

La nuova alleanza: ospedale-assicuratore



Dott. Eugenio Vignati - Istituti Clinici di Perfezionamento - Milano

Vorrei ringraziare la RIB per l'invito e tutti voi per l'ascolto in questa prima fase.

Entro subito nel vivo del tema di oggi "L'industria delle assicurazioni e il mondo della Sanità che cambia", titolo che io vorrei interpretare come "L'industria delle assicurazioni nel Mondo della Sanità che cambia".

Mi sono permesso di preparare delle esperienze concrete per la circostanza.

Il motivo della mia "spinta" agli assicuratori nel mondo della Sanità poggia su una ragione molto semplice.

Il cambiamento nella Sanità comporta una aziendalizzazione via via più organizzata alla quale l'Assicurazione non può non essere attenta: il mercato della Sanità e quello Assicurativo devono, a mio parere, fidelizzarsi reciprocamente sempre di più.

Permettetemi una domanda molto provocatoria: io sono un medico, svolgo le funzioni di Direttore Sanitario, perché gli assicuratori devono scappare dagli ospedali?

E qui, viceversa, il titolo di oggi mi sembra positivo e propositivo.

La nuova alleanza Ospedale-Assicurazione cambia il Mondo della Sanità comportando fisiologicamente una revisione operativa nel mondo delle Assicurazioni: questo è il messaggio che mi sento di proporre da operatore a operatori di una alleanza innovativa.

Mi permetterò poi di avanzare soluzioni molto concrete, rivolte in particolare ai milanesi poichè si insiste molto sulla realtà metropolitana lombarda, così come abbiamo sentito giustamente (e mi complimento senza nessuna riserva) dagli oratori di questa mattina. Abbiamo sentito parlare di voucher o di assegno integrativo oppure di istituzionalizzazione, di medicina riabilitativa e di lungodegenza.

Quindi dobbiamo dare un assegno agli ultra settantacinquenni, ai parzialmente autosufficienti o non autosufficienti oppure dobbiamo pensare di offrire loro una struttura efficace ed efficiente con la validazione di una degenza ordinaria che si contrae sempre più ma che non

determina implicitamente l'annullamento della assistenza alla patologia post-acuta che, viceversa, viene spostata dalla ordinarietà per acuzie a quella di lungodegenza, o riabilitativa. Quindi, il problema sussiste, ma viene delegato e bisogna saperne interpretare la motivazione. Il Dottor Faina diceva: l'asse si sta spostando verso un sistema liberista, ebbene, allora l'alleanza tra le Assicurazioni e il Privato si verificherà nei prossimi anni, sia che noi l'auspichiamo, sia che noi in qualche misura dovessimo osteggiarla.

Quindi ha ragione il Dott. Trevisan con le affermazioni qui riproposte, laddove sostiene che questa copertura assicurativa sia poco sentita e debba sicuramente essere promossa da noi, ognuno per la propria parte.

Sono convinto, quale operatore nell'ambito sanitario, che si debba partire da considerazioni fatte in un contesto internazionale, poiché nei paesi ad economia più sviluppata si assiste ad una tendenza dei Governi ad orientarsi verso la garanzia di un'assicurazione sanitaria obbligatoria per tutti i cittadini con particolare attenzione ai premi, evitando laddove sia possibile la formazione di monopoli e cartelli.

I Governi di diversi Paesi industrializzati stanno cercando di attuare strategie basate sul controllo dei costi, puntando soprattutto alla riforma del mercato assicurativo.

Il controllo dei costi sarà, a mio giudizio, un argomento sul quale dovremo ritornare. Tradizionalmente i programmi assicurativi sono stati disegnati con l'obiettivo di garantire copertura e accesso finanziario a tutti i cittadini. L'incremento dei costi e la perdita degli incentivi all'efficienza hanno tuttavia costretto i Governi a proporre una serie di riforme tese alla revisione dei programmi assicurativi.

Sicuramente questo è un dato inconfutabile e ne abbiamo già risentito anche noi.

Mi permetto di citare il piano di Eindhoven che, già nel lontano 1978, cercava di combinare i due obiettivi, come noi insistentemente dibattiamo in questi giorni: da una parte il contenimento dei costi e dall'altra la maggior efficienza e la qualità nell'offerta dei servizi; dobbiamo però riflettere sul fatto che nessun Paese è riuscito in qualche misura a trovare un reale e riproponibile punto di equilibrio.

Passando al piano seguente, bisogna arrivare a 10 anni dopo, con la riforma del Sistema Sanitario Olandese il cui obiettivo principale sembrò essere sin dall'inizio l'introduzione di un meccanismo di competizione guidata esclusivamente dal mercato assicurativo.

È lecito sottolineare come queste situazioni anni '70 siano abbastanza comuni a quella del 1994 verificatasi negli Stati Uniti con le seguenti peculiarità: graduale ma fondamentale cambiamento del sistema di rimborso, introduzione di programmi assicurativi supplementari, libertà di scelta per l'assicurato. Questo piano necessita però di un lungo periodo di implementazione per arrivare a regime, infatti se ne parla ormai da otto anni senza concreti approdi.

Evidentemente quel Sistema Sanitario si presenta atipico rispetto a quello dei paesi industrializzati e, a fronte di una spesa che si attesta ai massimi livelli tra le economie più vivaci, limita l'accesso alle fasce della popolazione cosiddette "più deboli", riscuotendo comunque un basso livello di gradimento da parte della popolazione e registrando tassi di mortalità superiori a quelli dell'Europa Occidentale.

Il processo dell'intermediazione assicurativa in campo sanitario prende piede in un periodo di "depressione" e rigore economico, in cui gli Ospedali e i medici si trovano di fronte ad una generalizzata incapacità di soddisfare tutte le reali necessità e conseguenti spese mediche da parte dei singoli utenti.

Oggi non siamo molto lontani da allora: le Assicurazioni potevano coprire le spese ospedaliere e/o le spese mediche e da principio le polizze erano collettive e sottoscritte dalle imprese per i propri lavoratori.

Se non avessi sottolineato la data, avremmo potuto rileggere detta situazione come di estrema attualità; ecco perché senza nessuno strabismo verso la realtà statunitense credo tuttavia che bisognerebbe imparare con l'umiltà di saper leggere nella storia laddove essa stessa insegna.

La crescita dei costi delle prestazioni sanitarie e la contemporanea spinta "welfarista" delle amministrazioni democratiche, portarono alla ribalta il problema dell'accesso ai servizi sanitari delle fasce più deboli delle popolazioni, comportando la nascita dei due ben noti piani Medicare: piano A (obbligatorio) e piano B (non obbligatorio).

L'esaltazione della competizione tra Aziende Sanitarie e tra singole prestazioni dei servizi ha un'interlocuzione molto importante tra quelle che sono le efficienze di un

sistema ed i rapporti che devono regolare le istituzioni, in primis le assicurazioni, e quindi i soggetti che possono avere benefici.

Che cosa può conseguire a tutto questo?

Sul lato dell'efficacia, per esempio, (richiamando ancora la modalità statunitense) risultano significativi i dati di interventi sanitari inutili se non dannosi. In fondo perché non sottoporre chiunque ad un'artroscopia o gastroscopia perché affetto da significativa patologia d'organo? Tutto sommato non è così dannoso o oneroso prescrivere imponenti quantità di analisi di laboratorio; in effetti non si nega mai a nessuno un prelievo ematico o una prestazione di diagnostica per immagini, una Tac, una risonanza per approfondire una situazione di qualsiasi natura ... Parlo di tutto questo per evidenziare le storture del Sistema Sanitario Statunitense che annovera anche altre aberrazioni quali, per esempio, il sottoporre gli individui a più analisi o più indagini solo se l'assicurazione o lo stesso cittadino intervengono economicamente; tutto ciò naturalmente senza una reale logica di efficacia e di efficienza del Servizio Sanitario.

Passiamo quindi direttamente alla nostra realtà italiana nel contesto europeo.

In questi anni diversi Paesi della Comunità hanno introdotto riforme dei meccanismi di governo dei propri Sistemi Sanitari, combinando gestione pubblica e privata nell'ambito delle cure.

Questa mattina ho colto con piacere il significato più puro del termine "privato": con "privato" si intende non "accreditato", cioè non remunerato dal Servizio Sanitario Nazionale.

I programmi pubblici finanziano degli schemi di assicurazione sociale per categorie predeterminate della popolazione, lasciano poi alle realtà ospedaliere la gestione operativa.

Le imprese, gli Enti Pubblici e le associazioni sindacali acquistano inoltre dalle aziende assicurative polizze per i propri dipendenti e le relative famiglie, i quali contribuiscono al finanziamento di Medicare tramite il pagamento dei competenti oneri.

Le famiglie, quindi, partecipano al finanziamento dei programmi pubblici attraverso oneri sociali a proprio carico e la tassazione generale e ad una parte dei costi delle prestazioni di cui hanno usufruito.

Nel caso in cui non abbiano benefici per i piani assicu-

rativi questi vengono loro offerti dal datore di lavoro stipulando dei contratti individuali con il settore assicurativo. Esiste quindi una possibile integrazione tra una contribuzione diretta del cittadino, dell'impresa e delle famiglie e quindi, se è il caso, del pagamento di una eventuale prestazione.

Rimane infine una fascia di popolazione non assicurata, rappresentata da coloro i quali non hanno un'attività significativa di dipendenza o autonoma.

Sempre più frequentemente in pronto soccorso, prima di una qualsiasi prestazione, viene richiesta l'iscrizione al servizio sanitario pubblico o la carta di credito.

Non possiamo tollerare una esasperazione di questo tipo che non è accettabile per la società civile.

Passiamo ora a valutare l'implementazione del Total Quality Management che consente di affiancare alle forme di intervento pubblico strumenti volti al perseguimento dell'efficienza.

Il Decreto Legislativo 502/92 e successive integrazioni a voi assicuratori non deve sfuggire poiché enuncia quale concetto fondamentale l'aziendalizzazione delle Strutture Sanitarie e introduce il concetto della Qualità.

Sono convinto che dobbiate fare alleanza con chi ha dei sistemi standard di qualità certificati. Il Ministro Sirchia ha definito inoltre recentemente i LEA (livelli essenziali di assistenza) con la conseguenza diretta che una quota di spesa rimanga a carico del cittadino.

Altro concetto fondamentale è ancora la gestione delle ASL, a seguito della loro trasformazione in Aziende Sanitarie Locali dalle quali sono state scorporate le Aziende Ospedaliere.

Una volta, infatti, la spesa sanitaria copriva più settori, dalla veterinaria all'assistenza per le patenti, dalle visite alle vaccinazioni e rappresentava quindi una spesa che non copriva unicamente l'attività ospedaliera, mentre oggi all'operatività ospedaliera è destinato un budget ben distinto.

Se parliamo di Ospedale, parliamo di attività di ricovero, finanziamento dei produttori pubblici o privati non profit, esclusivamente sulla base delle prestazioni erogate da definire per raggruppamenti.

Come questa mattina diceva giustamente il dott. Dal Pozzo, nel complesso le attività devono essere remunerate secondo tariffe standard, con un pluralismo di erogatori e secondo l'accreditamento delle prestazioni effettuato

sulla base di alcuni requisiti, il tutto nel rispetto della libertà di scelta da parte dei cittadini. È stato invece più volte sottolineato l'aumento vertiginoso della spesa sanitaria a fronte di un'inefficienza e di un malfunzionamento dei servizi comunemente riportato dalla cronaca.

La proposta del disegno di legge collegato alla finanziaria del 1999 intendeva procedere sulla via del federalismo fiscale in campo sanitario dando piena responsabilità finanziaria alle Regioni e dovrebbe suscitare in voi un interesse particolare.

Il risultato è che la Sanità sarà sempre più finanziata dal settore produttivo attraverso l'IRAP e per il resto dei cittadini attraverso ticket e spesa diretta, senza però che i cittadini possano direttamente usufruire dell'utilizzo efficiente delle risorse messe a disposizione: in effetti, la spesa sociale sanitaria è riservata alle fasce più deboli della popolazione (anziani, non autosufficienti, bambini ecc.) che notoriamente non coincidono con i soggetti contribuenti.

Chi finanzia il sistema non può indirizzare l'utilizzo delle risorse né intervenire sulla generazione dei disavanzi. Quando sento dire che parliamo di un sistema d'Azienda perché siamo in un sistema di mercato nell'ambito della sanità, mi viene in mente la seguente situazione: se cambio la macchina sono davvero nella logica di mercato, poiché la scelgo e la compro pagandola.

Ma nella logica di un Ospedale sono davvero in una logica di consumi di mercato?

Niente affatto, io non pago la prestazione o meglio la pago tramite una tassazione generalizzata e quindi ho un prodotto che forse non è propriamente quello che mi spetta, in altri termini mi sentirei di dire che siamo in una logica di "quasi Azienda" in un "quasi Mercato".

Ancora, se potessi intervenire con facoltà di licenziamento all'interno dell'Ospedale in cui lavoro, lo farei volentieri ma questa aziendalizzazione nella logica del pubblico non è ancora perfetta, e questo ne costituisce un'altra espressione molto immediata.

Occorre quindi riprendere con decisione la strada della separazione voluta con forza dalla Regione Lombardia, una separazione tra finanziamento della domanda di salute dei cittadini (Aziende Sanitarie Locali) e attività di erogazione delle prestazioni sanitarie (Aziende Ospedaliere).

Il Ministro Sirchia ha giustamente cambiato il termine Ministero della Sanità in Ministero della Salute proprio

per introdurre il concetto più ampio, più assicurativo di salute, che annovera degli aspetti che non sono solo quelli della Sanità notoriamente concepiti, costituendo così l'avvio di una vera concorrenza tra produttori di prestazioni all'interno di un sistema.

Attualmente il dibattito in corso tra le varie Regioni italiane affronta il tema della concorrenza tra produttori all'interno di un sistema che non viene accettato e rappresenta una fase scomoda.

Credo che l'assicurazione debba riflettere anche a fronte di queste problematiche in quanto è qui che nascono dei disservizi mentre è necessario rendere l'utente in grado di scegliere tra offerte diverse di produzione di servizi e quindi di diverse coperture assicurative.

Fermo restando l'obbligo di copertura sanitaria di tutti i cittadini resta da stabilire dove si collocano i livelli di intervento delle strutture pubbliche e di quelle private.

Alcune fasi devono avvenire necessariamente, pena la negazione di diritti costituzionali.

Dobbiamo dunque salvaguardare alcune fasce di popolazione tenendo conto delle risorse effettivamente disponibili e quindi confrontandoci.

L'Italia sta cercando attualmente di muovere i primi passi su un terreno difficile, per alcuni versi inesplorato, come l'assistenza integrativa, che rappresenta il primo gradino verso una effettiva libertà di scelta da parte del cittadino.

Ad oggi la Sanità integrativa in Italia riveste un ruolo residuale sempre in riferimento al Decreto Legislativo 229/99 in quanto ciò che potrebbe essere finanziato utilizzando fondi privati è l'erogazione di prestazioni attualmente non garantite dal Servizio Sanitario Nazionale o che lo sono con limitazioni di prescrivibilità o che prevedono una compartecipazione da parte del cittadino o ancora che non rispondono a precisi requisiti di appropriatezza.

In riferimento alla domanda di questa mattina "dove deve andare l'assicurazione?" credo che in qualche misura si possa identificare una traccia in questi passaggi.

Parliamo anche di fondi integrativi obbligatori e volontari di prestazioni. In una prima fase si potrebbe consentire a forme integrative di assistenza attualmente operanti nel nostro paese di continuare ad erogare prestazioni di tipo sostitutivo

Teniamo presente che la contribuzione volontaria (che di fatto è una mutualità sostitutiva) è già in vigore nel nostro

Paese e da operatore di Azienda Pubblica trovo legittimo nonché auspicabile l'incremento delle attività così finanziate nell'ambito dell'esercizio professionale definito "intramoenia". Ciò consente al medico di poter esercitare in regime libero professionale all'interno della struttura dalla quale egli stesso dipende con conseguente soddisfazione e condivisione anche dell'utente "assicurato".

E a questo punto vorrei richiedervi una attenzione particolare proprio perché, senza nulla dire del mito delle cliniche private di una volta, la maggior garanzia viene data dalla struttura pubblica con un'attività libero professionale intramuraria con capacità, professionalità e serietà. Una volta il medico scappava dall'ospedale per andare in clinica per operare e poi rientrare nello stesso ospedale, oppure si faceva sostituire dal collega, operatore magari di inferiore capacità.

Oggi forse la maggior garanzia nasce proprio non da forme esclusivamente privatistiche ma da una forma compendiate propriamente definita come libera professione intramuraria, esistente all'interno delle strutture, che per legge devono dare tale garanzia, e l'Assicurazione attenta dovrebbe incentivare questa modalità.

Per quanto attiene l'adesione a forme integrative obbligatorie, questa dovrebbe essere richiesta alla maggior parte della popolazione ma non agli esenti totali che continuerebbero ad essere tutelati dal Servizio Sanitario Nazionale anche per quanto riguarda la componente del fondo obbligatorio per non autosufficienti. Credo che l'impostazione sia chiara e coerente.

Se questo è l'obiettivo principale, gli elementi attraverso cui si costruisce un fondo integrativo, a mio parere, sono la definizione dei beni e servizi di competenza dei fondi, le regole, il modus operandi, il finanziamento, il trattamento fiscale delle risorse devolute ai fondi e in generale la normativa fiscale concernente la spesa privata.

La legislazione italiana si limita a dire che, nell'ambito di applicazioni di fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, esistono prestazioni aggiuntive non comprese nei livelli uniformi di assistenza e con questi comunque integrate, erogate da professionisti e strutture accreditate o prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Tali prestazioni non sono comprese per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso, e sono rappresentate da prestazioni erogate in regime di libera professione e dalla fruizione di servizi alberghieri su richiesta in strutture accreditate residenziali o semiresidenziali e in forma domiciliare, come abbiamo già sentito.

Come emerge da queste prime considerazioni l'ipotesi generale è fondata sulla necessità di distinguere nettamente tra prestazioni pubbliche e prestazioni dei fondi. L'assicurazione integrativa verrebbe a configurarsi come assistenza sanitaria complementare.

I destinatari sono quindi le famiglie e gli individui ed i singoli dovrebbero aderire come collettività dal momento che le disposizioni normative individuano nelle associazioni e nelle fattispecie giuridiche anche altre realtà che rappresentano ed esprimono interessi collettivi come abbiamo più volte sentito questa mattina. Il problema è come fare a conciliare l'esigenza di grandi numeri con la libera determinazione dei singoli, poichè alcuni potrebbero non desiderare di entrare in un fondo integrativo

I fondi sanitari integrativi nel Servizio Sanitario italiano operano rimborsando su basi tariffarie prestabilite. I criteri di quantificazione di detti costi poggiano su accordi di fornitura tra l'Assicurazione e l'erogatore scelto per contenimento dei costi e qualità delle prestazioni.

Quindi, si attiva in questo modo una reale concorrenza tra erogatori indotta dagli assicuratori.

I fondi dovrebbero essere finanziati tramite risorse proprie degli assicurati.

Il nuovo scenario: la spesa sanitaria dei paesi industrializzati è aumentata con particolare riguardo alla spesa privata mentre quella pubblica ha registrato una tendenza alla stabilizzazione se non addirittura alla diminuzione. In Italia la spesa pubblica, se pur lievemente aumentata secondo i dati Istat riferiti al 2001 è sempre del 5,4% del PIL, mentre la spesa privata è aumentata e ha raggiunto il 2,3% del PIL. In questo contesto non è compresa la quota assicurativa, c'è una parte della quota assicurativa propriamente dettata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Entriamo quindi nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale analizzandone le componenti fondamentali che devono rimanere di stretta pertinenza pubblica, nel cui contesto cioè, a mio parere, le Assicurazioni non devono intervenire: a livello nazionale l'attività di programmazione e indirizzo, l'emergenza-urgenza, i trapianti, le alte specialità, il fabbisogno di sangue, il monitoraggio dei livelli di assistenza e a livello regionale le funzioni cardine degli indirizzi nazionali.

Sarebbe impensabile delegare tali funzioni ad altri, quindi è necessario, visti gli appelli che vengono fatti per la carenza di sangue o per la mancanza di organi, che questa regolamentazione possa essere efficiente e soprattutto fatta propria dal Servizio Sanitario Nazionale pubblico.

Si affiancano inoltre tante altre attività, dall'odontoiatria alle indagini cliniche più sofisticate, che potrebbero essere prese in carico dalle agenzie o altre realtà profondamente differenti.

Il nuovo scenario è dominato dalla crisi del Sistema Sanitario a livello economico, di qualità, di efficienza, di erogazione ed infine di efficacia. In tutto questo il cittadino ha una posizione equidistante da Assicurazioni e Istituzioni Pubbliche.

Assumendo per un momento il ruolo di difensore civico e non esclusivamente quello di operatore sanitario, è possibile affermare indiscutibilmente che migliorando la qualità dell'assistenza si determina un possibile contenimento dei costi assistenziali.

Le assicurazioni tendono a prendere in considerazione questa problematica.

Da un rapporto letto la settimana scorsa, si evince chiaramente che i costi dei ricoveri esasperano l'economia con l'obiettivo finale di contrarre sempre più la spesa dell'assistenza. Questa è l'attuale realtà americana che mi sentirei di condividere anche se non fossi un operatore in ambito sanitario, così come condivido la realtà delle istituzioni pubbliche laddove gli ospedali tendono a far fronte ad una riduzione di capitali disponibili, determinata dalla diminuzione dei finanziamenti, prestando servizi sempre più contratti con una esasperata valutazione economica.

Questa mattina abbiamo giustamente sentito parlare di DRG intesi come validazione di un sistema di finanziamento ma è indubbio che se le assicurazioni dovessero ridurre gli standard di rimborso, gli ospedali sarebbero portati a contenere sempre di più l'attività proprio perchè esiste il rispetto dei costi. Il cittadino soccombe in quanto a fronte di un legittimo bene quale è la salute si trova a soffrire di un prematuro licenziamento dalle Istituzioni e di una liquidazione di spesa realisticamente contratta.

Come vive il panorama italiano?

La risposta governativa a fronte di una contrazione economica è sempre più marcata e dimensionata, concretizzandosi nei livelli essenziali di assistenza.

Gli Ospedali potrebbero correre il rischio di tendere a non elevare cure costose e rischiose rinunciando al livello di eccellenza. Ecco perché il Ministro Sirchia parla di Centri di Eccellenza per le realtà ospedaliere, contrastando l'ipotesi di ridurre la complessità assistenziale poichè la tendenza delle realtà private è quella di orientare i casi

complicati verso il Servizio Sanitario Nazionale facendosi carico solamente della casistica più semplice.

Il rischio sul versante delle Assicurazioni consiste invece nell'arrivare ad esasperare il premio assicurativo o peggio ancora nel rinunciare ad assicurare professionisti e strutture.

Ecco allora una proposta che nasce dall'esperienza diretta.

Non esistono tre scenari nella rappresentazione della vita sociale ma si deve arrivare ad un unico scenario con tre attori dialoganti, convergenti e propositivi cioè Assicurazioni, cittadini e Istituzioni.

Solo identificando una partnership assicurativa a livello istituzionale il cittadino diventa garante e garantito per le proprie necessità.

Questo si traduce in due modalità semplici ma a mio giudizio innovative.

La prima è la mutualità integrativa e la seconda è la partnership Assicurazione-Ospedale.

Si deve chiedere al cittadino in che cosa vuole essere garantito e protetto, cosa che il Servizio Sanitario Nazionale di fatto oggi non assicura.

La richiesta del cittadino può orientarsi sulle prestazioni più svariate e il problema assicurativo si risolve nel trovare una risposta istituzionale all'interlocutore e all'Assicurazione sull'esigenza dallo stesso manifestata.

Vediamo alcuni esempi: la situazione alberghiera, la chirurgia estetica, le protesi dentarie, l'assistenza all'anziano, la riabilitazione, le prestazioni specialistiche di 2° e 3° livello, il day hospital/day surgery. Io vivo nell'ambito della neonatologia e so che la gente richiede particolari garanzie proprio in questo ambito e in quello della Pediatria, che rappresentano momenti particolarmente protetti della vita.

L'Assicurazione a mio parere dovrebbe avere un pacchetto di prestazioni in questa prima proposta da vendere alle Aziende Ospedaliere al miglior prezzo.

Questo è un aspetto di forte e libero mercato che impone alle strutture di eccellenza di arrivare all'ottimizzazione dell'impiego delle risorse economiche a disposizione.

Vi posso garantire personalmente, e non posso essere smentito, che il costo del parto nel mio Ospedale è più che dimezzato rispetto a qualunque altro ospedale di

Milano o dell'hinterland milanese. Proprio perché la quantità mi permette di ammortizzare quelle quote di costi relativi a spese vive e quindi di non avere concorrenza e di lavorare quasi in regime di monopolio.

I novemila parti all'anno effettuati nei nostri Presidi Ospedalieri ci collocano a livello europeo tra le cinque realtà più grandi.

Quindi è evidente che l'abbassamento delle quote pro capite è tale da non poter avere concorrenza e se un'Assicurazione volesse con questa logica propormi una vendita di un pacchetto di prestazioni in tutte le fasi del pre e post parto, io stesso sarei in grado di chiedere rimborsi più bassi a parità di qualità di servizio.

La seconda modalità auspica che l'Ospedale e le Assicurazioni entrino in una logica di partnership quali alleati unici nei confronti del cittadino: questo è realizzabile nel momento in cui l'Assicurazione trova un ospedale efficiente e l'ospedale trova un'Assicurazione convergente ed alleata.

L'Ospedale deve migliorarsi e valutare poi il reale rischio della propria attività medico-chirurgica utilizzando delle procedure e standardizzando i processi di cura e i percorsi diagnostico-terapeutici al fine di renderli in assoluto più sicuri.

Il nostro ospedale è certificato secondo la norma UNI EN ISO 9001.

Tendere all'annullamento del rischio vuol dire propriamente cercare di rendere l'Ospedale sicuro ipotizzando di azzerare il rischio clinico.

Se l'assicurazione arriverà ad investire nella qualità dell'Ospedale, se verrà coinvolta dalle fondamenta organizzative e gestionali fino al tetto delle prestazioni, se quindi vorrà investire risorse per la formazione del personale, per l'adeguamento delle apparecchiature, insomma per il Miglioramento Continuo della Qualità, allora potrà ritenersi parte integrante dell'Ospedale, ottenendo entrambi migliori garanzie.

Credo sia questa la strada vincente e mi permetto di fare qualche esempio: se le procedure ospedaliere non sono precise ed aggiornate, l'Assicurazione è chiamata a risponderne con pesanti risarcimenti.

Questo succede per esempio qualora i consensi informati non siano firmati, le responsabilità non siano univoche, i sistemi di sicurezza non siano stati realizzati.

L'anno scorso, ricordate, fu a lungo dibattuto l'aspetto dell'inefficienza dei sistemi di controllo, per cui il personale viene chiamato a svolgere compiti nella assoluta mancanza di modernizzazione culturale.

La maggior parte degli errori credete non riguarda la conduzione clinica bensì la non conformità procedurale che può essere causa di gravi errori.

E indispensabile lavorare in una logica di eccellenza e di ottimizzazione delle attività.

Un esempio è dato dal progetto "Ospedale senza dolore" che si identifica nel controllo del dolore da perseguire per il paziente, nonché elemento essenziale per l'Accreditamento all'Eccellenza.

È indiscutibile che un'Assicurazione debba pagare quando c'è una degenza ma può attivamente intervenire nella procedura che permette una assistenza puntuale.

L'Assicurazione non deve curare ma sicuramente valutare e vigilare sulla corretta pratica sanitaria e sulla soddisfazione del cliente-paziente.

Inoltre "Ospedale senza dolore" significa anche sottoporre il paziente ancor prima di un intervento ad una fase che consentirà di anticiparne la dimissione evitando eventuali successive ospedalizzazioni o consulenze che potrebbero comportare la richiesta di esami aggiuntivi. È evidente che organizzare un ospedale senza dolore non rappresenta soltanto un avvicinarsi al paziente, ma rientra davvero in una estrema ottimizzazione di risorse ed una reale economicità di sistema. Se il paziente non lamenta dolore si potrà evitare la somministrazione di numerosi farmaci, in un momento in cui inoltre la spesa farmaceutica è nell'occhio del ciclone, come spesso si sente dire. Per non parlare poi del risparmio di assistenza infermieristica, di ricoveri nelle terapie intensive e di cure post-anestesiologiche.

Il Comitato Etico si chiede perché le assicurazioni non debbano intervenire a pieno titolo nella validazione della eticità dell'attività sanitaria.

Perché le assicurazioni dovrebbero essere escluse se la loro partecipazione è doverosa?

Avere un Comitato Etico non significa solo sperimentare un farmaco a livello clinico ma anche essere innovativi dal punto di vista dell'assistenza, ad ogni suo possibile livello, ed è per questo motivo che si deve tradurre il miglioramento continuo della qualità nella attività assistenziale. Ci sono sicuramente dei vantaggi.

Certo, il guardare avanti comporta dei rischi, il miglioramento culturale scientifico e tecnologico ha un prezzo, ma questo vuol dire allearsi per un obiettivo comune, che è il servizio al cittadino e non creare barricate o contrapposizioni.

Mi avvio alla conclusione dicendo che Joint Commission International è una organizzazione americana non profit con la quale stiamo lavorando per ottimizzare tutte le attività aziendali.

Particolare rilievo ad esempio viene assunto dalla cartella clinica integrata, quindi non solo una cartella infermieristica o solo una cartella medica, ma uno strumento che permetta di identificare una sola e chiara responsabilità del processo diagnostico-terapeutico nel medico che ha in cura il paziente.

Concludo dicendo che nello spazio che negli Ospedali è occupato dalle Fondazioni o dagli Istituti di Credito debba esserci anche una quota molto forte gestita dalle Assicurazioni, proprio come il Ministro Sirchia sta ripetutamente sostenendo.

Le assicurazioni non devono essere estraniare ed io auspico questa compartecipazione.

Pensare a compartimenti stagni vuol dire arroccarsi e disgiungersi mentre è nell'alleanza che si identifica una vera evoluzione.

Con questo ho davvero concluso e vi ringrazio.