

PUBBLICO, CIOÈ PER TUTTI: L'ESPERIENZA DEGLI OSPEDALI A SERVIZIO DELLA PERSONA

Mercoledì, 22 agosto 2007, ore 11.15

Partecipano:

Paolo Arullani, Presidente Campus Bio-medico, Roma; Angelo Bazzari, Presidente Fondazione don Carlo Gnocchi Onlus; Carlo Lucchina, Direttore Generale Assessorato Sanità Regione Lombardia.

Moderatore:

Giancarlo Cesana, Docente di Medicina del Lavoro all'Università degli Studi di Milano Bicocca.

MODERATORE:

Questo incontro "Pubblico, cioè per tutti: l'esperienza degli ospedali al servizio della persona", andrebbe completato con "l'esperienza degli ospedali di matrice cattolica". Due questioni. La prima è questa. Parto dal fatto che qui al meeting c'è un, come si chiama, un separè, dove il dottor Carugo valuta il rischio cardio-vascolare a chi vuole. E c'è la fila. Questo problema della prevenzione del rischio cardio-vascolare sta diventando infatti un problema di massa. Pensare che questo nuovo stile di vita che sta introducendo la sanità venga totalmente sostenuto dal pubblico, secondo me, è demenziale, cioè vuol dire arrivare all'esplosione del sistema sanitario. Soprattutto se noi teniamo conto che nella popolazione sopra i 65 anni il costo delle prestazioni sanitarie è quattro volte superiore al costo nella popolazione di età inferiore, e che questa popolazione sopra i 65 anni è in continuo aumento. Ovviamente, a mio avviso, questo comincia a far sì che si pensi ad un utilizzo di risorse private, cioè che per star bene bisogna pagare. Esattamente come si fa la manutenzione alla macchina. Uno deve cominciare a pensare che se vuole fare la manutenzione a se stesso, non è che ci sia il sistema, che questo sia un diritto da usufruire gratuitamente, perché secondo me con il sistema non ce la si fa. E pretendere che faccia questo, vuol dire ridurre le possibilità di assistenza, perché quando si vuole la sanità come copertura universale per tutti nel senso assoluto, succede che la copertura universale si mantiene, ma il livello dei servizi si abbassa. Ed è quello che sta succedendo anche in un sistema pubblico come il nostro.

Stesso discorso vale per gli ospedali, perché è ultra dimostrato ormai che gli ospedali privati, dal punto di vista dell'efficienza, funzionano meglio degli ospedali pubblici. Dell'efficienza, dico, non dell'efficacia. Sono due concetti diversi. L'efficienza è il modo di arrivare ad una certa prestazione ai costi più bassi, l'efficacia invece comporta che la prestazione sia veramente curativa. Da questo secondo punto di vista, soprattutto indagini americane hanno messo in luce che l'efficacia degli ospedali privati non è migliore di quella degli ospedali pubblici. Però dal punto di vista dell'efficienza, sì. E questo è un altro problema, che concerne il consumo delle risorse.

Allora io chiederei alle persone qui presenti di riflettere su questa questione. Perché il privato è una specie di soluzione di ripiego. Il privato è soprattutto diffuso nei paesi sottosviluppati e nel sud di Italia, cioè dove non funziona il pubblico. Finché il privato è considerato una soluzione di ripiego, il privato in senso generale, che va dal modo con cui

uno affronta il problema della propria manutenzione, fino al modo con cui si conducono gli ospedali, il privato di fatto risulta non essere controllato, e quindi il problema dell'arbitrio di questo tipo di soluzioni organizzative diventa maggiore. Invece il privato va considerato una risorsa, soprattutto quando questo privato ha dietro una tradizione culturale cristiana. Qui c'è Arullani, a cui darò la parola per primo, essendo il Presidente Campus Bio-medico di Roma, che è stato messo su dall'Opus Dei. Io ho visto l'ospedale della Navarra, in Spagna. In Spagna hanno una grande esperienza di utilizzo di risorse. Finché il privato in fondo è considerato una soluzione di ripiego, è ovvio che l'attenzione alla sua valenza rispetto al servizio pubblico è minore, mentre si potrebbe fare qualcosa di diverso. Secondo me uno dei fattori più negativi della legge 31 della regione Lombardia è proprio la convenzione con il privato, nel senso della possibilità per tutti i cittadini di usufruire delle strutture private, purchè queste strutture stiano all'interno di determinati standard. Io vorrei che oggi fosse affrontato questo problema e per affrontarlo noi abbiamo Paolo Arullani che è il Presidente del Campus bio-medico di Roma e Mons. Angelo Bazzari, che è Presidente della Fondazione Don Carlo Gnocchi. Infine Carlo Lucchini, che è Direttore Generale dell'Assessorato alla Sanità della Regione Lombardia, farà la sintesi. Arullani

PAOLO ARULLANI:

Gentili presenti, cari amici e colleghi, come potete vedere da queste stampelle, posso proprio dire di aver fatto di tutto per essere qui oggi al Meeting. Ci tenevo a partecipare e vi ringrazio per avermi invitato.

“Pubblico: cioè per tutti”. E' questo il titolo della nostra tavola rotonda.

Una tautologia.. — apparentemente. Ciò che è “pubblico” è, per definizione, di tutti e al servizio di tutti.

Nella teoria tutto appare scontato. E invece questo titolo è una provocazione. Una provocazione a ripensare un concetto — quello di “pubblico”— che nei fatti viene inteso e gestito a partire da impostazioni culturali molto diverse tra loro. *Una* provocazione ancora più forte, quando la riflessione su cosa sia “pubblico” si applica a un ambito delicato come quello sanitario.

Non è scontato soprattutto se lo si analizza a partire dal tema scelto quest'anno per il *Meeting* “La verità come nostro destino”, come tensione etica della nostra esistenza.

In realtà, il processo di sgretolamento di un'etica forte e socialmente condivisa, ha indotto gradualmente a concepire il “pubblico” come uno spazio possibilmente amorfo, terra di tutti e di nessuno.

Si rischia di accettare l'idea che solo un “pubblico” privo di un riferimento ideale forte sia in grado di mettere d'accordo tutti e di concedere spazio a tutti.

E' questo un modello di “pubblico” in grado di dare vita a strutture sanitarie veramente orientate “al servizio della persona”? Strutture capaci di garantire un'assistenza di qualità a tutti, indipendentemente dal tipo di patologie e dalla condizione sociale e disponibilità economica del paziente? E' insomma il “pubblico” dell'etica debole quello veramente in grado di essere per tutti e autenticamente al servizio di tutti?

Ci tengo a precisare che l'interrogativo che pongo non ha assolutamente l'obiettivo di sminuire l'importanza del pubblico. L'espressione “Pubblico cioè per tutti” indica una sanità aperta a ogni persona, una sanità capace di offrire a tutti le stesse garanzie diagnostiche e terapeutiche. Questo è un valore di giustizia che il pubblico porta con sé e che non può essere trascurato. La salvaguardia della salute, come riconoscimento del valore della vita, indipendentemente dalle condizioni economiche della persona, è un principio che si

afferma nel Sistema Sanitario di un Paese come conseguenza di una società giusta e che il privato, per ragioni economiche, non può assicurare. Questo valore di giustizia è una caratteristica del Sistema Sanitario Nazionale anche in Italia, dove è fortemente presente come valore istituzionale.

Per altro, il pubblico viene spesso contrapposto al privato e criticato per le sue inefficienze. Da questo punto di vista, il privato si dimostra spesso meno costoso, meglio organizzato, più capace d'innovazione e sperimentazione. Appare all'orizzonte un binomio, che viene visto in termini di aut-aut: o pubblico o privato.

In realtà, nell'ultimo decennio, attraverso molti processi di privatizzazione, è andato affermandosi il principio che la cura dell'interesse generale in settori tradizionalmente riservati allo Stato, possa essere garantito anche da soggetti privati (*cf.* F. De Leonardis, ...). Neppure nel servizio pubblico sanitario, che è il nostro tema oggi, vi è in realtà un'antinomia irriducibile tra pubblico e privato. Mi riferisco ovviamente a quel privato che svolge prevalentemente un servizio di interesse generale.

L'integrazione tra pubblico e privato sembra anzi offrire un modello virtuoso, che concilia i principi e i doveri di giustizia dell'essere al servizio di tutti, con i vantaggi gestionali del privato.

Se invece la concezione corrente di "pubblico" è quella del "pubblico" privo di una identità valoriale, caratterizzato da un'etica orientata al minimo consenso possibile, ne deriva che il privato, per entrare nello spazio tradizionalmente assegnato al "pubblico", sia costretto a rinunciare alla propria identità valoriale più specifica.

Questo problema può forse apparire secondario in ambiti nei quali il privato opera esclusivamente per ragioni di profitto. Non lo è invece quando il privato assume funzioni d'interesse generale al servizio della persona.

Le implicazioni etiche legate alla professione sanitaria non riguardano solo i grandi temi della vita nascente, dell'ingegneria genetica, dell'eutanasia. Riguardano anche l'idea stessa della dignità della persona, il senso della malattia e del dolore e l'organizzazione nell'ambito della struttura di assistenza.

Nell'ospedale operano infatti intorno al medesimo paziente una molteplicità di individui, il cui stile etico e professionale si somma e si potenzia. A determinare la qualità delle cure offerte, è il risultato di queste sinergie professionali. Non solo. Accanto alla relazione tra colleghi c'è ovviamente la relazione con il paziente e i suoi familiari. Sulla qualità di queste relazioni influisce poi l'atmosfera dell'ambiente e il tono stesso della struttura.

In altre parole: ogni atto nell'ospedale è un "atto integrato", impossibile da compiere nell'isolamento delle sue singole fasi o dei singoli compiti professionali. Ecco perché il problema dei valori condivisi è fondamentale. Ecco perché appare debole un modello nel quale ogni singolo operatore agisca a partire da un'etica relegata alla sfera soggettiva, in una struttura caratterizzata da una tensione etica debole, quella del minimo consenso indispensabile a non creare conflitti.

Si impone qui la necessità di una nuova concezione di "pubblico". È il modello di una società di cittadini capaci di agire con responsabilità e spirito d'iniziativa, anche nel settore sanitario, e sostenuti dallo Stato là dove il privato da solo non può assumersi tutto l'onere economico di un servizio che risponde a bisogni d'interesse generale. È l'affermazione del principio di sussidiarietà, che oggi molti conoscono come principio dell'Unione europea, ma che in realtà è un punto cardine, da più di un secolo, della dottrina sociale della Chiesa.

Questo nuovo modello di collaborazione tra pubblico e privato è stato un aspetto centrale dell'esperienza finora fatta dall'Università Campus Bio-Medico di Roma.

Siamo un'università non statale. IL nostro Policlinico è quindi inserito in una realtà organizzativa e gestionale che ha la natura del privato. Alto stesso tempo abbiamo 'in carico' — mi sia concessa l'espressione — compiti d'interesse pubblico come l'istruzione, la ricerca e appunto l'assistenza medica, per i quali riceviamo finanziamenti e rimborsi pubblici.

Sottolineo che parlo di finanziamenti per prestazioni d'interesse generate tese a soddisfare necessità reali. Non sto quindi parlando di sovvenzioni.

I dati del Campus Bio-Medico descrivono una sinergia tra pubblico e privato che si sta dimostrando positiva (Slide 1):.

- Tempi medi di degenza di 4,3 giorni contro la media nazionale di 6,5.
- Riduzione negli anni dei tempi medi di degenza nonostante la crescita della complessità delle cure erogate (cfr. il peso medio di 1,8 — l'indice della complessità stabilito dal Ministero della Salute).
- IL 20% dei pazienti proviene da altre regioni d'Italia.

In più, quando tredici anni fa abbiamo dato vita all'Università Campus Bio-Medico di Roma, come iniziativa dell'Opus Dei, cui è affidata l'assistenza spirituale, siamo partiti da un progetto culturale preciso, dall'ideale di una medicina al servizio della persona, che tornasse a porre al centro dell'atto medico il paziente, secondo 1 principi dell'antropologia cristiana. Siamo quindi entrati nello spazio pubblico del Sistema Sanitario Nazionale come istituzione culturalmente ed eticamente caratterizzata, riuscendo ugualmente a realizzare un dialogo costante e sinergie proficue con i nostri interlocutori pubblici, che negli anni sono stati espressione di idee anche molto diverse tra loro.

Oggi, che ci prepariamo a inaugurare a Roma il nuovo campus universitario (*Slide n.2 - Foto Trigoria*), che vede collegati e connessi gli edifici per l'assistenza, la didattica e la ricerca, realizzato secondo i criteri più moderni di edilizia, posso dire che abbiamo lavorato all'interno dell'Università e del suo Policlinico, condividendo un progetto comune, una comune idea di persona, di valore della vita e della sofferenza, un comune desiderio di servizio all'altro. In una parola: condividendo una *Mission* comune.

La nostra è un'Università di piccole dimensioni (1.000 studenti), con cinque Corsi di Laurea concentrati nell'ambito delle scienze della salute. Oltre il 90% degli studenti completa gli studi in corso, anche per il rapporto tra Docenti di ruolo e studenti, che è di 1/10. Il ranking delle Università italiane pubblicato ogni anno dal Sole 24 Ore assegna al Campus Bio-Medico di Roma dal 2005 al 2007 il primo posto tra le Università non statali, anche in termini di attrazione degli studenti (*Slide 3 — L'Università Campus Bio-Medico*).

Non cito i dati per fare pubblicità al Campus Bio-Medico, quanto piuttosto per rendere concreto il discorso, presentando una realtà che si sta rivelando utile per la collettività e capace di crescere con successo, coinvolgendo insieme l'iniziativa privata e il sostegno pubblico.

Esplicitare la propria Mission (finalità, carta dei principi, codice etico,..) non è poi solo una necessità interna a un'istituzione, per la sua coesione e motivazione. E' anche un dovere di trasparenza nei confronti dell'utente. Un "pubblico che sia per tutti" è chiamato a mettere ciascuno nelle condizioni di scegliere a quale struttura affidarsi. E se l'ospedale o una qualsiasi struttura sanitaria è 11 luogo di "atti integrati" da parte di diverse figure professionali, allora non basta che IL singolo medico dichiari i principi che guidano la sua attività. Anche la struttura nel suo complesso è chiamata a farlo.

Del resto, la centralità della *Mission* in ambito sanitario non è storicamente una novità. L'ospedale nasce di fatto sui fondamenti della cultura cristiana come conseguenza di una visione di accoglienza e di servizio alla persona. Tra i primi "Ospitali" abbiamo il Santo Spirito in Sassia a Roma e il San Gerardo di Monza (*Slide 4*).

La Bolla papale di Innocenzo III (*Regular sive Statuta Hospitalii Sancti Spiritus*), che istituisce nel 1202 l'Ospedale di Santo Spirito, definisce all'articolo 1 i malati: "Padroni dell'ospedale". E' una straordinaria intuizione e impostazione etica, che risponde a un principio caritatevole diverso da quello della medicina antica, che affidava i malati alla divinità presso il tempio di Esculapio, o alla cultura pagana, che istituiva luoghi di ricovero fuori dalla città, come i lazzaretti, con la finalità principale di isolare le fonti delle infezioni.

L'indirizzo caritatevole spiega la nascita dell'Ospedale ad opera della cristianità, e in particolare dei religiosi. Non solo perché dopo il crollo del sistema di vita pubblico dell'antichità occidentale (Impero Romano) è la Chiesa a costituire la struttura portante dell'organizzazione sociale per molti secoli, ma per una ragione più significativa, che risiede nell'alleanza fortemente etica dell'incontro con la persona in condizioni di sofferenza. La condizione di sofferenza/bisogno, che spezza il rapporto appagante dell'individuo con le cose materiali e pone l'uomo davanti alla questione fondamentale dell'esistenza, fa comprendere il senso per cui l'umanesimo cristiano è la radice storica dell'Ospedale.

Da luogo di accoglienza e di soccorso dei bisognosi, l'Ospedale si trasforma nei secoli in luogo di assistenza e di cura, si studia l'architettura idonea, il vitto e l'igiene. Nel secolo scorso, infine, i progressi della medicina e il mutamento della funzione dell'Ospedale, per il grande sviluppo della tecnologia e la crescita costante della specializzazione, portano a un'organizzazione di tipo aziendale dell'Ospedale. La figura del medico è affiancata da una realtà interdisciplinare —professionisti della sanità— e assume un ruolo importante il ruolo del manager, che amministra la struttura con uno sguardo attento alla organizzazione, ai suoi bilanci e alla sua efficienza tecnologica.

Tuttavia, spiegare la riduzione del senso etico della professione sanitaria come conseguenza della modernità sarebbe un implicito riconoscimento dell'impossibilità di conciliare etica e tecnica, o dell'incapacità storica della tradizione cristiana di stare al passo con le esigenze della modernità. Piuttosto, il depotenziamento della valenza etica nei moderni ospedali (come avviene per altri servizi alla persona, vedi l'istruzione) è conseguenza del venir meno di un'etica socialmente condivisa. Si impone al più l'idea di "fare le cose in modo tecnicamente corretto", evitando di affrontare temi relativi al senso di ciò che si fa e al concetto di persona, che è meglio siano relegati alla sfera del singolo.

Oggi, confermando l'importanza dell'organizzazione e della gestione amministrativa dell'Ospedale, va riproposto il tema della centralità del paziente, frutto della intenzionalità di tutti i "professionisti nella tecnologia, sanità". La centralità del paziente inteso non come numero, non come semplice DRG, né semplicemente come soggetto bisognoso di medicine o terapie, ma del paziente inteso come persona, nel complesso dei suoi bisogni materiali.

L'Ospedale è in un certo senso un "osservatorio privilegiato", peculiare della realtà umana. Il luogo di incontro del dolore e della gioia, della sofferenza e della compassione, della solitudine, della speranza e della fede... la stessa struttura ospedaliera e la sua organizzazione, non sono indifferenti a ciò, non sono inerti

Ecco di nuovo l'importanza dell'identità di una struttura sanitaria, l'importanza che abbia e dichiari una propria Mission. Ecco l'importanza di quella che mi piace chiamare la questione dell' "ospedale etico".

Per ospedale etico intendo una struttura che abbia la volontà e la capacità di interrogarsi sulla verità del proprio operare, sui principi che la guidano. Una struttura consapevole che questa tensione etica non può essere relegata nella sfera del singolo, ma deve essere condivisa.

Non pensiamo neppure, come già dicevo, che la questione etica si applichi solo alle grandi questioni dell'ingegneria genetica o dell'eutanasia. La questione etica si impone in tanti dettagli della vita quotidiana di un ospedale, che influiscono però enormemente nella percezione che il paziente ha dell'ambiente e della qualità delle cure ricevute. E sono la conseguenza di un modo di lavorare all'interno dell'ospedale.

Si tratta di uno stile, che potremmo definire "lo stile etico di un ospedale". Ecco la chiave di lettura del termine "alleanza terapeutica", che comprende medico-paziente-altri professionisti della sanità e la struttura stessa dell'ospedale. E' proprio dall'esperienza che si constata che, anche nel tempo odierno di tecnica avanzata, IL rapporto medico-paziente non si esaurisce nella sola efficienza o nell'utilizzo di "s sofisticate apparecchiature di ultima generazione", ma il successo della struttura dipende dal successo di un insieme di fattori di attenzione professionale e di comportamento del personale!

Penso "per esempio" alle modalità di accoglienza da parte del personale e alle caratteristiche fisiche e architettoniche degli ambienti dell'ospedale.

Penso all'organizzazione del lavoro, alla comunicazione tra colleghi e al tempo che il personale medico e infermieristico dedicano al dialogo con il paziente.

Penso agli spostamenti del malato e del personale all'interno dell'ospedale e ai luoghi di attesa, al fine di salvaguardare la sua privacy e la sua dignità.

Penso alla collaborazione tra ospedale e medico di famiglia, orientata a un rapporto non concorrenziale, come a volte succede, bensì sinergico.

Penso infine alla capacità di una struttura ospedaliera di realizzare una vera "alleanza terapeutica" con il paziente ricoverato in un'epoca spesso caratterizzata da sfiducia.

La "prova" della misura in cui la struttura potrà definirsi "Ospedale etico", verrà data da alcuni indici numerici, che come Campus Bio-Medico ci proponiamo di raccogliere: attaccamento dei pazienti alla struttura, riduzione dei contenziosi giuridici per sospetta *malpractice*, parametri di valutazione del grado di condivisione della mission del personale, riduzione dei tempi di degenza e assieme delle complicazioni o insuccessi terapeutici.

Solo così, anche in ambito pubblico, la centralità del paziente non sarà un puro slogan, ma un obiettivo per il personale e per la struttura. Grazie.

MODERATORE:

Ringraziamo e ringrazio anch'io Paolo Arullani, soprattutto per la sua sottolineatura a riguardo della concezione che sostiene l'ospedale e quindi delle conseguenze morali che questo comporta. Perché come ha detto Von Breisacher, mi pare nel 1928: "La medicina è una scienza che non ha una concezione unitaria del suo oggetto", cioè che non ha una concezione unitaria dell'uomo, non ha una concezione unitaria dell'uomo differentemente ad esempio dalla fisica, a riguardo dell'oggetto di questa scienza. E questo non è un fatto indifferente. E se questa cosa poteva essere nel 1928, tanto più oggi perché la concezione che ha sostenuto la medicina per circa ventiquattro secoli è stata l'integrazione tra l'apice

a cui era giunta la cultura classica con il giuramento di Ippocrate e il cristianesimo. Fino all'introduzione dell'aborto, nelle maggiori legislazioni questo era il tessuto che sosteneva l'attività medica, da allora in poi questo è scomparso, non ce n'è un altro. E che non ci sia una concezione di uomo dietro l'impostazione degli ospedali, fa sì che il valore degli ospedali che nascono dall'esperienza cristiana non è secondario, non è una cosa da poco, perché il primo aspetto da cui si vede la verità è il rapporto con la realtà, cioè la capacità di avere rapporto con la realtà. Il comunismo è crollato per la sua incapacità di avere rapporto con la realtà. Noi invece in Italia abbiamo un 20% di politici che a questo pensiero non ci sono ancora arrivati. Questi sono dei veri e propri fenomeni del pensiero, che sono localizzati tutti qua, e questo è uno dei drammi più grossi che abbiamo e che poi influenzano tutti gli altri. Questa incapacità di affrontare la realtà è una delle questioni più grandi. Come per esempio quel capolavoro di Gian Antonio Sella, quando ha detto che negli ospedali sono assunti più preti che dentisti. A parte il fatto che doveva andare a chiedere ai dentisti perché, sarebbe veramente interessante sapere perché i dentisti non lavorano nel pubblico! Ma voi lo sapete tutti, come lo so anch'io: si vede che non lo sa solo lui. Ma negli ospedali si muore! L'ospedale San Gerardo produce, mi pare, circa 800 morti all'anno. Quindi gli ospedali sono il luogo dove la gente passa il periodo più decisivo della propria vita, quello che introduce alla morte, e non ci mettiamo i preti? Cioè non ci mettiamo quelli che, diciamo così, per funzione, per missione, affrontano questo problema? Ecco, questo è non tener conto della realtà. Monsignor Bazzari.

MONS. ANGELO BAZZARI:

Volevo dire un grazie un po' enciclopedico agli organizzatori di questa realtà che via via in questi vent'anni di storia è riuscita a imporsi sullo scenario del Paese e sullo scenario anche internazionale. Volevo dire un grazie poi, il più intenso ed esteso possibile, a chi ci ha accolto questa mattina con grande attenzione e con grande dedizione. E poi dire un grazie a tutti voi che partecipate a questo momento di riflessione comune. Io forse ho preso troppo sul serio questo incontro e ho preparato quaranta slides, che non vi mostrerò, perché ho visto che il tono è forse quello di accendere un po' le polveri per le discussioni e non solo di registrare l'esistente o fotografare la realtà. Per cui al nostro tecnico dico di lasciar stare, che semmai le daremo poi in pasto, se verranno pubblicati, agli atti. Ecco, l'ospedale, l'*hospitium*, l'*hospitalitas*. Le radici etimologiche sono sempre queste, vale per gli inizi, per gli sviluppi successivi, vale anche per oggi. Guardando però le varie fasi storiche in cui questo *hospitium*, cioè la storia dell'assistenza e della medicina, si è svolto, mi sono annotato essenzialmente quattro passaggi, quattro fasi storiche. L'ospedale come *hospitium* è stato il luogo per le persone più fragili, più deboli, gli anelli ultimi della catena sociale. Che poi, evolvendosi, questo ospedale abbia giocato diversi luoghi e oggi ancora reciti nel copione una parte particolare, questo è sotto gli occhi di tutti. Cura dei più poveri significa dare senso alla malattia, all'infermità. Un servizio ai malati dapprima nelle *domus piae*, gli ospizi dei monasteri, successivamente negli ospedali delle confraternite e poi ancora, in tempi più recenti, presso i grandi ospedali maggiori. Un'evoluzione alterna ma netta verso la laicizzazione della cultura medica, delle strutture e della loro gestione. Seconda fase: l'ospedale come cittadella della scienza, luogo dove la medicina come scienza dispensa cure efficaci, miranti alla guarigione. Foucault del secolo XIX diceva un po' questo: integrare il sapere che deriva dalle scienze dell'uomo. E poi l'ospedale anche come presidio dello stato sociale, il luogo dove lo stato s'impegna a fornire a tutti i propri cittadini l'assistenza sanitaria. Il tema posto dal dottor

Cesana all'inizio è tutto qui: dare tutto a tutti, dare poco a tutti o dare tutto a pochi? Fin dove riusciamo in questo universalismo a garantire questi passaggi? E poi, crescendo lo stato sociale, cresce l'esigenza di garantire efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza. Per arrivare agli ultimi decenni con l'ospedale azienda, la ricerca della qualità totale, la ricerca dei clienti consolidati, la centralità del paziente come strategia manageriale del nuovo ospedale, dove il criterio diventa allora l'eccellenza. L'evoluzione delle conoscenze e delle filosofie, a partire dall'Umanesimo e dal Rinascimento, ha enfatizzato, lo abbiamo visto tutti, gli aspetti razionali, tecnici, scientifici dell'assistenza medica, della gestione delle strutture sanitarie, spesso comprimendo in dosature diverse quello della *caritas* originaria, o piuttosto della *pietas*, che è costitutiva della nostra umanità prima ancora che della *caritas*, che dice appunto l'oltre, l'altro, l'altrove, il di più, quello che non troverà mai. Ma la concretizzazione resta sempre un motorino, un volano che ci spinge a migliorare questa qualità della nostra assistenza, che non riesce a incarnare sempre lo spirito più autentico e originario. Stabilito questo, mi sono preoccupato di cominciare a vedere quale è stata l'evoluzione. Se il pubblico è per tutti, quale è stata l'evoluzione della concezione del pubblico e del privato? Mi pare che è assodato ormai a livello culturale che il carattere pubblicistico del servizio sanitario nazionale, più volte richiamato dalla normativa qui nel nostro paese, non è ovviamente da associare ad una idea di esclusività dell'offerta sanitaria pubblica, quanto piuttosto dell'unicità pubblica del Governo, delle regole, delle relazioni tra i soggetti del sistema. Questo mi sembra acquisito a livello dottrinale, poi l'applicazione dei diversi regimi socio-sanitari delle regioni ha dosature e pesi specifici diversi. E allora il fine istituzionale della tutela della salute del sistema sanitario nazionale non è un compito esclusivo del sistema pubblico, ma è un obiettivo all'interno dell'intero sistema sociale, cui concorrono soggetti pubblici e privati che hanno ruoli diversi ma di pari dignità. Questo lo diamo per acquisito ma può diventare anche oggetto di dibattito e di discussione. Che evoluzione ha avuto il ruolo del privato? Con le riforme dopo l'833 del '78, con le riforme successive del servizio sanitario iniziate negli anni '90, le Aziende Sanitarie hanno visto una significativa modificazione del proprio ruolo che da integrativo, rispetto agli erogatori pubblici e regolato da convenzioni, è diventato concorrenziale, governato dai sistemi regionali di accreditamento, integrati da accordi contrattuali di finanziamento. A seguito di questo processo di regionalizzazione, il ruolo attuale del privato accreditato varia significativamente da regione a regione. Non do numeri sulla presenza del privato in Italia, perché mi pare che, dalla chiacchierata fatta col dottor Lucchina, ci penserà lui. Fatte queste premesse, mi interessa affrontare in termini concreti la questione del rapporto pubblico e privato, prendendo come esemplificazione la Fondazione Don Gnocchi, che è un ente morale, un ente non profit, una Onlus, una Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale. Dal '98 è poi Istituto di cura a carattere scientifico, almeno in due suoi centri, dal '91 a Milano e dal 2000 a Firenze. Siamo anche ONG, cioè Organizzazione Non Governativa, dal 2001. Bene noi, rifacendoci alle nostre radici, per dare continuità a Don Gnocchi come precursore dei tempi, assertore anche del principio di sussidiarietà, di solidarietà, vorrei citare una sua (di Don Gnocchi) affermazione del '55, che peraltro è già stata ripresa in qualche articolo sul *Corriere*: "Il modo più rapido, più economico – si esprimeva così Don Gnocchi - e più conclusivo per lo stato di attuare i propri compiti assistenziali, è quello di entrare in stretta e fiduciosa collaborazione con l'iniziativa privata. In questa umanissima attività, la giustizia e la carità si danno una mano fin quasi a confondersi. Né lo stato può fare senza l'iniziativa privata, né questa deve fare senza lo stato." Sembra una sezione del principio di sussidiarietà del

'31 di Pio XI. Aggiunge: “La giustizia retributiva può giungere anche ad organizzare una società lucida, perfetta come una macchina, ma appunto perché tale, arida ed effimera dove venga a mancare l’olio della carità individuale”. Allora qui capiamo come le radici storiche diverse della pietas e della caritas cristiana finiscano per declinarsi e decomporsi in un servizio all’uomo nella sua integralità, all’uomo nella persona completa, in tutte le sue componenti. Ecco, la Fondazione, seguendo la sua visione, cerca, in questo rapporto con l’ente pubblico, un elemento del nostro Dna. La nostra storia è sempre stata una storia di collaborazione, competizione, con l’ente pubblico. I fondamenti valoriali strategici che però fanno in qualche misura la nostra identità, ineliminabili se vogliamo conservare le radici originarie, il patrimonio nuovo che in oltre cinquant’anni di esistenza si è maturato, sono tre. La solidarietà sociale, tesa a caratterizzare il modo di operare in coerenza con il carisma ispiratore di Don Gnocchi e in continuità con il patrimonio storico della Fondazione. Le eccellenze tecnico-scientifiche, la professionalità, la managerialità per rendere più efficaci le prestazioni ed efficiente il servizio attraverso il potenziamento della ricerca e anche l’innovazione tecnologica. E poi una buona prassi organizzativa, una sostenibilità economica, per raggiungere gli obiettivi che ci proponiamo, una maggior efficienza ed efficacia nei processi gestionali, ma anche la piena valorizzazione delle risorse umane. Questo, se permettete, vorrei risottolinearlo, perché in questo momento, nel nostro paese c’è una crisi delle opere educative, e delle opere rette soprattutto da congregazioni e ordini religiosi, davvero preoccupante. Se poi questa la si va a coniugare insieme alle crisi vocazionali, quindi alla mancanza di un ricambio, l’operazione è completa. C’è in questo non distinguere tra profit e non profit, che certamente è oggetto di dibattito, anche un elemento di valutazione. La sensazione che io ho è che in questo paese ci sono flussi torrentizi di denaro di diverse provenienze, di diverse matrici che vengono paracadutati nel pianeta della sanità e dell’assistenza, dove la managerialità e l’efficienza rischiano di strangolare tutta l’umanizzazione e dall’altra anche quello che veniva richiamato, il principio etico. Quindi l’elemento che qualifica l’offerta della fondazione è proprio questa promozione di valori distintivi. Usiamo soprattutto il termine “riabilitazione” che, nei termini del nostro fondatore, significa restaurazione della persona umana, diciamo nella sua globalità, integralità. Parlo di terapia dello spirito, del corpo, parlo di una terapia sociale, una condivisione della visione solidale e anche universalistica del pubblico, con tutte quelle calibrature, dosature che necessariamente vengono precisate progressivamente in questi anni nel nostro paese, il rispetto anche delle regole, l’affidabilità, la capacità di formazione. Puntiamo molto su questo e anche sull’orientamento, sulla ricerca e sull’innovazione, senza i quali rischiamo di essere un po’ “out” rispetto al percorso che sta avvenendo nel nostro paese. E una tristezza, lo devo dire così, è che coloro che hanno improntato nei secoli scorsi, e anche in quest’ultimo secolo, la propria attività alla matrice della carità, non avendo considerato esattamente sia quest’evoluzione tecnologica sia l’imperativo della ricerca, oggi sono in condizioni di non reggere il confronto né col pubblico, né col privato profit e talvolta nemmeno con il privato non-profit. Ecco, sia nelle attività semplicemente accreditate, sia in esperimenti gestionali con il pubblico, cerchiamo di impegnarci in questo modo. Abbiamo ventotto centri in Piemonte, Lombardia, Emilia, Toscana, Liguria, Marche, Lazio, Campania e anche in Basilicata. Abbiamo una presenza internazionale, ma mi interessa risottolineare come l’evoluzione delle nuove risposte a sempre nuovi bisogni sia tenuta in condizione di affrontare flessibilmente tutte queste domande, passando dalla necessità ai bisogni, ai desideri. Ormai siamo la medicina del desiderio. E allora, di fronte a tutto questo, noi

siamo partiti dal '45 con gli orfani di guerra, i mutilatini, passando ai poliomeletici degli anni '50. Negli anni '60-'70 abbiamo affrontato la disabilità fisico-sensoriale per cause congenite; ci siamo estesi negli anni '80 alle cause acquisite (quindi incidenti, infortuni...); negli anni '90 abbiamo virato l'attenzione sugli anziani, soprattutto non auto-sufficienti; negli anni 2000, ai malati terminali, con gravi lesioni, agli stati vegetativi. Abbiamo 3643 posti letti di degenza, pieni di day-hospital, 9-10.000 persone curate, assistite in media ogni giorno nei nostri centri, con un'attenzione non soltanto alla degenza, ma anche agli ambulatori, con delle risorse professionali, quindi umane che ormai raggiungono, a fine 2006, 3721 dipendenti e 1649 professionisti, con un impegno formativo davvero notevole. Ecco, la Fondazione in questa collaborazione tra pubblico e privato, come si è mossa? Ecco, a partire dalle esperienze, cosa stiamo facendo, cosa abbiamo fatto? Abbiamo aperto un rapporto con l'ente pubblico, immaginando un pubblico di valenza, appunto per tutti, e così abbiamo riconvertito, per esempio, un ospedale a Chiari e uno a Rovato, abbiamo avviato delle collaborazioni con l'azienda ospedaliera di Niguarda per la gestione di 10 posti letto e di strutture intermedie presso l'istituto Palazzuolo a Milano. Abbiamo animato una gestione dei servizi, custode socio-sanitario e custode sociale nell'area metropolitana a Milano, abbiamo poi fatto accordi con l'ASL di Legnano per quanto riguarda la gestione di attività residenziali, semi-residenziali, ambulatoriali per la cura e la disabilità: sono 80 posti letto. Poi in altre regioni, in Liguria, nell'ASL-La Spezia, una gestione di 70 posti letto, direi 77 posti letto di riabilitazione, più 16 di gravi cerebro-lesioni presso l'ospedale San Bartolomeo a Sarzana, a Massa Carrara, a Fivizzano...non sto quindi ad annoiarvi....Siamo in Basilicata, in collaborazione con l'ospedale San Carlo di Potenza e anche con l'ASL di Matera a Tricarico. Come vedete c'è una tipologia di collaborazione, di integrazione, con l'ospedale, con la situazione pubblica, con tipologie, dicevo, molto diversificate. Talvolta andiamo alla riconversione di alcuni ospedali. Talvolta ci insediamo in ospedale, con tutte le problematichità del caso, ma anche con le opportunità che si prospettano. Poi assistiamo, in un'ottica di continuità assistenziale, alcune tipologie di malattie: dall'unità di gravi cerebro-lesioni acquisite a Sarzana, a Sant'Anna Lombarda, a Niguarda, all'Ausiliatrice di Torino, fino alle cure palliative e all'assistenza domiciliare integrata con l'ASL di Milano, con l'ASL di Lodi, di Monza, alla riabilitazione post-cardio-chirurgica a Milano, Parma, Sant'Anna Lombarda...Insomma, tutte queste realtà. Abbiamo poi una continuità assistenziale per gli anziani: Alzheimer, Parkinson sia a Roma sia a Milano. Ma se dovessi riassumere l'esperienza fatta cogliendone l'opportunità, il focus, anche le criticità, la esprimerei così. L'opportunità di un'offerta mista pubblico-privato nelle modalità contemplate dalla legge. Per esempio, noi non abbiamo mai aderito all'opportunità, che la legge consente e favorisce, di società miste, dove il 51% è ente pubblico è il 49% ente privato (l'abbiamo fatto per ovvie ragioni che lascio anche intuire). Il vantaggio è stato questo, di inserire competizione in un mercato che era un po' monopolistico, potenzialmente resistente a questo cambiamento. Ora, questa opportunità la stiamo giocando fino in fondo, è una spinta ad una maggiore efficienza di tutti, perché se non si va a coesistere o a convivere ma si va ad integrarsi in una strutture, occorre schermare in meglio, da parte di tutti i soggetti, le professionalità, le multidisciplinarietà, le interdisciplinarietà dello svolgimento di tutta la nostra attività. E' Il focus di questa sperimentazione gestionale che ci ha portato a spingerci a trovare nuove risorse finanziarie. Quindi, reperimento di risorse finanziarie, innovazione tecnologica, innovamento delle strutture, forti motivazioni nell'acquisizione gestione delle risorse umane. Credo che questo sia uno dei punti nevralgici della nostra azione. Io

personalmente cerco di attingere, se possibile, alle risorse, ai livelli manageriali anche più alti, ma con dentro un supplemento d'anima, una motivazione molto forte nel gestire, appunto, queste realtà. E anche una compartecipazione al rischio d'impresa. Io, ogni tanto, ho qualche dubbio, perché stringere degli accordi della durata di 15-20 anni o 30 o 40, come è successo in qualche esemplificazione della realtà che io ho esposto, vuol dire un'epoca, vuol dire che l'evoluzione che sta avvenendo è così rapida, è così profonda che diventa difficile poter dominare, pur con la fantasia, che cosa potrà succedere. Noi ci fidiamo e ci affidiamo davvero all'ente, al rigore istituzionale e gestionale dell'ente pubblico. Quali le criticità, dici, di questa sperimentazione? Dal punto di vista di noi come soggetto privato, i cambiamenti istituzionali. Se si va sul mercato e ci si va con una diversificazione di soggetti anche giuridico formali, si può competere, altrimenti il rischio è di avere degli appesantimenti di costi per realtà come la nostra. Diversi orientamenti politici e regionali nei confronti del privato, ve l'ho già detto quindi non insisto su questo, la regionalizzazione delle regole, i requisiti d'accreditamento, i sistemi di remunerazione, il perfezionamento del corpus giuridico, rendono difficile il lavoro. Lavorare col pubblico vuol dire avere dei tempi anche piuttosto lunghi, non dico biblici, ma lunghi. Per chiudere una realtà, oppure per chiudere un accordo, qualche volta passano anni e anni: capisco la complessità, non è una critica, è una presa d'atto, ma è anche un limite che bisognerà in qualche modo snellire. La diffidenza rispetto all'affidabilità del privato, i rischi imprenditoriali ecc. che ne possono derivare. Io continuo a credere che l'Unione europea, i cui stati hanno una preponderante connotazione di welfare pubblico, ci aiuterà. La corte di giustizia, in una sentenza di questi ultimi tempi in questa materia (rapporto pubblico-privato), ha sanzionato, appunto, una parificazione tra offerta pubblica e privata, i figli della qualità e delle cure e anche dell'equità di accesso. Pertanto pubblico, cioè per tutti, implica, per quel che ci riguarda ma credo anche per tutto il mondo profit o non-profit, con tutte le debite differenziazioni, implica un atteggiamento mentale e una sfida per i gestori di queste strutture, perché siano orientate davvero alla qualità, all'appropriatezza. Proviamo a rilevare un altro punto critico. Voi sapete che i pagamenti dell'ente pubblico sono spesso dilazionati, procrastinati, naturalmente anche qui con tempistiche diverse nelle diverse regioni. In sostanza il richiamo è ad una responsabilità, anche civica, per tutti i cittadini che devono fruire del servizio in misura proporzionata agli effettivi bisogni, consapevoli di utilizzare delle risorse finite, non infinite, destinate alla salute di tutti. E' una sfida. Noi l'abbiamo raccolta. Stiamo applicando quello che il decreto legislativo 229 in qualche modo prevedeva espressamente, e cioè che le istituzioni e gli organismi non lucrativi concorrano con le istituzioni pubbliche alla reinvenzione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale nei servizi alla persona. Ma soprattutto ritengo che il nostro intervento sia più rapido, più economico, più conclusivo e risolutivo nel perseguire la tutela della salute di tutti. Particolarmente nei confronti dei malati mentali, dei pazienti cronici, delle persone in stato terminale, dei disabili, degli anziani. La realtà non-profit offre un servizio qualitativamente apprezzato anche dalle istituzioni e dai cittadini. Continuare in questo desiderio, in questa linea, vuol dire davvero creare un'ospitalità che assume, coniuga in sé, a partire dalla prossimità, efficienza ed efficacia, cura e sollecitudine umana, scienza e assistenza, medicina e antropologia, diritto alla salute e solidarietà, ricerca ed etica, benessere e bene, qualità della vita e vita di qualità. Grazie.

MODERATORE:

Due aspetti sottolineo dell'intervento di Monsignor Bazzani. Il primo quando lui ha detto che loro hanno sempre avuto a che fare col pubblico, quindi, è un'iniziativa privata che ha sempre avuto a che fare col pubblico, perché non penso che quando Don Gnocchi ha cominciato a raccogliere i mutilatini l'abbia fatto per i soldi. L'ha fatto per fare un servizio che nessun altro svolgeva. E tutti gli ospedali sono nati così, perché gli ospedali non li ha mica fatti lo Stato! Gli ospedali sono nati dalla società, lo Stato se li è presi, questo è un altro discorso. Quindi questa è la prima cosa che dobbiamo tenere presente, cioè che il servizio pubblico, il servizio pubblico come lo conosciamo, è nato dai privati e giustamente, come diceva Don Bazzani, da un'attenzione alla povertà, proprio dall'attenzione cristiana alla povertà. Perché all'inizio non si distingueva l'ospedale per i malati e l'ospedale per i poveri, perché i malati erano considerati poveri, no? Nel senso che i malati sono così poveri...cioè che l'essere ammalati è il segno massimo della povertà, non si possiede neanche la vita! Quindi più poveri di così...si muore! Questa quindi è la prima osservazione, poi lui ha posto due questioni. La prima questione è che gli odi religiosi sono in crisi, quindi questo sentimento, questo approccio alla realtà, va giù. La disumanizzazione degli ospedali non è dovuta all'eccesso della tecnologia ma al difetto degli uomini. E la seconda questione, che lavorare col pubblico è un disastro. Sono due belle domande da porgere al dottor Lucchina.

CARLO LUCCHINA:

Sì, con due precisazioni, perché la prima era per rispondere alla tua domanda "se siamo ancora in condizione di dare tutto a tutti" (che poi in parte puoi considerare "lavorare con il pubblico è un disastro"). Perché si fa fatica a vedere qual è la parte di un erogatore. Come sta andando il sistema? Allora, per mantenere quello che abbiamo, le risorse devono crescere mediamente dal 4.5-5% l'anno, quindi, se la legge finanziaria 2007 stanziava 97 miliardi per la sanità, nel 2008 devono essere 102 minimo. Se sono di meno, è un problema. Che poi a scalare viene a interessare tutti! Dall'erogatore al medico, all'infermiere, all'assistente ecc.. Se sono di meno è un problema. Perché è vero che noi abbiamo un aumento della vita media, è vero che abbiamo patologie diabetiche ipertesi...E' però vero che le patologie oncologiche oggi impongono uno sforzo finanziario, solo di farmaci specialistici, che spesso e volentieri va nell'ordine di 30.000 euro l'anno per ciclo di cura per paziente! E che quello che non si dice è che siamo ormai non alla vigilia, ma dentro una nuova emergenza di natura neurologica-psichiatrica, che riguarda le giovanissime popolazioni che cominciano a 12 anni con lo spinello, per passare alla cocaina e che diventano comici dal punto di vista psichiatrico e neurologico a 24-25 anni. Quindi con davanti una necessità di assistenza di decenni! Si fa una campagna contro il fumo, e io non salgo sul pulpito a fare questa predica, ma, per essere molto chiari, si dimentica spesso che non è solo il fumo che fa male. Questo è un discorso complessivo su cui non si può non riflettere, e siamo secondo me nelle condizioni adatte.

Il pubblico. Secondo me il pubblico dovrebbe avere due fondamentali obblighi: quello di programmare e quello di controllare, non quello di gestire. Perché la gestione può essere lasciata a un insieme di regole chiare, precise, trasparenti, all'interno del quale muoversi. Anche perché, vi confesso, che programmare e controllare non è assolutamente un lavoro da niente. E' una fatica immane. Ora, si è parlato, ricordava Cesana, della legge 31 del sistema lombardo che, paradossalmente, nonostante le accuse che ciclicamente vengono portate al sistema, non è il sistema che ha più privato in sanità. Ci sono parecchie regioni che hanno maggiore presenza, sia in termini percentuali che in termini di volume, di

privato in sanità. Cos'ha fatto la Lombardia? Ha semplicemente sancito, per legge regionale, un principio di parità di diritti e di doveri tra pubblico e privato accreditato e di libera scelta. Nonostante la fatica di mantenere conti in equilibrio, nonostante tutte le questioni legate a un sottodimensionamento delle risorse per la sanità, la Lombardia ancora oggi garantisce la libera scelta dei cittadini. Un cittadino che vuole andare in una struttura privata accreditata, invece che pubblica, lo può fare! Certamente, all'interno di alcuni vincoli. Perché quando monsignor Bazzari - col quale, prima di incontrare voi, i ci siamo scaldati i muscoli per un quarto d'ora, venti minuti di discussione - chiariva la questione del pubblico, sa altrettanto bene che c'è un problema complesso di programmazione e di regole, rispetto al quale nessuno può tirarsi fuori! Si può condividere, non condividere, si può esser d'accordo, non d'accordo, si può ritenere legittimamente di chiedere maggiori risorse per i ricoveri rispetto alla prestazione specialistica, ma questa è la regola! Con delle grosse, evidentemente, colpe o difetti da parte del pubblico, non lo dimentico. E' stato detto e citato dal monsignor Bazzari un discorso di cassa, dei pagamenti...vero! Regione Lombardia ha dovuto metterci del suo quasi 1 miliardo e mezzo per cercare di anticipare le erogazioni dello Stato, perché altrimenti, la morte ci sarebbe già stata. Come la questione dei no-profit. Perché? Perché in Lombardia oggi siamo al 70% pubblico, 30% privato, di cui 17 no profit e 13 profit. E' di tutta evidenza che il privato ha contribuito a migliorare la qualità. E' vero che ha messo in concorrenza il pubblico e il privato ma il dato che più appare è lo stimolo del pubblico a non essere inferiore al privato, nella constatazione, certezza che all'interno del pubblico ci sono, c'erano e ci saranno, delle professionalità da farsi leccare i baffi. Allora, se il dato del sistema Lombardo e della degenza media è migliorato del 30% dal '98 al 2007, è migliorato sia nel pubblico che nel privato! Non che sia migliorato solo il privato e che il pubblico sia rimasto fermo! Questo elemento di traino è certamente un aspetto positivo. Ora, il privato è più efficiente, il privato si finanzia i suoi investimenti, se li definisce, il pubblico ha più regole, è più elefantiaco.

Sul no profit. Il no profit non può non essere considerato un'esperienza storica di mission, di convincimento, di attenzione, come è già stato detto, fondamentale al livello del sistema Lombardo. La giunta regionale ha appena approvato (c'è qui l'Assessore che mi sente, lo sa meglio di me, è stato relatore) un progetto di legge di attenzione anche finanziaria al no profit. Però monsignore, bisogna anche gestire, nell'ambito di quelli che sono i pensieri, le motivazioni, la fede, la carità. Poi bisogna far funzionare la baracca, come si diceva dalle mie parti, bisogna alzare la "clora" la mattina e tirarla giù la sera in negozio, perché bisogna farlo funzionare! Su questo, secondo me, il no profit ha bisogno di guardarsi dentro. Perché nel momento in cui esiste un'attenzione del sistema per il no profit, il no profit deve fare qualcosa di più. In termini di scelta del management, in termini di valutazione e analisi della propria struttura che è portata all'ospedale. Mi vengono in mente alcune congregazioni che hanno evidentemente altre fedi, altre attività, altri interventi al riguardo e su questo però è un problema! Perché è un problema? Perché si è parlato della sperimentazione pubblico-privata, i due relatori che mi hanno preceduto l'hanno già accennato, io su questo vorrei fare un passaggio ancora più determinato. Si è parlato dell'aspetto ideologico del pubblico. Io ritengo che da un po' di tempo a questa parte noi siamo in presenza di un aumento esponenziale dell'aspetto ideologico nel governo della sanità, cioè io mi trovo di fronte a delle posizioni che fanno molto di tutela, di rendite o di nicchie di posizione, di interesse, nettamente contrarie a cominciare un discorso. Non dico a valutare una proposta, ma iniziare la collaborazione pubblico-privato.

Perché? Perché no! Che doveva fare il pubblico? Ora, io non sono per gli slogan, quindi non sono dell'idea che bisogna fare in alcune realtà tutte collaborazioni pubblico-privato, ma nemmeno che si debba stare tutti sul pubblico. Ci sono delle situazioni, certo, quelle della regione Lombardia credo di conoscerle abbastanza bene, rispetto alle quali può essere interessante valutare un progetto di collaborazioni pubblico-privato rispetto a delle altre per le quali conviene il pubblico. Non conviene il privato. Però bisogna avere il coraggio di cominciare a discutere, su questo siamo oggettivamente fermi e secondo me, con qualche preoccupazione. Cesana ha citato un altro aspetto che mi preme sottolineare, quando dice che il privato, laddove non ha una dimensione significativa, ha bisogno di essere maggiormente controllato. Io vado oltre questo concetto, perché la problematica dei controlli intesa come verifica di appropriatezza e di coerenza della valorizzazione, è un problema di sistema. Certamente un problema del privato, ma anche un problema di sistema. Chi come me che, vede le cose dal punto di vista proprio del sistema verticistico, ha la sensazione che la pressione che il sistema ha effettuato in questi anni sugli operatori, a cominciare dai medici, tendente al rispetto dell'equilibrio economico, ha rischiato, in alcuni momenti di questi anni, di dire al medico che prima di fare il medico doveva fare il manager. Per fortuna, se Dio vuole, piano piano abbiamo ricostruito l'equilibrio: "medico, faccia il medico, per favore! possibilmente bene, anzi benissimo", veda però di non dimenticare mai che opera in un contesto più vasto e che deve rendere conto complessivamente del suo operato, non solo clinico. Però questo problema di stress, quindi questo ribaltamento, questa pressione sul budget di reparto, dell'unità operativa, può portare a degli interventi, a dei modi di comportarsi che io non interpreto come illeciti nel senso letterale del termine, ma come necessità di difendersi da alcune obiezioni della serie: "non incassi niente, e guarda cosa costi!". Anche questo è un problema da rimettere in equilibrio. Ma è un argomento sul quale, chi mi è vicino, sa che è da qualche mese che mi sto arrovellando. C'è un problema di privato-profit, certamente, ma anche no-profit, secondo me, di profitto etico in sanità. Da un anno e mezzo a questa parte, in Europa, lo citava prima monsignor Bazzari, stanno girando fondi di investimento con liquidità immensa, impegnati in una campagna acquisti dei servizi sanitari. Comincia anche l'Italia. E se comincia anche l'Italia, potete star certi che si comincia dalla Lombardia da questo punto di vista. Allora, il fondo di investimento - parliamo soprattutto dei fondi pensionistici paradossalmente - per garantire il beneficio ai suoi soci, ha bisogno di far rendere questo capitale, perché altrimenti il privato, soprattutto americano, che paga la sua quota di fondo per aver la pensione a x anni, non può rischiare. Devo essere certo che pagando questa quota mi invieranno questa pensione. Allora, se il fondo ha necessità di avere un profitto e si mette in sanità, si mette nell'industria farmaceutica e ne acquista se non la proprietà azionaria parecchi titoli e azioni, qui se non stiamo attenti rischiamo il paradosso che, per fare in modo di rispettare alcune situazioni socio-economiche ed etiche di una rendita di una persona, si finisce di trasferire dei costi in una attività qual è quella sanitaria. Attività sanitaria che non può essere equiparata ad un'operazione finanziaria pura, perché non è mica possibile fare dell'attività sanitaria se non si ha qualcosa di più, oltre ai soldi disponibili, se non si ha una motivazione, se non si ha la fede, se non si ha rispetto della persona. Curare le persone non vuol dire fare cuscinetti a sfera o fare le t-shirts. Su questo passaggio io credo che prima cominciamo, meglio stiamo, perché non più dietro l'angolo ma siamo già nella fase, a livello di sistema, della priorità di affrontare la non-autosufficienza. Ormai degli ospedali sappiamo tutto, ormai possiamo anche prevedere qual è l'evoluzione delle patologie, ma lo scenario della non-

autosufficienza ormai è da affrontare con una determinazione che, personalmente non esito a dire, possa diventare l'aspetto prioritario della programmazione dei prossimi anni. Allora, nel momento in cui non abbiamo più l'esperienza storica centrale, esatta dell'ospedale, dovremo ripartire tutti i vari servizi all'interno del territorio, spero con un principio di sussidiarietà non solo teorico ma pratico. L'insieme di regole che vanno al di là dell'accreditamento dei percorsi clinici, terapeutici, socio-sanitari, ma attengono anche alcune verifiche di trasparenza, non può più essere rimandato. Non vorrei mai, signori, che se a Ferragosto ci siamo occupati, spero da spettatori, dei mutui subprime americani, che hanno creato quello che hanno creato, che hanno operato la spalmatura del rischio di questi mutui fra tutte le varie finanze alternative, non vorrei che questo possa avvenire anche sulla sanità e sulla non-autosufficienza. Su questo, su questo passaggio, il pubblico e il privato non possono non essere assieme. Grazie.

MODERATORE:

Lucchina secondo me è l'esempio raro di un funzionario pubblico che capisce quello che affronta. E da questo punto di vista il problema su cui si arrovela è effettivamente un problema di carattere strutturale, cioè il problema della nostra società. Nella nostra società europea, dove c'è di welfare generalizzato, per ogni persona che nasce si spendono circa 9.000 euro all'anno dal giorno in cui nasce. Questo è un posto in cui entra la sanità, le pensioni, le disoccupazioni etc etc. Tanto è vero che lo slogan che lui ha usato, "lo stato controlla e non gestisce!", sta diventando uno degli aspetti che sono più coltivati nelle varie conferenze e ormai anche amministrazioni europee. Secondo me, siamo molto beceri da questo punto di vista, perché il problema della sanità, in quanto servizio pubblico, è stato definito dagli americani il problema di un quasi mercato. Cioè non è il mercato, un normale mercato tout court, in cui l'acquisizione dei beni è regolata dai prezzi: prezzo troppo alto, il bene non lo compro. Nella sanità ci sono dei beni a cui tutti devono poter adire indipendentemente dal prezzo. Ma è anche un mercato: se si toglie l'aspetto di mercato, la sanità crolla. E la soluzione americana, che è profondamente diversa da quella europea, è molto semplice, perché gli americani sono gente semplice. Cioè che una persona, quando entra nell'età adulta, si arrangia, cioè dai 18 ai 65 anni, se vuole la sanità se la paga. E' coperto quando è più giovane e quando smette di lavorare e va in pensione, altrimenti si arrangia. Da questo punto di vista, la sanità americana non spende meno di quella europea, perché la media della spesa di sanità pubblica in America è esattamente uguale a quella europea. Poi la spesa viene raddoppiata, la spesa totale, perché si aggiunge il privato e da questo si capisce perché la sanità lì è più avanti. Anche dal punto di vista dello sviluppo della ricerca, ha un tasso di investimenti, di impiego di risorse, di creatività molto maggiore. Queste sono questioni grosse, non so, ma a me viene quasi la disperazione ormai, a pensare come si possano affrontare, ma sono le questioni che sono effettivamente in gioco. Giustamente lui ha tirato fuori i problemi di gestione del no profit, perché gli americani che fanno i conti su tutto, hanno dimostrato che il no profit non è sempre più efficiente del pubblico. Certamente non è più efficiente del profit perché c'è una dispersione di spese sanitarie nella managerialità. Come diceva Carlo Colombo, un direttore sanitario che molti di voi hanno conosciuto, che aveva un senso un po' cinico dell'umorismo - per render l'idea, lui è morto di un cancro al cervello, mi ricordo che una volta l'ho incontrato pelato e gli faccio: "Come stai?" e lui mi fa: "Sai, sono come uno che sta cadendo dal dodicesimo piano, adesso sono al sesto, sto bene" - comunque lui diceva che il medico ha un rapporto equivoco con l'ammalato, perché ci campa. E guardate che i

soldi maggiori si fanno sui bisogni più grandi, non sui bisogni piccoli: medici, avvocati, si può fare un elenco. Per cui, siccome questa ambiguità è sempre presente, il problema dell'organizzazione, della gestione, del tenere conto di quella idea di pubblico, che diventi veramente capace di controllare, è una cosa difficilissima. Infatti mollare la gestione, in un paese dove ormai la classe politica è in uno stato corporativo, è una cosa impossibile, perché tutto diventa possesso della corporazione che ce l'ha. E allora perché io dovrei mollare l'ospedale? Per questo per noi, andare avanti su queste cose, sarà difficilissimo, è una battaglia veramente dura. Io ringrazio molto Arullani, Bazzari etc perché sono gli esponenti di una risorsa che comunque è partita e continua, indipendentemente da tutti i problemi che ci sono. Poi come ha detto giustamente Mons. Bazzari anche loro hanno i loro problemi. Grazie.