie posizioni ufficiali su temi di rilievo, tra i quali, l'accesso alle prestazioni transfrontaliere, gli aiuti di Stato, i ritardi dei pagamenti, l'informatica sanitaria, le infezioni nosocomiali e i rifiuti ospedalieri. Nel 2010, a Parigi, viene organizzato il 1° Congresso Uehp sul tema "Verso un'Europa della sanità: libera scelta, efficienza e qualità delle cure". Il 2° Congresso ha luogo nel 2015, a Milano, sul tema: "Modernizzazione dei sistemi sanitari: quali investimenti per sistemi sostenibili, efficienti ed accessibili ai cittadini europei". Tra gli studi più rilevanti, occorre ricordare "L'Hospitalisation Privée en Europe" (2001), riguardante i sistemi sanitari nazionali in Europa.

Attualmente l'Uehp rappresenta il settore ospedaliero privato di 18 Paesi: Austria, Belgio, Bulgaria, Croazia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Moldavia, Polonia, Portogallo, Principato di Monaco, Russia, Serbia, Spagna, Svizzera e Ungheria, per un totale di circa 4.500 strutture sanitarie, in maggioranza accreditate presso l'assicurazione sociale o i servizi sanitari nazionali. L'Uehp fa parte dell'Health Policy Forum, organismo consultivo permanente della Commissione Europea, e di gruppi di lavoro ad alto livello della Commissione stessa su servizi sanitari, e-Health, qualità e sicurezza. È accreditato presso il Parlamento Europeo, dove partecipa ai "gruppi d'interesse" su innovazione, diritti dei pazienti e mobilità. L'Uehp da sempre afferma la sua posizione favorevole a un modello di sistema sanitario europeo, costituito da un mix pubblico-privato, correttamente gestito, capace di garantire una destinazione razionale e produttiva delle risorse, una risposta adeguata e rapida alla domanda, una costante ricerca della qualità e della sicurezza del paziente.

Dal 1991 si sono succeduti alla guida dell'Uehp nella carica di Presidente: Gustavo Sciacchi (It. dal 1991), Louis Serfaty (Fr. dal 1993), André Wynen (Be. dal 1997) Alberta Sciacchi (It. dal 1999), Max Ponceillé (Fr. dal 2005), Teophilo Leite (Pt. dal 2011), Erich Sieber (Au. dal 2013), Paul Garassus (Fr. dal 2015).

# Le Società scientifiche dell'ospitalità privata

La collaborazione e il confronto tra strutture ospedaliere private, successivo alla costituzione dell'Aiop, fa emergere l'esigenza di definire un ruolo maggiore della componente medica, allora molto numerosa tra gli imprenditori della Sanità. Risale quindi al 1988 la costituzione della **Simop - Società italiana medici dell'ospitalità privata** avente il fine di valorizzare il carattere scientifico della partecipazione del medico all'attività nella casa di cura. Primo Presidente nazionale è Carmine Malzoni e il primo Consiglio Direttivo è costituito da personaggi che stavano dando un grande contributo alla crescita dell'Aiop: Leonardo Bianchi Jr., Plinio Pinna Pintor, Salvatore Castorina, Angelo Quarenghi, Giuseppe Salvi e Sergio Bardelli.

Da allora nascono diverse altre Società scientifiche, tutte radicate nell'ospitalità privata, e che nel 2009 si federano nella **Fisopa - Federazione italiana società scientifiche ospitalità privata accreditata** ([www.fisopa.org](http://www.fisopa.org)) - con la presidenza di Massimiliano Iannuzzi Mungo. Nel 2015 risulta formata da otto organizzazioni: Sicoa, Sicop, Sicoop, Urop, Opi, Sinspa, Arsop, Siap. Presidente nazionale, dal 2015, è Fabrizio Proietti.

## **Sicoa - Società italiana cardiologia ospitalità privata** ([www.sicoa.net](http://www.sicoa.net))

Nasce nel 2002, allo scopo di riunire tutti coloro che in ragione della loro attività clinica, scientifica o promozionale operano in campo cardiologico e che svolgono la loro attività nelle strutture cardiologiche accreditate a gestione privata. Rientra tra i suoi obiettivi creare innovativi percorsi diagnostici e terapeutici, mantenendo viva l'attenzione alla collaborazione con i medici di medicina generale, con i colleghi che operano sul territorio, negli ospedali pubblici, nelle Università e negli Istituti di ricerca. Oggi Sicoa rappresenta 150 Unità operative di cardiologia, con 1.450 soci e venti delegazioni regionali. Presidente nazionale è il dottor Enrico Pusineri.

## **Urop - Urologi ospitalità a gestione privata** ([www.urop.it](http://www.urop.it))

Nasce nel 2002. Essa ha lo scopo di evidenziare una realtà operativamente importante ma sottovalutata nell'ambito delle società scientifiche di branca e di proporre l'aggiornamento professionale dei medici ed infermieri afferente alle scienze urologiche. Urop nasce dall'idea di un piccolo gruppo di urologi, riunito attorno al primo Presidente, Giovanni Bartolotta, in terra siciliana. Nel 2005 avviene il primo salto di qualità e di espansione nel territorio nazionale sotto la presidenza di Rosario Leonardi. Attualmente conta circa 240 soci ed è presente nel 33% delle 300 strutture italiane a gestione privata con urologia. Dal 2006 l'Urop è presente con un proprio consigliere nel Direttivo della Società italiana di Urologia (Siu). Dal 2015 è Presidente nazionale Stefano Pecoraro.

## **Opi - Oculisti dell'ospitalità privata italiana** ([www.oopi.it](http://www.oopi.it))

È stata fondata nel 2002 con lo scopo di valorizzare la professionalità di tutti gli oculisti che lavorano in case di cura accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, per ottenere una vera equiparazione con il "pubblico" anche a livello di anzianità di servizio e diffondere nel tessuto sociale la presenza del privato accreditato e la fiducia in esso. Altro obiettivo è il riconoscimento dell'attività scientifica e di ricerca svolta nelle suddette strutture.

Le società scientifiche dell'ospitalità privata all'Assemblea generale Aiop di maggio 2015



L'Opi opera con spirito costruttivo e solidale con la Soi (Società italiana di oftalmologia). Conta di anno in anno un numero sempre maggiore di iscritti, attualmente sono più di 300. Presidente nazionale è Guido Lesnoni.

**Sicoop - Società italiana chirurghi ortopedici dell'ospitalità privata** ([www.sicoop.it](http://www.sicoop.it))  
Nasce nel 2001 dall'idea di Marco Pasquali Lasagni di dare vita ad una Società scientifica che raggruppasse tutti gli ortopedici che lavoravano nelle strutture private accreditate. Oggi gli ortopedici associati sono più del 35% di quanti operano nelle strutture private, costituendo una realtà importante e fondamentale su tutto il fronte sanitario nazionale. Attualmente Presidente nazionale è Ezio Adriani.

#### **Sin.Spa - Società italiana neuroscienze strutture private accreditate**

È stata fondata nel 2011 per riunire tutti gli specialisti nel campo delle neuroscienze che operano presso strutture private accreditate. Nata da un'idea di Aldo Spallone, attuale Presidente nazionale, la Società ha subito raccolto l'adesione di un primo gruppo di neurochirurghi e neurologi con il fine di evidenziare una realtà clinica ad alto contenuto specialistico. Lo scopo è quello di organizzare e tutelare la professionalità di chi opera in strutture private accreditate per ottenere:

- il riconoscimento dell'equipollenza tra le carriere pubbliche e quelle del privato accreditato;
- l'adeguamento del sistema di rimborso alle reali necessità di un'attività di alta specialità;
- la rivisitazione dei modelli organizzativi proposti per le neuroscienze cliniche, il miglioramento continuo degli standard di qualità professionale nella diagnosi e nel trattamento delle malattie del sistema nervoso e nell'assistenza dei pazienti;
- la promozione di trial e studi clinici e di ricerca scientifica finalizzate a rapporti di collaborazione con altre società ed organismi scientifici nazionali ed internazionali;

- l'aggiornamento professionale e la formazione permanente nei confronti degli associati;
- la collaborazione con le Università e con altre associazioni medico-scientifiche.

Sin.Spa sta oggi allargando la sua base associativa a figure specialistiche diverse dai neurochirurghi e dai neurologi, quali i neuroradiologi, i neuroranimatori e i fisiatristi che si occupano di neuroriabilitazione.

**Arsop - Associazione medici riabilitatori specialisti ospedalità privata** ([www.arsop.it](http://www.arsop.it))

Nasce nel 2014 su iniziativa di un gruppo di medici della riabilitazione. Ad oggi, opera nell'ambito della regione Lombardia, con una base di oltre 300 associati. Oltre ai fisiatristi aderiscono tutti i medici che lavorano nel campo della riabilitazione nelle strutture autorizzate e/o accreditate con il sistema sanitario regionale, ma si apre anche alle altre figure professionali che nella stessa Arsop partecipano e danno vita a Sezioni specifiche, come quella degli psicologi e dei terapisti della riabilitazione. L'Arsop si pone i seguenti obiettivi:

- rappresentare e coordinare i medici che operano all'interno delle équipes riabilitative, in un'ottica di approccio specialistico multidisciplinare;
- elaborare protocolli, PDTA e linee guida scientifiche in collaborazione con società scientifiche nazionali e internazionali;
- collaborare con le istituzioni per condividere modelli di appropriatezza e operatività, protocolli gestionali, procedure di controllo;
- svolgere attività di aggiornamento professionale, manageriale e scientifico e di formazione continua in sanità;
- istituire Sezioni speciali che riuniscano gli altri operatori sanitari non medici che svolgono la loro attività nel campo della sanità allo scopo di unire e promuovere le conoscenze e competenze.

Presidente nazionale è Sandro Iannaccone.

**Siap - Società italiana per l'assistenza psichiatrica** ([www.siapsi.it](http://www.siapsi.it))

Si costituisce a fine 2014, espressione di molte realtà sanitarie private, come risposta culturale e scientifica più concreta alle emergenze attuali del settore psichiatrico. Le neuroscienze risentono, come molte altre specializzazioni in campo sanitario, di forti tensioni tra i continui aggiornamenti della ricerca neurobiologica e la differenziazione delle nuove condizioni psicopatologiche, come l'abbassamento dell'età media nell'esordio delle psicosi, i disturbi dell'alimentazione, i disturbi correlati all'aumento della diffusione delle sostanze d'abuso o dall'aumento dei disturbi della personalità. Siap è costituita da tutte le figure professionali che, a vario titolo, effettuano prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali nelle Istituzioni di cura psichiatriche accreditate di tutto il territorio nazionale. Presidente nazionale è Maurizio Parisi.

**Sicop - Società italiana di chirurgia dell'ospedalità privata** ([www.sicopchirurgia.it](http://www.sicopchirurgia.it))

Si costituisce nel 1999 con lo scopo di promuovere il progresso scientifico, tecnologico e organizzativo incentivando gli scambi di esperienze cliniche e sperimentali nel settore della medicina e della chirurgia in particolare, sia generale che specialistica e delle scienze affini, l'attenzione è rivolta specialmente alle attività svolte nell'ambito di strutture private o private accreditate o classificate con il SSN e dell'Unione Europea, mantenendo contatti scientifici con strutture e associazioni analoghe di altri Paesi. L'attività della Società è contraddistinta dai Congressi annuali, cui partecipano i circa 400 medici iscritti. Presidente nazionale, dal 2015, è Gianandrea Baldazzi.



ALINARI

ALINARI

ALINARI





# Gli anni della destabilizzazione

---

ANNI DUEMILA

New York prima dell'attentato terroristico alle Torri Gemelle

5

## 5.1 Un inizio da brivido

Il nuovo millennio si aprì con i tragici attentati di matrice islamica al cuore del mondo occidentale. La mattina dell'11 settembre 2001 diciannove affiliati all'organizzazione terroristica al-Qaida dirottarono quattro voli civili commerciali e fecero schiantare due degli aerei sulle Twin Towers del World Trade Center di New York, provocando il crollo di entrambe, notevoli danni agli edifici adiacenti, nonché la morte di oltre tremila persone<sup>27</sup>. In tutto il mondo si diffuse la paura nei confronti del fondamentalismo islamico, portando molti Stati a rafforzare la loro legislazione anti-terroristica, con massiccio incremento dei poteri di polizia. Gli Stati Uniti risposero a questo grave attacco dichiarando guerra al terrorismo e attaccando l'Afghanistan, controllato dai Talebani del Mullah Omar, accusati di aver volontariamente ospitato i terroristi.

Per l'economia, la prima grande novità del decennio fu l'entrata in vigore, il 1° gennaio 2002, dell'Euro, la moneta unica europea. In Italia il passaggio tra una moneta e l'altra comportò un indiscriminato aumento dei prezzi di alcuni generi di consumo quotidiano nel giro di pochi mesi, con la diffusa impressione che si stesse effettuando la conversione tra lira e euro in un rapporto 1.000 a 1, riducendo quasi della metà il valore reale della moneta. In realtà, gli aumenti si verificarono soprattutto nel settore della distribuzione al dettaglio dei generi alimentari, nel settore della ristorazione e dei viaggi, soprattutto in contesti di scarsa concorrenza. Al contrario, per beni più durevoli (elettrodomestici, telefonia, hi-tech) si verificò una leggera diminuzione di prezzi<sup>28</sup>. In generale, nel 2002 si registrò un'inflazione del 2,3%, come l'anno precedente, ma fu proprio in quei mesi che si diffuse la diffidenza nei confronti della nuova moneta, incolpata di "impoverire gli italiani".

I sospetti di un appoggio al capo dei fondamentalisti islamici Bin Laden da parte di Saddam Hussein spinsero nel 2003 gli Stati Uniti a dichiarare guerra all'Iraq, anche con il coinvolgimento dell'esercito italiano in fase di *peace-keeping*<sup>29</sup>. Sul fronte interno, i primi anni del decennio videro al governo Silvio Berlusconi, che complessivamente finì per deludere aspettative molto alte sul rilancio dell'economia e del sistema Paese. Inoltre, l'innalzamento dell'età minima per il pensionamento di anzianità, inevitabile per la sostenibilità del sistema, suscitò la forte opposizione dei Sindacati. Questi ultimi criticarono aspramente anche le disposizioni della cosiddetta "Legge Biagi" sui contratti di lavoro "atipici" e i tentativi di abolire l'articolo 18 dello Statuto dei Lavoratori.

Nel complesso, per un insieme di cause economiche e legislative, gli anni 2000 videro la creazione del "mercato del lavoro duale" che ancora oggi caratterizza il nostro Paese: marcate differenze in termini di stabilità lavorativa e ammortizzatori

---

27 Il terzo aereo di linea venne dirottato contro il Pentagono. Il quarto aereo, diretto contro il Campidoglio o la Casa Bianca a Washington, si schiantò in un campo della Pennsylvania.

28 Per un sintetico approfondimento su euro e inflazione:  
[http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/publication6796\\_it.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication6796_it.pdf)

29 Nel febbraio del 2003, tre milioni di persone protestano a Roma contro l'attacco americano all'Iraq. Una manifestazione che si espanse a macchia d'olio anche in altri Paesi, tant'è che il *New York Times* definì l'opinione pubblica mondiale la "seconda superpotenza mondiale".

sociali tra i dipendenti già assunti a tempo indeterminato e una vasta ed eterogenea categoria di lavoratori interinali, parasubordinati o solo formalmente “autonomi”. Le elezioni del 2006 portarono al Governo il leader dell’Ulivo Romano Prodi.

Da ascrivere a questo periodo è anche l’avvio di un processo che muterà, nel profondo, il nostro sistema di convivenza. Grazie alla diffusione di Internet e alla conseguente crescita dell’informazione raggiungibile “comodamente da casa”, esplose un processo di mutamento profondo delle modalità di formazione e diffusione dell’opinione pubblica.

Sul piano economico, a fare da padrone fu la gravissima crisi finanziaria iniziata nel 2007. A innescarla fu lo scoppio della bolla immobiliare statunitense, seguita dalla controversa e destabilizzante crisi dei mutui *subprime*. La situazione continuò ad aggravarsi sia sul piano dei mercati finanziari sia su quello della tenuta, fortemente compromessa, di tutte le economie occidentali.

Tornando all’ambito politico, il 2007 vide salire alla ribalta Beppe Grillo, promotore della manifestazione nazionale V-day<sup>30</sup> che coinvolse migliaia di persone in varie città italiane: l’obiettivo era quello di denunciare la classe politica, accusata di non avere alcun rispetto per la legalità e di fare frequente ricorso a privilegi e uso privato del ruolo pubblico. Nel contempo Berlusconi aveva avviato il percorso che portò allo scioglimento di Forza Italia per costruire un unico partito della destra italiana: il Popolo della Libertà, che gli consentì, con le elezioni del 2008, di ritornare a palazzo Chigi.

Tra l’estate e la fine del 2008 si accentuò enormemente in Italia il fenomeno dei social network, un mondo virtuale che andò sempre più ad intrecciarsi con la vita reale delle persone, cambiando le loro modalità di relazione anche con le istituzioni. Nello stesso anno la crisi, che da finanziaria era divenuta economica, continuò ad aggravarsi, raggiungendo il suo apice nel 2009, con un vertiginoso aumento delle difficoltà occupazionali, soprattutto per i giovani, spesso costretti a lavori occasionali e precari, oppure di livello inferiore rispetto al titolo di studi conseguito<sup>31</sup>.

---

30 La «V» di V-day è l’iniziale di un augurio volgare.

31 Gli effetti più duri della mala gestione condotta durante il primo decennio del 2000 si sarebbero sentiti negli anni successivi.

## 5.2 Le incognite della riforma Bindi

Il nuovo secolo si aprì con emergenti segnali di incertezza e paura relativamente ai nuovi assetti del welfare, con riferimento sia al grado reale di copertura che alla capacità di dare risposta alle diversificate attese dei cittadini. Sembravano convivere, negli italiani, un'irrefrenabile voglia di libertà e di personalizzazione delle prestazioni e il timore che dalle grandi manovre sull'offerta potesse scaturire, come saldo netto dei mutamenti, una fragilità sostanziale della rete di protezione fino ad allora, almeno sulla carta, sufficientemente garantita. I timori erano quelli di un sovraccarico della responsabilità individuale, a fronte di un servizio pubblico incapace di soddisfare i bisogni reali della popolazione<sup>32</sup>.

Queste paure, va detto, non erano del tutto infondate e in gran parte erano collegate alla "svolta" avvenuta alla fine degli anni Novanta, ossia la «Riforma ter» attuata dal Ministro della Sanità Rosy Bindi<sup>33</sup>. Le leggi approvate in quegli anni rispondevano a spinte federaliste, alimentate dalla presenza di forze politiche che rivendicavano poteri sempre maggiori per le Regioni e reclamavano per le stesse una più sostanziale autonomia finanziaria<sup>34</sup>. Se da un lato un assetto federalista, soprattutto finanziario, avrebbe potuto contribuire a valorizzare le particolari esigenze a livello regionale, dall'altro rischiava di aggravare i forti squilibri territoriali esistenti in Italia. Far dipendere la capacità di spesa di un ente dalla propria capacità di entrata (soprattutto di natura impositiva) significava rafforzare soprattutto gli ambiti locali già più ricchi, o comunque meno gravati, ad esempio, da significativi problemi socio-economici.

Inevitabile corollario di queste manovre fu la revisione del Titolo V della Costituzione, con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, la quale prevedeva un quasi totale capovolgimento della situazione preesistente, definendo un nuovo assetto dei rapporti tra centro e periferia, riorganizzati in senso federale, o quantomeno regionalista. La sanità venne inserita tra le materie di legislazione concorrente tra Stato e Regioni, per le quali spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato (art. 117, c.2).

Tuttavia, allo Stato venne riservata «la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale» (art. 117, c.1., lettera m). In pratica, al governo centrale venne affidato il compito di programmare la politica sanitaria, di fissare gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le linee di indirizzo del Servizio Sanitario Nazionale, di stabilire i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza, cioè l'insieme di prestazioni garantite a tutti i cittadini italiani) e, per assicurare questi ultimi in maniera uniforme sul territorio naziona-

---

32 Cfr. XXXVI Rapporto Censis.

33 Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n.229.

34 Legge 13 maggio 1999 n. 133 e Decreto legge 18 febbraio 2000 n. 56.



---

Il Presidente Aiop  
Gustavo Sciachì con il Ministro  
della Sanità Rosy Bindi

le, i finanziamenti in parte corrente e in conto capitale<sup>35</sup>. Alle Regioni, invece, venne attribuita la potestà legislativa in materia di tutela della salute, e questo anche relativamente al recepimento di normative dell'Unione Europea<sup>36</sup>. Particolare attenzione era anche stata posta al contenimento della spesa sanitaria, con una valorizzazione delle competenze di programmazione e controllo da parte delle Regioni, per definire nuovi strumenti di razionalizzazione dei costi rispetto alle risorse finanziarie effettivamente disponibili<sup>37</sup>.

In altri termini, l'intero progetto nato con la "Riforma Bindi", e meglio conosciuto nel suo complesso con il nome «Devolution», avrebbe dovuto garantire una mag-

---

35 Cfr. Art. 117, comma 2, Legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3.

36 Cfr. Art. 117, comma 6, Legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3. Si consideri anche l'art. 119 della stessa legge costituzionale che prevede un "fondo perequativo" per i territori con "minore capacità fiscale per abitante".

37 I primo atti significativi in tal senso furono rappresentati dall'Accordo dell'8 agosto 2001 raggiunto in sede di Conferenza Stato-Regioni, prima dell'entrata in vigore del nuovo Titolo V, e dal Decreto legge n. 347 del 2001, attraverso i quali vennero sostanzialmente recepiti i contenuti della riforma costituzionale.

giore autonomia legislativa, amministrativa e finanziaria alle Regioni e agli enti locali. Tuttavia, l'insieme normativo posto in essere tra la fine del secondo e l'inizio del terzo millennio sembrava contraddittorio, perché riservava allo Stato le maggiori prerogative nell'esercizio della sovranità (specialmente il finanziamento), concedendo alle Regioni le competenze e le responsabilità gestionali. Insomma, una *governance* con potenziali disallineamenti tra soggetto pagatore e soggetto responsabile dell'erogazione, che poteva comportare problemi a catena. Anche da ciò derivava la netta sensazione destabilizzante che avvertiva buona parte dei cittadini italiani.

È sufficiente prendere in esame i risultati di un'indagine condotta nel 2002 per comprendere con estrema chiarezza l'intreccio potenzialmente perverso tra aspettative positive, paure più o meno esplicite e prime disillusioni che caratterizzarono le opinioni dei cittadini rispetto alla *devolution* sanitaria. La maggior parte degli intervistati (56,3%) si dichiarava favorevole all'attribuzione alle Regioni della responsabilità totale in materia di sanità – cosa che di fatto non era prevista dalla Riforma ter –, con punte più alte al Nord rispetto al Centro e al Sud. Chi invece si palesava contrario adduceva come ragioni, peraltro assolutamente legittime, la paura di un'accentuazione delle disparità territoriali e il rischio di costi eccessivi a carico degli utenti in alcuni contesti regionali.

Con riferimento ai primi due anni del decennio, in termini di valutazione di alcuni aspetti essenziali di accesso e fruizione dei servizi sanitari, dall'indagine emergevano, quali dati più allarmanti:

- un forte peggioramento nella lunghezza delle liste di attesa, additato dal 62,8% degli intervistati come il principale problema della Sanità italiana;
- la bassa qualità dei servizi (30,4%), la mancanza di assistenza per malati cronici e non autosufficienti (19,3%) e l'elevata spesa a carico dei privati (14,1%);
- il deciso rifiuto da parte del 75% degli intervistati anziani della chiusura – voluta da alcune Regioni – di piccoli ospedali a conduzione privata (indice, questo, della diffidenza da parte della popolazione anziana nei confronti dell'assistenza “standard” pubblica, evidentemente non ritenuta in grado di adeguarsi alle sue esigenze)<sup>38</sup>.

In generale, gli utenti si dimostravano disponibili anche a forme di *copayment* o a investire risorse proprie, purché nell'ottica di ottenere servizi personalizzati o di qualità più alta; invece, laddove la responsabilità individuale (anche finanziaria) era chiamata in causa da lacune e incapacità del SSN o da scelte tecnico-politiche percepite come puri esercizi contabili e di bilancio, si generava paura, preoccupazione, e anche rigetto di scelte centralistiche, monopoliste e piramidali (come quelle innescate dalla Riforma ter e dai suoi successivi sviluppi di inizio decennio). A queste ultime veniva contrapposta una netta preferenza per un'articolazione istituzionale territorializzata, pluralista, con un crescente ruolo delle autonomie funzionali e delle forme di auto-organizzazione della domanda (dal volontariato alle associazioni dei pazienti e dei loro familiari).

---

38 Cfr. Indagine Censis-Forum per la Ricerca Biomedica 2002.



Va da sé che una transizione ad un modello di tutela della salute come quello imposto tra fine anni Novanta e inizio del nuovo Millennio avrebbe dovuto essere accompagnata da opportune strategie di adeguamento promosse dal livello aziendale e non da rimodulazioni istituzionali dall'alto, la cui attuazione era veicolata dalla leva del finanziamento.

Il pacchetto della Riforma ter, con il corollario della revisione del Titolo V, avevano fin da subito reso evidente il conflitto tra Stato e Regioni su responsabilità e ruoli e, più nello specifico, sulla distribuzione delle competenze, acuendo la decennale polemica sul carattere pubblico o privatistico delle strutture sanitarie. E, di fatto, i sentori dell'insoddisfazione, talvolta rabbiosa, degli utenti erano palesi.

---

Intervento chirurgico  
all'IRCCS San Donato

### 5.3 Dalla garanzia dei diritti alla soddisfazione dei bisogni

---

Per l’Aiop l’inizio del terzo Millennio vide un cambiamento ai vertici dirigenziali: Gustavo Sciacchi, che per quindici anni aveva condotto battaglie e portato il suo benefico influsso all’Associazione, lasciò il testimone della Presidenza a Emmanuel Miraglia, un imprenditore a capo di uno dei maggiori gruppi ospedalieri privati italiani (Giomi S.p.A.), il quale subito comprese la necessità di un rinnovamento interno e su più fronti. Una particolare attenzione, proprio all’inizio del suo mandato, venne data ai giovani, visti come un’opportunità di confronto e garanzia di un continuo ricambio generazionale atto a porre le basi per la sanità del futuro. «Non sarebbe inopportuna una modifica statutaria che consenta, alla stregua di quanto avviene in altre associazioni, un’Aiop Giovani», propose nella prima riunione da lui presieduta dell’Assemblea generale annuale, «a cui partecipino giovani imprenditori o figli di imprenditori, che sia un laboratorio formativo e che abbia lo scopo di studiare, approfondire, proporre soluzioni alle tantissime tematiche che interessano la nostra categoria. Che sia, insomma, una palestra di idee e che serva per far maturare la classe dirigente di domani. Di un domani che può anche diventare l’oggi per quei giovani che sapranno utilizzare questo nuovo strumento per farsi conoscere ed apprezzare»<sup>39</sup>.

Vi era anche molto da fare per fronteggiare le mutate condizioni legislative: la revisione del Titolo V tendeva infatti a privilegiare nuovamente la sanità pubblica rispetto a quella privata, rendendo impellente un rilancio qualitativo della seconda; inoltre, il peso acquisito dalle Regioni imponeva una maggiore attenzione rispetto alle esigenze delle realtà territoriali. In altri termini, occorre che l’Aiop fosse, e non solo a parole, davvero federale. A tal fine, già nel 2001, Miraglia diede avvio a un progetto di potenziamento delle Sedi regionali Aiop, puntando sulla formazione dei funzionari e organizzando incontri periodici con i rappresentanti delle varie Sedi e con quelli della Sede nazionale in una Scuola di Rete (vd. scheda pag. 186). Durante il suo mandato si preoccupò anche di ottenere un adeguato finanziamento per tutte le Sedi regionali. Inoltre diede vita a un foglio di collegamento mensile, *Regionando*, in cui ogni Sede era invitata a relazionare sul proprio operato, condividendolo con le altre Sedi. Inoltre, lavorò per rafforzare il collegamento online tra le sedi, prevedendo anche multi-conferenze e un’interazione settoriale tra case di cura caratterizzate dallo stesso tipo di specializzazioni.

Sempre riguardo alle Regioni, la revisione del Titolo V, insieme alla Riforma ter, avevano prodotto (almeno sulla carta) una necessaria responsabilizzazione delle realtà locali, ma nel contempo il sorgere di modelli di sanità diversi, con una preoccupante disparità di interpretazione e applicazione delle normative generali, oltre che con la produzione di leggi regionali talvolta inutilmente localistiche. A questo va aggiunto che stavano emergendo svariate “zone d’ombra del federalismo”, le quali, più che favorire la responsabilizzazione e gli interessi dei cittadini tutelando la loro libertà di scelta, finivano per favorire i furbi di turno che, nello spregio dei principi del solidarismo,

---

39 Cfr. Relazione annuale del Presidente Miraglia all’Assemblea generale dei soci, 2001.

Soprattutto grazie ad Averardo Orta, Presidente nazionale della Sezione dal 2003 al 2012, Aiop Giovani ebbe un rapido e importante sviluppo, mettendosi in evidenza sia all’interno dell’Associazione che, per alcune iniziative, nei confronti di molti interlocutori esterni (vd. Appendice a pagina 225).





---

L'Assemblea generale Aiop  
a Bari nel 2001

approfitavano delle smagliature contenute nella legge per portare acqua – ma più che di acqua si dovrebbe parlare di forti entrate – al loro mulino, oppure semplicemente per attuare la riforma senza tenere conto delle effettive conseguenze sotto il profilo economico. Un esempio tra tanti: in Piemonte si stava «elaborando una quantità enorme di adempimenti di notevole impatto imprenditoriale ed economico, ma di dubbia rilevanza per la qualità del servizio erogato»<sup>40</sup>. Il tutto mentre si stavano definendo i Livelli Essenziali di Assistenza (e quell'«essenziali» va letto come un non poter garantire tutto a tutti, ma solo il minimo indispensabile). In sostanza, in Piemonte – ma questo succedeva e con risvolti anche più gravi in altre Regioni, specie nel Centro e Sud Italia – era stata subito abbandonata la logica dei requisiti essenziali per progettare ospedali futuribili senza prevederne l'impatto economico. Tutto questo accentuava il problema più grave della Sanità italiana: il mancato contenimento della spesa pubblica. Il che suscitava il sospetto, neanche troppo infondato, che ci fosse una volontà di non dare effettiva applicazione alle ultime normative in materia sanitaria nel settore pubblico,

---

40 Cfr. Consiglio Nazionale Aiop, 27 settembre 2001.

ma invece di imporle senza nessuna remora in quello privato.

Tutto questo stava provocando una frammentazione diversificata dei sistemi regionali che non sarebbe stato ricucibile unicamente con un foglio mensile e la condivisione *online* delle diverse esperienze e applicazioni operative. «Abbiamo Regioni in cui si vorrebbe risolvere il “disavanzo” nel pubblico “tagliando” il privato. E altre in cui la presenza del privato, al di là di valutazioni ideologiche, viene vista invece come opportunità per ridurre la spesa. Lo stesso tema dell’accreditamento viene guardato con sensibilità diversa da regione a regione. C’è chi lo affronta per cercare di ridurre la presenza del privato e chi, invece, più realisticamente si preoccupa di imporre regole che possano essere rispettate anche dal pubblico»<sup>41</sup>.

Per cercare di porre rimedio al caos generato dalle riforme, oltre ad attivarsi per ottenere una revisione del tanto contestato decreto legislativo n. 229, che poteva richiedere tempi lunghi, Miraglia decise di affrontare la situazione a partire da quel che c’era, ossia dalle condizioni-base in cui si trovava ad operare. E, già dal 2002, fu sempre presente alle Assemblee regionali dell’Aiop, convinto che queste ultime, sempre più diversificate, richiedessero più produttivi dibattiti separati: per discutere di problemi di carattere generale (come quello delle liste d’attesa, diffuso in tutta Italia), era sufficiente l’Assemblea nazionale, ma quando si dovevano affrontare tematiche particolari, legate alle differenti realtà, non poteva essere mescolato tutto “in un unico calderone”. E da questo confronto dipendeva, in buona parte, il futuro delle case di cura private. «Ecco, è per questo che ho ritenuto necessario venire in tutte le vostre Regioni – spiegò Miraglia – per acquisire direttamente dalla base le preoccupazioni e le speranze, le necessità più urgenti e quelle più strategiche. [...] Continuerò su questa strada, perché convinto che un Presidente nazionale deve partecipare al dibattito periferico, specie in un momento storico di forte divaricazione tra politica sanitaria nazionale e politiche sanitarie regionali»<sup>42</sup>.

Nel corso degli interventi nelle varie Sedi regionali, Miraglia si rese conto di un cambiamento sempre più deciso da parte dell’opinione pubblica, che potrebbe essere definito come la maturazione di una nuova sensibilità: i cittadini erano stanchi di reclamare la garanzia dei diritti, che la legge affermava di tutelare, senza renderli esigibili. A cosa serviva, per un malato, sentirsi dire che il SSN garantiva il suo diritto ad essere curato, se poi al lato pratico, per un trapianto, o anche solo per effettuare un banale esame di controllo, c’erano liste di attesa di mesi, talvolta di anni? Una differenza sostanziale, quella tra diritti contemplati in linea teorica e la loro concreta applicazione, che richiamava la necessità di guardare le cose dalla parte del cittadino e non secondo quello che, a livello di scelte politiche e amministrative, veniva giudicato utile per lui. «L’ammalato non accetta più di sentirsi dire che, se è guarito, è merito della provvidenza o sennò colpa del destino. Oggi la guarigione o l’esito negativo dipendono essenzialmente dalla nostra professione e capacità. Gli ammalati lo sanno. E vogliono scegliere proprio per questo. Facciamoli scegliere!»<sup>43</sup>.

---

41 Cfr. Relazione annuale del Presidente Miraglia all’Assemblea generale dei soci, 2002.

42 Cfr. Relazione annuale del Presidente Miraglia all’Assemblea generale dei soci, 2002.

43 Cfr. Relazione annuale del Presidente Miraglia all’Assemblea generale dei soci, 2002.

Altro progetto importante, realizzato il 23 maggio del 2003, fu la revisione dello Statuto dell'Associazione, allo scopo di renderlo più coerente con la nuova realtà del sistema sanitario e, soprattutto, con la *devolution* in materia sanitaria alle Regioni. Così nello Statuto venne previsto che la maggioranza fosse espressione delle volontà delle varie presidenze regionali, in modo che l'Aiop potesse essere più vicina alle esigenze delle realtà territoriali. Venne poi introdotto un limite al mandato del Presidente nazionale (massimo due trienni). E, per agevolare un rinnovo dei membri dei vari Consigli regionali, e anche di quello nazionale, venne inserita nello Statuto la Sezione Aiop Giovani che Miraglia aveva proposto due anni prima. Altra importante novità fu l'introduzione di un Codice di autoregolamentazione delle case di cura private, calibrato su tutte le attività tipiche dell'ospedalità privata e che stabiliva un minimo di regole comportamentali – le quali rispecchiavano i valori fondamentali dell'Associazione – obbligatorie per tutti<sup>44</sup>. Questo soprattutto per far sì che la cattiva immagine di pochi non

44 Detto codice, realizzato in ottemperanza al Decreto legge n 231 del 2001, era frutto di due anni di precedente lavoro.

---

L'Assemblea generale Aiop del 2003





---

Il Presidente Miraglia  
tra Giuseppe Puntin (a sinistra)  
e Vito Sabbino (a destra)

finisse per danneggiare la qualità della maggior parte delle case di cura private. Altro indubbio merito di Miraglia fu la creazione della casa editrice Seop (Società Editoriale dell'Ospedalità Privata) che, nata nel 2002<sup>45</sup>, promosse le successive pubblicazioni e soprattutto *MondoSalute*, che a differenza di *Ospedalità privata*, si rivolgeva a un pubblico più vasto, ossia non soltanto a chi lavora nell'ambito della sanità. «Una nuova testata» spiegò Miraglia, «che non solo avrà una diffusione più ampia, essendo previste 150 mila copie, ma sarà anche caratterizzata da argomenti non prettamente collegati all'attività sanitaria. In tal modo ci si propone di interessare maggiormente i lettori, per informarli poi anche in merito ad argomenti e dibattiti di nostro specifico interesse»<sup>46</sup>.

Risale al 2003 anche l'uscita della prima edizione di *Ospedali & Salute*, Rapporto

---

<sup>45</sup> Con la chiusura di *MondoSalute* e l'esaurirsi della sua funzione, la Seop fu poi posta in liquidazione nel 2015 (su *MondoSalute* vedere scheda a pagina 188).

<sup>46</sup> Cfr. Consiglio Nazionale Aiop, 10 luglio e 26 settembre 2003.

sull'attività ospedaliera in Italia (vd. scheda pag. 222), allo scopo di verificare, anno dopo anno, l'evoluzione del sistema ospedaliero in Italia, sia sotto il profilo quantitativo che sotto quello qualitativo<sup>47</sup>.

Tra i risultati attesi dall'Aiop vi era anche la speranza che venissero sfatati alcuni luoghi comuni sull'ospedalità privata, sempre in agguato, come la convinzione che le case di cura rifiutassero - o non fossero in grado - di effettuare grossi interventi e si limitassero a prendere in carico pazienti affetti da lievi patologie. Oppure che evitassero la responsabilità dei casi di emergenza, scaricando sul settore pubblico le più grosse complicazioni. Ebbene, il primo Rapporto, reso pubblico nell'autunno del 2003, presenti gli esponenti del Governo e delle Regioni, non solo sfatò tali voci forvianti, ma attestò anche la grande crescita qualitativa raggiunta dall'ospedalità privata.

«Va sottolineato – specificò Miraglia – che le motivazioni che hanno spinto l'Aiop all'elaborazione del Rapporto *Ospedali & Salute* sono ben chiare. Un'associazione di rappresentanza come l'Aiop deve certo tutelare gli interessi dei propri iscritti, ma avverte anche l'onere di dover contribuire ad un miglioramento complessivo del sistema di offerta dei servizi ospedalieri e della cultura di governo dei medesimi. Tutto questo perché crediamo (e non ci stanchiamo di ripeterlo) in un Servizio Sanitario a gestione mista, pubblica e privata, al cui interno sia possibile utilizzare al meglio le risorse professionali, imprenditoriali, organizzative, finanziarie, oggi disponibili su tutti i fronti. Siamo altresì convinti che sia giusto partire sempre di più e sempre meglio dai bisogni reali del cittadino che, oggi, si presenta come soggetto cresciuto socialmente, culturalmente ed economicamente e come tale desideroso di ottenere servizi di qualità in ogni ambito, anche in quello ospedaliero»<sup>48</sup>.

Occorre ricordare anche che una particolare iniziativa impegnò la Sede nazionale Aiop nei primi anni del 2000: il reperimento di personale infermieristico. In quegli anni, infatti, si era venuta a creare in Italia una grave carenza di tale personale e le case di cura Aiop avevano chiesto aiuto alla loro Associazione. Attraverso il Progetto Eures, gestito dal Ministero del Lavoro – che aveva portato a incontri in Spagna, Slovacchia, Polonia e Finlandia, e direttamente con gli uffici della Direzione professioni sanitarie del Ministero della salute – in seguito ad accordi con la Tunisia - la Sede nazionale fu così in grado di portare in Italia, nelle strutture Aiop, un migliaio di infermieri spagnoli e circa 600 infermieri tunisini.

---

47 La ricerca per la stesura dei rapporti annuali venne affidata ai ricercatori di Ilesis, poi diventata Ermeneia, coordinati dal Presidente dell'Istituto Nadio Delai e da Angelo Cassoni, responsabile dell'Ufficio Studi e Statistiche dell'Aiop.

48 Cfr. Relazione annuale del Presidente Miraglia all'Assemblea generale dei soci, 2004.

## 5.4 L'irrisolvibile problema della spesa sanitaria

Nel triennio 2002-2005 la spesa sanitaria pubblica era passata da 81 a 96,5 miliardi di euro, aumentando del 12,1% in termini reali, con punte di oltre il 24% in Molise e del 19% circa nel Lazio. Nello stesso periodo, i ricavi del SSN erano passati da 78,1 a 91 miliardi di euro, con un aumento reale dell'11%. Disavanzi attribuibili soprattutto a tre Regioni (Lazio, Campania e Sicilia) che erano responsabili di oltre il 70% del disavanzo, mentre altre registravano saldi positivi tra costi e ricavi<sup>49</sup>.

Nel 2005 venne varata una legge finanziaria che metteva in moto una serie di provvedimenti tesi a disciplinare in maniera nuova, e per certi versi innovativa, i rapporti tra Stato e Regioni, con l'obiettivo di arrivare a un contenimento della spesa pubblica. Fulcro di questo cambiamento l'Accordo tra Stato e Regioni stipulato il 23 marzo dello stesso anno, che prevedeva nuovi obiettivi, nuovi diritti e nuovi doveri. Ossia, regole più precise e controlli più stringenti. Sembrava che, in qualche modo, si stesse affermando una nuova cultura, improntata al rispetto degli standard concordati come prerequisito per ottenere risorse dal livello centrale. Sul piano finanziario, infatti, lo Stato si impegnava a garantire risorse idonee ai LEA. Le Regioni si vincolavano a rispettare le assegnazioni e, allo stesso tempo, a intraprendere azioni di rafforzamento dei sistemi informativi e di adeguamento agli standard di dotazione strutturale (PL/1.000 abitanti) e dei processi di cura (da orientare maggiormente verso la presa in carico territoriale).

In termini concreti, l'Accordo da un lato prevedeva la concessione da parte dello Stato di un maggiore finanziamento (con un incremento di circa l'8% sul Fondo sanitario nazionale), dall'altro restringeva l'autonomia delle Regioni, grazie al rigore normativo richiesto e alla supervisione del Sis (Sistema informatico sanitario), preposto ad esercitare una funzione di indirizzo, controllo e coordinamento su tutte le Regioni. «Il fatto che il mancato rispetto di alcuni obblighi comporti delle sanzioni potrebbe essere un deterrente non marginale – fece notare Miraglia –. Non secondaria è la volontà programmatica di prevedere un nuovo standard nel rapporto posti letto/popolazione. Ci auguriamo che la negligenza o la superficialità di alcuni burocrati regionali non faccia raggiungere tali obiettivi tagliando posti letto privati anziché razionalizzando la rete ospedaliera e chiudendo posti letto pubblici non utilizzati dall'utenza. In questo modo non si avrebbero economie di gestione, ma si limiterebbe la possibilità di scelta del cittadino e ridurrebbe la possibilità di raffronto competitivo nella qualità e nell'efficienza»<sup>50</sup>.

Di fatto, e l'Aiop ne era consapevole, la situazione era assai più complicata. Come è noto, la dinamica della spesa sanitaria chiamava in causa una pluralità di fattori molto diversi tra loro, alcuni oggettivi (come invecchiamento, aspettative più alte sulla salute, costo delle tecnologie), altri strutturali relativamente alle prestazioni inappropriate o all'obsolescenza di strumenti e tecnologie, altri ancora di vera e propria degenerazione del sistema con il radicamento di forme di affarismo e di irregolarità di vario tipo. Inoltre, le disposizioni legislative avevano posto po-

49 Cfr. XL Rapporto Censis, 2006.

50 Cfr. Relazione annuale del Presidente Miraglia all'Assemblea generale dei soci, 2005.



chissima attenzione alle modalità concrete di programmazione e governo della spesa sanitaria, con inevitabili impatti negativi anche sulla qualità dell'offerta per i cittadini. Ad esempio, il fatto che l'erogazione alle Regioni di quote crescenti di risorse fosse subordinato alle verifiche del rispetto degli adempimenti richiesti finì per rallentare progressivamente, se non addirittura bloccare, la disponibilità puntuale e fisiologica dei finanziamenti accordati, producendo una crisi di liquidità nelle Sanità regionali che si tramutò in ritardi di pagamento ai fornitori, con ulteriore danno economico per gli interessi di mora e le inevitabili condizioni contrattuali sfavorevoli<sup>51</sup>.

---

Il Direttore Generale dell'Aiop  
Franco Bonanno durante  
un'intervista televisiva

<sup>51</sup> Le Leggi finanziarie del 2004 e del 2005 avevano condizionato l'erogazione di fondi alle Regioni al loro concreto contributo al ripiano dei debiti pregressi ed al rispetto degli equilibri finanziari futuri e a queste verifiche era stata legata anche l'eventuale erogazione dei fondi del D.Lgs 56/2000 pari a circa 12 miliardi di euro. In concreto, la necessità di procedere alle verifiche, la complessità delle stesse ed il tempo inevitabilmente richiesto aveva finito per provocare un ristagno nei conti della Tesoreria generale di fondi per la sanità destinati alle Regioni che, per il biennio 2004-2005, raggiunse livelli particolarmente significativi e tali da mitigare in modo sostanziale l'impatto del comparto regionale sul fabbisogno del settore statale. Cfr. XL Rapporto Censis, 2006.



Emmanuel Miraglia, Presidente dell'Aiop



L'Accordo Stato Regioni, come ebbe a commentare Miraglia l'anno successivo, era comunque servito a indicare un percorso e, soprattutto aveva «permesso allo Stato di darsi una giustificazione nel trasmettere in ritardo il Fondo sanitario alle Regioni»<sup>52</sup>. In sostanza, la torsione fortemente centralista della programmazione e della gestione sanitaria stava neutralizzando di fatto l'esercizio concreto della responsabilità regionale. Tali vincoli e i monitoraggi che miravano a imporre alle Regioni il controllo della spesa o, meglio secondo quanto auspicato, la sua razionalizzazione, stavano, invece, creando costi aggiuntivi che gravavano sulla spesa stessa, senza invertirne il *trend* crescente né tanto meno attivare processi di maggiore razionalità nell'uso delle risorse.

Intanto, dai Rapporti annuali *Ospedali & Salute*, arrivati alla terza edizione nel dicembre 2005, emergeva che il solo settore dove la spesa sanitaria avesse rilevato un contenimento fosse quello privato, il quale stava registrando anche un generale miglioramento qualitativo. Risultava, invece, problematico il rapporto tra ospedalità privata e Regioni, che stavano imponendo stringenti tetti di spesa, con forti riduzioni dei posti letto rispetto al numero di abitanti, senza attuare una corrispettiva riduzione dei dipendenti negli ospedali pubblici (ossia un utilizzo più razionale delle risorse umane). «Questa osservazione può essere fatta valere, anche in chiave collaborativa, nei rapporti con le autorità regionali, che spesso propongono di ridurre il finanziamento del settore privato per riequilibrare la loro spesa, senza intervenire sul personale, il cui costo incide dal 70 al 95% dei costi ospedalieri»<sup>53</sup>.

In particolare, il terzo Rapporto *Ospedali & Salute* dimostrava che, se nel periodo 1996-2003 fosse stata effettuata una riduzione degli addetti in proporzione a quella dei posti letto per abitante, si sarebbe ottenuto un risparmio potenziale annuo di 4,6 miliardi di euro. «In ogni caso – sottolineò Miraglia – anche se la riduzione del personale avesse dovuto escludere i medici e gli infermieri, il contenimento della spesa sarebbe stato di 1,2 miliardi di euro. E detta riduzione, considerando l'arco temporale di riferimento, sarebbe stata comunque ascrivibile solo al naturale *turn over*. Sono tutti ragionamenti “normali”: ma il nostro è un Paese normale?»<sup>54</sup>.

---

52 Cfr. Relazione annuale del Presidente Miraglia all'Assemblea generale dei soci, 2006. Il ritardo di pagamento ai fornitori è stato sempre il grande protagonista negativo della Sanità regionale. E purtroppo il Ministero della Salute ha sempre assistito – con grande *nonchalance* – al progressivo indebitamento di alcune Regioni “non virtuose” fidando sul fatto che il comportamento di altre Regioni “virtuose” potesse portare ad una sorta di “pareggio” nei conti dello Stato.

53 Cfr. Consiglio Nazionale Aiop, 1 dicembre 2005.

54 Cfr. Relazione annuale del Presidente Miraglia all'Assemblea generale dei soci, 2006.

## 5.5 La Sanità diseguale

---

Il susseguirsi di riforme e controriforme, oltre a trasformare profondamente l'assetto e i livelli di *performance* dei servizi sanitari, aveva anche inciso sui comportamenti di consumo e sulla soddisfazione dei pazienti. La domanda di salute dei cittadini era mutata e continuava a mutare, soprattutto rispetto a una maggiore informazione e consapevolezza, la quale aveva a sua volta prodotto una crescente responsabilizzazione individuale, con comportamenti legati alla cura di sé ed al mantenimento della buona salute. Ad esempio, riguardo ai fattori di rischio, la percentuale di fumatori era passata dal 23,7% del 2001 al 21,7% del 2005, mentre, in merito alla cura di sé, gli italiani che praticavano uno sport erano passati dal 26,6% nel 1995 al 30,2% nel 2006. Sul fronte della prevenzione, si era assistito a una crescita costante della quota di italiani che effettuavano la vaccinazione antinfluenzale: il 20,2% della popolazione nella stagione 2004-2005, con un incremento rispetto alla stagione 1999-2000 del 47,4%<sup>55</sup>. Un concetto di salute più complesso, quindi, in cui la mera assenza di malattia era solo un aspetto e la ricerca del benessere complessivo (presente e futuro) era divenuta strategia preminente.

Nel contempo, anche se più lentamente, era andata modificandosi l'offerta, grazie alla continua evoluzione delle conoscenze in campo medico, alle innovazioni tecnologiche e al sorgere di nuove esigenze, soprattutto legate all'allungamento della vita media della popolazione, con l'inevitabile incremento dei bisogni di assistenza e l'assimilazione nei criteri di "normalità" di patologie croniche. Va da sé, per portare un esempio, che casi di insufficienza renale cronica risultassero più frequenti in persone di età avanzata. Ma, verso la metà degli anni Duemila anche altre patologie croniche, come ipertensione arteriosa, arteriosclerosi, diabete e malattie cardiache iniziavano a colpire la fascia anziana della popolazione in percentuale sempre più ampia. Il che stava portando ad un progressivo aumento nel consumo di farmaci, i quali a lungo andare producevano ulteriori effetti negativi, e ovviamente una crescita complessiva della spesa sanitaria.

A questo rilevante cambiamento (e problema) faceva – e tuttora fa – da contraltare un preoccupante e crescente divario rispetto ai livelli di *performance* e di benessere garantiti alla popolazione nella loro diversa distribuzione territoriale. Un'indagine condotta nel 2007 evidenziava una forte discrepanza tra Nord e Sud del Paese, con un tendenziale peggioramento della situazione della salute dei cittadini residenti man mano che si procedeva verso il Sud. Dato ancor più allarmante se si considera che il maggiore tasso di invecchiamento (ossia la maggiore longevità, con quel che ne consegue in aumento di indici di morbosità) era rilevato al Nord, e non al Sud e, pertanto, le ragioni di questa disparità dovevano essere altre: dai risultati dell'indagine si rilevava che le variabili in gioco erano la prevenzione, decisamente più diffusa al Nord, nonché una crescente incidenza, nel meridione, di stili di vita a rischio e problemi di impatto ambientale<sup>56</sup>. Ma la ragione

---

55 Cfr. LXI Rapporto Censis, 2007.

56 Le Regioni nelle quali l'indicatore di salute evidenziava una situazione migliore erano quelle del Nord-Est, cui si aggiunge la Lombardia, con un posizionamento immediatamente successivo di Emilia Romagna, Valle d'Aosta, Abruzzo e Puglia. Marche, Molise, Toscana e Piemonte si collocavano ad un livello intermedio, immediatamente superiore a Campania, Lazio ed Umbria, mentre erano tutte collocate nel meridione, con l'unica eccezione della Liguria, che deteneva il triste primato della mortalità per tumori e malattie del sistema cardiocircolatorio, le Regioni con i livelli di salute più problematici. Cfr. LXI Rapporto Censis, 2007.



principale del divario tra Nord e Sud Italia andava anche ricercata nel caos generato dalla regionalizzazione del sistema sanitario, la quale avrebbe potuto funzionare solo se, a livello di ciascuna Regione, ci fosse stato uguale senso di responsabilità. «Invece c'era-no, e tuttora ci sono, specie al Sud – sottolinea Miraglia – strutture di enorme scadenza sotto il profilo qualitativo. Le Regioni del sud, malamente amministrate, si trovano ad essere subalterne a quelle del Nord. Con il grave problema della “fuga dei pazienti”, che si spostano al Nord, alla ricerca di un’assistenza sanitaria migliore, arrecando un grave danno economico alle loro Regioni di partenza. Paradossalmente, le Regioni del Sud, anziché evitare di mettere i tetti e consentire così la crescita delle strutture private che ne avrebbero la possibilità, lasciano che gli utenti si spostino in altre Regioni, come Toscana, Lombardia e Veneto, le quali non possono certo opporsi a queste “migrazioni”, anche se spesso i relativi compensi sanitari da parte delle Regioni di origine sono molto ritardati. Tuttavia, questa “osmosi sanitaria” ha prodotto un diverso indotto economico, valutabile in uno spostamento di circa 15 o 20 miliardi di euro dal Sud al Nord negli ultimi vent’anni. Perché, anche per interventi più semplici, come una cataratta, nel momento in cui un anziano si sposta lo fa con la moglie, il figlio e, di conseguenza, portando ricchezza non solo alla struttura sanitaria prescelta, ma anche alla pensione dove alloggeranno, ai

---

Il Nobel Rita Levi Montalcini con il Premio della Ricerca e della Comunicazione Aiop nel 2004 insieme alla ricercatrice Barbara Ensoli

ristoranti, ecc. Insomma, una cattiva gestione dei fondi che fa sì che chi sta male andrà per stare peggio e chi sta bene finirà per stare meglio».

Il fenomeno della “migrazione dei pazienti” (cd. mobilità sanitaria attiva o passiva), tuttavia, non era attribuibile soltanto al malgoverno della classe politica e amministrativa delle Regioni del Sud Italia (le quali non per questo vanno assolte): proprio durante il primo decennio del Duemila, come già accennato, si era registrato un notevole aumento dell’informazione – e della richiesta di informazione – da parte dei cittadini, i quali erano passati da un atteggiamento passivo, rispetto al tema salute, ad uno attivo e consapevole, anche grazie alle possibilità di aggiornarsi direttamente da casa via Internet. Va anche detto che di salute si parlava moltissimo in televisione, con trasmissioni specificamente dedicate all’argomento, a partire dalle diete e *fitness* fino ai temi più specifici, come la prevenzione, gli accertamenti diagnostici e le nuove frontiere della ricerca. Nel contempo era aumentato il numero delle riviste specializzate, nonché di pubblicazioni a carattere più generale, come rotocalchi e riviste femminili, o di attualità, di scienza e ambiente, dove il tema salute trovava moltissimo spazio<sup>57</sup>. Di questo sostanziale mutamento era consapevole Miraglia e lo fu anche il suo successore, Enzo Paolini, che ricoprì la carica di Presidente nazionale Aiop dal 2006 al 2012. Paolini, avvocato a Cosenza, con una lunga esperienza alla Presidenza Aiop Calabria, recepì positivamente il gran lavoro fatto negli anni precedenti rispetto alla divulgazione tramite *MondoSalute* – nonché convegni, filmati, interviste radiofoniche e televisive – di informazioni corrette e veritiere sull’andamento dell’ospedalità in Italia. E, soprattutto, non mancò di avvalersi di quell’importante strumento di valutazione dei cambiamenti interni al Paese rappresentato dai Rapporti annuali di *Ospedali & Salute*.

Dal quinto e sesto Rapporto (rispettivamente del 2007 e 2008) emergeva il formarsi di una domanda maggiormente matura da parte dei cittadini, i quali si dimostravano sempre più in grado di valutare autonomamente i servizi utilizzati, senza palesare orientamenti di principio rispetto al pubblico o al privato, bensì sulla base di criteri ispirati alla qualità delle prestazioni e alle loro esigenze concrete. Risultava, inoltre, che gli ultimi anni avevano visto lo sviluppo di una maggiore qualità dei servizi offerti, sia rispetto al livello di complessità delle patologie trattate sia nella qualità delle attrezzature e dei processi organizzativi, con una maggiore e migliore offerta da parte delle case di cura private accreditate e con l’inevitabile divario tra Nord e Sud di cui si è già parlato. Alla luce di queste considerazioni, l’Aiop si rese conto che, in effetti, non si trattava solo di malgoverno da parte delle Regioni del Sud Italia, ma di un mutamento sostanziale nella capacità di esercizio della libera scelta da parte dei cittadini. «Le migrazioni dei pazienti costituiscono un fenomeno importante – commenta Gabriele Pelissero, allora Vice Presidente nazionale Aiop –. Si tratta di una manifestazione chiara di come la libertà di scelta sia un valore: non solo per poter affrontare un bisogno sanitario importante col

---

57 La “fame” e l’interesse dei cittadini per l’informazione sulla salute emergeva, tra l’altro, dai dati del quinto Rapporto sulla Comunicazione del Censis-Ucsi, relativo al 2005, secondo cui salute e medicina erano gli argomenti che riscuotevano il maggior interesse tra i lettori dei settimanali (indicati dal 26,8% degli italiani, con un incremento significativo rispetto al dato del 2001, pari a 17,2%), mentre i risultati del rapporto Censis-Forum per la Ricerca Biomedica sulla comunicazione sanitaria, presentato ad ottobre 2006, sottolineavano che il 59,3% degli italiani dichiarava di prestare sempre attenzione quando si parlava di salute, sia che si trattasse di notizie provenienti dai *media*, sia che si trattasse di conversazioni o informazioni che arrivavano da familiari, amici e conoscenti.



---

Il Presidente Enzo Paolini  
con il Ministro della Salute  
Livia Turco

conforto della propria famiglia e dei propri cari, bensì soprattutto per poter usufruire di cure d'eccellenza. È un processo largamente imperfetto, sappiamo che le asimmetrie informative sono quanto mai rilevanti in sanità. Ma continuare a pensare che esse non possano essere sanate, immaginare che il paziente sia un soggetto per il quale deve paternalisticamente scegliere qualcun altro, prefigura un gigantesco errore di valutazione. Le persone hanno interesse ad informarsi e ne sentono il desiderio. Non vogliono essere pacchi postali abbandonati nelle sale d'attesa di un ospedale. Se è naturale che il medico abbia una competenza specifica alla quale essi possono aspirare, nondimeno vogliono decidere a chi affidarsi, in un ventaglio di opzioni il più ampio possibile. Innanzi alla scarsa qualità erogata in talune Regioni, pazienti che ne avevano la necessità hanno espresso altrove la loro domanda di salute. Il dissesto finanziario di tali Regioni non è la conseguenza dell'emorragia dei pazienti: ne è piuttosto la causa»<sup>58</sup>.

---

58 G. Pelissero, A. Mingardi (a cura di), *Competizione, sostenibilità e qualità – Quale futuro per il welfare sanitario italiano?*, IBL Libri, Torino, 2014, p. 10.



---

Il Presidente Miraglia  
con l'Ucra a Bologna  
nel 2008

Pertanto Paolini, fin dall'inizio del suo mandato, fu consapevole di dover operare su due principali fronti: innanzitutto il settore privato doveva essere in grado di rispondere a una domanda in costante crescita rispetto alla qualità dei servizi offerti, mettendo sempre più al centro dell'attenzione il paziente e le sue necessità; in parallelo, contribuire a rendere più evoluto, equilibrato e aperto al privato il sistema ospedaliero nazionale, nei suoi principi ispiratori, nei meccanismi di finanziamento, nella *governance* complessiva. «Naturalmente siamo coscienti dei problemi che esistono in merito al controllo della spesa sanitaria, ma siamo anche convinti che un bene pubblico come la salute vada trattato secondo una logica articolata che mira a spendere meglio per spendere meno e che nel contempo promuove la premialità nei confronti degli ospedali (pubblici o privati che siano) che riescono a fornire le prestazioni migliori. Possiamo pensare e sperare di fare dei passi avanti in tal senso, per il bene degli utenti dei servizi ospedalieri innanzitutto, ma anche per il bene del nostro Paese?»<sup>59</sup>.

---

59 Cfr. *Ospedali & Salute*, VI Rapporto annuale, Presentazione del Presidente Paolini.

## La percezione distorta della Sanità negli anni della crisi 5.6

---

Uno dei principali problemi che dovette affrontare Paolini nel corso della sua presidenza fu il rinnovo del Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale dipendente delle case di cura, bloccato nelle trattative al biennio 2004-2005. La questione era urgente e insieme delicata per due fondamentali ragioni. Da un lato risultava impellente ottenere quanto meno una possibile copertura, con aumento delle tariffe ospedaliere nazionali (non più ritoccate dal 1997) o un incremento di budget, rispetto al sensibile aumento del costo del lavoro. Dall'altro, era necessario confrontarsi con più soggetti, come Sindacati, assessorati e soprattutto i rappresentanti regionali, i quali tendevano ad eludere il grave problema che il protrarsi di una situazione di così profondo disagio aveva creato.

Come ricorda Paolini, «avvertivamo tutti, per viverla quotidianamente, l'ostilità quasi ideologica e pregiudiziale che c'era nei nostri confronti e che si traduceva nei comportamenti concreti del Governo nazionale e dei Governi regionali, i quali, riempivano bocche e giornali di parole come "qualità e programmazione", dichiarandosi a favore del privato, salvo poi tentare di annegarlo nella demagogica politica dei tagli, dei contratti imposti, contrabbandati senza pudore per negoziazione. Con ciò pensando – ottusamente – di salvare la loro immagine di politici e governatori volti a salvaguardare gli interessi dei cittadini contro chi vuol fare profitto sulla salute». Invero, di motivi per protestare e far valere le proprie ragioni l'Aiop ne aveva più di uno: nel corso dei primi sei anni del decennio si era assistito a una progressiva riduzione del budget e delle tariffe dei Drg (con variazioni discrezionali da una Regione all'altra); in molte regioni si assisteva a una persistente morosità da parte delle Asl, mentre nel contempo era subentrato l'obbligo di adeguarsi a nuovi requisiti per l'accreditamento ed erano aumentati i controlli unilaterali e le verifiche punitive nei confronti delle case di cura private. «Il tutto a danno di un settore – specificò Paolini – l'unico nel nostro Paese, che non accede a contributi, non fruisce di incentivi, non chiede agevolazioni. Investe, assume e non licenzia e, cosa non marginale, rende un servizio pubblico primario e di qualità. Tutti argomenti non dico disattesi, semplicemente non presi in considerazione dalla burocrazia, responsabile dei guasti, da un sindacato ormai ripiegato su se stesso, teso solo a salvare la faccia e la poltrona dei propri dirigenti e, infine, da una classe politica incapace ed auto-referenziale»<sup>60</sup>.

Concetti, quelli espressi da Paolini, che costituivano il Dna della sanità privata, il suo punto di forza: offrire un servizio di alta qualità, mettendo al centro dell'impegno il paziente, inteso come persona e non come numero, riuscendo a contenere le spese grazie a una gestione oculata e manageriale delle stesse, evitando sprechi. Tutti aspetti ben noti ai responsabili della sanità pubblica a livello regionale e anche statale, ma non considerati al momento di decidere la ripartizione delle risorse finanziarie a disposizione. Non bastasse, in quegli anni stava riemergendo con forza da parte della Piattaforma sindacale l'idea che il settore sanitario privato dovesse costituire unicamente una appendice residuale del settore pubblico. L'Aiop reagì cercando di raggiungere compromessi che potessero, almeno in parte, favorire la sanità privata. Il tutto non dimenticando di specificare e ribadire i valori cardine dell'Associazione: pertanto, già nel 2008 venne richiesto per il Ccnl una stipula di durata perlomeno triennale – in attesa che venissero

---

60 Cfr. Consiglio Nazionale Aiop, 28 febbraio 2007.

reperate adeguate risorse per la copertura del costo del lavoro – e che si introducessero nel contratto principi di meritocrazia, di premio alla produttività, di flessibilità, in modo da poter incrementare il livello quantitativo e qualitativo del servizio. L'intento era anche quello di investire nei giovani, nei neolaureati, offrendo formazione ai disoccupati ed assunzioni regolari alla manodopera sommersa. «Un nuovo contratto – sottolineò Paolini – che spazzi via vecchie logiche, tutte ripiegate su un unico concetto: strappare quanto più possibile in favore di chi il posto di lavoro ce l'ha, facendo in modo che sia sempre più «posto» (cioè statico e assistito da tutte le tutele possibili) e sempre meno «lavoro» (cioè dinamico e pronto ad assecondare le esigenze del mercato del lavoro)»<sup>61</sup>.

Il 2008 fu l'anno in cui gli effetti negativi sul settore sanitario della crisi economica cominciarono ad essere più evidenti, anche perché si intrecciavano con quelli delle riforme di inizio decennio. Effetti negativi che colpivano soprattutto le fasce più deboli della popolazione, incapaci di sostenere l'aumento delle spese per la salute. L'aumento di queste spese interessava infatti il 46,4% della popolazione. Circa il 30% risultava spendere di più anche per le prestazioni a carico del SSN, per le quali era previsto il ticket; il 27,8% segnalava un aumento per le spese in analisi e radiografie a pagamento intero; il 29,4% per cure odontoiatriche; il 31% per i farmaci senza ricetta; il 35,6% per le visite specialistiche a pagamento intero. Tali aumenti si tradussero in un vero e proprio ridimensionamento dei consumi sanitari dovuto a difficoltà economiche<sup>62</sup>.

Il problema era acuito da un aspetto collaterale – e negativo – dell'aumentata informazione da parte dei cittadini. Fermi restando molti effetti positivi, come la diffusione di comportamenti preventivi e stili di vita corretti, si erano anche innescati rischi di lettura forviante delle informazioni sanitarie, con il risultato di creare allarmi inutili o pericolose tentazioni di “fare da sé”<sup>63</sup>. Da un'altra indagine, poi, risultava che la disabilità fosse percepita dagli italiani in modo quasi «invisibile», con una sovrastima della disabilità motoria e pochissima considerazione di altre limitazioni pur gravi, come cecità, sordità o la mancanza di autosufficienza degli anziani: persone con cui, evidentemente, il Servizio Sanitario doveva fare i conti<sup>64</sup>. Tutto questo per via di un'informazione che, pur magari corretta alla fonte, finiva per intrecciarsi alla tendenza a “spettacolarizzare” anche un argomento importante ed essenziale, qual è la salute, complici i media televisivi, il rimbalzare di notizie contraddittorie e tendenziose sui social network e lo spropositato numero di blog di dubbia serietà seguiti acriticamente da giovani e meno giovani. Una conoscenza distorta, che portò a gravi fraintendimenti sui casi di malasania, con la diffusione crescente dell'idea che l'errore dei medici potesse essere frequente e probabile, alimentando così la conflittualità tra cittadini e istituzioni sanitarie, e contribuendo allo schiacciamento del senso critico, in un momento in cui, invece, avrebbe dovuto essere più vigile che mai.

---

61 Cfr. Relazione annuale del Presidente Paolini all'Assemblea generale dei soci, 2008. In quanto alla definizione del nuovo CCNL, si dovette arrivare alla fine del decennio.

62 Cfr. XLIII Rapporto Censis, 2008.

63 Cfr. XVI Rapporto Censis, 2010.

64 Le opinioni raccolte a proposito del livello di accettazione sociale delle persone con disabilità intellettuale riflettevano questo modello: la maggioranza degli italiani (il 66%) riteneva che esse fossero accettate solo a parole, ma che nei fatti venissero spesso emarginate, mentre il 23,3% condivideva un'opinione più negativa, per cui la disabilità mentale faceva paura e queste persone si ritrovavano quasi sempre discriminate e sole. Cfr. Indagine Censis, 2010.





---

Il Presidente Enzo Paolini  
con il Ministro della Salute  
Ferruccio Fazio alla presentazione  
del 7° Rapporto Ospedali & Salute

In questo difficile scenario di fine decennio, l'Aiop si preoccupò di rispondere nel modo più incisivo e adeguato alla confusa percezione degli italiani della Sanità, in particolare di quella privata, potenziando l'Ufficio comunicazioni Aiop, ricercando forme di accesso più dirette e costanti presso la stampa quotidiana e configurando in maniera più utile e rispondente agli ideali base dell'Associazione la testata *MondoSalute*. «Il cambiamento visibile è in atto – riferì lo stesso Paolini –. La nostra presenza su *Riformista*, nella nuova veste liberale, che abbiamo individuato come interlocutore giusto per un dibattito non occasionale, gli interventi su *Il Sole 24 Ore* e su *Liberò* hanno avuto rilievo e risposta. Gli stessi numeri di *MondoSalute* hanno via via deviato verso la linea voluta dall'editore, cioè il nostro Consiglio nazionale. E infine, *last but not least*, abbiamo stabilito un rapporto di collaborazione, a mio avviso proficuo, interessante e gratificante con l'Istituto Bruno Leoni, il *think tank* liberale in questo momento più ascoltato ed autorevole del nostro Paese, il quale pubblica periodicamente saggi che si possono considerare vere e proprie spine nel fianco di governi che vogliono proporsi come liberali ma non riescono ad esserlo»<sup>65</sup>.

---

65 Cfr. Relazione annuale del Presidente Paolini all'Assemblea generale dei soci, 2009.

# Le strutture Aiop non accreditate con il SSN

---

Il 10% circa delle Istituzioni associate Aiop è costituito da strutture non accreditate con il SSN<sup>1</sup>. Fino alla fine degli anni Settanta, per gli effetti della legge 833/78, ovvero l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e la soppressione del sistema mutualistico, non c'è ragione di operare sostanziali distinzioni nell'ambito delle esigenze associative delle strutture iscritte. La riforma, entrata in vigore nel luglio del 1980, ha l'effetto di portare alla chiusura (o comunque alla loro trasformazione) diverse strutture di ricovero e cura a carattere chirurgico. Lo stesso accade per un numero considerevole di posti letto delle cosiddette case di salute (i reparti a pagamento) all'interno degli ospedali pubblici. Tutto questo determina un impoverimento dell'offerta e quindi dell'abitudine a rivolgersi al gestore completamente privato. In quegli anni ha dunque inizio il periodo in cui nelle grandi città, con particolare concentrazione a Roma e a Milano, si trovano a operare realtà che, orfane del rapporto soprattutto con l'Inam, si dedicano a una clientela totalmente privata. Una clientela che comincia ad avere la possibilità di rimborsi da parte delle Assicurazioni o dei nascenti enti di assistenza integrativa per categorie professionali (come Fasi o Casagit).

Rispetto al crescente numero di strutture private associate ad Aiop per la tutela dei propri interessi nell'ambito del rapporto di convenzione con il SSN, queste case di cura – tradizionalmente definite "cliniche", anche se si tratta di un termine improprio dal punto di vista strettamente giuridico – legano spesso la propria fortuna alla fama di grandi medici che le scelgono per lo svolgimento della loro attività libero-professionale extra ospedaliera o universitaria. Altra caratteristica è la grande attenzione agli standard qualitativi alberghieri, tanto da essere definiti "grand hotel della salute", presenti a Roma, Milano, Torino, Genova, Firenze, Bologna e Napoli.

Attualmente, Aiop esercita la tutela di queste strutture curandone i rapporti nei confronti delle istituzioni e soprattutto del mondo assicurativo. In particolare, dalla metà degli anni Duemila, è infatti stata potenziata l'attività di una specifica Commissione tecnica – coordinata dal genovese Francesco Berti Riboli – per lo studio dei problemi del settore e per il confronto con Ania e le compagnie assicurative. Fin dal 2004 è stato costituito un importante tavolo di confronto Ania-Aiop per lavorare sulle cosiddette "regole di ingaggio", cioè su tutto il complesso sistema che regola l'iter amministrativo economico del paziente assicurato nel suo percorso di diagnosi, degenza e terapia all'interno di una struttura di ricovero e cura. E la Commissione si è anche impegnata per la definizione di un linguaggio comune per quanto riguarda il nomenclatore da tutti riconosciuto per definire una prestazione e poterle attribuire un valore economico; è stata proposta inoltre una vera e propria piattaforma informatica in grado di agevolare l'attività degli uffici amministrativi delle case di cura.

Tra le iniziative più rilevanti occorre ricordare due workshop particolarmente importanti promossi da Ania e Aiop – "Standard di comunicazione e di relazioni tra Società assicura-

---

1 Al 1 gennaio 2016 sono associate ad Aiop 34 istituzioni ospedaliere non accreditate.



---

Il workshop Ania-Aiop sugli  
"Standard di comunicazione  
e di relazioni tra Società  
assicuratrici e strutture sanitarie  
private in merito all'assistenza  
diretta" (Milano, 20 marzo 2007)

trici e strutture sanitarie private in merito all'assistenza diretta" (Milano, 20 marzo 2007) e "Classificazione delle prestazioni medico-chirurgiche per l'assistenza diretta" (Milano, 23 novembre 2007) – che hanno trovato una forte resistenza nella maggior parte delle compagnie assicurative.

Oggi la realtà pone svariati problemi e le maggiori criticità avvertite dalle case di cura di questo settore riguardano l'eccessiva burocrazia delle procedure imposte dagli enti assicurativi, l'incremento delle spese obbligatorie per il supporto informatico, i continui tentativi di discutere al ribasso i tariffari concordati, le talvolta "pretestuose" situazioni di contestazione delle prestazioni che arrivano a trasformare spesso il cosiddetto "terzo pagante" in un soggetto ben peggiore del SSN, con ritardi anche superiori ai dodici mesi dall'invio della pratica per il rimborso in regime diretto. Le strutture del settore, quindi, sono strette tra una normativa molto rigida sull'esclusività del rapporto dei medici (*in-tramoenia*) e la gestione dei rapporti con gli enti assicurativi spesso problematici, tanto da chiedersi se la responsabilità del mancato decollo di un livello di welfare privato, alternativo, vada ricercata anche in queste situazioni.

Tra le altre attività significative della Commissione nazionale Aiop per il settore non accreditato ricordiamo infine il seminario "Il regime IVA delle prestazioni sanitarie" (Torino, 27 maggio 2011) e il seminario "La fiscalità delle aziende sanitarie private e i controlli a tutela della spesa pubblica" (Venezia, 30 maggio 2014), con la partecipazione di autorevoli voci del Ministero dell'Economia e delle Finanze, dell'Agenzia delle Entrate e del Comando Generale della Guardia di Finanza.

## Scuola di Rete

---

Nel 2000, con l'accentuazione della regionalizzazione della politica sanitaria, emerge l'esigenza di dedicare maggiore attenzione all'organizzazione dell'Aiop e alla sua articolazione regionale, spesso precaria e affidata all'occasionale attenzione dei Presidenti regionali. Ci si rende conto che strutturare l'Aiop in modo stabile, con personale professionalmente competente e motivato, attrezzature e strumenti efficienti ed efficaci, consentirebbe una migliore assistenza alle strutture associate e una migliore presenza associativa presso gli organi politico-amministrativi. «Un'Associazione come l'Aiop, che ha una struttura federale – scriveva Miraglia ne “I valori e le finalità dell'Aiop. 34 anni di storia associativa”, in *La definizione di un linguaggio comune* (2001) – deve avere all'interno di ogni Sede regionale funzionari che portano avanti l'Associazione giornalmente, così da raggiungere con più tempestività gli obiettivi che, come Associazione, ci siamo prefissati».

Potenziare le Sedi regionali (a quel tempo spesso isolate dalle altre e con un'organizzazione approssimativa) avrebbe consentito di:

- dare punti di riferimento stabili alle associate e agli organi istituzionali;
- incrementare il flusso di informazioni centro-periferia e viceversa, con un linguaggio unico, comprensibile a tutti;
- diversificare le competenze del personale delle Sedi regionali, consentendo ai Presidenti regionali di dedicarsi prevalentemente alle relazioni istituzionali.

Con la presidenza di Emmanuel Miraglia, tali obiettivi vengono perseguiti offrendo anzitutto maggiori risorse alle Sedi regionali: la percentuale della quota associativa destinata al livello regionale, nel 1996 già passata dal 40% al 50%, dal 2001 aumenta ulteriormente al 60%. Ma lo sviluppo maggiore deriva dalla Scuola di Rete, il periodico riunirsi dei collaboratori delle Sedi regionali con quelli della Sede nazionale per finalità formative e di confronto.

L'iniziativa, avviata nel 2000, è affidata alla responsabilità di Antonio Frova e di Vito Sabbino, entrambi del Comitato Esecutivo, e realizzata dall'Ufficio collegamento Regioni-Aiop (Ucra) della Sede nazionale, coordinato da Filippo Leonardi. Il tema del primo anno è “La definizione di un linguaggio comune”, per riconoscersi e identificarsi nelle comuni aspettative, mentre il secondo anno, con l'incontro “Dal linguaggio ai contenuti”, l'esigenza è di entrare nel merito delle questioni tecniche, dandovi contenuti qualificanti e approfonditi.

Dal 2000 in poi gli incontri della Scuola di Rete non si interrompono quasi mai, e sono animati, di volta in volta, oltre che dagli stessi collaboratori e consulenti delle Sedi Aiop, anche da esperti del Ministero della Salute, di Società scientifiche e di alte professionalità del mondo della comunicazione e delle nuove tecnologie informatiche.

Oltre ad un maggior coordinamento dei servizi associativi, frutto dell'amicizia e della collaborazione tra i funzionari delle Sedi regionali e nazionale, la Scuola di Rete produce nel 2001 la prima rivista interna, *Regionando* (2001-2011), l'e-magazine dell'Aiop inviato esclusivamente tramite email alle Sedi regionali, che svolge un'opera di moni-

---

Un incontro della Scuola di Rete  
a settembre del 2013



toraggio e di segnalazione mensile degli avvenimenti regionali di interesse associativo, curato direttamente dai collaboratori delle Sedi Aiop. Con *Regionando*, quindi, per la prima volta sono veramente messi in rete i responsabili dell'Associazione, offrendo loro in tempo reale una sintesi delle novità della politica sanitaria e associativa.

*Regionando* è distribuito ogni mese per dieci anni, fino al 2011, quando la Sede nazionale inizia una nuova riflessione sulla comunicazione interna ed esterna, da cui scaturiranno i nuovi strumenti di collegamento e di informazione associativa.

## MondoSalute (2003-2012)

---

Nel 2001, in occasione dell'Assemblea annuale di Bari, Aiop diffonde i risultati di un sondaggio commissionato all'Istituto Piepoli che rileva che solo il 49,1% della popolazione campione è a conoscenza della possibilità per i cittadini del libero e gratuito accesso alle strutture ospedaliere private accreditate. Da questa consapevolezza emerge il bisogno di dotarsi di uno strumento di comunicazione semplice, di taglio generalista, che si rivolga ai cittadini-pazienti e che promuova il ruolo e la qualità dell'ospitalità privata in Italia. Nasce così MondoSalute, la rivista bimestrale della Sede nazionale che parla il linguaggio dell'attualità, dello spettacolo e dello sport ed è intesa per essere di compagnia per il paziente nei giorni di degenza, ma anche per rappresentare una fonte di informazione su quel mondo dell'ospitalità privata accreditata con il SSN del quale, a quanto pare, si sa ancora troppo poco.

Il Presidente nazionale di allora, Emmanuel Miraglia, ne affida la responsabilità editoriale ad Alfio Spadaro, giornalista dalla ricca esperienza nel mondo della politica, dello sport e dello spettacolo, e che quindi è in grado di allestire un prodotto leggero, ma di grande qualità, ricco di stimoli e di informazioni. Il primo numero di Mondo Salute esce a dicembre 2003, diventando la rivista associativa in sostituzione della precedente Ospedalità Privata e giungendo a una tiratura di 200.000 copie.

Oltre al taglio generalista, MondoSalute si caratterizza, fin dall'inizio, per la presenza delle "grandi firme" del giornalismo italiano, come Mauro Mazza, Carmen Lasorella, Italo Cucci e Luciano Onder; o dello spettacolo, come Pippo Baudo, con le sue interviste a importanti personaggi della vita pubblica, tra cui Giulio Andreotti, Rita Levi Montalcini, Cesare Romiti, Barbara Ensoli e Antonino Zichichi.

Su iniziativa di *MondoSalute* viene istituito il Premio della Comunicazione e della Ricerca, che ha raggiunto la 5ª edizione, in cui sono premiati, tra gli altri, Gianfranco Gensini e Magdi Yacoub. È un modo per valorizzare il ruolo sociale e culturale dell'Associazione, per far conoscere i suoi valori e la funzione positiva dell'imprenditoria sanitaria per lo sviluppo economico e sociale del Paese.

L'ultimo numero di *MondoSalute* è di settembre del 2012: i tempi sono ormai cambiati e si entra nell'era della spending review anche per la politica sanitaria in Italia. I principali interlocutori diventano quasi esclusivamente le istituzioni, soprattutto centrali, più che i cittadini-pazienti, la cui conoscenza del mondo dell'ospitalità privata è comunque cresciuta.

Di quella esperienza rimangono molte tracce in *MondoSalute Lombardia*, la rivista omologa curata da Aiop Lombardia, che continua ad essere pubblicata ancora oggi e ne conserva alcuni aspetti, tra cui soprattutto il target di riferimento.

# Aiop su Internet e sui social network

---

La storia di Aiop su Internet inizia nel 1997, anno di registrazione del dominio [www.aiop.it](http://www.aiop.it). In quel periodo i numeri di Internet sono in forte crescita, ma ancora lontani dal boom degli anni Duemila. In Italia la percentuale di utenti rispetto alla popolazione totale non supera il 5% e la connessione si effettua con modem a 56kbit, una velocità di trasmissione dati circa cento volte inferiore alle odierne Adsl domestiche. I siti registrati con il dominio .it sono meno di 130.000 (saranno oltre due milioni e mezzo nel 2013). Il primo sito web dell'Associazione si affaccia in questo scenario. Da allora, seguendo il progresso dei linguaggi di programmazione e delle velocità raggiungibili in rete, vi sono quattro evoluzioni principali che trasformano il sito dalla pagina statica iniziale in un vero e proprio portale di notizie e servizi per gli associati.

Dalla versione 2013 in poi, inoltre, si può parlare di piattaforma associativa, in quanto le Sedi regionali Aiop hanno l'opportunità di entrare a farne parte e di integrare i loro servizi, condividendo il flusso di informazioni dell'intera Associazione in modo più razionale ed efficiente. Dal 2010, inoltre, anche il sito Internet [www.aiopgiovani.it](http://www.aiopgiovani.it) segue l'evoluzione della presenza dell'Associazione in rete.

I nuovi strumenti – a cui occorre aggiungere anche il restyling della Rassegna Stampa, nel 2014 inserita sul portale Aiop – consentono di aumentare la condivisione di eventi e di veicolare in tempo reale messaggi da e verso gli associati, coinvolgendoli in modo attivo nell'operato dell'Associazione, anche sui principali social network, quali Facebook e Twitter. Lo sviluppo è ancora in atto e sono in previsione ulteriori restyling del portale, così come lo sviluppo di applicazioni specifiche per l'utenza associativa "mobile", che sta superando nei numeri quella a postazione fissa.



---

Il sito Internet della Sede nazionale dell'Aiop







# Alla ricerca di un futuro

---

ANNI DIECI

La sede della Banca Centrale Europea a Francoforte

6

## 6.1 Instabilità e poche certezze

---

Gli ultimi cinque anni – ancora di difficile valutazione per quanto riguarda la loro portata sull’attuale presente e, soprattutto, sul futuro – sono stati caratterizzati dal permanere della crisi economica e finanziaria. Una crisi che ha toccato l’Europa intera, ma che ha visto l’Italia, con la Spagna e la Grecia, in una posizione particolarmente difficile. A livello internazionale, il 2011 si aprì con l’invio di una spedizione militare in Libia, nel contesto della guerra civile che portò alla fine del regime quarantennale di Muammar Gheddafi, suscitando diffuse preoccupazioni nell’opinione pubblica. Nel frattempo la crisi economica si aggravava e le misure messe in atto dal Governo per contrastarla risultarono insufficienti. Il forte aumento dello *spread* tra titoli italiani e tedeschi rappresentò la classica goccia capace di far traboccare il vaso, costringendo Silvio Berlusconi, il 12 novembre, a rassegnare le dimissioni.

Il 16 novembre il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano affidò a Mario Monti (ex commissario europeo e Presidente dell’Università Bocconi di Milano) l’incarico di formare un Governo tecnico, con il compito di superare la crisi finanziaria, rispettare gli impegni presi con i partner europei e recuperare credibilità in ambito internazionale. Le riforme pianificate dal Governo Monti con il nome “Provvedimento Salva Italia” vennero presentate il 6 dicembre come “sacrifici necessari”, dando il via ad una crescente polemica sulle conseguenze sociali del provvedimento<sup>1</sup>.

Il 2012 venne inaugurato dal naufragio della nave Concordia della compagnia Costa Crociere davanti all’Isola del Giglio, provocando la morte di 32 persone. Altri eventi drammatici, nel corso dello stesso anno, furono legati alla serie di localizzate scosse sismiche in Emilia Romagna e Lombardia tra maggio e giugno, con 27 vittime ed ingenti danni ai centri abitati coinvolti.

Nel frattempo il Paese cercava di fronteggiare la crisi con piccoli e grandi accorgimenti volti a contenere le spese: ad esempio, si assistette ad una riduzione di spostamenti in auto e moto (con un calo del 25% di immatricolazioni nel 2012 rispetto all’anno precedente) e al ritorno delle biciclette come mezzo di trasporto alternativo, oppure al *car sharing*. 2,7 milioni di italiani provvedevano al personale consumo di verdure e ortaggi coltivando un proprio orto, con un coinvolgimento di 7,2 milioni di persone nelle pratiche del chilometro zero, e 11 milioni preparavano in casa conserve, pane, yogurt e gelati: eco-salutismo e genuinità stavano diventando il criterio di scelta per la maggior parte dei cittadini. Inoltre, si era diffuso e stava sempre più radicandosi, grazie alle nuove tecnologie, l’acquisto di beni e servizi a basso costo *on line*. Sempre nell’ottica del risparmio, il 30,9% degli italiani aveva rinunciato alla telefonia fissa, mantenendo solo il cellulare<sup>2</sup>.

Nonostante questi accorgimenti, il disagio provocato dalla crisi iniziata nel 2008 si stava facendo sentire sotto molti aspetti: un aumento della disoccupazione in

---

1 Al lato pratico, vennero immediatamente attuate la riforma delle pensioni, con un innalzamento dell’età pensionabile che ha dato vita al problema dei cosiddetti “esodati”, la riforma del mercato del lavoro, il potenziamento della lotta all’evasione fiscale, e venne introdotta l’Imu.

2 Cfr. XVII Rapporto Censis, 2012.



generale, anche se ad esserne più colpiti erano i giovani; i fallimenti, il calo dei redditi, l'indebitamento di molte famiglie, la dispersione scolastica, la criminalità in generale e quella minorile in particolare.

L'inizio dell'anno successivo vide le storiche dimissioni di Papa Benedetto XVI dall'incarico di pontefice e l'elezione in marzo del cardinale argentino Jorge Mario Bergoglio, arcivescovo di Buenos Aires, il quale assunse il nome di Francesco. Nel frattempo, alcune inchieste condotte nel mondo politico avevano portato alla luce casi di corruzione, appropriazione indebita dei rimborsi elettorali e truffa ai danni dello Stato. La sfiducia crescente diventò tangibile nelle elezioni amministrative tenutesi in febbraio, e nelle politiche del maggio 2013, che videro una scarsa affluenza alle urne, un netto calo di consenso ai partiti e il l'inaspettato successo del Movimento 5 Stelle guidato da Beppe Grillo: un chiaro sintomo dell'insofferenza a cui era giunto almeno un quarto dell'elettorato italiano e della necessità di un profondo rinnovamento nel mondo politico. Il nuovo Governo, detto anche "delle larghe intese" per la mancanza di un'effettiva maggioranza dell'uno o dell'altro partito, ed affidato a Enrico Letta, non era destinato a dare un'adeguata risposta al

---

La torre dell'orologio di Finale Emilia, duramente colpita dal sisma del 2012

malcontento generale, nonostante una serie di provvedimenti volti a tamponare gli effetti dell'inarrestabile crisi economica. Un singolare esempio di indignazione popolare si concretizzò a fine anno nello "Sciopero dei Forconi" con blocchi stradali in protesta contro l'austerità e il governo<sup>3</sup>. Quasi contestualmente si andava aggravando il problema degli immigrati, in particolare quelli che arrivavano in Italia con i "barconi", accentuando i problemi sia sul piano umanitario, che su quello della capacità di accoglierli, smistarli e inserirli nella società e nel lavoro.

Sul piano politico, il cambiamento di rotta avvenne il 22 febbraio del 2014, quando Matteo Renzi, che aveva vinto le Primarie del Partito Democratico il precedente inverno, succedette a Letta nel ruolo di Presidente del Consiglio, dando il via a una energica serie di interventi in politica interna ed estera (dall'inizio del suo mandato ad oggi) rispetto ai quali la cronaca registra, come è ovvio, opinioni disparate<sup>4</sup>. Venendo ai tempi più recenti, la situazione complessiva dell'economia nazionale resta condizionata da una congiuntura internazionale incerta e a tratti contraddittoria, pur registrando qualche segno di ripresa. Le tensioni politiche e l'incombente minaccia del terrorismo internazionale restano però purtroppo di estrema attualità con l'imperversare dell'Isis<sup>5</sup>, con gli attentati compiuti a Parigi alla sede del giornale satirico *Charlie Hebdo* nel gennaio 2015, le stragi agghiaccianti di novembre, sempre a Parigi, e quelle di Bruxelles del 22 marzo 2016.

---

3 Nel frattempo Silvio Berlusconi venne definitivamente condannato a quattro anni di reclusione (tramutati poi in un anno di servizi sociali) per frode fiscale sull'acquisizione dei diritti televisivi del gruppo Mediaset.

4 Durante il suo governo, Renzi ha avviato un ampio progetto di riforme: quella del Mercato del Lavoro detta "Jobs Act", che ha introdotto il contratto unico a tutele crescenti, il sussidio di disoccupazione e la tutela delle donne in maternità; una nuova legge elettorale, denominata "Italicum" in sostituzione del cosiddetto "Porcellum", la riforma della giustizia, la riforma della pubblica istruzione intitolata "La buona scuola". Il Jobs Act è entrato in vigore il 7 marzo 2015, la nuova legge elettorale il 6 maggio 2015, quella per la riforma della giustizia il 27 giugno 2015, quella per la riforma della pubblica istruzione il 15 luglio 2015.

5 L'Isis è un gruppo terroristico attivo in Siria e Iraq, il cui attuale capo, Abu Bakr al-Baghdadi, nel giugno 2014 ha unilateralmente proclamato la nascita di un califfato nei territori caduti sotto il suo controllo.

## Minor spesa oggi non vuol dire “miglior spesa”

## 6.2

---

L'inizio degli anni Dieci del nuovo secolo ha visto acuirsi i problemi nella gestione del SSN in molte Regioni. In particolare, le Regioni per le quali erano stati previsti i Piani di rientro erano tutte riuscite, con difficoltà, a realizzare un contenimento delle spese, ma questo a scapito della qualità ed efficienza delle prestazioni erogate<sup>6</sup>. Al riguardo, l'opinione degli italiani parlava chiaro: alla fine del 2011, solo l'11% riteneva migliorato il servizio di assistenza sanitaria nella propria regione, mentre circa il 29%, con punte più alte nel Sud Italia, lamentava un peggioramento complessivo, in riferimento all'inadeguatezza degli ospedali, dei laboratori di analisi, dei medici specialisti e degli uffici delle Asl. Inoltre, risultavano generalmente diffuse alcune paure: il pericolo di un'accentuazione delle differenze di qualità tra le sanità regionali (35,2%); il timore che l'interferenza della politica danneggiasse in modo irreparabile la qualità della sanità (35%); che i problemi di disavanzo rendessero indispensabili robusti tagli all'offerta (21,8%); che non venissero sviluppate le tipologie di strutture e servizi necessarie, come l'assistenza domiciliare territoriale (18%); che l'invecchiamento e la diffusione delle patologie croniche producessero un intasamento delle strutture e dei servizi (16,3%)<sup>7</sup>.

Queste le opinioni degli italiani, del resto ben note all'Aiop grazie ai dettagliati Rapporti annuali di *Ospedali & Salute*. Tali Rapporti furono intesi fin dalla loro nascita come una vera e propria “operazione di servizio”, diretta esplicitamente a percorrere la strada dell'analisi e delle proposte necessarie ad un settore che presentava una continua esigenza di miglioramento, rispetto sia al contributo dell'ospedalità privata sia alla gestione delle risorse investite e da investire, indipendentemente dal fatto che si trattasse di strutture pubbliche, private accreditate o del tutto private. In altri termini, l'obiettivo era quello di giungere ad una concezione di impiego delle risorse pubbliche destinate alla salute come ad un investimento sul futuro del Paese<sup>8</sup>.

Altro serio problema sorse durante l'estate del 2011, quando Giulio Tremonti, Ministro dell'Economia nel Governo Berlusconi, presentò il decreto legge n. 98 del 6 luglio 2011, che prevedeva tagli di oltre 3 miliardi alla Sanità, rendendo ancor più drammatica la situazione già delicata del Servizio Sanitario Nazionale e, soprattutto, la già farraginosa gestione dell'assistenza sanitaria da parte delle Regioni.

Il rischio più grande, se non si fossero attivate le opportune contromisure, era quello di una continua riduzione delle prestazioni erogate ai cittadini e della loro qualità. C'era bisogno, pertanto, di interventi che potessero contribuire a mettere sulla giusta strada il percorso della sostenibilità del sistema. «Prima di tutto dobbiamo affrontare

---

6 Nel periodo 2001-2010 le Regioni con Piano di rientro avevano registrato un incremento della spesa del 19% di contro il 26,9% del resto delle Regioni. Tra il 2006 e il 2011 avevano subito una riduzione della spesa in termini reali dello 0,6%, mentre le altre Regioni avevano avuto un aumento di oltre il 9%. Riguardo alle singole Regioni, per il periodo 2006-2010 spiccavano il contenimento di spesa registrati dalla Sicilia (oltre il -10%), dall'Abruzzo (-4,4%), dal Lazio (-3%) e dalla Campania (-1,9%), che avevano siglato i rispettivi Piani di rientro nel 2007. Cfr. VL Rapporto Censis, 2011.

7 VL Rapporto Censis, 2011.

8 Cfr. IX Rapporto *Ospedali & Salute*, 2011.



---

L'IRCCS San Raffaele di Milano

i nodi critici del Servizio Sanitario presenti praticamente in ogni Regione – scrisse Gabriele Pelissero, allora Vice Presidente nazionale Aiop –, che a nostro giudizio sono una delle cause portanti dei disavanzi: la mancanza di trasparenza e di pubblicità dei sistemi di bilancio delle aziende di diritto pubblico e la costante presenza di un conflitto di interessi gravissimo, che impedisce lo sviluppo di un'autentica cultura dei controlli nella Sanità italiana»<sup>9</sup>.

Nel Rapporto *Ospedali & Salute* del 2011 era stata fatta una misurazione, aggiornata agli ultimi dati disponibili, dei disavanzi delle strutture pubbliche (Aziende ospedaliere ed Ospedali a gestione diretta) presenti in tutte le regioni italiane, ivi comprese quelle a Statuto speciale. A tale scopo erano stati messi a confronto i costi reali (così come risultavano dai bilanci consuntivi di tutte le Aziende ospedaliere pubbliche) con i ricavi teorici, calcolati sulla base del trattamento a Drg riservato agli ospedali privati accreditati (ma apportando alcune correzioni al rialzo, allo scopo di ricono-

---

9 Intervento di Gabriele Pelissero all'Assemblea generale dei soci Aiop, 2011.

scere le funzioni aggiuntive svolte dalle strutture pubbliche). Si era potuto così valutare lo scostamento esistente tra i ricavi calcolati sulla base dei Drg e i costi effettivamente dichiarati nei bilanci consuntivi, con i primi a livelli considerevolmente inferiori rispetto ai secondi, individuando in tal modo la quota di quella che era stata definita come “inefficienza sommersa”, la cui percentuale variava da un minimo del 17,2% del Veneto ad un massimo del 46,4% della Calabria, ma passando anche per il 41,3% del Lazio, per il 41,7% della Campania e per il 41,8% della Sardegna<sup>10</sup>.

Di fatto, ogni anno venivano dispersi – o per meglio dire “sprecati”, e soprattutto dalle strutture pubbliche – oltre 9 miliardi di euro<sup>11</sup>. Di fronte a questo allarmante quadro, l’Aiop individuò tre esigenze fondamentali: innanzitutto il bisogno di attuare una vera e propria riforma strutturale, atta a garantire, nel medio periodo, un sistema sanitario universalistico e un’ottimizzazione dei costi. «Questo permetterebbe di sopperire alla contrazione delle risorse pubbliche, recuperando progressivamente livelli di efficienza, visto che più di un quarto dei finanziamenti rivolti agli ospedali pubblici evidenziano, al contrario, palesi inadeguatezze dell’impiego delle risorse medesime. Ciò significa che le strutture pubbliche ricevono finanziamenti statali più elevati rispetto al valore delle prestazioni che erogano (e ciò limitandosi a considerare le sole spese di esercizio e non anche quelle di investimento, le quali farebbero aumentare ulteriormente il tasso di inefficienza richiamato)»<sup>12</sup>.

Come seconda esigenza, il Presidente Paolini segnalò la necessità, oltre che di accrescere la trasparenza sui dati di bilancio delle strutture ospedaliere pubbliche, di introdurre un sistema di effettiva terzietà dei controlli sia delle prestazioni fornite ai pazienti sia dei livelli di efficienza, nonché di revisionare i sistemi di finanziamento e di accreditamento: questi ultimi, in particolare, avevano bisogno di essere coerentemente ripensati in una logica di effettivo sistema misto pubblico/privato, organizzato secondo una logica di offerta unitaria sul territorio e spinto, in tutte le sue componenti, ad elevare il livello di qualità delle prestazioni e a costi più contenuti.

Al fine di migliorare significativamente l’efficienza, l’Aiop individuava come terzo punto l’esigenza di un coinvolgimento più consistente della sanità privata accreditata nel sistema di offerta sanitaria pubblica. «Ampliare l’apporto dei privati, favorendo la competizione, non significherebbe certo privatizzare la sanità – specificò il Presidente nazionale –, bensì al contrario, mantenere l’intera *governance* del sistema nelle mani dello Stato, con i relativi poteri di indirizzo e di controllo, ma permettendo di qualificare il rapporto tra prestazioni e costi. Ma questo è un tema che dovrà essere concretamente sperimentato, lungo una strada che peraltro già è stata intrapresa da diversi Paesi europei che si stanno orientando esplicitamente verso la costruzione di sistemi misti, in cui il confronto tra soggetti erogatori diversi contribuisce ad innescare un meccanismo virtuoso di sana competizione»<sup>13</sup>. In altri termini, l’Aiop stava prospettando le ottimali dinamiche che avrebbe dovuto intraprendere il Servizio sanitario regionalizzato, il quale necessitava di sganciarsi dall’eccesso di vincoli della politica e nel contempo garantire la sostenibilità finanziaria e offrire a tutti i cittadini la qualità attesa, tenendo sempre presente la centralità della persona e i relativi bisogni.

---

10 Cfr. IX Rapporto Ospedali & Salute, 2011.

11 Uno “spreco” di circa 7 miliardi di euro fu rilevato anche nel XII e XIII Rapporto Ospedali & Salute (2014 e 2015), nella rilevazione dei costi medi di gestione.

12 Cfr. Presentazione del Presidente Enzo Paolini del IX Rapporto Ospedali & Salute, 2011.

## 6.3 La spending review sanitaria “Monti-Grilli-Balduzzi”

La fine del 2011, con la nomina di Mario Monti a capo del Governo “tecnico”, comportò per gli italiani, e anche per la Sanità, l’inizio di uno dei periodi più duri. Il “Provvedimento Salva Italia”, annunciato il 6 dicembre, divenne effettivo poco prima delle festività natalizie con l’entrata in vigore della legge n. 214 del 22 dicembre 2011 che prevedeva l’innalzamento dell’età pensionabile, il ripristino in forma più onerosa dell’Ici con la nuova imposta denominata Imu, un aumento dell’Iva e nuovi pesanti tagli alla sanità.

L’inizio del nuovo anno, ma in generale tutti i sedici mesi del Governo Monti, furono caratterizzati da una forte centralizzazione statalista e burocratica, che si andò a tradurre, tra le altre cose, nella spinta ad attuare un mutamento del Servizio Sanitario Nazionale. Ma mentre le riforme del 1992 e anche quella, sebbene poco lungimirante, del 1999 erano state frutto di un dibattito incrociato tra Governo, parlamentari e addetti culturali, professionali ed economici del settore, quella che ebbe inizio nel 2012 costituiva il risultato di una fase politica ben diversa. Era evidente, ad esempio, che le esigenze politiche di pareggiare (o ridurre il deficit) del bilancio statale fossero prioritarie rispetto alla salvaguardia dei principi di tutela della salute ed estensione dell’assistenza sanitaria ad ogni cittadino, come invece previsto dalla Costituzione. Nel dettaglio, la manovra attuata dal Governo Monti, su consiglio di Vittorio Grilli e Renato Balduzzi<sup>14</sup>, trovò i suoi punti cardine in due provvedimenti legislativi, oltre il già citato “Provvedimento Salva Italia”: la legge n. 135 del 7 agosto 2012 sulla “spending review” (che comportò una modifica unilaterale del Patto per la Salute e un taglio reale ai servizi essenziali a favore dei cittadini) e la legge n. 189 del 8 novembre 2012, a cui fecero seguito, come corollari, altri decreti che ebbero come risultato un crescente restringimento dei servizi offerti dal Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, la legge n. 135 del 7 agosto 2012 (spending review) era volta, tra l’altro, a disciplinare:

- lo sconto dovuto dalle farmacie al SSN;
- la revisione dei tetti della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale;
- i nuovi obblighi per i MMG (Medici di Medicina Generale);
- le nuove disposizioni per l’acquisto di beni e servizi (riduzione su contratti di appalto di servizi e di fornitura di beni e servizi, riduzione dei posti letto);
- la revisione del tetto di spesa per i dispositivi medici;
- la procedura d’urgenza per l’emanazione del decreto tariffe massime delle prestazioni sanitarie;
- la proroga al 2015 delle misure vigenti all’epoca di riduzione di spesa sul personale;
- la riduzione del finanziamento del SSN per gli anni 2012 e seguenti (900 milioni per il 2012; 1,8 miliardi per il 2013; 2 miliardi per il 2014 e 2,1 miliardi a decorrere dal 2015);
- l’accelerazione nell’adozione dei costi standard in sanità;
- l’anticipazione al 2013 dell’aumento dell’addizionale regionale Irpef per le Regioni in Piano di rientro<sup>15</sup>.

14 Vittorio Grilli, durante il Governo Monti, ricoprì dal 28 novembre 2011 il ruolo di Viceministro dell’Economia e delle Finanze e, dall’11 luglio 2012, di Ministro. Renato Balduzzi è stato invece Ministro della salute, sempre durante il Governo Monti, e Capo di Gabinetto del Ministero della salute con Rosy Bindi Ministro.

15 Cfr. Dossier di Documentazione – La sanità nelle manovre finanziarie 2012 (Governo Monti), CINSEDO, marzo 2013.





La legge n. 189/2012 (legge Balduzzi) andò invece ad aggiornare, integrare e modificare le disposizioni di rilevanti settori in sanità, anticipando alcune delle tematiche oggetto di un percorso pattizio fra Stato e Regioni che avrebbe dovuto portare al nuovo Patto per la Salute 2013-2015. In particolare, portò a una riduzione dei tempi di concertazione e di confronto con le Regioni su temi quali: la riforma delle cure primarie, materia di piena autonomia organizzativa delle Regioni; la dirigenza sanitaria e il governo clinico, dove sul procedimento di nomina dei Direttori generali le Regioni avevano avanzato specifiche proposte emendative nel Documento di parere complessivamente negativo del 26 settembre 2012. Le due leggi produssero, tra l'altro, il taglio lineare quantitativo di 4,7 miliardi di euro al Fondo sanitario nazionale, l'abbattimento del tariffario nazionale delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero (DM 18 ottobre 2012), nonché la previsione di attuare una riduzione di circa 20.000 posti letto tra ospedali pubblici e privati<sup>16</sup>, soprattutto con l'adozione di un Regolamento sugli standard ospedalieri<sup>17</sup> di cui si parlerà più avanti.

---

Il Presidente del Consiglio Mario Monti e il Ministro del Lavoro Elsa Fornero durante il voto finale della Legge di Stabilità 2013

16 Cfr. Gabriele Pelissero, *La realtà e le idee*, Quaderni Aiop, 2015.

17 Dopo una lunghissima fase di gestazione e anche di bocciature fu definitivamente pubblicato nel DM 2/4/2015, n. 70.

Il problema più grave era dettato dalla scelta di attuare i tagli in modo lineare, ossia riducendo proporzionalmente le risorse di ciascuna Regione, senza tenere conto delle differenze intercorrenti tra l'una e l'altra. Con il risultato di colpire in misura maggiore le realtà più efficienti e di salvaguardare l'inefficienza dei sistemi peggiori. Questo perché, a parità di riduzione del finanziamento, i secondi potevano operare tagli parziali rispetto all'inefficienza, mentre le prime si trovavano nella paradossale situazione di essere costrette a tagliare una spesa già contenuta e ottimizzata, con inevitabili perdite sul livello globale delle prestazioni precedentemente garantite. Senza contare che i tagli ai budget e ai posti letto avevano provocato ulteriori allungamenti delle liste di attesa e, nel contempo, un aumento della spesa sanitaria potenzialmente a carico delle famiglie. Infine, l'approvazione del nuovo tariffario nazionale delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali si era rivelata un'ulteriore operazione di ricalcolo al ribasso, con l'inevitabile effetto di incidere sulla qualità dell'assistenza sanitaria fornita ai cittadini. Nello specifico, si erano verificati:

- una lievitazione dei ticket sanitari, pagati a fronte di visite e di prestazioni specialistiche presso gli ospedali pubblici (essi avevano raggiunto la cifra di 1.465,4 milioni di euro nel 2012, con un incremento pari al 22,1% rispetto al 2009);
- un aumento dei ticket nel campo dei farmaci comprensivo dello *spread* tra generici e *branded* che nel periodo 2009-2012 erano aumentati del 63,3%, raggiungendo la cifra di 1.406 milioni di euro;
- un incremento del 51,4% in un solo anno (tra il 2011 e il 2012) del ricorso a pagamento alle prestazioni *intramoenia*, valutate attraverso i ricavi dichiarati da parte degli ospedali pubblici;
- una lievitazione delle addizionali Irpef regionali che, tra il 2009 e il 2012, erano via via cresciute, con un evidente peggioramento più pronunciato per i cittadini residenti nelle Regioni sottoposte a Piani di Rientro.

Una situazione che, collateralmente, aveva costretto molti italiani a dover rinunciare a prestazioni sanitarie spesso importanti: il 22,6% aveva rimandato o aveva rinunciato a cure dentarie (5,5 milioni di famiglie coinvolte), il 19,5% a visite specialistiche (4,7 milioni di famiglie), l'11,7% ad analisi di laboratorio (2,9 milioni di famiglie)<sup>18</sup>. Questi provvedimenti, che rappresentavano l'ennesimo passo di un processo di riappropriazione di sovranità dello Stato centrale a danno delle istituzioni periferiche, ebbe un effetto bivalente. La *spending review*, già iniziata nel 2010-11, ebbe l'esito di riportare in equilibrio i conti<sup>19</sup>, ma comportò dolorosi razionamenti dei fattori produttivi e un progressivo invecchiamento degli organici. "Una serie di provvedimenti" scrisse Pelissero, "che determinano una drastica azione di contenimento e riduzione della spesa sanitaria pubblica, giudicata da tutti gli attori del sistema (Regioni, Aziende Sanitarie e Ospedaliere pubbliche e private, categorie professionali e organizzazioni sindacali) come praticamente insostenibile e, di fatto, foriera di un vero e proprio «mutamento genetico» della natura universalistica e solidale del Servizio Sanitario Nazionale italiano"<sup>20</sup>.

---

18 Cfr. XI Rapporto Ospedali & Salute, 2013.

19 Nell'ultimo decennio il deficit corrente del SSN è stato azzerato (Cfr. Armeni A. e Costa F., cap. 3 Rapporto OASI, 2015).

20 Cfr. G. Pelissero, "Salviamo il Servizio Sanitario nazionale", articolo introduttivo al X Rapporto Ospedali & Salute del 22 novembre 2012.

Nel maggio 2012 l'Assemblea generale di Aiop elegge a Roma l'ottavo Presidente nazionale, nella persona di Gabriele Pelissero. Medico e Professore Ordinario di Igiene e Organizzazione sanitaria all'Università di Pavia, Pelissero è uno studioso dei Sistemi sanitari ben noto in Italia e all'estero<sup>21</sup>, ma è anche uomo d'azienda, avendo lavorato per più di venticinque anni con Giuseppe Rotelli alla costruzione del Gruppo Ospedaliero San Donato, da molto tempo divenuta la più grande azienda ospedaliera di diritto privato del Paese. Al momento dell'elezione Pelissero ricopre le cariche di Vice Presidente del Gruppo e di Direttore Scientifico della capogruppo, l'IRCCS Policlinico San Donato, e conosce molto bene la struttura associativa dell'Aiop di cui è Vice Presidente nazionale da nove anni. Ma il contributo più significativo che può portare all'Associazione è forse quello che gli deriva dal lungo periodo di Presidenza Aiop Lombardia, dove è stato fra i protagonisti della grande riforma sanitaria lombarda, il primo e probabilmente il più compiuto tentativo europeo di creare un grande sistema sanitario autenticamente pluralistico, fondato sulla libertà di scelta del cittadino e caratterizzato dalla più ampia parità fra pubblico e privato. Al momento dell'insediamento del nuovo Presidente Aiop si trova però ad affrontare due rilevanti criticità, all'interno e all'esterno.

All'interno dell'Associazione, infatti, si stava diffondendo un clima di disaffezione e di perplessità su molti aspetti della vita associativa, e questo malessere è ben visibile nel dibattito assembleare dove molte voci si levano a lamentare il distacco fra centro e periferia, e la incapacità interna di comunicare e informare, mentre qualche associato si spinge a domandarsi se serve davvero una organizzazione nazionale.

All'esterno, la crisi della finanza pubblica portata dall'onda lunga del crollo dell'economia mondiale partita negli USA qualche anno prima come abbiamo visto cominciava a tradursi in provvedimenti legislativi di riduzione della spesa pubblica, iniziando a prendere di mira proprio la sanità. Il primo provvedimento, voluto dall'allora Ministro dell'Economia Giulio Tremonti, è datato 2011 ma sarà proprio l'anno 2012 quello in cui l'aggressione al welfare sanitario si farà più intensa, e per di più venata di pregiudizi ideologici che la orienteranno con forza contro la presenza del privato. «La stessa sera della mia elezione – ricorda Pelissero – ci trovavamo tutti sulla terrazza dell'Altare della Patria, nel centro di Roma, per il tradizionale brindisi quando suona il mio telefono: “Ministero della Salute, le passo il Ministro”. Renato Balduzzi, all'altro capo, mi voleva fare le congratulazioni e gli auguri di buon lavoro, un gesto di grande attenzione e un indubbio riconoscimento del ruolo di Aiop come interlocutore con le istituzioni, espresso con la cortesia che indubbiamente si coniuga, in Balduzzi, con la competenza e l'onestà intellettuale. Ma al mio auspicio di un prossimo lavoro comune nell'interesse del SSN il Ministro rispose: “certamente, ma penso che su molte cose avremo punti di vista diversi”. E ben, presto la previsione si rivelò esatta». Un fronte interno, dunque, e un fronte esterno. Una situazione difficile e per certi versi inedita che richiederà una azione energica ed

---

21 Ultimo riconoscimento internazionale nel 2011 l'Atlas Economic Research Foundation di Washington DC ha conferito il Sir Anthony Fisher international Memorial Award al volume Eppur si Muove. Come cambia la sanità in Europa fra pubblico e privato, anno 2010, curato da G.Pelissero e A. Mingardi.



---

Una stretta di mano tra  
Enzo Paolini e Gabriele Pelissero

incisiva. Il primo passo, però, sarebbe stato il completamento della struttura di governo di Aiop, e questo adempimento si dedicò il primo Consiglio nazionale convocato da Pelissero il 5 giugno, nel quale venne eletta Vice Presidente nazionale Barbara Cittadini, Presidente di Aiop Sicilia, Tesoriere Fabio Marchi e l'Esecutivo nazionale composto da Emmanuel Miraglia, Giuseppe Puntin, Ettore Sansavini e Vincenzo Schiavone (del Comitato Esecutivo entravano poi a far parte, con l'allargamento previsto nello Statuto del 2014, Giulia De Leo e Jessica Veronica Faroni. Per Aiop Giovani era presente anche Domenico Musumeci, in qualità di Presidente nazionale Aiop Giovani, sostituito nel 2015 da Lorenzo Miraglia). Subito dopo, nella prima riunione dell'Esecutivo, Pelissero proporrà Enzo Paolini alla presidenza della Commissione Revisione Statuto invitandolo stabilmente a partecipare ai lavori<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Il nuovo Statuto fu poi approvato all'unanimità a maggio 2014, come una leggera "manutenzione" della Carta associativa. Le principali novità riguardavano l'allargamento dei membri del Comitato Esecutivo da 7 a 9 e una migliore strutturazione di Aiop Giovani, con il Presidente nazionale della Sezione inserito di diritto, e non più solo come osservatore, dell'organo direttivo dell'Associazione.

La squadra di vertice era fatta, ora bisognava mettere mano alla struttura interna della Sede nazionale, dove la lunga ed apprezzata presenza dello storico Direttore generale Franco Bonanno stava terminando per limiti d'età. Il rinnovamento della Direzione generale poneva prima di tutto un problema metodologico, sulle caratteristiche e le competenze necessarie per ricoprire questo importante incarico, e anche una scelta di fondo, se ricercare all'esterno della struttura un personaggio autorevole o concentrarsi sulle risorse interne. Dopo aver ascoltato molti pareri e riflettuto a lungo, Pelissero decise di proporre all'Esecutivo nazionale la nomina di Filippo Leonardi, un dirigente della Sede nazionale Aiop, giovane, ma con vasta esperienza e buona reputazione interna. La decisione fu unanime e convinta, accompagnata da una riorganizzazione di tutti gli uffici, l'attribuzione di nuovi incarichi e, di lì a poco, l'immissione di nuovi giovani collaboratori. Si poteva finalmente partire, e il primo impegno del nuovo Presidente e della sua squadra sarà sulla informazione e la comunicazione interna.

In pochi mesi, nascono così strumenti di comunicazione nuovi, come *Inform@iop* – il filo diretto con gli associati – il settimanale elettronico che mette in rete Sede nazionale, Sedi regionali e le singole strutture associate, trasmesso via e-mail tutti i venerdì dai primi di settembre 2012 (vd. scheda pag. 223). Il settimanale si rivela particolarmente prezioso perché fornisce notizie, in tempo reale sulle numerose attività a livello centrale degli organi statutarî e delle varie commissioni, sui rapporti istituzionali e sulle attività formative realizzate e in programma, ma offre anche un'analisi su tutte le principali novità politico-amministrative di rilevanza nazionale e regionale, spesso curati dai consulenti dell'Associazione, cui viene chiesto un supplemento di impegno. *Inform@iop* non è stato concepito con lo scopo di sostituire gli strumenti associativi già esistenti, come le circolari e la rassegna stampa quotidiana, ma come un mezzo in più, in grado di arricchire l'informazione associativa con il testo integrale di delibere, sentenze e con l'inserimento di video realizzati dalla stessa Sede nazionale e diffusi tramite AiopTV, il nuovo canale associativo presente su youtube.it.

Altro strumento di comunicazione associativa interna, è il mensile cartaceo *Aiop Magazine* (vd. scheda pag. 223), consultabile anche online, per una "rivoluzione editoriale" che andasse incontro a vecchi e nuovi bisogni. Un progetto che segue una discontinuità con i precedenti *MondoSalute* e *Ospedalità Privata*: nei contenuti, nel formato, nella periodicità, e soprattutto nella partecipazione a livello centrale e periferico dell'Associazione, per dare concreta attuazione ad un nuovo rapporto, più stretto ed efficace, con tutta la base associativa. I principi ispiratori di queste azioni infatti sono due: la trasparenza e l'immediatezza delle informazioni, in modo da mettere il singolo associato al centro di tutti i canali di comunicazione, moltiplicando l'impegno e la presenza associativa sulla stampa nazionale, ma anche sulle piattaforme televisive, tradizionali e digitali, radiofoniche e sulla rete web e consentendo di amplificare la voce Aiop sui flussi di comunicazione politico-culturale del Paese e sui canali dei social network, ora utilizzati da Aiop, con una significativa presenza su Facebook e Twitter. In tutti questi nuovi approcci e scelte di comunicazione, l'associato continua ad essere al centro dell'informazione e le trasmissioni tv e web, a cui partecipa il vertice dell'Associazione, sono registrate e inserite nella newsletter settimanale e sono presenti in maniera permanente sui siti aiop.it e aiopgiovani.it.



---

L'IRCCS Policlinico San Donato

Negli stessi mesi, considerata la necessità di rilanciare anche le funzioni e i servizi della Sede centrale, vengono riorganizzate le consulenze esterne, progettati nuovi servizi per tutti gli associati, intensificando il rapporto con le Sedi regionali. Nascono così nuove iniziative editoriali quindi integrate con la collana di fascicoli *Quaderni Aiop* su temi di servizio alle aziende associate riguardanti, ad esempio, le misure antincendio, la normativa ambientale e quella sul Jobs Act. Altra iniziativa importante è quella della Scuola di Formazione Aiop, riservata alle associate, dedicata al “Jobs Act in sanità” (2015) e al “Risk management nelle strutture ospedaliere” (2016).

Nuovo impulso è stato dato anche alla Scuola di Rete, un’iniziativa semestrale riservata ai collaboratori delle Sedi regionali, che era stata interrotta, poi arricchita con temi giuridici, economici e di comunicazione, curati dai consulenti dell’Associazione e da professionisti esterni. Ma anche le funzioni e i servizi della Sede centrale richiedevano un rilancio, e negli stessi mesi furono riorganizzate le consulenze esterne, progettate nuove iniziative e nuovi servizi per tutti gli associati, e intensificato il rapporto con le Sedi regionali. Ultimo impegno interno fu una rigorosa

ripresa della gestione finanziaria, che portò in poco più di un anno a risolvere un serio problema di liquidità e a razionalizzare il flusso economico delle Sedi regionali. La macchina Aiop aveva così raggiunto un ottimo livello di efficienza, e tutte le energie potevano ora essere dedicate al fronte esterno. In realtà questo era stato fin dall'inizio del mandato di Pelissero fortemente presidiato, nella consapevolezza che l'azione associativa si stava svolgendo in uno scenario generale profondamente modificato.

In questo quadro di largo respiro, l'attenzione di Aiop si rivolgeva anche alla dimensione europea, destinata ad incidere sempre più sul settore ospedaliero privato sotto molteplici aspetti: mobilità dei pazienti, innovazione e ricerca, best practice, qualità e sicurezza delle prestazioni, infezioni nosocomiali e trasfusioni, normative tecniche. Significativi in questo senso, l'impegno alla realizzazione del 2° Congresso europeo dell'ospitalità privata sul tema della modernizzazione dei sistemi sanitari e degli investimenti necessari per garantirne sostenibilità, efficienza ed equità di accesso, tenutosi all'Ospedale San Raffaele di Milano il 17 e 18 settembre 2015.

Secondo evento significativo è la celebrazione del 25° anniversario della Fondazione dell'Uehp, avvenuta a Roma il 26 febbraio 2016<sup>23</sup>. La ricorrenza riceveva un contributo autorevole per la partecipazione di alcuni politici, impegnati nel campo della sanità a livello nazionale ed europeo. All'Assemblea generale dell'ospitalità privata europea, infatti, Maria Pia Garavaglia, Sottosegretario alla Sanità all'epoca della costituzione dell'associazione europea e Ministro della Sanità negli anni successivi, dichiarava che in un sistema sanitario pluralista e democratico, libero da ogni sovrastruttura ideologica, lo spazio delle strutture sanitarie private riveste un'importanza strategica per la loro maggiore autonomia, dinamicità e libertà di sperimentazione, svolgendo così un ruolo di stimolo e di confronto con il settore pubblico, per la promozione di qualità, efficacia ed efficienza. L'Onorevole Tajani, già Commissario all'industria e in carica come Vice Presidente del Parlamento Europeo, affermava che il settore privato è parte integrante di un'Europa che riscopre l'importanza della politica d'impresa.

---

23 La Fondazione dell'Uehp era avvenuta a Roma presso la sede del Cnel l'11 gennaio 1991.





## Affrontare lo tsunami della spending review

## 6.5

---

Come il Presidente ricorderà all'Assemblea generale del 2013, l'impegno di Aiop nell'interlocuzione istituzionale era nettamente cambiato con i Governi Monti e Letta.

Mentre da decenni la gran parte dei problemi degli associati si generava o si risolveva nell'ambito regionale, accentrando così la frammentazione del SSN e ponendo il massimo dell'impegno associativo sulle Sedi regionali di Aiop, il nuovo clima vedeva un rilancio intenso e pervasivo del ruolo dello stato centrale, rafforzato dalle difficoltà finanziarie e gestionali di molte Regioni e mosso dalla più generale criticità della finanza pubblica. Con conseguenza di questa situazione, anche i compiti e gli impegni della struttura centrale di Aiop erano improvvisamente esplosi, dovendo seguire una crescente e tumultuosa produzione legislativa.

Il primo banco di prova fu lo spending review del Governo Monti, come già abbiamo ricordato, fortemente incentrata anche sulla sanità su impulso del Ministro dell'Economia Grilli e dal Ministro della salute Balduzzi. La prima versione dello spending review, che si concretizzerà nel DL 95/2012 prevedeva infatti significativi tagli alla spesa pubblica sanitaria, con una riduzione mirata al privato dello 0,5% per l'anno 2012, dell'1% nell'anno 2013 e del 2% a decorrere dall'anno 2014. «In realtà – ricorda Pelissero – il testo originario prevedeva tagli rispettivamente dell'1% per il 2012, del 2% per il 2013 e del 4% per il 2014, un intervento devastante che avrebbe messo in ginocchio molte aziende associate Aiop e di cui diedi immediata comunicazione all'Esecutivo nazionale. Fu l'inizio di una trattativa intensa, con giornate di confronto serrato con lo staff del Ministero, nelle quali cercavo in ogni modo di far comprendere l'assurdità di un intervento che colpiva gli erogatori più efficienti. Nelle ultime ore dell'iter legislativo, mentre ero sul treno per Milano, telefona il Ministro Balduzzi "Abbiamo valutato attentamente le vostre osservazioni, ma l'equilibrio del provvedimento richiede un taglio, che il Governo può però limitare al 0,5/1/2 per cento nel triennio". Non era una vittoria, ma avevamo limitato il danno per le aziende e per i nostri utenti».

La spending review diventerà la legge n. 135 del 7 agosto 2012, con 4 miliardi 700 milioni di euro di tagli alla sanità nel triennio, e con la previsione di altri importanti provvedimenti, che avrebbero aperto nuove criticità negli anni successivi. Più tardi Pelissero osserverà<sup>24</sup>: «un approccio (quello adottato nella L. 135/2012) che concorre a rendere ancora più complesso il grande problema della sostenibilità del SSN, e che si basa su un errore di fondo rappresentato dal considerare gli erogatori privati che producono prestazioni ospedaliere e ambulatoriali per il SSN non diversi da tutti gli altri fornitori di servizi. Essi invece debbono essere considerati come una componente fondamentale della rete di produzione ed erogazione delle prestazioni sanitarie, in una visione pluralistica che, come vedremo, da un lato riconosca la centralità del cittadino e conseguentemente il principio di libera scelta, dall'altra accetti il pluralismo degli erogatori come fattore di efficientamento fondato sulla competitività. Ma questa condizione virtuosa non è oggi realizzata, e anche per questo a fronte delle pesanti manovre di riduzione della spesa pubblica sanitaria, che già abbiamo ricor-

---

<sup>24</sup> G. Pelissero, A. Mingardi (a cura di), *Competizione, sostenibilità e qualità - Quale futuro per il welfare sanitario italiano?*, IBL libri, Torino, 2014.

dato, e della conseguente e avvertibile riduzione della capacità di erogare prestazioni evidenziata dal rapido e diffuso incremento delle liste d'attesa, molti si interrogano sulla sostenibilità del SSN, cioè sulla sua capacità di conservare il proprio carattere originario di universalità, e di garantire a tutti i cittadini l'accesso alle cure». Ma la L. 135/2012, come abbiamo detto, poneva le premesse per altri due provvedimenti preoccupanti, che diventeranno il DM 18 ottobre 2012, contenente la revisione del tariffario nazionale delle prestazioni di ricovero (Drg) e il DM 2 aprile 2015 n. 70, "Regolamento sugli standard ospedalieri".

Il decreto ministeriale di revisione del tariffario parte da un presupposto di estrema gravità in se stesso distruttivo del principio stesso del pagamento a prestazione. Infatti, contrariamente all'impianto normativo saggiamente introdotto dai DM 502 e 517, secondo la nuova interpretazione la determinazione delle tariffe ospedaliere avviene muovendo da una logica del tutto avulsa da una approfondita analisi dei costi e permeata dal clima rigoroso e penalizzante della spending review, che mira ad una indiscriminata riduzione della spesa. Pur richiamandosi nel testo del nuovo decreto sulle tariffe i parametri del precedente DM 18 dicembre 2008, che aveva definito i nuovi sistemi di classificazione ICD-9-CM 2007 e DRG CMS 24, il tariffario del 2012 stravolge l'impianto dei pesi indicati in quel provvedimento abolendo di fatto ogni impegno a far dipendere il valore delle tariffe delle prestazioni da una rigorosa valutazione dei loro costi reali e, limitando la fase istruttoria all'esame dei "dati disponibili" per assecondare l'urgenza dei tagli, elude l'analisi economica dei costi, la consueta condivisione con associazioni di categoria e società scientifiche, e rinuncia di fatto ad una corretta definizione del nuovo sistema tariffario nazionale di riferimento.

Analizzando poi i Drg maggiormente penalizzati e la loro distribuzione in base alla frequenza rilevata dallo stesso Ministero con i dati Sdo, si ha l'impressione che in funzione del taglio già programmato sulla spesa ospedaliera accreditata, si sia intervenuti in una fase successiva alla frettolosa analisi dei costi con una operazione di politica tariffaria *tout court* su molti Drg tra i più frequenti, e non rientranti neppure tra quelli classificati potenzialmente inappropriati. E proprio queste ultime considerazioni avvalorano la tesi dell'insostenibilità economica delle nuove tariffe, che cessano di diventare un fondamentale strumento di regolazione del sistema per assumere il ruolo di mero strumento di contenimento della spesa.

E, cosa ancor più grave, si sancisce la sua non applicabilità alle aziende sanitarie e ospedaliere di diritto pubblico, il cui finanziamento viene considerato "mero trasferimento" di risorse tra enti della pubblica amministrazione, quasi non considerando spesa pubblica l'86% dei circa 60 miliardi di spesa ospedaliera di loro competenza. Una quota ingente di risorse pubbliche riconosciuta, tra l'altro, con criteri di assegnazione "a costi" e non a prestazione, e che secondo le valutazioni di Aiop sconta margini di inefficienza gestionale di molti miliardi di euro.

È il ritorno al famigerato "piè di lista" che era stato alla base del tracollo finanziario e operativo del SSN nella sua prima fase attuativa, e soprattutto esprime la rinuncia dello Stato al tentativo di legare il finanziamento pubblico di Asl e Aziende ospedaliere pubbliche alla effettiva risposta ai bisogni della popolazione e alla domanda di cure.

La manovra di recupero finanziario innescata dal Governo “tecnico” di Monti nel 2011 andò ad incidere profondamente sui due anni successivi: tutti i provvedimenti, compresa la Legge di Stabilità per il 2013 – che altro non era che un corollario delle precedenti leggi – non avevano contemplato significativi interventi sulle strutture e sulle modalità di governo del SSN, traducendosi unicamente in tagli radicali: la spesa sanitaria pubblica, calcolata nell’ordine di 112,5 miliardi di euro (pari al 7,3% del PIL) nel 2010, nel 2013 era stata ridotta a 109,2 miliardi di euro (pari al 7% del PIL). «Una caduta rilevante soprattutto in valore assoluto – osservò Pelissero –. Se consideriamo il livello di partenza già basso e lo confrontiamo con gli altri Stati dell’Unione Europea con noi comparabili, il valore del 7% si configura come una soglia sotto la quale non è possibile scendere da parte di un sistema sanitario occidentale di “alta” qualità»<sup>25</sup>.

Alle elezioni politiche del 2013 gli italiani manifestarono, almeno nelle intenzioni, un netto “no” a una politica di tagli senza sviluppo, di impoverimento e maggiore pressione fiscale. La loro protesta si tradusse principalmente in una ridottissima partecipazione al voto. E, sul piano sanitario, si tradusse in una sempre maggiore preferenza per le strutture private. Questo sia per una tendenza spontanea, già in fieri da oltre un ventennio, sia perché la progressiva limatura della spesa pubblica, unita agli effetti della crisi, stava seriamente pesando sui bilanci delle famiglie. Da un’indagine realizzata dal Censis risultava che al 27% degli italiani fosse capitato di dover pagare un ticket su una prestazione sanitaria superiore al costo che avrebbe sostenuto se avesse pagato interamente la prestazione di tasca propria. E risultava anche un aumento del numero di cittadini che preferivano il servizio sanitario privato pagato a prezzo intero, almeno per alcune tipologie di prestazioni<sup>26</sup>.

Insomma, si stava consolidando una percezione del welfare come di un servizio parziale, che offriva una serie di prestazioni di base lasciando al cittadino il compito di trovarsi e pagarsi il resto (41,2%), oppure di insufficiente copertura (14%), mentre solo il 45% riteneva che la copertura fosse soddisfacente. E ancora: erano giudicate negativamente le manovre di finanza pubblica sulla sanità, non solo perché avevano comportato tagli ai servizi e ridotto la qualità (61%), o perché avevano accentuato le differenze di copertura tra Regioni e ceti sociali (73%), ma perché avevano puntato troppo sui tagli e poco sull’efficientamento dell’offerta pubblica dei servizi sanitari e sulla ricerca di nuove fonti di finanziamento, dai fondi sanitari alle polizze malattie (67%)<sup>27</sup>.

---

25 G. Pelissero, A. Mingardi (a cura di), *Competizione, sostenibilità e qualità - Quale futuro per il welfare sanitario italiano?*, cit.

26 Nel dettaglio: l’odontoiatria (90%), la ginecologia (57%), la riabilitazione motoria in motuleso semplice (36%), le visite ortopediche (34,4%), la colonscopia (35%), le visite ortopediche (34%). Cfr. XLVII Rapporto Censis, 2013.

27 Cfr. XLVII Rapporto Censis, 2013.

## 6.6 Vecchi problemi e nuove prospettive

Pur tra tanti travagli, il 2013 aveva visto anche la crescita della sezione “Aiop Giovani”, i quali – e non a caso – avevano impostato il loro 10° Convegno nazionale sul tema “Ritorno dal futuro: quale?”, ribadendo la necessità di un rilancio della sanità in termini qualitativi, compatibilmente con ciò che fosse stato disponibile sul piano della finanza pubblica. «La strada scelta sino ad ora della politica dei tagli lineari, della riduzione dei posti letto, della riduzione delle tariffe di rimborso per le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali, della soppressione dei servizi rischia solo di privare un numero sempre più elevato di cittadini di servizi essenziali ed appropriati – sostenne Domenico Musumeci, allora Presidente nazionale di Aiop Giovani<sup>28</sup> –. È necessario trovare una strada condivisa e percorribile di identificazione e di riduzione degli sprechi. E per farlo è necessario il coinvolgimento di tutte le categorie degli stakeholders. Un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta una conquista sociale irrinunciabile per l’uguaglianza e la dignità di tutti i cittadini italiani»<sup>29</sup>.

Prospettive, quelle espresse da Musumeci, che andavano nella direzione imboccata dall’Aiop fin dalla sua nascita, quasi cinquant’anni prima, ma che trovavano ancora molte, troppe resistenze a livello politico, sia statale sia regionale; nel secondo caso per una sorta di inspiegabile pregiudizio che era lontano – e tutt’oggi lo è<sup>30</sup> – dal dissolversi completamente e che rischiava di compromettere il futuro dell’assistenza sanitaria in Italia.

L’anno dopo, e precisamente nel febbraio del 2014, Pelissero aprì la riunione del Consiglio nazionale Aiop illustrando gli ultimi sviluppi dell’iter di approvazione del Patto per la salute, che nuovamente contemplava la proposta di imporre la soglia di 60 posti letto per pazienti acuti alle Case di cura ai fini dell’accreditamento. L’approvazione di un simile provvedimento avrebbe comportato un incalcolabile danno al settore sanitario privato, mettendo a rischio 141 strutture e 12.000 lavoratori<sup>31</sup>. Inoltre, gli effetti sarebbero anche ricaduti sui cittadini, con il rischio di una ulteriore diminuzione dei volumi di erogazione e una sicura perdita della capillarità erogativa<sup>32</sup>.

Ciò che sembrava poter arginare questa deriva era il nuovo Governo, retto da Matteo Renzi, e la nomina a Ministro della salute di Beatrice Lorenzin. «Stiamo vedendo con positività l’attuale Ministro – precisa Pelissero – che è politico e non tecnico come quelli degli ultimi anni, i quali hanno delegato la gestione della Sanità al Ministro dell’Economia, che tende a vedere i problemi della salute con una visione esclusivamente economica».

---

28 Nel 2012, durante gli Stati generali Aiop Giovani di Bologna, Domenico Musumeci era succeduto ad Avarardo Orta, che per tanti anni aveva curato la nascita e il primo grande sviluppo della Sezione.

29 X Convegno Nazionale Aiop Giovani, 30 maggio 2014.

30 Il 17 aprile 2015 Pelissero scrisse sul *Sole 24 Ore* “Lo stigma contro il privato accreditato (un caso italiano)”.

31 Cfr. Comitato Esecutivo Aiop, 26 febbraio 2013.

32 Dal 2012 in poi, l’azione di Pelissero si concentrò notevolmente sul tema delle piccole strutture e di quelle monospecialistiche – problema tuttora in fase di definizione – per i quali si costituì una specifica commissione nazionale presieduta dalla Vice Presidente nazionale Barbara Cittadini.



Il Presidente del Consiglio Matteo Renzi con la moglie all'Expo 2015

Dopo due anni di tagli incondizionati e provvedimenti restrittivi, dunque, si iniziava a respirare un vento diverso. I primi effetti di questo cambiamento politico si fecero sentire già a primavera, quando nell'Assemblea generale straordinaria del 7 maggio, a Roma – convocata proprio per discutere sul nuovo Regolamento e sulle soglie minime degli standard ospedalieri, il Ministro Lorenzin riconobbe all'Aiop grandi meriti per il lavoro istituzionale svolto al fine di riportare i problemi del settore all'attenzione della politica sanitaria, piuttosto che di quella economica. In quella sede, il Ministro assicurò che le forzature del decreto Balduzzi sarebbero state corrette e che si sarebbe impegnata a far sì che il Patto per la Salute rimodulasse la rete ospedaliera con tutte le risorse strutturali esistenti. Aggiunse, inoltre, che i 25 miliardi di tagli subiti dal Servizio Sanitario Nazionale avevano prodotto un impoverimento collettivo, senza peraltro che le inefficienze fossero state adeguatamente affrontate, e che, pertanto, era necessario riaffermare il primato della programmazione, secondo il principio della qualità ed economicità delle prestazioni, qualunque fosse la natura giuridica del soggetto erogatore.

Il ritrovato dialogo tra Aiop e Governo e forze politiche non riguardò solo il tema della piccole strutture, ma incise anche sulle leggi di stabilità dal 2014 in poi, invertendo il trend dei tagli penalizzanti per l'ospedalità privata che aveva caratterizzato gli anni precedenti. A più riprese, infatti, Pelissero aveva sottolineato che ridurre il rapporto spesa pubblica sanitaria/PIL al di sotto del 7% – livello medio dell'Europa dei 15 – avrebbe inciso irrimediabilmente sulla tenuta complessiva del SSN. Sempre di più, quindi, veniva riconosciuto ad Aiop il ruolo di interlocutore autorevole e affidabile da parte dei responsabili della politica sanitaria del Paese. Un ruolo che Aiop responsabilmente interpreta nel sostenere gli interventi positivi e nel formulare tutte le osservazioni e le critiche necessarie a correggere ciò che ritiene dannoso.

Un cambiamento importante, di impulso per un rinnovato impegno associativo. «I nostri interlocutori istituzionali – scrisse il mese dopo il Presidente nazionale – si sono trovati davanti un'organizzazione coesa, capace di parlare con una voce sola, pur nella varietà della sua espressione di base. Sono segni che rimandano ad una riscoperta di identità che consideriamo un tesoro da valorizzare ancora di più in futuro. Da soli non si va da nessuna parte e il risultato di un giorno è destinato a sfuggire il giorno successivo. Uniti si fa cordata e la forza complessiva è maggiore della semplice sommatoria dei singoli». Oltre alla coesione, Pelissero ricordò l'importanza della qualità della proposta e della valorizzazione dei servizi: «L'Aiop è diventata un interlocutore credibile e privilegiato grazie alla serietà dei suoi studi scientifici, al rigore delle proposte normative, alla sua trasparenza nei rapporti con i decisori e con i media. In questa direzione, su mandato esplicito dell'Assemblea, andremo avanti consolidando quanto già fatto e sviluppando nuovi strumenti. Inoltre, quanto già fatto deve essere meglio conosciuto e valorizzato, perché ogni socio riconosca direttamente e concretamente l'utilità di un'associazione che sappia essere al suo fianco non solo nei momenti istituzionali, ma anche in quelli del management quotidiano. Nessuno deve sentirsi solo. Tutti devono sentirsi protagonisti anche nell'allestimento di strumenti che costruiscano meglio la casa comune, in cui vogliamo stare bene e sentire sempre più nostra»<sup>33</sup>. Il potenziamento dei servizi agli associati si è concretizzato con diverse iniziative: l'orario conti-

---

33 Cfr. Gabriele Pelissero, *La realtà e le idee*, cit.



---

I componenti del Comitato  
Esecutivo Aiop 2015-2018

nuato della Sede nazionale; la moltiplicazione degli incontri della Scuola di Rete per i collaboratori delle Sedi regionali; il rinnovamento dei siti web di Aiop e Aiop Giovani, la nascita di Aiop TV e le connessioni con i principali social network; l'istituzionalizzazione della Scuola di Formazione per i collaboratori degli uffici delle istituzioni associate Aiop<sup>34</sup>. Tutto ciò incrementando ancora il rapporto con la stampa nazionale<sup>35</sup> e la diffusione del Rapporto *Ospedali & Salute*, anche in lingua inglese, nelle principali Biblioteche nazionali ed europee. Insomma, un nuovo risveglio associativo che ha portato, a maggio 2015, alla riconferma per il secondo triennio del Presidente, del Vice Presidente, del Tesoriere e dell'Esecutivo nazionale uscente alla guida dell'Associazione<sup>36</sup>.

---

34 Nel 2015 la Scuola di Formazione è diventata permanente e ha riguardato i temi della nuova normativa antincendio (due edizioni a Milano, nel mese di febbraio, e a Roma, nel mese di aprile) e del Jobs Act (cinque edizioni animate da Sonia Gallozzi e David Trotti, a Palermo, Verona, Roma, Bologna e Napoli, tra ottobre e novembre).

35 Da dicembre 2013 iniziò l'iniziativa del "caminetto", riservata ai giornalisti della stampa specializzata, con la possibilità di un incontro informale ravvicinato con il Presidente Pelissero.

36 Sempre in occasione dell'Assemblea generale Aiop a Roma, nel mese di maggio 2015, Lorenzo Miraglia venne eletto Presidente nazionale Aiop Giovani, dopo il triennio di Domenico Musumeci.

Il Patto per la Salute 2014-2016 venne firmato da Stato e Regioni il 4 agosto 2014, prevedendo una stabilizzazione della spesa sanitaria ed un'utilizzazione dei risparmi realizzabili per finanziare le prestazioni sanitarie. Purtroppo, la nuova Legge di Stabilità, che sarebbe entrata in vigore il 1° gennaio 2015, prospettava un ulteriore taglio di circa 1 miliardo per il Fondo sanitario nazionale, tra cui anche le convenzioni con il Servizio Sanitario Nazionale. «Se non si riuscisse ad arginare tale orientamento, ciò potrebbe comportare per il prossimo triennio un'incidenza negativa su tutti i nostri contratti stimabile tra il 2 e il 3%, in base a quanto possibile prevedere oggi – considerò Pelissero nel corso del Consiglio nazionale Aiop dell'8 ottobre 2014 –. La posizione del Ministro Lorenzin è contraria a questa manovra, attualmente in discussione, ma si teme che ciò non sia sufficiente». In quella sede invitò i soci a fare massa critica per far pervenire alla Presidenza del Consiglio un appello rispetto al ruolo svolto dal settore privato nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, «del quale costituisce parte integrante, in quanto produce il 25 % delle prestazioni con il 15% della spesa. Se i tagli ricadono sul settore privato, non si eliminano inefficienze e sprechi, ma si riducono le prestazioni offerte ai cittadini»<sup>37</sup>.

Di fatto, sia l'adoperarsi dei soci sia la ferma lettera che scrisse il Presidente nazionale dell'Aiop l'11 dicembre 2014 al Premier Renzi, nonché ai ministri e parlamentari direttamente interessati, contribuirono a un significativo cambiamento di rotta: infatti, se la Legge di Stabilità chiamava ancora una volta le Regioni a concorrere alle politiche di risparmio dello Stato, per un importo complessivo di 4 miliardi di euro, la spesa sanitaria non era stata esplicitamente coinvolta nei tagli e, soprattutto, non erano stati prescritti tagli selettivi nei confronti dell'ospedalità privata. Il che trasferiva il problema nell'ambito delle singole Regioni, chiamate ad un confronto, non certo facile, sull'attuazione della Legge di Stabilità. «Sicuramente ci potranno essere ricadute sul finanziamento dei sistemi sanitari regionali – precisò Pelissero – ma certamente il testo della legge dello Stato non offrirà a nessuno un facile alibi per fare cassa riducendo i nostri budget, come è purtroppo avvenuto negli ultimi tre anni»<sup>38</sup>. Sempre con più forza la linea di azione dell'Aiop si concentrava sull'obiettivo di tutelare il livello di prestazioni sanitarie ai cittadini e di orientare i risparmi sulle inefficienze e gli sprechi della componente pubblica del SSN.

---

37 Cfr. Consiglio Nazionale Aiop, 8 ottobre 2014.

38 Cfr. Gabriele Pelissero, *La realtà e le idee*, cit.



## Un futuro pieno di incertezze

## 6.7

---

Nell'arco degli ultimi tre anni la crisi economica ha determinato un profondo cambiamento nella Sanità italiana, a causa sia della spending review, all'origine dei tagli alla spesa, sia del declino del ruolo delle Regioni, per problemi di tenuta amministrativa. Il consolidarsi del nuovo Governo e il mutamento di visione al Ministro della salute inizia a mandare qualche segnale positivo, ma resta sul tappeto il grave problema della riduzione del livello di copertura della spesa sanitaria ed il rischio d'implosione del sistema.

In realtà già all'inizio del 2015, nel Governo affiorano due visioni: la prima, sostenuta dal Ministro Lorenzin, favorevole al mantenimento del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso una stabilizzazione della spesa, come prospettato nel Patto per la salute 2014-2016; la seconda, invece, più vicina alle istituzioni economico-finanziarie dello Stato e alla burocrazia centrale, in favore di una forte riduzione della spesa sanitaria pubblica, cui a volte è sottesa la volontà di chiudere le istituzioni sanitarie private per recuperare somme importanti da destinare al settore pubblico: in altri termini, la posta in gioco è il futuro del Servizio Sanitario Nazionale e, al suo interno, il ruolo del settore privato accreditato<sup>39</sup>.

E proprio le Regioni hanno fatto sentire la propria voce all'inizio del 2015, proponendo di poter contribuire al risanamento dei costi pubblici con un taglio di 2 miliardi di euro alla spesa sanitaria, di cui 350 sulle prestazioni fornite dagli erogatori privati<sup>40</sup>. «Non si tratta di una misura di “razionalizzazione ed efficientamento” come l'emendamento proposto afferma – dichiara Pelissero in una lettera al Presidente del Consiglio Renzi – ma di una misura di razionamento delle prestazioni che colpisce l'erogatore più virtuoso. Se ciò fosse applicato, dopo tre anni di tagli successivi, metterebbe in grande crisi molti nostri associati, soprattutto nelle Regioni in Piano di Rientro, con pesanti riflessi occupazionali e ulteriore riduzione della reale copertura dei Lea. E tutto questo per eludere ancora una volta il vero risanamento della sanità, i cui sprechi si concentrano nella gestione delle aziende ospedaliere pubbliche e delle Asl, per altro violando a nostro giudizio elementari principi di corretta competizione»<sup>41</sup>.

Il 2 aprile viene definitivamente approvato il decreto ministeriale n. 70, contenente il “Regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”. Un provvedimento a lungo contestato da Aiop, da oltre due anni sotto esame del Governo, ma attuato ugualmente soprattutto sotto la pressione di due esigenze da un lato evitare la perdita del consenso faticosamente raggiunto in sede di Conferenza Stato-Regioni; dall'altra, la volontà di rimandare a livello regionale la responsabilità di gestire un riordino la cui architettura tecnica presenta fortissime lacune. Innanzitutto, il decreto prevede

---

39 Cfr. Consiglio Nazionale Aiop, 15 aprile 2015.

40 La proposta di emendamento venne formulata dal Governatore del Piemonte e Presidente della Conferenza delle Regioni e Province Autonome Sergio Chiamparino.

41 Cfr. Gabriele Pelissero, *La realtà e le idee*, cit.



---

Il Presidente Pelissero  
con la Vice Presidente  
Barbara Cittadini

che tutte le caratteristiche del sistema ospedaliero siano definite da una struttura centrale e vengano attuate piuttosto meccanicamente in sede regionale e locale; in secondo luogo, prospetta, come i precedenti accordi Stato-Regioni, il dimensionamento della capacità produttiva del SSR sulla base dei posti letto per pazienti acuti (3 posti letto ogni mille abitanti), anziché sul criterio più fine dei Drg e, quindi, del valore dei servizi effettivamente erogati in un'area geografica, magari a favore di pazienti in mobilità attiva; infine, per garantire uguali standard qualitativi e ricercare le economie di scala, propone un modello imperniato su pochi grandi ospedali regionali.

«Riguardo all'aspetto degli standard qualitativi – scrive Pelissero – il modello proposto, di pochi grandi ospedali regionali, non è più un riferimento nei Paesi avanzati. Le reti ospedaliere oggi sono molto più articolate, e vengono perfino realizzate in molti Paesi piccole strutture di alta qualità ad assetto dipartimentale, con poche decine di posti letto e tecnologie d'avanguardia. D'altra parte, se l'obiettivo prefissato è quello della qualità, perché cercare di chiudere le strutture private sotto i 60 posti letto ed escludere gli ospedali pubblici delle stesse dimensioni? E se fosse

stato quello dell'efficienza, perché escludere le piccole strutture sanitarie pubbliche capaci di assorbire enormi costi fissi? È ancora difficile immaginare la sorte, soprattutto applicativa, di questo provvedimento, improvvidamente utilizzato già da alcune Regioni, guarda caso, per penalizzare la rete ospedaliera accreditata». Il Regolamento prevedeva inizialmente una soglia minima di accreditabilità di 80 posti letto per acuti, soglia che avrebbe comportato effetti devastanti su un settore accreditato caratterizzato da una rilevante quota di strutture di piccole dimensioni – divenute tali in alcune regioni con appositi accordi istituzionali – o di dimensioni medie ma a conformazione mista acuti/non acuti.

Di fronte a questa drammatica prospettiva Aiop si è attivata mettendo in campo tutte le proprie risorse e moltiplicando gli sforzi nei contatti istituzionali e nella organizzazione di una struttura interna dedicata a quella che si andava profilando come una vera e propria emergenza associativa.

Una commissione presieduta dal Vice Presidente nazionale Barbara Cittadini, composta da tre coordinatori di area territoriale Nord-Centro-Sud e supportata dallo staff della Sede nazionale ha iniziato a lavorare con un obiettivo minimo basato su perdite di ragionevole entità, ed uno massimo, quello del salvataggio – una sfida ritenuta impossibile – di quasi tutte le strutture coinvolte.

L'insieme delle attività messe in atto dalla Commissione Piccole Strutture, culminato nella produzione di un documento di proposta sulle modalità organizzative dell'assistenza sanitaria ospedaliera per acuti nelle strutture monospecialistiche e la pressante azione di lobbying istituzionale, hanno prodotto un primo importante risultato sancito nel paragrafo 2.5 dell'allegato al Regolamento sugli standard: abbassamento della soglia minima di accreditabilità a 60 posti letto, possibilità di riconversione e fusione in un unico soggetto giuridico per le strutture con posti letto per acuti da 40 a 59, margini più ampi nella definizione di attività monospecialistica con il superamento del vincolo stringente della disciplina unica. Quest'ultima è la parte ancora in fase di studio a livello ministeriale, ma alcuni segnali lasciano intravedere soluzioni abbastanza vicine a quella che più sopra abbiamo definito come sfida impossibile.

Ma il regolamento, come detto, contiene tante insidie, dai bacini di utenza calati sulle realtà territoriali con metodologia *top-down* e senza tanto riguardo rispetto alle esigenze dei cittadini in alcuni territori, ai parametri di riferimento a volumi ed esisti. Insidie da disinnescare soprattutto in ambito territoriale facendo leva sui margini di discrezionalità che il provvedimento sembra concedere alle amministrazioni regionali. Esempio quasi paradossale di questo metodo di pianificazione viene dalla distribuzione delle specialità infatti, il Regolamento 2015 prevede, nel punto 4 dell'allegato, la riconversione in attività non di alta specialità per le unità operative che effettuano “meno di 200 interventi/anno di By-pass aortocoronarico isolato per strutture complessa, circostanza che anche secondo la Società italiana di cardiocirurgia si traduce nella soppressione nell'arco temporale di sei mesi di ben 51 delle 67 cardiocirurgie attualmente operanti in Italia. Si tratta del 27% dell'attività nazionale, che sarebbe come riaprire la nota e triste stagione dei viaggi della speranza all'estero per questo tipo di patologie.

Ma c'è di più; molte delle cardiocirurgie da riconvertire mostrano secondo i dati PNE Agenas elevati livelli di qualità ed alti volumi complessivi di altre tipologie di procedure di area cardiocirurgica. I concetti di volumi prodotti, esiti delle cure e qualità come si vede, se pensati con una rigida ed asettica programmazione entrano in conflitto tra di loro, e come in questo caso, lascerebbero molte regioni prive di questa importantissima area assistenziale, con il paradosso della scomparsa di centri come il Niguarda di Milano ed il Sant'Andrea di Roma.

In realtà questo paradosso, particolarmente evidente in cardiocirurgia, rischia di riproporsi in tante altre specialità, dove una applicazione acritica del valore di volumi e esiti, tra l'altro spero fondata su letteratura e basi dati tutti da approfondire, può determinare un uso distorto nell'accreditamento e una grave caduta dei livelli di prestazione. Per evitare che l'impostazione programmatica del Regolamento rechi danno alla rete ospedaliera di questo Paese ed a uno dei suoi comparti produttivi più operosi e qualificati, Aiop continuerà in tutte le sedi istituzionali, centrali e periferiche, a svolgere la sua azione propositiva e di contrasto alle derive politiche che tendono a riportare la *governance* sanitaria italiana su modelli precedenti alla riforma di fine anni Settanta.

---

Operazione in diretta  
via satellite dal Maria Cecilia  
Hospital



## Una possibile inversione di rotta

## 6.8

---

Al di là dei singoli provvedimenti, spesso profondamente discutibili, le difficoltà economiche e le contraddizioni presenti negli ultimi anni nell'azione dello Stato e delle Regioni pongono ancora una volta il grande tema di una profonda e radicale riforma del SSN italiano, che riparte dal percorso di risanamento della gestione pubblica avviata con i DD.LL. 502/92 e 517/93 e purtroppo interrotta alla fine degli anni Novanta.

Nel 2014, scrivendo l'introduzione all'11° rapporto annuale *Ospedali & Salute* promosso da Aiop, il Presidente Pelissero scriveva: «È indispensabile riaccordare i fili di un percorso di riforma da troppo tempo abbandonato, consapevoli per altro che i risultati non saranno immediati e che il tempo perduto potrà solo in parte essere recuperato. E tuttavia la prospettiva, a volerla vedere, è ben chiara davanti a noi. Il percorso di riforma che immaginiamo è composto da due fasi. La prima, di immediata praticabilità, consiste nell'inserire finalmente una forte dose di trasparenza e semplificazione nella gestione dei sistemi sanitari regionali a partire dall'obbligo di compilazione di bilanci comprensibili per tutte le aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche, e alla loro immediata pubblicazione tramite Internet. A seguire, si deve assicurare analoga pubblicità immediata di tutti gli interventi di vigilanza e controllo sull'attività degli erogatori pubblici e privati, che consenta all'opinione pubblica almeno di comprendere se e in quale misura e con quale imparzialità viene esercitata questa fondamentale funzione. E immediata pubblicità va data ai valori di acquisto di tutti i beni da parte delle Asl.

Contemporaneamente, bisogna attivare e rendere operante una seconda fase incentrata su una serie di azioni che riprendono il percorso di aziendalizzazione degli erogatori pubblici, a partire da un ritorno al pagamento a prestazione di tutte le attività specialistiche e ospedaliere, con tariffe eque e uguali per tutti, mettendo fine al pagamento a piè di lista di debiti e deficit, fonte di infinite storture e di sistematiche perdite di qualità e efficienza. Solo così, come d'altra parte ci insegna l'esperienza di tutti i principali Paesi del mondo, si potrà costringere tutti gli amministratori, pubblici e privati, a confrontarsi con il giudizio dei cittadini (che decidono di non fidarsi di una struttura ne determinano anche il declino economico) e che le regole di mercato (perché chi è pagato a prestazione non può comprare una siringa pagandola dieci volte di più di un altro operatore che riceve la stessa tariffa). Assicurato un finanziamento equo e misurabile in relazione alle qualità e sulla quantità delle prestazioni erogate sarà finalmente possibile dare un vero contenuto al principio di responsabilità degli amministratori, e contemporaneamente ridurre i vincoli burocratici e formalistici che oggi limitano l'autonomia manageriale di molti dirigenti di aziende sanitarie e ospedaliere pubbliche frustandone le capacità e le possibilità d'azione.

Certo, è indispensabile attuare anche un sistema di punizioni per chi continua a gestire in modo insoddisfacente e non è capace di raggiungere l'equilibrio economico. Per le aziende di diritto privato c'è da sempre il concordato e il fallimento. Per quelle di diritto pubblico va pensato un vero commissariamento, unito a provvedimenti più incisivi in caso di reiterato deficit, quale l'affidamento a gestori professionali dell'azienda. Probabilmente un percorso di riforma e risanamento di questo tipo porterà all'evidenza di anomalie nei livelli occupazionali, per le quali dovrà essere previsto

un ammortizzatore sociale e una gradualità di soluzione socialmente sopportabile. E infine nel sistema di controllo qualitativo ed economico dovrà essere attivata una competenza più forte, professionale e autenticamente indipendente, e anche per questo i modelli e le esperienze internazionali non mancano».

Questi principi, da lungo tempo ribaditi in innumerevoli occasioni da Aiop, sono oggi forse l'unica vera risposta possibile ad una crisi di sostenibilità e di indirizzo di politica sanitaria che da, troppo tempo si trascina. Molti nodi rilevanti, inoltre, premono per essere affrontati con urgenza, dalla profonda revisione del DM 70 la cui attuazione potrebbe generare veri collassi nella capacità operativa del SSN, alla corretta gestione della mobilità interregionale, che le burocrazie di non poche Regioni vorrebbero bloccare con effetti gravissimi sul fondamentale diritto alla salute dei cittadini. Per non parlare dell'urgenza di tornare ad un efficace metodo di finanziamento dell'intera rete ospedaliera basato sul principio del pagamento a prestazione, che l'Italia ha abbandonato alla fine degli anni Novanta quando il resto dell'Europa iniziava ad implementarlo, e di un equilibrato approccio alla responsabilità civile le cui esasperazioni sono oggi causa di crescente disfunzione organizzativa e di veri danni alla salute dei cittadini, effetto di una medicina difensiva che moltiplica le precauzioni sino ad astenersi di fatto dall'affrontare le patologie più gravi.

Resta infine sullo sfondo, meritoria di costante riflessione, l'esperienza di riforma attuata con successo in molti Paesi europei fra cui la Germania, dove i governi hanno affidato proprietà e gestione di aziende ospedaliere in deficit cronico a imprenditori sanitari di comprovata esperienza, riuscendo in tal modo ad assicurare la continuità del servizio pubblico a costi contenibili e con piena soddisfazione degli utenti. E in Italia la quota di prestazioni ospedaliere erogate nell'ambito del Servizio pubblico ad operatori di diritto privato è oggi al 25%, con un costo pari al 15% della spesa totale. In questo complesso e articolato contesto, il 50° compleanno di Aiop vede una iniziativa del Governo finalmente foriera di potenziali importanti novità.

La Legge di Stabilità 2016, che per altro per la prima volta abbandona la politica dei tagli lineari degli ultimi anni, introduce una serie di norme di grande interesse<sup>42</sup>, che si ispirano ai principi di radicale riforma a lungo auspicata da Aiop, e che prevedono sistematicamente:

1. la pubblicazione integrale sul proprio sito Internet dei bilanci di esercizio degli erogatori pubblici;
2. l'adozione di schemi tipo per la redazione dei bilanci al fine di dare evidenza e trasparenza del risultato di esercizio nei documenti di bilancio degli erogatori pubblici;
3. l'adozione di piani di rientro triennali per tutti i soggetti pubblici con scostamenti pari o superiori al 10% (o almeno 10 milioni) tra costi e ricavi;
4. il monitoraggio costante dei piani di rientro;
5. la decadenza automatica del Direttore generale in caso di mancata adozione del piano di rientro o esito negativo della verifica annuale;
6. l'adozione di una nutrita serie di norme attuative volte a rendere efficaci questi indirizzi.

---

42 legge 28/12/2015, n.208, commi 521 e segg.

A tutte queste disposizioni dovranno seguire, a breve, molti e complessi provvedimenti attuativi, ma è innegabile che questo sia, oggi, l'unico percorso possibile che offra una autentica prospettiva di sopravvivenza e rilancio del SSN.

Al giudizio positivo di Aiop si aggiunge una importante osservazione del Presidente Pelissero: «Perché un progetto così ambizioso abbia successo occorrerà però, presto, aggiungere al disegno che si va componendo un altro fondamentale tassello. Bisogna infatti raggiungere la consapevolezza che l'unico vero stimolo all'efficienza e all'equilibrio finanziario per l'operatore pubblico come per quello del privato, è il rischio di perdere la proprietà, e questo rischio per l'operatore pubblico deve tradursi nell'obbligo dell'affidamento della gestione dell'azienda sanitaria o ospedaliera cronicamente in deficit ad un operatore professionale di diritto privato. Una medicina amara, che comporta la perdita della rendita politica unita al riconoscimento delle difficoltà a gestire direttamente un grande comparto produttivo del Paese, ma anche un forte stimolo a contenere le infinite pressioni che si scaricano sull'amministratore pubblico e che ne riducono oggettivamente la capacità di conseguire la più elevata efficienza aziendale. Un modo, inoltre, per equiparare veramente diritti e doveri di tutti gli erogatori di prestazioni sanitarie pubblici e privati, e per dare autentica terzietà, a riportare al fondamentale compito di governo del sistema lo Stato e le Regioni, la cui vera missione, e la cui credibilità, si concentrano nell'alto obiettivo di assicurare a tutti i cittadini la piena tutela della salute tramite norme e regole efficaci ed adeguate, vigilandone l'attuazione e destinandovi la giusta quota della ricchezza del Paese».

Se questo sarà il futuro del SSN, i prossimi 50 anni di Aiop si trascorreranno in un sistema sanitario universale e solidale, sempre più efficace ed efficiente, pluralistico e incentrato sulla libertà di scelta del cittadino, nel quale il contributo dell'imprenditorialità sanitaria sarà sempre più convinto ed attivo. È questa la speranza e l'impegno del 50° anniversario della fondazione dell'Associazione Italiana dell'Ospedalità Privata.

# Il Rapporto Ospedali & Salute

---

Nasce nel 2003 su impulso della presidenza Miraglia e sostituisce i *Quaderni statistici* della Sede nazionale, allargando l'attenzione sul panorama dell'intera ospedalità italiana. La realizzazione del Rapporto annuale *Ospedali & Salute*, giunta nel 2015 alla XIII edizione, viene affidata alla società di ricerche Ermeneia, guidata da Nadio Delai, sociologo trentino coestensore di tanti rapporti Censis, di cui è stato Direttore dal 1984 al 1993, con il supporto di elaborazione statistica di Angelo Cassoni, della Sede nazionale Aiop.

È lo strumento che i vertici associativi pensano e concepiscono per determinare il salto di qualità della comunicazione esterna Aiop e, al tempo stesso, per offrire un contributo alla conoscenza piena del suo settore di riferimento; tutto ciò attraverso la creazione di uno strumento contraddistinto da elementi di scientificità e terzietà, offrendo così uno spaccato multiforme e qualificato del complesso mondo della Sanità italiana, osservato sotto chiavi di lettura diverse. Uno strumento rivolto alle istituzioni, agli studiosi del settore, ai media e anche ai cittadini, promosso da Aiop ma realizzato da un ente indipendente.

Chiavi di lettura diverse, quindi, perché il Rapporto osserva i fenomeni della Sanità attraverso l'analisi dei dati sulla sua consistenza, sulle sue dotazioni tecnologiche, sulle sue performance e sul fronte dell'impegno economico statale destinato a garantire il funzionamento del welfare sanitario. Ma la Sanità si osserva anche attraverso l'esperienza dei cittadini che, direttamente come pazienti, o indirettamente come *care giver* – ovvero i soggetti che in famiglia si prendono cura delle persone anziane o non autosufficienti – scelgono, provano e valutano i servizi sanitari.

Il Rapporto non trascurava l'analisi dei fenomeni di politica e di economia sanitaria che caratterizzano il periodo preso in esame, seguendone l'evoluzione e proponendo soluzioni, evidenziando altresì le inefficienze del sistema, ma sempre secondo il principio più volte enunciato dello spirito di servizio teso alla salvaguardia del Servizio Sanitario Nazionale e della sua storica e apprezzata connotazione universalistica. Una ricerca completa e ricca di spunti di riflessione che, in occasione della presentazione annuale a Roma, in una sede istituzionale, nel mese di dicembre di ogni anno, si trasforma in formidabile strumento comunicativo, per la presenza dei media, delle istituzioni ai più alti livelli ministeriali e regionali, delle associazioni dei cittadini e degli altri stakeholder e operatori della filiera salute.

*Ospedali & Salute* e la sua edizione abstract in inglese – *Health & Hospitals in Italy* – sono presenti in molte librerie universitarie e di sedi istituzionali italiane ed europee, e dall'edizione 2012 anche nella prestigiosa Library of Congress di Washington DC.



# Inform@iop e AiopMagazine

L'affermazione del web come orizzonte informativo privilegiato ha fatto sì che la newsletter, in quanto importante strumento di comunicazione, assumesse un ruolo sempre più rilevante all'interno dell'Associazione nel corso degli ultimi anni. Per disporre di un filo diretto con gli associati, il 7 settembre del 2012 è stato pubblicato il primo numero di *Inform@iop*, il nuovo settimanale elettronico, concepito per mettere in rete Sede nazionale, Sedi regionali e singole strutture associate.

La newsletter risulta, a distanza di anni, uno strumento particolarmente prezioso, perché fornisce notizie, pressoché in tempo reale, sulle numerose attività portate avanti a livello centrale dai vari organi associativi, ma anche su tutte le principali novità politico-amministrative, di rilevanza nazionale e non, con collegamenti ipertestuali che consentono approfondimenti ulteriori e il veloce download di documenti legislativi, giurisprudenziali e altro.

Nell'ottica di un maggiore investimento nella comunicazione esterna, è stato concepito e ripensato il nuovo magazine associativo, mensile cartaceo di sintesi delle notizie di *Inform@iop*, ideato per non rinunciare a quella fascia generazionale ancora restia all'utilizzo degli strumenti informatici. *AiopMagazine* rappresenta, quindi, una sintesi delle principali notizie associative e sanitarie del mese, soprattutto nei risvolti politici e culturali, con editoriali e articoli in primo piano inediti.

Entrambi i progetti editoriali che, nel loro insieme, sono stati pensati per allacciare gli strumenti della comunicazione associativa interna con i nuovi strumenti che la tecnologia mette a disposizione per la comunicazione esterna.



*AiopMagazine*, il mensile cartaceo di sintesi delle notizie della newsletter *Inform@iop*





# Appendice

---

## La Sezione Aiop Giovani

L'Aiop Giovani, Sezione di Aiop – Associazione Italiana Ospedalità privata – è stata ideata nel 2002 da Emmanuel Miraglia allora Presidente nazionale, poi fondata con l'approvazione del nuovo Statuto dell'Associazione nel 2003. Lo scopo era quello di creare uno spazio di dibattito e una palestra di formazione di giovani imprenditori della sanità privata che curasse anche il passaggio generazionale all'interno dell'Aiop. Ne fanno parte i legali rappresentanti delle istituzioni aderenti all'Aiop, o i loro figli, con età minore di 40 anni. Ad oggi sono costituite 16 sezioni: Lombardia, Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Abruzzo, Umbria, Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sardegna e Sicilia, più le due Provincie autonome di Trento e Bolzano.

Dal 2003 si sono alternati tre Presidenti nazionali e relativi Vice Presidenti<sup>1</sup>.

Aiop Giovani ha fatto il suo esordio in Associazione con il bolognese Averardo Orta, Presidente nazionale dal 2003 al 2012, affiancato inizialmente (2003-2005) nel suo mandato da tre Vice Presidenti: Stefano Olgiati per l'Area Nord, Fabio Miraglia per l'Area Centro e Luca Paganini per l'Area Sud. Per il triennio 2006-2009, oltre alla conferma di Orta e di Miraglia, Renato Cerioli è stato chiamato alla Vice Presidenza per l'Area Nord e Giuseppe Sciacca per l'Area Sud. Averardo Orta è stato poi confermato Presidente per il triennio 2009-2011, così come, Renato Cerioli per il Nord, Fabio Miraglia per il Centro, ma al posto di Giuseppe Sciacca, uscente per limiti di età, viene eletto Simone Improta per l'Area Sud. In occasione delle elezioni della Consulta nazionale del 2012, il siciliano Domenico Musumeci viene eletto Presidente nazionale per il 2012-2015, affiancato nel suo mandato da Michele Nicchio, Vice Coordinatore nazionale Area Nord, Giulia De Leo del Centro e da Simone Improta, riconfermato per l'Area Sud. Con le elezioni invece del 2015, si è assistiti ad un nuovo cambio di Presidenza. Il laziale Lorenzo Miraglia è stato eletto come nuovo Presidente nazionale dell'Aiop Giovani per il triennio 2015-2018, insieme a Matteo Bonvicini Vice Presidente del Nord, Gianni Costa del Centro e con Luca Valerio Radicati per il Sud.

Già dal 2003 i quattro dirigenti nazionali di Aiop Giovani facevano parte di diritto del Consiglio nazionale, mentre il solo Presidente nazionale veniva invitato quale uditore nel Comitato esecutivo. Dal 2014, il Presidente nazionale Aiop Giovani fa parte di diritto del Comitato esecutivo, a dimostrazione della grande attenzione associativa e al valido cammino compiuto dalla Sezione fino ad allora.

## Una storia di grande crescita

Dal 2003 a oggi, l'Aiop Giovani è cresciuta nella ramificazione e nella visibilità sia internamente che esternamente all'Associazione, realizzando una realtà in cui confrontare esperienze e percorsi universitari diversi, creare comunicazione e dare vita a nuove idee.

Sono state davvero tante le attività svolte per concretizzare questi propositi, che si sviluppano idealmente attraverso 5 percorsi: il percorso formativo, quello del confronto, quello della scoperta, quello della nuova comunicazione, quello della solidarietà.

---

<sup>1</sup> In realtà, lo Statuto del 2003 adottava i termini di "Coordinatore" e "Vice Coordinatori" nazionali, sostituiti con lo Statuto del 2014 da quelli di "Presidente" e "Vice Presidenti".



## 1. Il percorso formativo

Il percorso formativo è stato caratterizzato in questi anni dalla collaborazione con alcune delle maggiori Università del Paese e dall'organizzazione autonoma di seminari su temi specifici.

Le università o le scuole con cui si è stretto un solido rapporto di partnership sono state quelle della SDA Bocconi di Milano per la realizzazione del *Master in Management per la Sanità*, fin dal 2005; con l'Università La Sapienza di Roma, per il dipartimento Teoria dello Stato, per la promozione del *Master in politiche pubbliche e gestione sanitaria* (da 2009 al 2012), e con la sede di Latina per il *Corso di alta formazione sulla realizzazione-gestione e controllo delle strutture sanitarie* (nel 2009); con l'Osservatorio ICT in Sanità, realizzato dalla School of Management del Politecnico di Milano, di cui, dal 2009 Aiop Giovani fa parte promuovendo, dal 2011, uno specifico Premio per l'Innovazione riservato alle strutture Aiop, la cui iniziativa è durata sino al 2014; con l'Università Bio-Campus di Roma (2011-2013), per la promozione del *Master di II Livello di Imprenditorialità in Sanità*; con *Health forum* che rappresenta un assoluto punto di riferimento per tutti i professionisti, le istituzioni, le aziende e gli addetti ai lavori del settore della sanità elettronica; con il Cermet, particolarmente attivo nel settore della

---

Da sinistra il primo Presidente Aiop Giovani Averardo Orta e i vicecoordinatori Renato Cerioli per l'Area Nord, Fabio Miraglia per l'Area Centro e Giuseppe Sciacca per l'Area Sud



---

Study Tour di Aiop Giovani  
presso la Johns Hopkins  
University School of Medicine,  
a Baltimora, Stati Uniti, nel 2008

valutazione della qualità in campo sanitario, socio-assistenziale e sociale. Di rilevanza anche le convenzioni sottoscritte nel 2015 con l'UNINT, Università Internazionale di Roma, con la LUISS, Libera Università Internazionale degli Studi Sociali Guido Carli, con l'Università degli Studi di Roma Tre e con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, a favore dei dipendenti e associati Aiop, e ai loro familiari conviventi.

Ma il percorso formativo, come si diceva, è stato caratterizzato da eventi organizzati autonomamente ogni anno su temi specifici, approfonditi ogni volta in due-giorni intensi di studio, ma anche occasione di incontro e di amicizia. Si è iniziato nel 2005, con il corso formativo di Castrocaro su "Strumenti e tecniche per parlare in pubblico"; nel 2009, a Milano, con il "Corso di formazione manageriale" tenuto dai docenti della SDA Bocconi; nel 2010, a Canalicchio PG, con il corso della Profexa Consulting su "Comunicazione, negoziazione e gestione del conflitto"; nel 2012, a Colà di Lazise VR, su "Accountability, ricerca, formazione continua - nuove sfide per la sanità privata nell'era della clinical governance", della Fondazione Gimbe. Nel febbraio 2015, presso la sede dell'Università Bocconi di Milano, si è svolto un workshop promosso dall'OCPS, Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità, cui Aiop Giovani aderisce, per svolgere analisi legate ai consumi privati in sanità. A questi, vanno associati i

seminari di studio tenuti dal *Cermet We Care* forum nel 2006 su “La sicurezza delle informazioni in una organizzazione sanitaria”, allargati anche alla base associativa e tenuti nel 2006 a Roma, Bologna e Venezia e i Forum nel 2015, della *Lean Strategy* organizzati dalla Luiss Business School che si sono tenuti a Roma, per approfondire gli aspetti relativi al miglioramento di efficacia ed efficienza dei processi attraverso le tecniche Lean.

## 2. Il percorso del confronto

Se i seminari di studio avevano lo scopo di irrobustire le competenze e di fortificare l’amicizia, i Convegni annuali, in occasione delle Assemblee Generali Aiop, sono stati l’occasione per un confronto con prestigiosi esperti nazionali e mondiali, e con la stessa base associativa.

Primo Convegno Aiop Giovani a Berlino, nel 2004, in cui sono state “allargate” le giornate assembleari dell’Associazione su temi di attualità che non fossero necessariamente di politica sanitaria. Il tema scelto fu “Bilancio sociale ed etica d’impresa”, che segnò l’inizio di una maggiore attenzione di tante strutture associate su un argomento su cui si stava interrogando in quegli anni l’intera imprenditoria italiana. Nel 2005, a Ischia, fu la volta del Convegno su “La centralità dell’uomo nell’assistenza sanitaria”, con lo scopo di rimettere al centro “la ragion d’essere del Servizio Sanitario Nazionale”. Nel 2006, di fronte all’attenzione che la sanità mondiale prima che italiana, riservava ai temi dell’IT, Aiop Giovani pianificò a Roma, il suo 3° Convegno nazionale su “L’Health Technology Assessment nella prospettiva dell’ospedalità privata”, chiamando come relatore Finn Borlum Kristensen, Presidente di *International Network of Agencies of Health Technology Assessment*, e tra i maggiori esperti mondiali. Il 2007 era l’anno dell’attenzione al mondo degli economisti, e il Convegno a Milano fu l’occasione per un confronto su “Analisi dei comportamenti nell’offerta ospedaliera italiana” con alcuni esperti italiani. Nel 2008, fu la volta di Reggio Calabria per il 5° Convegno nazionale sui “Modelli organizzativi per la sanità del futuro”, in cui furono messi a confronto anche i principali sistemi-qualità che animavano il dibattito del Paese in quel periodo, compresa la Joint Commission International.

Ma la fine del primo decennio del 2000 era caratterizzato in Italia, nel settore sanitario, dall’avvio delle misure restrittive per alcune regioni in deficit. E così, nel 2009, di nuovo a Roma, si puntò l’attenzione su “I piani di rientro in Italia: analisi e comparazione”, e in cui si invitarono allo stesso tavolo, i protagonisti dei piani di Sicilia, Calabria, Campania e Lazio.

La cornice di Parigi per il Convegno del 2010 e l’occasione dell’ingresso di Aiop Giovani nell’UEHP, l’Unione europea dell’ospedalità privata, furono gli eventi per riflettere su “La sanità del futuro - tra diritti soggettivi e interesse generale. Esperienze internazionali a confronto”, con la partecipazione di esperti giapponesi, statunitensi e neozelandesi. Anche Torino, nel 2011, per l’8° Convegno nazionale di Aiop Giovani, è stato occasione di dibattito internazionale ancora sul tema della sanità del futuro, con una particolare attenzione su “La sfida dell’eHealth”, con la partecipazione, tra gli altri di Martin Curley, Direttore di Intel Labs Europe, e dei Politecnici di Milano e di Torino. “La Sanità come motore dello sviluppo italiano. Risorse, Qualità, Attrazione euro-mediterranea”, tesi che l’Aiop Giovani ha presentato negli Stati Generali Aiop Giovani del 2012 a Bologna, in occasione del passaggio nella presidenza Orta-Musumeci. Nel 2013 invece, a Roma, è stata la volta del convegno nazionale “Quel che si vede e quel che non si vede, della spesa sanitaria in Italia”. Nel corso della giornata

di apertura dell'Assemblea generale Aiop (2014), si è tenuto il convegno dal titolo "Scenari futuri sui consumi privati in sanità", nato da un progetto di ricerca affidato all'Osservatorio SDA Bocconi di Milano. Con l'obiettivo invece, di fornire un inquadramento generale sul posizionamento delle strutture sanitarie accreditate in Italia e di presentare il tema delle Reti d'impresa nel settore sanitario, l'Aiop Giovani a Roma ha presentato a Roma, nel 2015, il Convegno su "La sanità privata oggi. Crescere in Rete nel futuro".

### 3. Il percorso della scoperta

Ma è negli Study Tour, gli stages della durata di circa una settimana per 30 partecipanti per volta, con le destinazioni più interessanti per la sanità, che la vita personale di ogni partecipante si è unita con quella del gruppo, sapendo di far parte di una realtà più grande.

Tutto è cominciato nel 2007 con la prima destinazione, Barcellona, al centro dell'attenzione in quegli anni per l'innovativo sistema sanitario catalano; a seguire, nello stesso anno, Boston, negli USA, per visitare, tra gli altri, *Harvard Medical School*, il *Massachusetts General Hospital*, lo *Spaulding Rehabilitation Hospital* e il *Massachusetts Institute of Technology*; nel 2008 ancora negli USA, a Baltimora, per una visita approfondita dei reparti, dei

---

Da sinistra, Simone Improta,  
Giulia De Leo, il Presidente  
Domenico Musumeci  
e Michele Nicchio





centri di formazione e di ricerca del *Johns Hopkins*; il 4° Study Tour, nel 2009, fu quello di Tokyo, grazie alla collaborazione di *All Japan Hospital Association (AJHA)*, in cui l'Aiop Giovani fu accolta dal Ministero della Salute nipponico. Ma non ci si poteva fermare solo ai maggiori Paesi industrializzati senza prestare attenzione anche a quei sistemi che si erano sviluppati secondo altre dinamiche e che avevano organizzato comunque un buon sistema sanitario. Nel 2010, fu la volta quindi de l'Avana, con i centri di maggior interesse della capitale, in cui si firmò un primo accordo internazionale con l'Historiador, Eusebio Leal Spengle, attraverso il quale – a fronte della carenza di medici specialisti in Italia prevista nei prossimi anni – sono stati incentivati i rapporti con l'Ambasciata di Cuba a Roma per consentire in futuro, a medici specialisti cubani di venire a lavorare nelle strutture ospedaliere Aiop.

Ed è stata quindi la volta nel 2011 dello Study Tour a Londra, dove ferveva il dibattito sulla riforma sanitaria del primo ministro Cameron. Sempre nel 2011, lo Study Tour Aiop Giovani ha avuto come destinazione la Nuova Zelanda – iniziativa realizzata grazie alla collaborazione con il suo Ambasciatore in Italia Trevor Matheson - per visitare i maggiori centri ospedalieri e universitari di Auckland e Wellington, e per toccare con mano lo straordinario intensivo uso della tecnologia informatica applicata al settore sanitario. Nel 2012 invece in Olanda, l'Aiop Giovani ha organizzato il suo Study Tour per studiare uno dei Sistemi Sanitari Europei più originali nella letteratura sanitaria, con incontri nel Senato dell'Aia con il Segretario generale del Senato olandese Geert Jan Hamilton. L'interesse e la voglia che hanno sempre contraddistinto l'Aiop Giovani per lo studio dei migliori Sistemi sanitari nel mondo, per apprenderne i pregi e per ammirarne le eccellenze sia pubbliche che private, hanno portato le nuove leve dell'Aiop allo studio del sistema sanitario di tre Stati dell'Unione Europea, Austria-Germania e Malta, grazie a Study Tour che si sono susseguiti nell'arco di pochi mesi tra l'ottobre del 2013 e l'aprile del 2014. Il primo, realizzato in collaborazione con le Associazioni dell'Ospedalità Privata tedesca, mentre il secondo, reso possibile grazie alla collaborazione con la Camera di Commercio italo-maltese, con cui si è riusciti non solo ad avere una panoramica completa del funzionamento del sistema sanitario di Malta, ma si è riusciti anche a porre le basi per nuove partnership nel Mediterraneo. L'11° Study Tour di Aiop Giovani si è svolto invece in Canada, grazie alla collaborazione offerta dal Canadian College of Health Leaders. Anche in quest'occasione, la delegazione di giovani imprenditori della sanità italiana, guidata dal Presidente Domenico Musumeci, ha portato a termine con successo l'esperienza formativa oltreoceano. Con conferenze, forum di discussione, dibattiti e confronti tra i giovani imprenditori dell'Aiop, vari stakeholders e managers delle eccellenze sanitarie canadesi, sono stati compiuti i primi passi per la realizzazione di un ponte di conoscenza, confronto e collaborazione tra il sistema sanitario italiano e quello canadese. Nell'ottobre del 2015 invece, la scelta per il consueto Study Tour annuale è ricaduta su di un Paese a forte espansione industriale come la Corea del Sud, che ha segnato l'inizio della presidenza Lorenzo Miraglia.

Questa dimensione internazionale è stata quella che ha consentito ad Aiop Giovani di farsi conoscere ad un pubblico più vasto, anche come soggetto serio e affidabile. Così, nel 2010 la giovane associazione ha accolto una delegazione di imprenditori e di docenti universitari giapponesi in visita presso alcune strutture Aiop di Roma e di Napoli e un'altra volta presso strutture Aiop dell'Emilia Romagna. Nel 2011 è stato richiesto proprio ad Aiop Giovani, unica organizzazione italiana, di promuovere il II Congresso mondiale annuale della sanità, tenuto ad Abu Dhabi a fine 2011. A tutto

questo, si aggiungono gli intensi rapporti intrattenuti in questi anni con le Ambasciate a Roma del Giappone, di Cuba e della Nuova Zelanda. Dal 2013, la Camera di Commercio Italiana dell'Ontario, il Canadian College of Health Leaders e Aiop Giovani collaborano nell'organizzazione di viaggi-studio in Italia, ideati appositamente per i dirigenti sanitari canadesi.

Occorre ricordare, infine, che dal 2015 la Consulta nazionale Aiop Giovani (di cui fanno parte anche le presidenze regionali e sempre allargata a tutti i Soci della Sezione) è diventata itinerante, con mini Study Tour realizzati per conoscere gli ospedali Aiop di eccellenza, a partire dagli appuntamenti di Milano, Verona e Roma, e che toccheranno le altre città della penisola.

#### **4. Il percorso della nuova comunicazione**

Un cammino lungo di crescita, di condivisione, di tasselli che sono andati man mano ad unirsi creando un gruppo prima di tutto di amici, e da ciò, l'esigenza di ritrovarsi dal 2008 in uno specifico spazio sui social network Facebook e LinkedIn; ma anche quella di far conoscere le esperienze Aiop Giovani sia all'interno dell'Associazione, che al grande pubblico attraverso il sito Internet ([www.aiopgiovani.it](http://www.aiopgiovani.it)), che dal 2009 è stato poi integralmente tradotto nella versione inglese e che recentemente ha subito un primo forte restyling con l'introduzione della versione per dispositivi mobili.

Ma i temi dell'*information technology*, spesso tavolo di confronto in seminari e convegni, hanno suggerito un coinvolgimento più operativo, affinché dalle idee e dalle parole si passasse a scelte concrete. Nel 2011 nasce quindi Aiop, la prima applicazione per iPhone e iPad che consente al cittadino la ricerca nell'archivio Aiop della struttura ospedaliera più vicina e che, in un prossimo futuro, potrà consentire direttamente la prenotazione di una prestazione sanitaria. Il fatto che sia stata scaricata da migliaia di utenti nel giro di pochi mesi è stata la dimostrazione di quanto ciò rispondesse ad un bisogno reale.

#### **5. Il percorso della solidarietà**

In questi anni Aiop Giovani non è rimasta insensibile al tema della solidarietà, ma ha promosso azioni di lungo periodo ed è intervenuta anche in alcune situazioni specifiche. Un rapporto di lungo periodo (2009-2012), è stato quello con ANLADI - Annulliamo le distanze - l'organizzazione non profit impegnata in progetti socio-sanitari per i bambini che vivono nei Paesi in via di sviluppo, specie Eritrea e Congo.

Il 2011 è stato l'anno dello tsunami in Giappone. Aiop Giovani, ha promosso una campagna di raccolta fondi con il coinvolgimento diretto della base associativa, anche attraverso il sito Internet, di cui è stato dato conto in una visita a luglio 2011 all'Ambasciata giapponese a Roma.

E nel febbraio 2011, uno spaventoso terremoto colpiva Christchurch, una delle maggiori città neozelandesi che doveva costituire una delle mete del programma dello Study Tour in preparazione proprio in quelle settimane. La base associativa fu mobilitata attraverso l'acquisto delle felpe "Aiop Giovani for New Zealand" che diedero il margine per la raccolta di 27.000 euro portati direttamente a Wellington, in occasione dello Study Tour, al quartier generale del St. John, l'organizzazione neozelandese di pronto soccorso, per l'acquisto di un'autoambulanza.

Nel 2012, in seguito al terremoto che ha colpito soprattutto alcune zone dell'Emilia Romagna e della bassa Lombardia, Aiop Giovani ha promosso la raccolta, presso la base associativa, di un fondo di solidarietà a favore di progetti di ricostruzione.

## Esperienze regionali

Non si potrebbe esaurire il bilancio di questa storia, attraverso i soli percorsi compiuti a livello nazionale in modo unitario, senza ricordare, seppur sommariamente, alcune significative esperienze promosse dalle Sezioni regionali di Aiop Giovani.

La sezione Emilia Romagna è stata tra le prime ad attivarsi con una serie di incontri con esperti scientifici e istituzionali riguardanti l'*Evidence Based Medicine* (marzo 2004) con il capo della *Cochrane Collaboration* italiana; il Corso per Auditor Sistemi Qualità certificato Cepas, in collaborazione con Cermet (giugno 2004), il Convegno sulla Responsabilità sociale d'impresa (novembre 2004) con la presenza, tra gli altri, di Stefano Zamagni e dell'allora sindaco di Bologna Sergio Cofferati; i corsi sulla *leadership d'impresa*, organizzati assieme a Unindustria Bologna con lo Studio Ambrosetti (2007). A questi vanno aggiunti gli accordi con l'Università di Bologna per la frequenza ai Master universitari, e con l'Azienda ospedaliera di Bologna per i corsi di valutatori dei laboratori di analisi VRQ riservati a soci Aiop Giovani.

La sezione Lazio, tra le più numerose, soprattutto negli anni 2007-2008 ha promosso una serie di incontri formativi e di confronto con esperti del settore sanitario e con referenti istituzionali come, tra gli altri, l'allora Assessore alla Sanità

---

La delegazione Aiop Giovani  
in occasione dello Study Tour  
in Canada





---

Prima consulta Aiop Giovani  
on the road

Augusto Battaglia. Negli anni a seguire si è sempre dimostrata tra le più attive, visto il considerevole numero di attività e di convegni realizzati, tra i quali quelli su “Aiop Evolution 2.0, il futuro della sanità: il ruolo dei social network” (2012), e su “Cure senza frontiere: rischio o opportunità?” (2014).

La sezione Sicilia ha promosso incontri di servizio per tutti i Soci Aiop regionali sulla *carta dei servizi* (2004); sui *fondi interprofessionali per la formazione* (2007); sulla *responsabilità di reato derivante dall'applicazione del decreto 231/2001* (novembre 2009); sull'*aggiornamento del sistema dei DRG* (giugno 2011). E infine l'organizzazione del I Meeting di Taormina, a luglio 2011 in collaborazione con Giovani Confindustria, su “La leadership dei giovani, le sfide di oggi, gli scenari del futuro”, che ha avuto una vasta eco a livello nazionale.

A queste iniziative si aggiungano ancora quelle di solidarietà della sezione Calabria e della sezione Campania, quest'ultima, in particolare, con il Convegno di Capri nel 2012 su “Clinical governance e appropriatezza delle prestazioni”.

Dai primi timidi passi, si è tracciato nel tempo un cammino sicuro e autonomo, che ha affiancato sempre più le attività dell'Aiop nazionale, interagendo con attività e scelte associative, tanto che nel 2009, è stata accettata la proposta di



riservare un posto di Uditore nel Comitato esecutivo dell'Associazione al Coordinatore nazionale Aiop Giovani. E in questi anni, tanti Soci Aiop Giovani sono stati così apprezzati da diventare Presidenti regionali Aiop, come è successo in Sicilia con Barbara Cittadini, nel Lazio con Jessica Faroni, in Calabria con Massimo Miraglia, in Umbria con Giulia De Leo, e nella provincia di Bologna con Averardo Orta. Sono stati anni intensi, ricchi di incontri, esperienze e speranze.

L'esito di questo bilancio è talmente ricco e positivo che riempie l'Aiop Giovani di entusiasmo e di nuove attese poiché il patrimonio di esperienze sarà ora in mano di quei giovani che in questi anni si sono conosciuti, apprezzati e formati in questa straordinaria palestra associativa.

Le relazioni nazionali e internazionali curate in questi anni e le competenze tecniche maturate daranno loro l'occasione di migliorare e amplificare quanto fatto finora. Tutto ciò servirà per un confronto istituzionale che nei prossimi anni si preannuncia sempre più complesso.

---

La delegazione Aiop Giovani  
in occasione dello Study Tour  
in Corea del Sud

## Presidenti e Comitati Esecutivi

ANNO	Presidente	Componenti Comitato Esecutivo	Direttore Generale
1966-1970	Giovanni Fiori	Giovanni Fiori, Luciano Chiandussi*, Mario Garofalo*, Salvatore Orestano*, Fabio Milone*, Dino Bellussi (T)	
1970-1973	Fabio Milone	Giovanni Fiori*, Luciano Chiandussi*, Giuseppe De Vecchi*, Mario Garofalo*, Salvatore Orestano*, Marino Serantini*, Dino Bellussi (T)	
1973-1974	Fabio Milone	Luciano Chiandussi*, Mario Garofalo*, Giuseppe De Vecchi*, Salvatore Orestano*, Marino Serantini*, Enrico Ambonetti, Gabriele Brogi, Giovanni Fiori, Clemente Catalano Nobili, Lydia Kraus, Emmanuel Miraglia, Dino Bellussi (T)	
1974-1977	Fabio Milone	Luciano Chiandussi*, Mario Garofalo*, Giuseppe De Vecchi*, Salvatore Orestano*, Marino Serantini*, Enrico Ambonetti, Giovanni Fiori, Clemente Catalano Nobili, Lydia Kraus, Sergio Lazzari Agli, Emmanuel Miraglia, Dino Bellussi (T)	
1977	Fabio Milone	Mario Garofalo*, Luciano Chiandussi, Sergio Bardelli, Vincenzo Gibiino, Marino Serantini, Dino Bellussi (T)	
1978	Terzo De Santis	Mario Garofalo*, Sergio Bardelli, Antonio Barresi, Emilio Bernardelli, Emmanuel Miraglia, Leonardo Petruzzi (T)	
1979	Terzo De Santis	Mario Garofalo*, Sergio Bardelli, Antonio Barresi, Emilio Bernardelli, Emmanuel Miraglia, Salvatore Ghirra, Marino Serantini, Leonardo Petruzzi (T), Gustavo Sciacchi (UD)	
1980-1981	Terzo De Santis	Mario Garofalo*, Sergio Bardelli, Emilio Bernardelli, Salvatore Ghirra, Marino Serantini, Leonardo Petruzzi (T), Gustavo Sciacchi (UD), Franco Bonanno (UD)	
1981-1982	Sergio Bardelli	Mario Garofalo*, Dino Bellussi, Emilio Bernardelli, Salvatore Ghirra, Marino Serantini, Franco Bonanno (T), Gustavo Sciacchi (UD)	
da luglio 1982	Sergio Bardelli	Mario Garofalo*, Emilio Bernardelli, Dino Bellussi, Gianni Costa, Giuseppe Puntin, Franco Bonanno (T), Gustavo Sciacchi (UD)	
1983-1984	Sergio Bardelli	Mario Garofalo*, Emilio Bernardelli, Dino Bellussi, Gianni Costa, Giuseppe Puntin, Franco Bonanno (T), Gustavo Sciacchi (UD)	
1984-1985	Sergio Bardelli	Mario Garofalo*, Emilio Bernardelli, Gianni Costa, Giuseppe Puntin, Pietro Liguoro, Luciano Salvi (T), Franco Bonanno	
da maggio 1985	Gustavo Sciacchi	Mario Garofalo*, Emilio Bernardelli, Dino Bellussi, Gianni Costa, Giuseppe Puntin, Pietro Liguoro, Luciano Salvi (T)	Franco Bonanno
da settembre 1985	Gustavo Sciacchi	Mario Garofalo*, Emilio Bernardelli, Giuseppe Puntin, Pietro Liguoro, Luciano Salvi (T)	Franco Bonanno

ANNO	Presidente	Componenti Comitato Esecutivo	Direttore Generale
da settembre 1986	Gustavo Sciachì	Mario Garofalo*, Emilio Bernardelli, Giuseppe Puntin, Pietro Liguoro, Emmanuel Miraglia, Luciano Salvi (T)	Franco Bonanno
da dicembre 1986-1988	Gustavo Sciachì	Mario Garofalo*, Antonio Frova, Giuseppe Puntin, Sergio Bardelli, Emmanuel Miraglia, Luciano Salvi (T)	Franco Bonanno
1988-1997	Gustavo Sciachì	Mario Garofalo*, Antonio Frova, Giuseppe Puntin, Carmine Malzoni, Emmanuel Miraglia, Luciano Salvi (T)	Franco Bonanno
da giugno 1997-1998	Gustavo Sciachì	Mario Garofalo*, Antonio Frova, Giuseppe Puntin, Giuseppe Torina, Emmanuel Miraglia, Lorenzo Orta (T)	Franco Bonanno
1998-2000	Gustavo Sciachì	Mario Garofalo*, Antonio Frova, Giuseppe Puntin, Franco Ciccarelli, Emmanuel Miraglia, Lorenzo Orta (T)	Franco Bonanno
da maggio 2000-2003	Emmanuel Miraglia	Giuseppe Puntin, Vito Sabbino, Antonio Frova, Maurizio De Scalzi, Enzo Paolini, Lorenzo Orta (T)	Franco Bonanno
da maggio 2003-2006	Emmanuel Miraglia	Gabriele Pelissero*, Giuseppe Puntin, Vito Sabbino, Maurizio De Scalzi, Enzo Paolini, Lorenzo Orta (T)	Franco Bonanno
da maggio 2006-2009	Enzo Paolini	Gabriele Pelissero*, Lino Dalli Cani, Vito Sabbino, Vincenzo Schiavone, Emmanuel Miraglia, Lorenzo Orta (T)	Franco Bonanno
da maggio 2009-2012	Enzo Paolini	Gabriele Pelissero*, Emmanuel Miraglia, Barbara Cittadini, Vincenzo Schiavone, Ettore Sansavini, Fabio Marchi (T), Averardo Orta (PAG), Giuseppe Puntin (UD)	Franco Bonanno
da maggio 2012-2013	Gabriele Pelissero	Barbara Cittadini*, Emmanuel Miraglia, Vincenzo Schiavone, Ettore Sansavini, Giuseppe Puntin, Fabio Marchi (T), Domenico Musumeci (PAG), Enzo Paolini (UD)	Franco Bonanno
da maggio 2013-2014	Gabriele Pelissero	Barbara Cittadini*, Emmanuel Miraglia, Vincenzo Schiavone, Ettore Sansavini, Giuseppe Puntin, Fabio Marchi (T), Domenico Musumeci (PAG), Enzo Paolini (UD)	Filippo Leonardi
da ottobre 2014- 2015	Gabriele Pelissero	Barbara Cittadini*, Emmanuel Miraglia, Vincenzo Schiavone, Ettore Sansavini, Giuseppe Puntin, Giulia De Leo, Jessica Faroni, Domenico Musumeci (PAG), Fabio Marchi (T), Enzo Paolini (UD)	Filippo Leonardi
da maggio 2015 ad oggi	Gabriele Pelissero	Barbara Cittadini*, Emmanuel Miraglia, Vincenzo Schiavone, Ettore Sansavini, Giuseppe Puntin, Giulia De Leo, Jessica Faroni, Lorenzo Miraglia (PAG), Fabio Marchi (T), Enzo Paolini (UD)	Filippo Leonardi

(T) Tesoriere - \* Vice Presidente - (PAG) Presidente Aiop Giovani - (UD) Uditore

## Assemblee Generali Aiop

	21 luglio 1966	Roma	Costituzione Aiop
1 <sup>a</sup>	08 dicembre 1966	Roma	Elezione Giovanni Fiori
2 <sup>a</sup>	25 giugno 1967	Roma	
3 <sup>a</sup>	28 aprile 1968	Roma	
4 <sup>a</sup>	18 maggio 1969	Roma	
5 <sup>a</sup>	28 maggio 1970	Roma	Elezione Fabio Milone
6 <sup>a</sup>	06 giugno 1971	Roma	
7 <sup>a</sup>	28 maggio 1972	Roma	
8 <sup>a</sup>	20 maggio 1973	Roma	
9 <sup>a</sup>	27 aprile 1974	Roma	
10 <sup>a</sup>	11 giugno 1975	Roma	
11 <sup>a</sup>	22 maggio 1976	Roma	1 <sup>a</sup> revisione Statuto
12 <sup>a</sup>	21 maggio 1977	Viareggio	
13 <sup>a</sup>	10 dicembre 1977	Roma	Elezione Terzo De Santis
14 <sup>a</sup>	20 maggio 1978	Roma	2 <sup>a</sup> revisione Statuto
15 <sup>a</sup>	20 maggio 1979	Roma	
16 <sup>a</sup>	03 maggio 1980	Roma	
17 <sup>a</sup>	23 maggio 1981	Roma	Elezione Sergio Bardelli
	27 febbraio 1982	Roma	Straordinaria
18 <sup>a</sup>	15 maggio 1982	Roma	3 <sup>a</sup> revisione Statuto
19 <sup>a</sup>	22 maggio 1983	Roma	Rielezione Sergio Bardelli
20 <sup>a</sup>	02 giugno 1984	Roma	
21 <sup>a</sup>	25 maggio 1985	Roma	Elezione Gustavo Sciachì
22 <sup>a</sup>	24 maggio 1986	Roma	
23 <sup>a</sup>	23 maggio 1987	Bologna	
24 <sup>a</sup>	20 maggio 1988	Anacapri	Rielezione Gustavo Sciachì
25 <sup>a</sup>	20 maggio 1989	Roma	
26 <sup>a</sup>	19 maggio 1990	Verona	
27 <sup>a</sup>	18 maggio 1991	Roma	



	05 novembre 1991	Roma	Straordinaria
28 <sup>a</sup>	15 maggio 1992	Torino	
29 <sup>a</sup>	15 maggio 1993	Taormina	
30 <sup>a</sup>	21 maggio 1994	Roma	
31 <sup>a</sup>	27 maggio 1995	Milano	
32 <sup>a</sup>	18 maggio 1996	Domus de Maria CA	
	21 ottobre 1996	Roma	Straordinaria
33 <sup>a</sup>	24 maggio 1997	Roma	Rielezione Gustavo Sciachì
34 <sup>a</sup>	23 maggio 1998	Napoli	
35 <sup>a</sup>	22 maggio 1999	Firenze	
36 <sup>a</sup>	20 maggio 2000	Roma	Elezione Emmanuel Miraglia
37 <sup>a</sup>	26 maggio 2001	Bari	
38 <sup>a</sup>	25 maggio 2002	Trieste	
39 <sup>a</sup>	24 maggio 2003	Roma	Rielezione Emmanuel Miraglia - 4 <sup>a</sup> rev. Statuto
40 <sup>a</sup>	16 maggio 2004	Berlino	
41 <sup>a</sup>	21 maggio 2005	Ischia NA	
42 <sup>a</sup>	27 maggio 2006	Roma	Elezione Enzo Paolini
43 <sup>a</sup>	18 maggio 2007	Milano	
44 <sup>a</sup>	17 maggio 2008	Villa S.Giovanni RC	
45 <sup>a</sup>	30 maggio 2009	Roma	Rielezione Enzo Paolini
46 <sup>a</sup>	20 maggio 2010	Parigi	
47 <sup>a</sup>	28 maggio 2011	Torino	
48 <sup>a</sup>	19 maggio 2012	Roma	Elezione Gabriele Pelissero
	16 ottobre 2012	Roma	Straordinaria
49 <sup>a</sup>	01 giugno 2013	Roma	
	07 maggio 2014	Roma	Straordinaria
50 <sup>a</sup>	31 maggio 2014	Venezia	5 <sup>a</sup> revisione Statuto
51 <sup>a</sup>	30 maggio 2015	Roma	Rielezione Gabriele Pelissero
52 <sup>a</sup>	28 maggio 2016	Praga	

## Presidenti Regionali

### PIEMONTE

Mario Segre	1967/1974
Terzo De Santis	1974/1977
Angelo Anselma	1977/1996
Michele Vietti	1996/1998
Giovanni Bianco	1998/2002
Giancarlo Perla	2002 ad oggi

### VALLE D'AOSTA

Massimo De Salvo	2011 ad oggi
------------------	--------------

### LOMBARDIA

Giuseppe De Vecchi	1966/1976
Emilio Bernardelli	1976/1986
Egidio Quarenghi	1986/1990
Antonio Frova	1991/2005
Gabriele Pelissero	2006/2011
Dario Beretta	2012 ad oggi

### PROVINCIA DI TRENTO

Sandro Cassina	1973
Giancarlo Crosina	1984/1986
Luigi D'Antoni	1986/1994
Lorenzo Saiani	1994-1996
Claudio Toller	1996/1998
Romano Verani	1998/2010
Carlo Stefenelli	2010 ad oggi

### PROVINCIA DI BOLZANO

Giancarlo Bonvicini	1973 ad oggi
---------------------	--------------

### VENETO

Luciano Chiandussi	1966/1991
Giuseppe Puntin	1991/2006
Lino Dalli Cani	2006/2009
Vittorio Morello	2009 ad oggi

### FRIULI VENEZIA GIULIA

Dino Bellussi	1973/1988
Renato Segatti	1988/1991
Claudio Bevilacqua	1991/1993
Alberto Graffitti	1993/2002
Claudio Bevilacqua	2002/2006
Claudio Riccobon	2006/2008
Guglielmo Danelon	2008/2014
Salvatore Guarneri	2014 ad oggi

### LIGURIA

Giovanni Panconi	1967/1987
Renato Suriani	1987/1990
Andrea Ielencovich	1990/1991
Italo Gilardi	1991/2009
Livio Tronconi	2009/2012
Ettore Sansavini	2012 ad oggi

### EMILIA ROMAGNA

Giorgio Neri (EMILIA)	1966/1985
Ettore Guerra (ROMAGNA)	1970
Lorenzo Orta	1985/2009
Mario Cotti	2009/2015
Bruno Biagi	2015 ad oggi

**TOSCANA**

Enrico Ambonetti	1967/1993
Paola Valori	1993/2001
Maurizio De Scalzi	2002/2005
Stefano Tenti	2005/2006
Maurizio De Scalzi	2006/2007
Francesco Matera	2007/2011
Maurizio De Scalzi	2011/2013
Francesco Matera	2013 ad oggi

**MARCHE**

Amato Pallucchini	1966/1982
Fabrizio Polenta	1982/2012
Antonio Romani	2012 ad oggi

**UMBRIA**

Cesare Lami	1973/1979
Alfredo Liotti	1979/1997
Francesco Costabile	1998/2012
Maria Rita Cucchia	2012/2015
Giulia De Leo	2015 ad oggi

**LAZIO**

Mario Garofalo	1966/1982
Emmanuel Miraglia	1982/2000
Mario Garofalo	2000/2006
Mauro Casanatta	2006/2009
Jessica Veronica Faroni	2009 ad oggi

**ABRUZZO**

Antonio Di Lorenzo	1973/1977
Leonardo Petruzzi	1977/1980
Franco Martinelli	1981/1983
Vincenzo Maria Angelini	1983/1988
Lino Bartolomeo	1989/1992
Luigi Pierangeli	1993/1996
Nicola Petruzzi	1997/2001
Luigi Pierangeli	2002/2011
Concetta Petruzzi	2012 ad oggi

**MOLISE**

Franco Sabelli	1973/1992
Elisa Forte	1992/1994
Dante Di Dario	1994/1997
Michele Leonardi	1998/2003
Roberto Cicerone	2003/2007
Vincenzo Acanfora	2007/2012
Ernesto De Santis	2012/2013
Raffaele Panichella	2013 ad oggi

**CAMPANIA**

Leonardo Bianchi	1967/1976
Pietro Liguoro	1976/1986
Carmine Malzoni	1986/1994
Francesco Ciccarelli	1994/2002
Vincenzo Schiavone	2002/2008
Sergio Crispino	2008 ad oggi

**PUGLIA**

Domenico Divella	1966/1981
Pasquale Laganara	1981/1990
Franco Caccuri	1990/1994
Potito Francesco Pio Salatto	1994/2001
Max Paganini	2001 ad oggi

**BASILICATA**

Domenico Pittella	1967/1973
Riccardo Luccioni	1973/1990
Potito Francesco Pio Salatto	1990/1994
Marialuisa D'Ippolito	1994/1997
Potito Francesco Pio Salatto	2001/2013
Walter Di Marzo	2013 ad oggi

**CALABRIA**

Enrico Scarnati	1967/1970
Eusebio Pulitanò	1970/1973
Franco Frontera	1973/1976
Enrico Scarnati	1976/1979
Franco Crescenti	1979/1982
Emmanuel Miraglia	1982/1984
Mario Celestino	1984/1995
Enzo Paolini	1995/2006
Franco Frontera	2006/2007
Marcello Furriolo	2007/2010
Massimo Miraglia	2010/2014
Enzo Paolini	2014 ad oggi

**SICILIA**

Salvatore Orestano	1973/1979
Vincenzo Gibiino	1979/1983
Angelo Carmona	1983/1988
Antonio Barresi	1988/1994
Ettore Denti	1994/1995
Giuseppe Torina	1995/1997
Ferdinando Latteri	1997/2000
Vito Sabbino	2000/2006
Barbara Cittadini	2006 ad oggi

**SARDEGNA**

Dino Bergamini	1973/1979
Salvatore Ghirra	1979/1984
Salvatore Anedda	1984/1993
Emilio Floris	1993/1998
Piero Bua	1998/2006
Franco Meloni	2006/2009
Andrea Pirastu	2009 ad oggi

## Le pubblicazioni Aiop

TITOLO	ANNO	EDITORE	AUTORE
Sistemi di compenso delle prestazioni ospedaliere	1990	Franco Angeli	A.Brenna, G.France
Competere per crescere	1991	Franco Angeli	Censis
Attività gestionale ed economica delle case di cura convenzionate con il SSN	dal 1992 al 1993	Aiop	Aiop
Il futuro dell'ospedale	1993	Franco Angeli	Censis
Struttura e attività delle istituzioni sanitarie private di ricovero e cura	Dal 1994 al 2002	Aiop	Aiop
La qualità del servizio nelle case di cura	1994	Trademark Italia	Aiop
Manuale dell'emergenza delle case di cura private italiane	1996	GMPR Group	Aiop
Indagine sullo stato dei diritti dei cittadini e sulla qualità dei servizi nell'ospedalità privata	1996	Aiop	Laboratorio di scienze della cittadinanza
Manuale di Comunicazione integrata e Organizzativa in Sanità	1997	GMPR Group	Aiop
Introduzione alla qualità. Guida per le case di cura	1997	Aiop	A cura di A. Sciacchi, A. Cassoni, F. Leonardi
Ricerca sullo stato dei diritti dei cittadini e sulla qualità dei servizi nell'ospedalità privata	1997	Aiop	Laboratorio di scienze della cittadinanza
La domanda di salute negli anni novanta	1998	Franco Angeli	Censis
Manuale di corretta prassi igienica per le case di cura private	1999	Aiop	Sintesi S.p.A.
Introduzione delle norme ISO 9000 in sanità. Guida per dirigenti e operatori	1999	Aiop	a cura di A. Frova, F. Leonardi
Il mercato sanitario in Europa. Il ruolo dell'ospedalità privata	1999	Aiop	Censis
Tariffe ospedaliere e accreditamento. Guida alla Legislazione regionale vigente	dal 2000 al 2008	Aiop	F. Leonardi
Manuale 626	2001	Seop	Aiop Emilia Romagna
Il futuro del welfare sanitario. Un caso italiano e uno spagnolo	2001	IBL Libri	G. Pelissero, L. Scudiero
La competizione nei sistemi sanitari. In Italia, nella Unione Europea, nel mondo	2002	Seop	G. Pelissero, D. Velo
L'accreditamento è un diritto? Dottrina e giurisprudenza	2003	Aiop	a cura di V. Bellini, E. Paolini
Ospedali & Salute	dal 2003 ad oggi	Franco Angeli (coll. Aiop)	Ermeneia
Health & Hospitals in Italy	dal 2005 ad oggi	Aiop	Ermeneia
Ospedali & Lavoro	2006	Seop	a cura di F. Leonardi, A. Cassoni
SSN: dall'assistenza all'aziendalizzazione. Dottrina e giurisprudenza	2006	Aiop	a cura di V. Bellini

TITOLO	ANNO	EDITORE	AUTORE
Hospitals and Economic development	2008	Aiop	D. Velo, F. Velo
Attività dell'Aiop in campo europeo e internazionale	2009	Aiop	A. Sciachì
Analisi del sistema di finanziamento della Ricerca sanitaria in Italia	2010	Franco Angeli (coll. Aiop)	F. Tediosi, A. Compagni
La sanità della Lombardia	2010	Franco Angeli (coll. Aiop)	G. Pelissero
Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa tra pubblico e privato	2010	IBL libri	a cura di G. Pelissero, A. Mingardi
La spesa sanitaria italiana. Quel che si vede, quel che non si vede	2013	IBL libri	L. Quaglino, A. Mingardi, G. Pelissero
Competizione, sostenibilità e qualità	2014	IBL Libri	a cura di G. Pelissero e A. Mingardi
La realtà e le idee. 2012-2015 tre anni di Editoriali su AiopMagazine	2015	Aiop	G. Pelissero

## Associate Aiop in 50 anni

\* Molte di queste strutture non esistono più o sono state accorpate. Con l'asterisco sono contrassegnate quelle associate al 2016.

PIEMONTE		
BERNINI	TORINO (TO)	
CASA SPERANZA	BOVES (CN)	
CELLINI S.P.A.	TORINO (TO)	*
CITTÀ DI BRÀ S.P.A.	BRA (CN)	*
CLINICA EPOREDIESE POL. MONZA S.P.A.	IVREA (TO)	*
CLINICA PINNA PINTOR S.R.L.	TORINO (TO)	*
CLINICA SANTA CATERINA DA SIENA S.R.L.	TORINO (TO)	*
CLINICA SANTA RITA	VERCELLI (VC)	*
COSSILA	BIELLA (BI)	
FORNACA ECAS S.P.A.	TORINO (TO)	*
GIOVANNI FERRERO S.R.L.	ALBA (CN)	
I CEDRI S.P.A.	FARA NOVARESE (NO)	
IL VALENTINO RSA	TORINO (TO)	*
IST. CLIM. ROBILANTE S.R.L.	ROBILANTE (CN)	
L'EREMO DI MIAZZINA S.P.A.	CAMBIASCA (VB)	
LA BERTALAZONA S.R.L.	S.MAURIZIO CANAVESE (TO)	
LA VIALARDA S.P.A.	BIELLA (BI)	*
MADONNA DEI BOSCHI GE.SA. S.P.A.	BUTTIGLIERA ALTA (TO)	*
MARIA PIA HOSPITAL S.R.L.	TORINO (TO)	*
MONTESERRAT S.R.L.	CARAGLIO (CN)	*
NUOVA CITTÀ DI ALESSANDRIA	ALESSANDRIA (AL)	*
NUOVA SAN PAOLO S.R.L.	TORINO (TO)	
NUOVA SANT' ANNA S.R.L.	CASALE MONF.TO (AL)	*
OPERA PIA LOTTERI	TORINO (TO)	*
PAPA GIOVANNI XXIII	PIANEZZA (TO)	*
PRESIDIO OSPEDALIERO GRADENIGO	TORINO (TO)	*
S. ANNA S.P.A.	ASTI (AT)	
S. ANNA	TORTONA (AL)	
S. CARLO DI ARONA S.R.L.	ARONA (NO)	*
S. GIORGIO S.R.L.	VIVERONE (BI)	*
S. GIUSEPPE S.P.A.	ASTI (AT)	
S. MICHELE	BRA (CN)	*
S. SECONDO S.A.S.	ASTI (AT)	
SALUS S.R.L.	ALESSANDRIA (AL)	*
SAN GAUDENZIO POL. DI MONZA S.P.A.	NOVARA (NO)	*
SAN LUCA S.P.A.	PECETTO TORINESE (TO)	*
S. RITA	TORINO (TO)	

SEDES SAPIENTIAE	TORINO (TO)	*
VALSALICE S.R.L.	TORINO (TO)	
VILLA ADRIANA S.R.L.	ARIGNANO (TO)	*
VILLA CRISTINA S.P.A.	NEBBIUNO (NO)	
VILLA DI SALUTE S.P.A.	TROFARELLO (TO)	
VILLA IDA SANTA CROCE S.R.L.	LANZO TORINESE (TO)	*
VILLA IGEA S.R.L.	ACQUI TERME (AL)	*
VILLA IRIS S.R.L.	PIANEZZA (TO)	*
VILLA PATRIZIA S.R.L.	PIOSSASCO (TO)	*
VILLA SERENA S.P.A.	PIOSSASCO (TO)	
VILLE AUGUSTA S.R.L.	BRUINO (TO)	*

#### VALLE D'AOSTA

IST. CLINICO VALLE D'AOSTA ISAV S.P.A.	SAINT PIERRE (AO)	*
--	-------------------	---

#### LOMBARDIA

AMBROSIANA S.P.A.	CESANO BOSCONI (MI)	*
AS.FRA FONDAZIONE ONLUS	VEDANO AL LAMBRO (MB)	*
C.O.F. LANZO HOSPITAL S.P.A.	LANZO D'INTELVI (CO)	*
CASA ANZIANI INTERCOMUNALE	UGGIATE-TREVANO (CO)	*
CENTRO CARDIOLOGICO "FOND. MONZINO"	MILANO (MI)	
CENTRO CLINICO NEMO FONDAZIONE SERENA	MILANO (MI)	*
CITTÀ DI MILANO S.P.A.	MILANO (MI)	
CLINICA CASTELLI S.P.A.	BERGAMO (BG)	*
CLINICHE GAVAZZENI S.P.A.	BERGAMO (BG)	*
COMUNITÀ VILLA MAURA	PAVIA (PV)	*
DEL POLICLINICO S.P.A.	MILANO (MI)	*
DOMINATO LEONENSE SANITÀ	LENO (BS)	*
FONDAZIONE MORO-GIRELLI CASA DI SALUTE	BRESCIA (BS)	
G.B. MANGIONI HOSPITAL S.P.A.	LECCO (LC)	*
HABILITA S.P.A.	CISERANO (BG)	*
HOSPICE CASA VIDAS	MILANO (MI)	*
I.R.C.C.S.POL. SAN DONATO	S.DONATO MILANESE (MI)	*
IGEA S.P.A.	MILANO (MI)	*
IST. CLIN. ZUCCHI PRES. CARATE BRIANZA	CARATE BRIANZA (MB)	*
IST. CLIN. ZUCCHI PRESIDIO MONZA	MONZA (MB)	*
IST. CLINICO CITTÀ DI BRESCIA	BRESCIA (BS)	*
IST. CLINICO VILLA APRICA	COMO (CO)	*
IST. ORT. GALEAZZI S.P.A.	MILANO (MI)	*
IST.STOMATOLOGICO ITALIANO	MILANO (MI)	*



ISTITUTI CLINICI DI PAVIA E VIGEVANO S.R.L.	PAVIA (PV)	*
ISTITUTI OSPEDALIERI BRESCIANI S.P.A.	BRESCIA (BS)	*
ISTITUTO CLINICO BEATO MATTEO	VIGEVANO (PV)	*
ISTITUTO CLINICO CITTÀ STUDI S.P.A.	MILANO (MI)	*
ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI HUMANITAS	CASTELLANZA (VA)	*
ISTITUTO CLINICO S. ROCCO S.P.A.	OME (BS)	*
ISTITUTO CLINICO S.AMBROGIO S.P.A.	MILANO (MI)	*
ISTITUTO CLINICO SAN SIRO	MILANO (MI)	*
ISTITUTO DI CURA CITTÀ DI PAVIA	PAVIA (PV)	
ISTITUTO EUROPEO DI ONCOLOGIA	MILANO (MI)	
LA CITTADILLA SOCIALE S.R.L.	PIEVE DEL CAIRO (PV)	*
LA MADONNINA S.P.A.	MILANO (MI)	*
LA QUIETE S.P.A.	VARESE (VA)	
LE BETULLE S.R.L.	APPIANO GENTILE (CO)	*
LE TERRAZZE S.R.L.	CUNARDO (VA)	*
MULTIMEDICA S.P.A	SESTO SAN GIOVANNI (MI)	
OSP.CIVILE VOLTA MANTOVANA S.R.L.	VOLTA MANTOVANA (MN)	*
OSPEDALE DI SUZZARA S.P.A.	SUZZARA (MN)	*
OSPEDALE MORIGGIA PELASCINI	GRAVEDONA (CO)	*
OSPEDALE S. ISIDORO	TRESCORE BALNEARIO (BG)	*
OSPEDALE SAN PELLEGRINO S.R.L.	CASTIGLIONE DELLE ST (MN)	*
OSPEDALE SAN RAFFAELE I.R.C.C.S.	MILANO (MI)	*
POL. S. MARCO IST. OSP. BERGAMASCHI S.R.L.	OSIO SOTTO (BG)	*
POL. S. PIETRO ISTITUTI OSP. BERGAMASCHI	PONTE SAN PIETRO (BG)	*
POLICLINICO DI MONZA S.P.A.	MONZA (MB)	*
PROF. GERMANI	VOGHERA (PV)	
PROF. MORELLI	PAVIA (PV)	
QUARENGHI S.R.L.	S.PELLEGRINO TERME (BG)	*
RESIDENZA SAN PIETRO	CASTIGLIONE DELLE ST (MN)	*
RSA BEATA PAOLA	VOLTA MANTOVANA (MN)	*
RSA RESIDENZA LA TUA CASA	CIGOGNOLA (PV)	*
RSA VILLA AZZURRA SOLIDARIETÀ ONLUS	BORGOFORTE (MN)	*
RSA VITARESIDENCE DUE	GUANZATE (CO)	
RSA VITARESIDENCE QUATTRO	LEGNANO (MI)	
RSA VITARESIDENCE TRE	GUANZATE (CO)	
SANATRIX	MILANO (MI)	
S. CARLO S.P.A.	PADERNO DUGNANO (MI)	
S. GIOVANNI S.R.L.	MILANO (MI)	*
S. MARIA	BUSTO ARSIZIO (VA)	
S. MARIA DELLE GRAZIE S.R.L.	VOGHERA (PV)	*
SAN CARLO EUKOS S.P.A.	MILANO (MI)	

VILLA AEGLA	MILANO (MI)	
VILLA AL LAGO	MANTOVA (MN)	*
VILLA BARBARANO	BARBARANO DI SALÒ (BS)	*
VILLA BIANCA S.R.L.	LIMBIATE (MI)	
VILLA ESPERIA S.P.A.	SALICE TERME (PV)	*
VILLA GEMMA CASA DI CURA S.P.A.	GARDONE RIVIERA (BS)	*
VILLA LETIZIA S.R.L.	MILANO (MI)	*
VILLA PREZIOSA	LAVENO-MOMBELLO (VA)	
VILLA SAN GIUSEPPE	ANZANO DEL PARCO (CO)	*
VILLA SANTA APOLLONIA S.R.L.	BERGAMO (BG)	*
VILLE TURRO	MILANO (MI)	

#### PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO

BONVICINI	BOLZANO (BZ)	*
SALUS CENTER S.R.L.	TESIMO (BZ)	*
SANT.ANTONIO	MERANO (BZ)	
VILLA MELITTA DI WALDNER & C SAS	BOLZANO (BZ)	
VILLA SANT' ANNA S.R.L.	MERANO (BZ)	*

#### PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

EREMO DI ARCO S.R.L.	ARCO (TN)	
REGINA S.R.L.	ARCO (TN)	*
SOLATRIX S.P.A.	ROVERETO (TN)	*
VILLA BIANCA S.P.A.	TRENTO (TN)	*
VILLA SAN PIETRO S.R.L.	ARCO (TN)	

#### VENETO

ABANO TERME S.P.A.	ABANO TERME (PD)	*
CASA DI CURA PARCO DEI TIGLI S.R.L.	TEOLO (PD)	*
CASA SOGG.PREALPINA S.N.C.	CAVASO DEL TOMBA (TV)	
CDC TRIESTE CENTRO MED. DI FONIATRIA S.R.L.	PADOVA (PD)	*
CENTRO DI SERVIZI ANNI SERENI	SCORZÈ (VE)	*
CENTRO RIABILITATIVO VERONESE S.R.L.	VERONA (VR)	*
CHIEREGO PERBELLINI	VERONA (VR)	
CITTÀ DI ROVIGO	ROVIGO (RO)	*
CITTÀ DI VERONA S.R.L.	VERONA (VR)	
DIAZ S.R.L.	PADOVA (PD)	
DR. PEDERZOLI S.P.A.	PESCHIERA GARDA (VR)	*
ERETENIA	VICENZA (VI)	*

FOND. BANCA DEGLI OCCHI	ZELARINO (VE)	*
GIOVANNI XXIII S.P.A.	MONASTIER DI TREVISO (TV)	*
IS.POLESANI CURA/TUT.MENT. S.R.L.	FIGAROLO (RO)	
ISTITUTO CODIVILLA PUTTI DI CORTINA S.P.A.	CORTINA D'AMPEZZO (BL)	*
MADONNA DELLA SALUTE S.R.L.	CONTARINA (RO)	*
MORGAGNI S.R.L.	PADOVA (PD)	
OSP. RIAB. ALTA SPECIALIZZAZIONE S.P.A.	MOTTA DI LIVENZA (TV)	
PARK VILLA NAPOLEON S.R.L.	PREGANZIOL (TV)	*
POLICLINICO S. MARCO S.P.A.	VENEZIA MESTRE (VE)	*
S. FRANCESCO S.P.A.	VERONA (VR)	*
S. MARIA MADDALENA	OCCHIOBELLO (RO)	*
SILENO E ANNA RIZZOLA S.P.A.	S.DONÀ PIAVE (VE)	*
VILLA BERICA S.P.A.	VICENZA (VI)	*
VILLA DELLE ROSE	MARGHERA (VE)	
VILLA FEDORA	VERONA (VR)	
VILLA GARDA S.P.A.	GARDA (VR)	*
VILLA LIETA S.P.A.	VERONA (VR)	
VILLA MARGHERITA S.R.L.	ARCUGNANO (VI)	*
VILLA MARIA S.R.L.	PADOVA (PD)	*
VILLA S. CHIARA S.P.A.	VERONA (VR)	*
VILLABRUNA BELLATI S.R.L.	FELTRE (BL)	

#### FRIULI VENEZIA GIULIA

CITTÀ DI UDINE S.P.A.	UDINE (UD)	
FIORI DEL CARSO	DUINO-AURISINA (TS)	
IGEA S.R.L.	TRIESTE (TS)	*
MADEMAR	TRIESTE (TS)	*
PINETA DEL CARSO S.P.A.	DUINO-AURISINA (TS)	*
POLICLINICO S. GIORGIO S.P.A.	PORDENONE (PN)	*
POLICLINICO TRIESTINO S.P.A. SALUS	TRIESTE (TS)	*
SANATORIO TRIESTINO S.P.A.	TRIESTE (TS)	*

#### LIGURIA

ATHENA S.R.L.	SANREMO (IM)	
CASA DEL S. BAMBINO A.R.L.	GENOVA (GE)	
DELLA RIVIERA S.R.L.	SAVONA (SV)	
GSL S.R.L.	ALBENGA (SV)	*
ICLAS S.R.L. IST. CLIN. LIGURE ALTA SPEC.	RAPALLO (GE)	*
IST. CARD. CAMOGLI SERVIZI SANITARI S.R.L.	CAMOGLI (GE)	*
S. LUCIA	SAVONA (SV)	

S. MICHELE MEDICAL HOTEL S.R.L.	ALBENGA (SV)	
VILLA CHIARA	RAPALLO (GE)	
VILLA HELIOS	SANREMO (IM)	
VILLA MONTALLEGRO S.P.A.	GENOVA (GE)	*
VILLA RIDENTE S.R.L.	ALBISOLA MARINA (SV)	
VILLA SALUS	GENOVA (GE)	
VILLA SALUS S.A.S.	ALBENGA (SV)	
VILLA SPERANZA MEDICOL HOTEL	SANREMO (IM)	
VILLE PARADISO S.R.L.	ALASSIO (SV)	

## EMILIA ROMAGNA

A. MURRI	BOLOGNA (BO)	
AI COLLI S.R.L.	BOLOGNA (BO)	*
CENTRO CARDINAL FERRARI S.R.L.	FONTANELLATO (PR)	*
CITTÀ DI PARMA S.P.A.	PARMA (PR)	*
CLINICA PRIVATA VILLALBA S.R.L.	BOLOGNA (BO)	*
DIALTI	FERRARA (FE)	
DOMUS NOVA S.P.A.	RAVENNA (RA)	*
HESPERIA HOSPITAL MODENA S.R.L.	MODENA (MO)	
HIPPOCRATES VILLA FIORITA	SASSUOLO (MO)	
HOSPITAL PICCOLE FIGLIE S.R.L.	PARMA (PR)	*
INZANI S.R.L.	PARMA (PR)	
LODIGIANI S.A.S.	PIACENZA (PC)	
MALACARNE	FERRARA (FE)	
MALATESTA NOVELLO	CESENA (FC)	*
MARIA CECILIA HOSPITAL S.P.A.	COTIGNOLA (RA)	*
MONTECATONE REHABILITATION INSTITUTE S.P.A.	IMOLA (BO)	
OSP. PRIV. ACCR. VILLA REGINA	BOLOGNA (BO)	*
OSP. PRIV. ACCR. SALUS S.R.L.	FERRARA (FE)	*
OSP. PRIV. ACCR. SOL ET SALUS S.P.A.	TORRE PEDRERA (RN)	*
OSP. PRIV. ACCR. VILLA BARUZZIANA S.P.A.	BOLOGNA (BO)	*
OSP. PRIV. ACCR. VILLA BELLOMBRA S.P.A.	BOLOGNA (BO)	*
OSP. PRIV. ACCR. VILLA ERBOSA	BOLOGNA (BO)	*
OSP. PRIV. ACCR. VILLA LAURA	BOLOGNA (BO)	*
OSP. PRIV. ACCR. VILLA MARIA S.P.A.	RIMINI (RN)	*
OSP. PRIV. ACCR. VILLA PINETA	PAVULLO FRIGNANO (MO)	*
OSP.PRIV.ACCR. PROF. FOGLIANI	MODENA (MO)	*
OSP.PRIVATI RIUNITI NIGRISOLI S.P.A.	BOLOGNA (BO)	*
OSPEDALE PRIVATO SANTA VIOLA S.R.L.	BOLOGNA (BO)	*
OSPEDALE PRIVATO VILLA IGEA S.P.A.	FORLÌ (FC)	*

OSPEDALE PRIVATO VILLA IGEA S.P.A.	SALICETA S.GIULIANO (MO)	*
OSPEDALE PRIVATO VILLA ROSA S.R.L.	MODENA (MO)	*
OSPEDALE PRIVATO VILLA SERENA S.P.A.	FORLÌ (FC)	*
PIACENZA S.P.A.	PIACENZA (PC)	*
PROF. E. MONTANARI	MORCIANO DI ROMAGNA (RN)	*
PROF. NOBILI S.P.A.	CASTIGLIONE PEPOLI (BO)	*
QUISISANA S.R.L.	FERRARA (FE)	*
RAMIOLA	MEDESANO (PR)	
R.S.A. SANTA CHIARA	FERRARA (FE)	*
R.S.A. VILLA RANUZZI S.P.A.	BOLOGNA (BO)	*
R.S.A. VILLA SERENA S.R.L.	BOLOGNA (BO)	*
REGINA MARIS OSP. CIV. "CERVESI"	CATTOLICA (RN)	
RESIDENZA SANITARIA SOLE	MISANO ADRIATICO (RN)	*
RSA AL PARCO	FORLÌ (FC)	*
RSA CASTELLO COLLE CARDUCCI S.R.L.	LONGIANO (FC)	
S. ANTONINO S.R.L.	PIACENZA (PC)	*
S. FRANCESCO S.R.L.	RAVENNA (RA)	*
S. GIACOMO S.R.L.	PONTE DELL'OLIO (PC)	*
SALUS HOSPITAL S.P.A.	REGGIO EMILIA (RE)	*
SAN LORENZINO S.P.A.	CESENA (FC)	*
SAN PIER DAMIANO HOSPITAL S.P.A.	FAENZA (RA)	*
SOL ET SALUS (C.D.R.)	TORRE PEDRERA (FO)	
VALPARMA HOSPITAL S.R.L.	LANGHIRANO (PR)	*
VILLA ASSUNTA S.R.L.	RIMINI (RN)	
VILLA AZZURRA S.R.L.	RIOLO TERME (RA)	*
VILLA CHIARA S.P.A.	CASALECCHIO R. (BO)	*
VILLA FABIOLA	LIDO NAZIONI (FE)	
VILLA IGEA	SALSOMAGGIORE TERME (PR)	*
VILLA MARIA LUIGIA S.P.A.	MONTICELLI TERME (PR)	*
VILLA MARIA S.R.L.	BOLOGNA (BO)	
VILLA SALUS S.R.L.	VISERBELLA RIMINI (RN)	*
VILLA SALUS S.R.L.	BOLOGNA (BO)	
VILLA STACCHINI	FAENZA (RA)	
VILLA TORRI HOSPITAL S.R.L.	BOLOGNA (BO)	*
VILLA VERDE A. MURRI S.R.L.	BOLOGNA (BO)	
VILLA VERDE S.R.L.	REGGIO EMILIA (RE)	*
VILLA WALTER	SANT'ILARIO D'ENZA (RE)	

## TOSCANA

AUXILIUM VITAE VOLTERRA S.P.A.

VOLTERRA (PI)

CASA DI CURA MARIA DOMENICA BARBANTINI	LUCCA	*
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO	AREZZO (AR)	*
CENTRO ONCOLOGICO FIORENTINO	SESTO FIORENTINO (FI)	
CENTRO RIAB. TERRANUOVA BRACCIOLINI	MONTEVARCHI (AR)	*
FONDAZIONE F. TURATI	GAVINANA S. MARCELLO P.SE (PT)	*
FRATE SOLE	FIGLINE VALDARNO (FI)	*
GLI OLIVI S.N.C.	GROSSETO (GR)	
IST. A. KRAUS VILLA DELLE ROSE	FIRENZE (FI)	
IST. REUMATOLOGICO MUNARI S.P.A.	FIRENZE (FI)	
ISTITUTO FIORENTINO DI CURA E ASSISTENZA	FIRENZE (FI)	*
LA VERANELLA	FIRENZE (FI)	
LEONARDO S.R.L.	VINCI (FI)	*
MARIA BEATRICE HOSPITAL S.R.L.	FIRENZE (FI)	*
MARIA TERESA HOSPITAL S.R.L.	FIRENZE (FI)	*
MERCURIO QUISISANA S.P.A.	MONTECATINI-TERME (PT)	
PERGOLINO HOSPITAL S.R.L.	FIRENZE (FI)	
POGGIO SERENO S.R.L.	FIESOLE (FI)	
RSA FRATE SOLE	FIGLINE VALDARNO (FI)	
RUGANI S.R.L.	MONTERIGGIONI (SI)	*
S. ROSSORE S.R.L.	PISA (PI)	
SAN GIUSEPPE HOSPITAL ASSISI PROJECT S.P.A.	AREZZO (AR)	*
SANATRIX S.R.L.	AULLA (MS)	
SAN CAMILLO	FIRENZE (FI)	
SANTA CHIARA S.P.A.	FIRENZE (FI)	
SANTA RITA HOSPITAL S.R.L.	MONTECATINI-TERME (PT)	*
ULIVELLA E GLICINI	FIRENZE (FI)	
VAL DI SIEVE	PELAGO (FI)	*
VEN. ARCICONFRATERNITA DI MISERICORDIA	NAVACCHIO (PI)	
VILLA CHERUBINI	FIRENZE (FI)	
VILLA COSTANZO	SETTIGNANO (FI)	
VILLA DEI PINI S.R.L.	FIRENZE (FI)	*
VILLA DELLE TERME S.R.L.	FIRENZE (FI)	
VILLA DELLE TERME S.P.A.	IMPRUNETA (FI)	
VILLA DELLE TERME S.P.A. DIV. MARCONI	FIRENZE (FI)	
VILLA DONATELLO S.P.A.	FIRENZE (FI)	
VILLA FIORITA S.R.L.	PRATO (PO)	*
VILLA GISELLA	FIRENZE (FI)	
VILLA MARIA	PISTOIA (PT)	
VILLA MARGHERITA	FIRENZE (FI)	
VILLA NOVA	FIRENZE (FI)	
VILLE DI NOZZANO S.R.L.	NOZZANO (LU)	*

**UMBRIA**

ELLEDUE SPEDALITÀ PRIVATA S.R.L.	PERUGIA (PG)	*
IST. RIABILITAZIONE S. STEFANO FOLIGNO	FOLIGNO (PG)	*
LIOTTI S.P.A.	PERUGIA (PG)	*
MADONNA DEGLI ANGELI	PERUGIA (PG)	
PORTA SOLE	PERUGIA (PG)	*
VILLA AURORA S.P.A.	FOLIGNO (PG)	*
VILLA FIORITA S.R.L.	PERUGIA (PG)	*

**MARCHE**

CENTRI SANITARI SANTO STEFANO S.R.L.	MACERATA FELTRIA (PU)	*
DOTT. MARCHETTI S.R.L.	MACERATA (MC)	*
IST. S. STEFANO	PORTO POTENZA PICENA (MC)	
SPECIALISTICA	MACERATA (MC)	
STELLA MARIS S.R.L.	S.BENEDETTO T. (AP)	*
VILLA ADRIA	ANCONA (AN)	
VILLA ANNA S.P.A.	S.BENEDETTO T. (AP)	*
VILLA DEI PINI SANATRIX GESTIONI S.R.L.	CIVITANOVA M. (MC)	*
VILLA IGEA LABOR S.P.A.	ANCONA (AN)	*
VILLA JOLANDA	MAIOLATI SPONTINI (AN)	*
VILLA S. MARCO S.R.L.	ASCOLI PICENO (AP)	*
VILLA SERENA SALUS S.P.A.	JESI (AN)	*
VILLA SILVIA S.R.L.	SENIGALLIA (AN)	*
VILLA VERDE RI.TA. S.R.L.	FERMO (AP)	*
VILLALBA S.R.L.	MACERATA (MC)	

**LAZIO**

ADDOMINALE ALL'EUR	ROMA (RM)	
ANCELLE FRANC.BUON PASTORE	ROMA (RM)	
ARMONIA S.R.L.	LATINA (LT)	
ARS MEDICA S.P.A.	ROMA (RM)	*
AURELIA HOSPITAL	ROMA (RM)	
AURORA HOSPITAL S.R.L.	COLLEFERRO (RM)	*
C.O.E.S.	ROMA (RM)	
CASA DEI SS. ANGELI CUSTODI R.S.A.	NETTUNO (RM)	*
CASA DEL SOLE CLIN. POL. T. COSTA	FORMIA (LT)	*
CASA DI CURA NUOVA SANTA TERESA S.R.L.	VITERBO (VT)	*
CASTELLO DELLA QUIETE S.P.A.	ROMA (RM)	

CENTRO RESIDENZ. S. LUCIA S.R.L.	ROMA (RM)	
CENTRO RIABILITATIVO LA VALLE	GAETA (LT)	*
CITTÀ DI APRILIA S.R.L.	APRILIA (LT)	*
CITTÀ DI ROMA	ROMA (RM)	
CLINICA LATINA S.P.A.	ROMA (RM)	*
CLINICA MENDICINI	ROMA (RM)	*
CLINICA PARIOLI S.ANNA S.R.L.	ROMA (RM)	*
CLINICA S. ANTONIO RSA	FROSINONE (FR)	*
CLINICA S. MARCO	LATINA (LT)	*
CLINICA SAN MICHELE ARCANGELO S.P.A.	ROMA (RM)	*
CLINICA SILIGATO S.R.L.	CIVITAVECCHIA (RM)	*
CLINICA VILLA NINA S.R.L.	MARINO (RM)	*
COL DI LANA	ROMA (RM)	
COLLE CESARANO GERESS S.R.L.	TIVOLI (RM)	*
COMUNITÀ TERAP. RIAB. INSIEME	S.COSMA E DAMIANO (LT)	*
COMUNITÀ TERAP. RIAB. INSIEME 1	FORMIA (LT)	
CONCORDIA HOSPITAL	ROMA (RM)	*
EUGENIO MORELLI S.P.A.	ROMA (RM)	
EUROPEAN HOSPITAL	ROMA (RM)	
FABIA MATER SACLI S.P.A.	ROMA (RM)	*
FALERIA S.R.L.	FALERIA (VT)	
FIGLIARELLI	ROMA (RM)	
GLI ANNALI S.R.L.	CINETO ROMANO (RM)	*
GUARNIERI	ROMA (RM)	*
HOSPICE SACRO CUORE	ROMA (RM)	
I.N.I. S.R.L.	GROTTAFERRATA (RM)	*
I.N.I. S.R.L. DIV. CITTÀ BIANCA	VEROLI (FR)	*
I.N.I. S.R.L. DIV. MEDICUS	TIVOLI (RM)	*
I.N.I. S.R.L. DIV. VILLA DANTE	GUIDONIA MONTECELIO (RM)	*
ICOT - GIOMI S.P.A.	LATINA (LT)	*
IST. FIS. C. FRANCESCHINI S.R.L.	SABAUDIA (LT)	*
IST. TE.RI.	ROMA (RM)	*
ISTITUTO CLINICO CARDIOLOGICO	ROMA (RM)	*
KAROL WOJTYLA HOSPITAL FENIG S.R.L.	ROMA (RM)	*
LA TERESIANA R.S.A.	ANZIO (RM)	*
LIFE HOSPITAL S.P.A.	ROMA (RM)	
MADONNA DEL ROSARIO S.R.L.	CIVITAVECCHIA (RM)	*
MADONNA DELLA FIDUCIA	ROMA (RM)	*
MADONNA DELLE GRAZIE	PONTECORVO (FR)	
MADONNA DELLE GRAZIE S.P.A.	VELLETRI (RM)	*
MARCO POLO	ROMA (RM)	*



MATER DEI S.P.A.	ROMA (RM)	
MATER MISERICORDIAE CONGREGAZIONE S.O.M.	ROMA (RM)	*
MERRY HOUSE CENTRO GERIATRICO ROMANO	ACILIA (RM)	*
MYOSOTIS SERENISSIMA S.R.L.	BOMARZO (VT)	*
N.C.L. ISTITUTO DI NEUROSCIENZE S.R.L.	ROMA (RM)	
NEPI	NEPI (VT)	*
NOMENTANA HOSPITAL S.R.L.	FONTE NUOVA (RM)	*
NOMENTANA S.R.L.	ROMA (RM)	
NOSTRA SIGNORA DELLA MERCEDE	ROMA (RM)	*
NS. SIGNORA SACRO CUORE	ROMA (RM)	
NUOVA CLINICA ANNUNZIATELLA S.R.L.	ROMA (RM)	*
NUOVA ITOR DOLOMITI S.P.A.	ROMA (RM)	*
NUOVA VILLA CLAUDIA S.P.A.	ROMA (RM)	*
OSA COOPERATIVA SOCIALE E DI LAVORO	ROMA (RM)	*
OSPEDALE CLASS. S. CARLO DI NANCY	ROMA (RM)	*
OSPEDALE CRISTO RE	ROMA (RM)	*
PAIDEIA S.P.A.	ROMA (RM)	*
PARCO DELLE ROSE '92 S.R.L.	ROMA (RM)	*
PIO XI	ROMA (RM)	
POLICLINICO CASILINO EUROSANITÀ S.P.A.	ROMA (RM)	
POLICLINICO ITALIA S.R.L.	ROMA (RM)	*
POLICLINICO L. DI LIEGRO P.O.I.	ROMA (RM)	*
QUISISANA	ROMA (RM)	*
R.S.A. S. LUCIA DEI FONTANILI	ROMA (RM)	*
R.S.A. VITERBO S.R.L.	VITERBO (VT)	*
RESIDENZA CIMINA S.R.L.	RONCIGLIONE (VT)	*
RESIDENZA IL PARCO	ROMA (RM)	
RESIDENZA MAGNOLIA LUSAN S.R.L.	CORCOLLE (RM)	*
RESIDENZA VILLA CARLA	APRILIA (LT)	
RIO OASI S.R.L.	RIOFREDDO (RM)	*
ROME AMERICAN HOSPITAL S.P.A.	ROMA (RM)	
RSA CLINICA CORVIALE	ROMA (RM)	*
RSA FLAMINIA S.R.L.	MORLUPO (RM)	*
RSA FONDAZIONE FILIPPO TURATI ONLUS	ZAGAROLO (RM)	*
RSA ICILIO GIORGIO MANCINI	ALTIPIANI DI ARCINAZZO (RM)	*
RSA LIVIA TIBERINA	CASTELNUOVO DI PORTO (RM)	*
RSA MADONNA DELLE GRAZIE	PONTECORVO (FR)	*
RSA MATER DEI	ARICCIA (RM)	*
RSA MINTURNO POGGIO DUCALE	MINTURNO (LT)	
RSA RESIDENZA PONTINA	LATINA (LT)	*
RSA SAN RAFFAELE SABAUDIA	SABAUDIA (LT)	

RSA VILLA DEGLI ULIVI	S.ELIA FIUMERAPIDO (FR)	*
RSA VILLA LINDA	NETTUNO (RM)	*
RSA VILLA LUCIA AM.CO.	ROMA (RM)	*
S. ALESSANDRO S.R.L.	ROMA (RM)	
S. ANNA POL. CITTÀ DI POMEZIA	POMEZIA (RM)	*
S. ANNA S.R.L.	CASSINO (FR)	*
S. ANTONIO DA PADOVA S.R.L.	ROMA (RM)	
S. FRANCESCO	ALATRI (FR)	
S. FRANCESCO CARACCIOLIO S.R.L.	ROMA (RM)	
S. GIORGIO CLINICA SELENE	ROMA (RM)	
S. GIUSEPPE	ROMA (RM)	
S. MARIA DEL PRATO	CAMPAGNANO DI ROMA (RM)	*
S. RAFFAELE CASSINO	CASSINO (FR)	
S. RAFFAELE PISANA	ROMA (RM)	
S. RAFFAELE VELLETRI	VELLETRI (RM)	
S. RITA DA CASCIA S.R.L.	ROMA (RM)	*
S. TERESA DI MIACCI & C. S.R.L.	ISOLA DEL LIRI (FR)	*
S. VALENTINO S.IGE.C.C. S.R.L.	ROMA (RM)	*
S.RAFFAELE NOMENTANA	ROMA (RM)	
S.RAFFAELE ROCCA DI PAPA	ROCCA DI PAPA (RM)	
SALUS INFIRMORUM S.R.L.	ROMA (RM)	
SALUS S.R.L.	VITERBO (VT)	*
SALVATOR MUNDI INTERNATIONAL HOSPITAL	ROMA (RM)	*
SAMADI S.P.A.	ROMA (RM)	
SAN FELICIANO	ROMA (RM)	*
SAN GERMANO R.S.A. S.R.L.	PIEDIMONTE S.GERMANO (FR)	*
SAN LUCA S.R.L. FALL.391/14 ESERC. PROV. V.	ROMA (RM)	*
SAN MICHELE HOSPITAL S.R.L.	APRILIA (LT)	
SAN RAFFAELE PORTUENSE	ROMA (RM)	
SANATRIX A.S.S.A. S.P.A.	ROMA (RM)	*
SANTA FAMIGLIA S.R.L.	ROMA (RM)	*
SORRISO SUL MARE	FORMIA (LT)	
SRTR ESTENSIVE LE PALME E GLI OLEANDRI	S.ELIA FIUMERAPIDO (FR)	*
VALLE FIORITA	ROMA (RM)	
VALLE GIULIA S.P.A.	ROMA (RM)	*
VERNARELLI	ROMA (RM)	
VILLA ALBA S.R.L.	FORTE NUOVA (RM)	*
VILLA ANNA MARIA S.R.L.	ROMA (RM)	*
VILLA ARMONIA NUOVA	ROMA (RM)	*
VILLA AURORA S.P.A.	ROMA (RM)	*
VILLA AZZURRA S.R.L.	TERRACINA (LT)	

VILLA BENEDETTA	VITERBO (VT)	*
VILLA BENEDETTA	ROMA (RM)	*
VILLA BETANIA	ROMA (RM)	*
VILLA BIANCA S.R.L.	ROMA (RM)	
VILLA BORGHESE INSTITUTE	ROMA (RM)	
VILLA BUON RESPIRO S.R.L.	VITERBO (VT)	
VILLA CARLA	FIUMICINO (RM)	*
VILLA CHIARA S.R.L.	ROMA (RM)	*
VILLA DEI FIORI	ROMA (RM)	
VILLA DEI PINI MERINVEST S.R.L.	ANZIO (RM)	*
VILLA DEL LIDO	OSTIA (RM)	
VILLA DEL ROSARIO	ROMA (RM)	*
VILLA DELIA FREE RESIDENCE S.R.L.	MONTECOMPATRI (RM)	*
VILLA DELLE MAGNOLIE IL SOGGIORNO S.R.L.	ROMA (RM)	*
VILLA DELLE QUERCE S.P.A.	NEMI (RM)	*
VILLA DOMELIA S.R.L.	ROMA (RM)	*
VILLA EUROPA ALL'EUR	ROMA (RM)	
VILLA FLAMINIA	ROMA (RM)	
VILLA FULVIA	ROMA (RM)	
VILLA GAIA R.S.A.	NETTUNO (RM)	*
VILLA GIOIA S.R.L.	SORA (FR)	
VILLA GIOVANNA	ROMA (RM)	
VILLA GIUSEPPINA S. GIUSEPPE S.P.A.	ROMA (RM)	*
VILLA GRAZIA S.R.L.	ROMA (RM)	
VILLA LETIZIA	PATRICA (FR)	
VILLA LUANA G.I.F.I. S.R.L.	POLI (RM)	*
VILLA MAFALDA S.P.A.	ROMA (RM)	*
VILLA MARGHERITA S.P.A.	ROMA (RM)	*
VILLA MARIA IMMACOLATA ICEC S.R.L.	ROMA (RM)	*
VILLA MARIA PIA S.R.L.	ROMA (RM)	*
VILLA MONICA	ROMA (RM)	
VILLA PIA PANORAMICA S.R.L.	ROMA (RM)	*
VILLA S. MARIA DI LEUCA	ROMA (RM)	*
VILLA SALARIA S.R.L.	ROMA (RM)	*
VILLA SANDRA	ROMA (RM)	*
VILLA SERENA DI MARTINO E LOMBARDI S.R.L.	CASSINO (FR)	*
VILLA SILVANA	APRILIA (LT)	
VILLA SILVIA	CIAMPINO (RM)	
VILLA SPERANZA S.R.L.	ROMA (RM)	
VILLA STUART	ROMA (RM)	*
VILLA TIBERIA	ROMA (RM)	*

VILLA TUSCOLANA S.R.L.	ROMA (RM)	*
VILLA VALERIA S.R.L.	ROMA (RM)	*
VILLA VERDE S.R.L.	ROMA (RM)	*
VILLA VON SIEBENTHAL S.R.L.	GENZANO DI ROMA (RM)	

## ABRUZZO

CASA DI CURA PRIVATA DI LORENZO S.P.A.	AVEZZANO (AQ)	*
I.N.I. CANISTRO S.R.L.	CANISTRO (AQ)	*
MARISTELLA	CHIETI (CH)	
MED. D'ORO DE CESARIS S.P.A.	SPOLTORE (PE)	
NOVA SALUS S.R.L.	TRASACCO (AQ)	*
PIERANGELI S.R.L.	PESCARA (PE)	*
S.RAFFAELE SULMONA	SULMONA (AQ)	
SANATRIX	L'AQUILA (AQ)	
S. GIUSEPPE	L'AQUILA (AQ)	
SANTA MARIA	AVEZZANO (AQ)	
SPATOCCO SYNERGO S.R.L.	CHIETI (CH)	*
VILLA LETIZIA	PRETURO (AQ)	*
VILLA PINI D'ABRUZZO S.A.S.	CHIETI (CH)	
VILLA SERENA DR.L.PETRUZZI S.R.L.	CITTÀ SANT'ANGELO (PE)	*

## MOLISE

C.A.R.S.I.C. S.R.L.	VENAFRO (IS)	
CASA DI CURA PRIVATA VILLA ESTHER S.R.L.	BOJANO (CB)	*
CENTRO DI FISIOKINESITERAPIA AD INTERN.	TORO (CB)	
IST. NEUR. MED. NEUROMED IRCCS	POZZILLI (IS)	*
VILLA MARIA S.R.L.	CAMPOBASSO (CB)	*

## CAMPANIA

A. R. TRUSSO S.R.L.	OTTAVIANO (NA)	*
ALBA CLINICA S. PAOLO	AVERSA (CE)	*
ANDREA GRIMALDI CONSULTING & SERVICE S.R.L.	S.GIORGIO A CREMANO (NA)	*
ANGRISANI S.R.L. VILLA DEI FIORI	NOCERA INF. (SA)	
CAMPOLONGO HOSPITAL S.P.A.	EBOLI (SA)	*
CASA DEL SOLE S.P.A.	NAPOLI (NA)	
CENTRO PRAXIS	S.MARIA A VICO (CE)	
CLINIC CENTER S.P.A.	NAPOLI (NA)	*
CLINICA MEDITERRANEA S.P.A.	NAPOLI (NA)	
CLINICA PADRE PIO S.R.L.	MONDRAGONE (CE)	*

CLINICA S. FELICE	POMIGLIANO A. (NA)	
CLINICA S. PATRIZIA	NAPOLI (NA)	*
CLINICA SALUS S.R.L.	MONDRAGONE (CE)	
CLINICA SANATRIX S.P.A.	NAPOLI (NA)	*
CLINICA SANT' ANTIMO	CASANDRINO (NA)	*
CLINICA STABIA S.P.A.	CASTELLAMMARE STAB. (NA)	*
CLINICA TASSO VILLA BIANCA S.P.A.	NAPOLI (NA)	*
CLINICA VENOSA S.R.L.	BATTIPAGLIA (SA)	
CLINICA VESUVIO S.R.L.	NAPOLI (NA)	*
CLINICA VILLA MAIONE S.R.L.	VILLARICCA (NA)	*
CLINICA VILLALBA S.R.L.	NAPOLI (NA)	
CMR SPA CENTRO MED. DIAGNOSTICA E RIAB.	S.AGATA DE' GOTI (BN)	*
COLUCCI	NAPOLI (NA)	
GE.P.O.S. S.R.L.	TELESE (BN)	*
GIEFFE S.R.L.	ACERRA (NA)	
HERMITAGE CAPODIMONTE S.P.A.	NAPOLI (NA)	*
I.R.M.I. S.R.L.	GIUGLIANO IN CAMPANIA (NA)	*
LA MADONNINA S.R.L.	S.GENNARO VESUVIANO (NA)	*
LA QUIETE S.R.L.	PELLEZZANO (SA)	*
MADONNA DELLE GRAZIE	ARCO FELICE (NA)	
MADONNA DELLE VERGINI	SCAFATI (SA)	
MALZONI S.P.A.	AGROPOLI (SA)	
MALZONI VILLA DEI PLATANI S.P.A.	AVELLINO (AV)	
MARIA ROSARIA S.P.A.	POMPEI (NA)	*
MELUCCIO S.R.L.	POMIGLIANO A. (NA)	*
MONTEVERGINE S.P.A.	MERCOGLIANO (AV)	*
NOSTRA SIGNORA DI LOURDES S.P.A.	MASSA DI SOMMA (NA)	*
NUOVA CLINICA S. RITA S.P.A.	BENEVENTO (BN)	*
NUOVA ELAION	EBOLI (SA)	
OSPEDALE INTERNAZIONALE S.R.L.	NAPOLI (NA)	*
PARCO DEGLI ULIVI S.P.A.	MOSCHIANO (AV)	
PINETA GRANDE S.P.A.	CASTEL VOLTURNO (CE)	*
PROF. LUIGI COBELLIS S.R.L.	VALLO LUCANIA (SA)	*
RUESCH	NAPOLI (NA)	
S. ANNA S.R.L.	CASERTA (CE)	*
S.ANNA	NOCERA INF. (SA)	
S. FRANCESCO CURAT ET SANAT S.R.L.	TELESE (BN)	*
S. GIOVANGIUSEPPE S.R.L.	ISCHIA (NA)	
S. LUCA S.R.L.	CASERTA (CE)	
S. LUCIA S.R.L.	S.GIUSEPPE VES. (NA)	*
S. MARIA DEL POZZO GEM S.P.A.	SOMMA VESUVIANA (NA)	*

S. MARIA DELLA SALUTE MINERVA S.P.A.	S.MARIA CAPUA V. (CE)	*
S. MARIA DELLE GRAZIE	PIANURA (NA)	
S. MICHELE S.R.L.	MADDALONI (CE)	
S. MICHELE S.P.A.	PIANO DI SORRENTO (NA)	
S. STEFANO	NAPOLI (NA)	
S. RITA S.P.A.	ATRIPALDA (AV)	*
S. VINCENZO	VILLARICCA (NA)	
SALUS S.P.A.	BATTIPAGLIA (SA)	*
SANTA MARIA LA BRUNA S.P.A.	TORRE DEL GRECO (NA)	*
STAZIONE CLIMATICA BIANCHI S.R.L.	PORTICI (NA)	*
TORTORELLA S.P.A.	SALERNO (SA)	*
VILLA ALBINA	NAPOLI (NA)	
VILLA ANGELA S.R.L.	NAPOLI (NA)	*
VILLA BETANIA	PONTICELLI (NA)	
VILLA BIANCA S.P.A.	NAPOLI (NA)	
VILLA CAMALDOLI ALMA MATER S.P.A.	NAPOLI (NA)	*
VILLA CHIARUGI S.R.L.	NOCERA INF. (SA)	*
VILLA CINZIA S.R.L.	NAPOLI (NA)	*
VILLA DEGLI ULIVI GE.I.S S.R.L.	S. LEUCIO (CE)	*
VILLA DEI FIORI S.R.L.	MUGNANO DI NAPOLI (NA)	*
VILLA DEI FIORI S.R.L.	ACERRA (NA)	*
VILLA DEI GERANI	NAPOLI (NA)	
VILLA DEI PINI ATHENA S.P.A.	PIEDIMONTE MATESE (CE)	*
VILLA DEI PINI S.P.A.	AVELLINO (AV)	*
VILLA DEL PINO S.P.A.	NAPOLI (NA)	
VILLA DEL SOLE HYPOCRATICA S.P.A.	SALERNO (SA)	
VILLA DEL SOLE S.P.A.	CASERTA (CE)	
VILLA DEL SOLE	NAPOLI (NA)	
VILLA DELLE GLICINE S.N.C.	NAPOLI (NA)	
VILLA DELLE MAGNOLIE RERIF S.R.L.	CASTEL MORRONE (CE)	*
VILLA DELLE MARGHERITE S.R.L.	TORRE DEL GRECO (NA)	
VILLA DELLE QUERCE S.P.A.	NAPOLI (NA)	*
VILLA ELISA	CASAMARCIANO (NA)	*
VILLA ESTHER S.P.A.	AVELLINO (AV)	*
VILLA FIORITA S.P.A.	CAPUA (CE)	*
VILLA FIORITA S.P.A.	AVERSA (CE)	*
VILLA FLORIA S.R.L.	MIGNANO MONTE LUNGO (CE)	
VILLA MARGHERITA S.R.L.	NAPOLI (NA)	
VILLA MARGHERITA S.R.L.	BENEVENTO (BN)	*
VILLA MARIA	BAIANO (AV)	*
VILLA MARIA S.R.L.	MIRABELLA ECLANO (AV)	*

VILLA MARIA S.R.L.	VICO EQUENSE (NA)	
VILLA MARIA	S.PAULO BELSITO (NA)	
VILLA ORTENSIA CENTRO MED. CALES S.R.L.	CAPUA (CE)	*
VILLA ROSA S.R.L.	TRECASE (NA)	
VILLA RUSSO S.P.A.	NAPOLI (NA)	
VILLA SERENA	TORRE DEL GRECO (NA)	
VILLA SILVIA G.F.MONTESANO	ROCCAPIEMONTE (SA)	*

## PUGLIA

ANTHEA HOSPITAL S.R.L.	BARI (BA)	*
BERNARDINI S.R.L.	TARANTO (TA)	*
C.B.H. CITTÀ DI BARI HOSPITAL S.P.A.	MODUGNO (BA)	*
CASA BIANCA S.P.A.	CASSANO DELLE MURGE (BA)	*
CENTRO MED. RIAB. VITA FINSERVICE S.P.A.	CERIGNOLA (FG)	*
CENTRO MEDICO DI RIABILITAZIONE	GINOSA (TA)	
CITTÀ DI LECCE S.R.L.	LECCE (LE)	*
CLINICA S. FRANCESCO S.R.L.	GALATINA (LE)	*
D'AMORE S.R.L.	TARANTO (TA)	*
DAUNIA	VIESTE (FG)	*
EUROITALIA S.R.L.	CASARANO (LE)	*
LA MADONNINA	BARI (BA)	
LEONARDO DE LUCA S.R.L.	CASTELNUOVO DAUNIA (FG)	*
MADONNA DELLA LIBERA IRIS S.P.A.	RODI GARGANICO (FG)	*
MONTE IMPERATORE	NOCI (BA)	
O.S.M.A.I.R.M. S.R.L.	LATERZA (TA)	*
PIERANTONIO FRANGI	ACQUAVIVA D. FONTI (BA)	
POGGIOFRANCO	BARI (BA)	
PROF. BRODETTI S.P.A.	FOGGIA (FG)	*
PROF. PETRUCCIANI S.R.L.	LECCE (LE)	*
RIABILIA	BARI (BA)	
S. FRANCESCO S.N.C.	FOGGIA (FG)	
S. GIOVANNI DUO SALUS S.R.L.	BARI (BA)	
S. MICHELE	MANFREDONIA (FG)	*
S. RITA S.R.L.	TARANTO (TA)	*
SALUS S.R.L.	BRINDISI (BR)	*
SAN CAMILLO S.R.L.	TARANTO (TA)	*
SANTA MARIA S.P.A.	BARI (BA)	*
TORREBELLA	BARI (BA)	
VILLA BIANCA	MARTINA FRANCA (TA)	*
VILLA BIANCA S.R.L.	LECCE (LE)	*

VILLA DEI GERANI LA NUOVA SANITÀ S.R.L.	BARI (BA)	
VILLA GIUSTINA S.R.L.	MOLFETTA (BA)	
VILLA LUCIA HOSPITAL MEDICOL S.R.L.	CONVERSANO (BA)	*
VILLA S. CATERINA	BISCEGLIE (BA)	
VILLA SERENA	BARI (BA)	
VILLA SERENA S.R.L.	FOGGIA (FG)	
VILLA VERDE S.N.C.	TARANTO (TA)	*
VILLA VERDE PROF.VERRIENTI S.R.L.	LECCE (LE)	*

#### BASILICATA

CLINICA LUCCIONI S.P.A.	POTENZA (PZ)	*
PITTELLA	LAURIA (PZ)	

#### CALABRIA

AMERICAN CENTER PLASTIC SURGERY S.R.L.	RENDE (CS)	*
BIOLIFE S.R.L.	COSENZA (CS)	*
CAMINITI S.R.L.	VILLA SAN GIOVANNI (RC)	
CASA DI CURA ARENA S.R.L.	SANGINETO (CS)	*
CASCINI S.R.L.	BELVEDERE MARITTIMO (CS)	*
CENTRO CLINICO RIAB. NOVA SALUS	VILLA SAN GIOVANNI (RC)	
CENTRO RIAB. S. CHIARA	PAOLA (CS)	
IOMI FRANCO FAGGIANA GIOMI S.P.A.	REGGIO CAL. (RC)	*
IST. S.ANNA EZIO PUGLIESE S.R.L.	CROTONE (KR)	*
LA MADONNINA S.R.L.	COSENZA (CS)	
MADONNA DELLA CATENA S.R.L.	DIPIGNANO (CS)	
MADONNA DELLE GRAZIE CLINALCO S.R.L.	CASSANO ALLO IONIO (CS)	
MADONNA DELLO SCOGLIO S.R.L.	COTRONEI (KR)	*
MISASI DI S.BARTOLO S.R.L.	COSENZA (CS)	
POL. MADONNA DELLA CONSOLAZIONE	REGGIO CAL. (RC)	
PRESIDIO RIAB. CENTRO SAN GIUSEPPE	COTRONEI (KR)	
PROF. G. SANTORO S.R.L.	COSENZA (CS)	
R.S.A. CENTRO SAN GIUSEPPE	COTRONEI (KR)	
REUMATOLOGICA OLIVETI S.P.A.	COTRONEI (KR)	
ROMOLO HOSPITAL S.R.L.	ROCCA DI NETO (KR)	
RSA VILLA SAN GIUSEPPE	COTRONEI (KR)	*
RSA LA QUIETE SAS	CASTIGLIONE COSENTINO (CS)	*
RSA S.COVELLI CENTRI ASS. MONS. OLIVETI	COTRONEI (KR)	
RSA SAN RAFFAELE	CASTIGLIONE COSENTINO (CS)	*
S. ANNA HOSPITAL	CATANZARO (CZ)	
S. LUCA S.R.L.	PRAIA A MARE (CS)	



S. LUCIA S.R.L.	COSENZA (CS)	*
S. RITA S.R.L.	CIRÒ MARINA (KR)	*
S. VINCENZO	CATANZARO (CZ)	
SACRO CUORE S.R.L.	COSENZA (CS)	
SAN FRANCESCO	CROTONE (KR)	
SAN FRANCESCO DI RAO ROSINA S.R.L.	MENDICINO (CS)	*
SANTA CHIARA S.R.L.	S.GIOVANNI IN FIORE (CS)	
SAVELLI HOSPITAL	SAVELLI (KR)	*
SCARNATI S.R.L.	COSENZA (CS)	*
SPINELLI S.R.L.	BELVEDERE MARITTIMO (CS)	
TRICARICO ROSANO S.R.L.	BELVEDERE MARITTIMO (CS)	*
VILLA AURORA S.P.A.	REGGIO CAL. (RC)	
VILLA BIANCA R.S.A.	APRIGLIANO (CS)	
VILLA BIANCA	CATANZARO (CZ)	
VILLA DEGLI OLEANDRI S.R.L.	MENDICINO (CS)	
VILLA DEI GERANI S.R.L.	VIBO VALENTIA (VV)	*
VILLA DEL SOLE S.R.L.	CATANZARO (CZ)	*
VILLA DEL SOLE S.R.L.	COSENZA (CS)	*
VILLA ELISA S.P.A.	CINQUEFRONDI (RC)	*
VILLA EVA	ROCCA DI NETO (KR)	
VILLA GIOSE S.R.L.	CROTONE (KR)	
VILLA MATER	REGGIO CAL. (RC)	
VILLA MICHELINO FRA.RO. S.R.L.	LAMEZIA T. (CZ)	*
VILLA NUCCIA S.R.L.	CATANZARO (CZ)	
VILLA ORTENSIA S.R.L.	COSENZA (CS)	
VILLA PUCA GAMP S.R.L.	CATANZARO (CZ)	
VILLA S. ANNA S.R.L.	REGGIO CAL. (RC)	
VILLA SALUS	BRUZZANO ZEFFIRIO (RC)	
VILLA SAN PIO	DIPIGNANO (CS)	
VILLA SERENA CA.GI. S.P.A.	CATANZARO (CZ)	*
VILLA VERDE S.N.C.	COSENZA (CS)	

## SICILIA

ARGENTO	CATANIA (CT)	
ASSOC. ASSIST. VILLA SANDRA	S.GIOVANNI LA PUNTA (CT)	
BASILE NUOVA GESTIONE TIGANO S.R.L.	CATANIA (CT)	*
C.O.T. S.P.A.	MESSINA (ME)	*
CANDELA S.P.A.	PALERMO (PA)	*
CAPPELLANI GIOMI S.P.A.	MESSINA (ME)	*
CARMIDE S.R.L.	CATANIA (CT)	*

CARMONA S.R.L.	MESSINA (ME)	*
CENTRO CATANESE DI MED. E CHIR.	CATANIA (CT)	*
CENTRO DI RIAB J.F. KENNEDY	ADRANO (CT)	
CE.SA.R.D.	NUNZIATA DI MASCALI (CT)	
CLINICA DEL MEDITERRANEO MEDI.SAN.S.R.L.	RAGUSA (RG)	*
COSENTINO HOSPITAL S.R.L.	PALERMO (PA)	*
CRISTO RE S.R.L.	MESSINA (ME)	
DI STEFANO VELONA S.R.L.	CATANIA (CT)	*
FLORIO S.R.L.	PALERMO (PA)	
G. B. MORGAGNI S.R.L.	CATANIA (CT)	*
G.B. MORGAGNI S.R.L. CENTRO CUORE MORGAGNI	PEDARA (CT)	*
GIBIINO S.R.L.	CATANIA (CT)	*
HUMANITAS CENTRO CATANESE ONCOLOGIA S.P.A.	CATANIA (CT)	*
IGEA S.R.L.	PARTINICO (PA)	*
IGNAZIO ATTARDI S.P.A.	S.STEFANO QUISQ. (AG)	*
IOMI FRANCO SCALABRINO - GIOMI S.P.A.	GANZIRRI (ME)	*
IST. ORT. VILLA SALUS I. GALATIOTO S.R.L.	AUGUSTA (SR)	*
IST.MED.PSICO PED. L. MANGANO	S.AGATA LI BATTIATI (CT)	
ISTITUTO ONCOLOGICO DEL MEDITERRANEO	VIAGRANDE (CT)	*
LA GRETTER E LA LUCINA S.R.L.	CATANIA (CT)	*
LA MADDALENA S.P.A.	PALERMO (PA)	*
LANTERI VILLA FIORITA S.P.A.	CATANIA (CT)	*
LARA	PALERMO (PA)	
LATTERI S.R.L.	PALERMO (PA)	*
MACCHIARELLA S.P.A.	PALERMO (PA)	*
MADONNA DEL ROSARIO S.R.L.	CATANIA (CT)	*
MARIA ELEONORA HOSPITAL S.R.L.	PALERMO (PA)	*
MATER DEI DI G. NESI E C. S.P.A.	CATANIA (CT)	*
MONS. GIOSUÈ CALACIURA	BIANCAVILLA (CT)	*
MORANA S.R.L.	MARSALA (TP)	*
MUSUMECI GECAS S.R.L.	GRAVINA DI CATANIA (CT)	*
NOTO PASQUALINO S.R.L.	PALERMO (PA)	*
NUOVA CASA DI CURA D'ANNA S.R.L.	PALERMO (PA)	*
NUOVA CASA DI CURA DEMMA S.R.L.	PALERMO (PA)	*
NUOVA CLINICA VILLA RIZZO S.R.L.	SIRACUSA (SR)	*
ORESTANO S.R.L.	PALERMO (PA)	*
PROF. E. FALCIDIA	CATANIA (CT)	
REGINA PACIS	S.CATALDO (CL)	*
RESIDENZA SANITARIA ARKA S.R.L.	CATANIA (CT)	*
S. ANNA SIA S.P.A.	AGRIGENTO (AG)	*
S. BARBARA SO.GE.SA. S.P.A.	GELA (CL)	*

S. CAMILLO	MESSINA (ME)	*
S. LUCIA GLEF S.R.L.	SIRACUSA (SR)	*
S. RITA S.R.L.	CATANIA (CT)	*
S. RITA ATI HOSPITAL S.R.L.	MESSINA (ME)	
SANT' ANNA S.R.L.	ERICE (TP)	*
SCIO	TRAPANI (TP)	
STAGNO S.R.L.	PALERMO (PA)	
TORINA S.P.A.	PALERMO (PA)	*
TRIOLO ZANCLA S.P.A.	PALERMO (PA)	*
VALSALVA S.R.L.	CATANIA (CT)	*
VILLA AZZURRA S.R.L.	SIRACUSA (SR)	*
VILLA DEI GERANI DR.RICEVUTO S.R.L.	ERICE (TP)	*
VILLA DEI GERANI S.R.L.	CATANIA (CT)	*
VILLA IGEA S.R.L.	MESSINA (ME)	*
VILLA LISA S.R.L.	MISTERBIANCO (CT)	*
VILLA MARGHERITA S.R.L.	PALERMO (PA)	*
VILLA MAURITIUS	SIRACUSA (SR)	*
VILLA MUSCATELLO	CATANIA (CT)	
VILLA SALUS S.A.S.	MESSINA (ME)	*
VILLA SOFIA	ACIREALE (CT)	*

## SARDEGNA

ARCO DELL'ANGELO S.R.L. - LAY	CAGLIARI (CA)	
ARCO DELL'ANGELO S.R.L. - MARIA AUSILIATRICE	CAGLIARI (CA)	
CITTÀ DI QUARTU KINETIKA SARDEGNA S.R.L.	QUARTU SANT'ELENA (CA)	
M. TOMMASINI S.R.L.	JERZU (NU)	*
MADONNA DEL RIMEDIO S.P.A.	ORISTANO (OR)	*
NUOVA CASA DI CURA S.R.L.	DECIMOMANNU (CA)	*
POL. SANT'ELENA KINETIKA SARDEGNA S.R.L.	QUARTU SANT'ELENA (CA)	
POLICLINICO SASSARESE S.P.A.	SASSARI (SS)	*
S. ANNA OST. GIN. S.P.A.	CAGLIARI (CA)	*
S. ANTONIO S.P.A.	CAGLIARI (CA)	*
S. SALVATORE KINETIKA SARDEGNA S.R.L.	CAGLIARI (CA)	
VILLA ELENA S.R.L.	CAGLIARI (CA)	*
VILLA VERDE S.R.L.	CAGLIARI (CA)	

## Governi italiani dal 1978

### Elenco dei Ministri della Sanità/Salute

Presidente	Periodo	Coalizione	Ministro della Sanità/Salute
Aldo Moro	febbraio 1966-giugno 1968	Moro III (DC-PSI-PSDI-PRI)	Luigi Mariotti PSI
Giovanni Leone	giugno 1968-dicembre 1968	Leone II (DC)	Ennio Zelioli-Lanzini DC
Mariano Rumor	dicembre 1968-agosto 1969	Rumor I (DC-PSI-PSDI-PRI)	Camillo Ripamonti DC
Mariano Rumor	agosto 1969-marzo 1970	Rumor II (DC)	Camillo Ripamonti DC
Mariano Rumor	marzo 1970-agosto 1970	Rumor III (DC-PSI-PSDI-PRI)	Luigi Mariotti PSI
Emilio Colombo	agosto 1970-febbraio 1972	DC-PSI-PSDI-PRI	Luigi Mariotti PSI
Giulio Andreotti	febbraio 1972-giugno 1972	Andreotti I (DC)	Athos Valsecchi DC
Giulio Andreotti	giugno 1972-luglio 1973	Andreotti II (DC-PSDI-PLI)	Remo Gaspari DC
Mariano Rumor	luglio 1973-marzo 1974	Rumor IV (DC-PSI-PSDI-PRI)	Luigi Gui DC
Mariano Rumor	marzo 1974-novembre 1974	Rumor V (DC-PSI-PSDI)	Vittorino Colombo DC
Aldo Moro	novembre 1974-febbraio 1976	Moro IV (DC-PRI)	Antonino Pietro Gullotti DC
Aldo Moro	febbraio 1976-luglio 1976	Moro V (DC)	Luciano Dal Falco DC
Giulio Andreotti	luglio 1976-marzo 1978	Andreotti III (DC con appoggio esterno PCI)	Luciano Dal Falco DC
Giulio Andreotti	marzo 1978-marzo 1979	Andreotti IV (DC con appoggio esterno PCI)	Tina Anselmi DC
Giulio Andreotti	marzo 1979-agosto 1979	Andreotti V (Centrismo DC-PSDI-PRI)	Tina Anselmi DC
Francesco Cossiga	agosto 1979-aprile 1980	Cossiga I (Centrismo DC-PSDI-PLI)	Renato Altissimo PLI
Francesco Cossiga	aprile 1980-ottobre 1980	Cossiga II (Centro-sinistra DC-PSI-PRI)	Aldo Aniasi PSI
Arnaldo Forlani	ottobre 1980-giugno 1981	Centro-sinistra, DC-PSI-PSDI-PRI	Aldo Aniasi PSI
Giovanni Spadolini	giugno 1981-agosto 1982	Spadolini I (Pentapartito DC-PSI-PSDI-PRI-PLI)	Renato Altissimo PLI
Giovanni Spadolini	agosto 1982-dicembre 1982	Spadolini II (Pentapartito DC-PSI-PSDI-PRI-PLI)	Renato Altissimo PLI
Amintore Fanfani	dicembre 1982-agosto 1983	Fanfani V (Pentapartito DC-PSI-PSDI-PRI-PLI)	Renato Altissimo PLI
Bettino Craxi	agosto 1983-agosto 1986	Craxi I (Pentapartito DC-PSI-PSDI-PRI-PLI)	Costante Degan DC
Bettino Craxi	agosto 1986-aprile 1987	Craxi II (Pentapartito DC-PSI-PSDI-PRI-PLI)	Carlo Donat-Cattin DC
Amintore Fanfani	aprile 1987-luglio 1987	Fanfani VI (DC)	Carlo Donat-Cattin DC
Giovanni Gorla	luglio 1987-aprile 1988	Pentapartito DC-PSI-PSDI-PRI-PLI	Carlo Donat-Cattin DC
Ciriaco De Mita	aprile 1988-luglio 1989	Pentapartito DC-PSI-PSDI-PRI-PLI	Carlo Donat-Cattin DC
Giulio Andreotti	luglio 1989-aprile 1991	Andreotti VI (Pentapartito DC-PSI-PSDI-PRI-PLI)	Francesco De Lorenzo PLI

Presidente	Periodo	Coalizione	Ministro della Sanità/Salute
Giulio Andreotti	aprile 1991-giugno 1992	Andreotti VII (Quadripartito DC-PSI-PSDI-PLI)	Francesco De Lorenzo PLI
Giuliano Amato	giugno 1992-aprile 1993	Amato I (Quadripartito DC-PSI-PSDI-PLI)	Francesco De Lorenzo PLI-Raffaele Costa PLI
Carlo Azeglio Ciampi	aprile 1993-maggio 1994	DC-PSI-PDS-PSDI-PRI-PLI-FdV	Maria Pia Garavaglia DC
Silvio Berlusconi	maggio 1994-gennaio 1995	Berlusconi I (Polo della Libertà-Polo del Buon Governo FI-LN-AN-CCD-UdC-FLD)	Raffaele Costa FI
Lamberto Dini	gennaio 1995-maggio 1996	Governo tecnico con l'appoggio esterno di PDS-PPI-PSI-FdV-Rete-CS-LN	Elio Guzzanti Ind
Romano Prodi	maggio 1996-ottobre 1998	Prodi I (L'Ulivo, PDS-PPI-UD-FdV-RI-SI)	Rosy Bindi PPI
Massimo D'Alema	ottobre 1998-dicembre 1999	D'Alema I (L'Ulivo, DS-PPI-RI-SDI-FdV-PdCI-UDR, Rete)	Rosy Bindi PPI
Massimo D'Alema	dicembre 1999-aprile 2000	D'Alema II (L'Ulivo, DS-PPI-Dem-UDEUR-SDI-FdV-RI-PdCI-UV)	Rosy Bindi PPI
Giuliano Amato	aprile 2000-giugno 2001	Amato II (L'Ulivo, DS-PPI-DEM-FdV-PdCI-UDEUR-RI-SDI)	Umberto Veronesi Ind
Silvio Berlusconi	giugno 2001-aprile 2005	Berlusconi II (Casa della Libertà, FI-AN-LN-UDC-NPSI-PRI)	Girolamo Sirchia FI
Silvio Berlusconi	aprile 2005-maggio 2006	Berlusconi III (Casa della Libertà, FI-AN-LN-UDC-NPSI-PRI)	Francesco Storace AN Silvio Berlusconi (ad interim)
Romano Prodi	maggio 2006-maggio 2008	Prodi II (L'Unione, DS-DL/PD-PRC-RnP (SDI-RI)-PdCI-IdV-FdV- UDEUR-SI-DCU-AL-SD-LD-MRE)	Livia Turco DS/PD
Silvio Berlusconi	maggio 2008-novembre 2011	Berlusconi IV Centro-destra, PdL-LN-MpA-CN-PT-FdS-DC	Ferruccio Fazio PdL (da dic. 2009). Il Ministero della Sanità da maggio 2008 a dicembre 2009 fu accorpato diventando Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali.
Mario Monti	novembre 2011-aprile 2013	Governo tecnico con l'appoggio esterno di: PdL-PD-UdC-FLI-ApI	Renato Balduzzi Ind
Enrico Letta	aprile 2013-febbraio 2014	Grande coalizione, PD-PdL/NCD-SC-UdC-PI-RI	Beatrice Lorenzin PdL/NCD
Matteo Renzi	febbraio 2014 →	PD-NCD-SC-UdC-Dem.Solidale-PSI	Beatrice Lorenzin PdL/NCD



**Progetto editoriale e grafico**

IASA - [www.iasatn.com](http://www.iasatn.com)

in collaborazione con IDESIA - [www.idesia.it](http://www.idesia.it)

**Coordinamento generale**

Maria Liana Dinacci

**Revisione testi e selezione immagini**

Claudia Maschio, Giuseppe Marino, Tommaso Gasperotti, Elisa Largaiolli, Francesca Garbari

**Un grande grazie a:**

gli intervistati, Angelo Anselma, Leonardo Bianchi Jr., Franco Bonanno, Antonio Frova, Carlo Guarnieri, Emmanuel Miraglia, Lorenzo Orta, Enzo Paolini, Gabriele Pelissero, Giuseppe Puntin; gli altri membri del Comitato Esecutivo, Barbara Cittadini, Giulia De Leo, Jessica V. Faroni, Fabio Marchi, Lorenzo Miraglia, Ettore Sansavini, Vincenzo Schiavone; lo staff della Sede nazionale, Andrea Albanese, Angelo Cassoni, Sonia Martini, Fabiana Rinaldi, Patrizia Salafia, Alberta Sciachì, Stefano Turchi.

**Si ringraziano inoltre per la collaborazione**

Marco Miraglia, Paolo Rosati, Francesco Berti Riboli

© I.A.S.A. Edizioni

[www.iasatn.com](http://www.iasatn.com) - Via Piave, 22 - Trento





## Crediti fotografici

Le immagini pubblicate in questo volume appartengono all'Archivio fotografico Aiop, ad eccezione delle seguenti:

- p. 36 © Guido Rey/Biblioteca del Museo di Storia della Fotografia Fratelli Alinari, Firenze
- p. 42 © Raccolte Museali Fratelli Alinari (RMFA), Firenze
- p. 45 © Archivi Alinari-archivio Villani, Firenze
- p. 46 © Team/Alinari
- p. 62 © Team/Alinari
- p. 65 © Enrico Pasquali/Collezione privata/Archivi Alinari
- p. 66 © Team/Alinari
- p. 94 © Archivio Bruni/Gestione Archivi Alinari, Firenze
- p. 97 © ANSA su licenza Archivi Fratelli ALINARI
- p. 115 © Dufoto / Archivi Alinari
- p. 124 © Interfoto/Archivi Alinari
- p. 127 © ANSA su licenza Archivi Fratelli ALINARI
- p. 156 © TopFoto / Archivi Alinari
- p. 188 Pres Panayotov / Shutterstock.com
- p. 191 Paolo Bona / Shutterstock.com
- p. 197 © Lami Giuseppe/ANSA su licenza Archivi Fratelli ALINARI

