



**OSPEDALI
RELIGIOSI:
LE ECCELLENZE**

**I CONTI
DELLA SANITÀ**



Gli ospedali religiosi sono strutture private che svolgono un servizio pubblico. Sotto, il presidente dell'Aris, fratel Mario Bonora

L'Aris: rimborsi più equi per un servizio migliore

Fratel Bonora: tariffe di ricoveri e prestazioni non più adeguate eppure le nostre case di cura svolgono un servizio pubblico

DI PAOLO VIANA

Chiede parità di trattamento a parità di prestazioni: più risorse agli ospedali religiosi, perché lo prevede la legge. Fratel Mario Bonora sa fare i conti. Dirige l'ospedale don Calabria di Negrar, il secondo di Verona, il sesto del Veneto, nel cuore dell'Italia che respira federalismo e costi standard. Bonora presiede l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris) che rappresenta una parte importante della sanità privata di ispirazione cristiana: ospedali, case di cura, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Un arcipelago che produce eccellenza senza smarrire le origini, quelle di un personalismo per il quale la sofferenza del malato viene prima del fatturato. In quest'intervista, fratel Bonora commenta l'inchiesta di *Avvenire* sugli ospedali religiosi. E ribadisce che il piatto piange.

Se parliamo di sanità religiosa, si pensa ai grandi santi che hanno dedicato la loro vita agli infermi, come Giovanni di Dio o Camillo de Lellis. Se invece parliamo di sanità privata, tutti pensano alle cliniche per ricchi. Qual è la realtà?

L'impegno del mondo religioso nella sanità, se ci riferiamo alle istituzioni che aderiscono all'Aris, è più vicino alla prima immagine che alla seconda. La nostra associazione rappresenta 21 ospedali classificati, che hanno spesso le origini che avete ricordato, che svolgono innegabilmente un servizio pubblico e ai quali accedono tutti, alle condizioni previste dal servizio sanitario nazionale, cioè pagando solo il ticket quando è dovuto. Inoltre, comprendiamo undici Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, cinque presidi di unità sanitaria locale, 126 centri di riabilitazione, 57 case di cura e 16 residenze sanitarie assistite ed ex istituzioni psichiatriche. Insomma, un panorama variegato, nel quale è preponderante l'impegno a produrre assistenza e ricerca a vantaggio di tutta la collettività.

Il presidente degli ospedali cattolici: occorre che il finanziamento alle nostre strutture sia assegnato con un vincolo di destinazione a cui le Asl non possano venire meno

Qual è il peso dell'Aris nel sistema sanitario nazionale?

Sicuramente un peso importante, se consideriamo che i nostri Irccs sono circa un quarto di tutti quelli attivi nel nostro Paese e che i nostri ospedali classificati in alcune regioni rispondono a quote consistenti della domanda di servizi ospedalieri. I tre ospedali di San Giovanni Rotondo, Acquaviva delle Fonti e Tricase rappresentano ad esempio il 17% della sanità ospedaliera pugliese. Il nostro peso nel sistema sanitario romano è addirittura superiore. Questo spiega anche la nostra sensibilità a certi problemi di "equità" finanziaria.

Visitando queste strutture si capisce che, a fronte di un'offerta di alto livello, i rimborsi delle spese che sostenete, previsti dalla legge, ritardano o sono insufficienti. Dipende dalla legislazione nazionale o da come viene interpretata dalle Regioni?

L'equiparazione dei nostri ospedali e dei nostri presidi a quelli pubblici è stabilita dalla legge di riforma 833/78, ma è preesistente, risalendo alla legge Mariotti del 1968, con cui si equiparavano quelle strutture che rispettavano gli standard del pubblico, a partire dall'inquadramento del personale. Questo aspetto, si badi, è sempre stato nevralgico, perché è una condizione per garantire la qualità del servizio. Il Dpr 761/79 non solo equi-

para i titoli di studio e di carriera dei nostri medici a quelli pubblici, ma prevede anche lo stesso trattamento economico. Abbiamo assolto questo impegno ma all'evoluzione compiuta doveva corrispondere una copertura degli oneri derivanti dai contratti, che con l'equiparazione sono diventati più onerosi.

E questo non è avvenuto. Perciò sostenete che il piatto piange?

È venuto a mancare l'adeguamento delle tariffe che, per legge, dovrebbero essere aggiornate ogni biennio in base ai maggiori costi contrattuali (forniture, ecc.) e da cui dipende il rimborso delle spese che sosteniamo. Gli interventi regionali, in alcuni casi sono stati insufficienti, in altri del tutto assenti. Questo ha causato agli ospedali religiosi delle sofferenze di bilancio che la vostra inchiesta ha documentato.

Queste sofferenze non si riscontrano anche negli ospedali pubblici?

Un ospedale pubblico non può fallire. Per quanto soffre, la Regione competente interviene a ripianare il deficit, così come faceva prima lo Stato. Va detto che le strutture pubbliche hanno accesso anche a fondi straordinari per coprire gli oneri derivanti dagli incrementi del contratto di lavoro del personale medico e paramedico. Inoltre, la legge 67 dell'88 permette il finanziamento straordinario degli ospedali pubblici per le spese in conto capitale, come gli adeguamenti strutturali e l'acquisto di macchinari.

Gli ospedali religiosi hanno accesso a questi fondi?

La legge 448/2001, cioè la legge finanziaria 2002, l'ha previsto, ma poi si è scoperto che non c'erano abbastanza soldi e il finanziamento per gli ospedali classificati è sparito.

Come proponete di modificare il sistema dei rimborsi?

In base ai Drg e alle tariffe che ne derivano, avviene il pagamento del ricovero e della prestazione ambulatoriale. È un sistema codifi-

L'intervista

Il presidente dell'Associazione religiosa istituti socio-sanitari fa il punto sui problemi delle strutture: una galassia virtuosa di centri privati, tra cui 21 presidi ospedalieri, 16 residenze assistite, 11 Irccs e 126 centri di riabilitazione

cato, cui fanno eccezione quelle funzioni, come le terapie intensive, per le quali la Regione riconosce una quota di finanziamento indipendente dalle prestazioni erogate. C'è una logica in questo: il Drg serve a garantire l'efficienza del sistema ma le funzioni non dipendono solo dall'efficienza, quanto dalla domanda reale di un determinato servizio che esprime un dato territorio. Il bilancio degli ospedali classificati dipende dalle tariffe riconosciute e dal tetto di spesa che viene imposto da ogni Regione, per quanto lo scorso anno il Consiglio di Stato abbia sentenziato l'illegittimità di tali limiti. Il nodo da sciogliere è l'adeguamento delle tariffe e l'accesso ai fondi riconosciuti agli ospedali pubblici.

Su quali basi rivendicate questa pari opportunità?

Su quelle che ha posto la legge. Gli ospedali dipendenti da enti ecclesiastici civilmente riconosciuti che possedessero i requisiti previsti dalla legge 132/68, ribaditi dalla legge 833/78 e dai decreti legislativi 502/92 e 229/99, possono essere "classificati" ossia equiparati ai presidi pubblici ai fini della programmazione ospedaliera: cioè autonomia istituzionale, ma stesso trattamento in cambio del servizio pubblico che questi ospedali prestano. Il legislatore riconosce la natura pubblica dell'assistenza che ero-

ghiamo, lo fa testualmente, parlando di «assistenza pubblica» nell'articolo 41 della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale. Su questo punto non c'è alcun dubbio come non ve n'è a proposito del servizio all'uomo prestato per secoli da queste strutture religiose. La riforma, coerentemente, postula la piena integrazione tra queste strutture e il servizio sanitario e l'articolo 41 lo impone alle Regioni, in sede di programmazione ma anche di finanziamento delle unità locali.

In altre parole, siete privati per natura giuridica ma pubblici quanto a servizi erogati, visto che in queste strutture si viene curati gratis o pagando il ticket, esattamente come avviene negli ospedali pubblici. Ma se è tutto così chiaro, perché il sistema non funziona?

All'equiparazione tra ospedali classificati e ospedali pubblici, affermata dal legislatore in relazione alla natura del servizio prestato, non corrisponde nei fatti la stessa equiparazione nel trattamento economico, perché gli oneri contrattuali - il costo del personale - incidono dal 55% al 65% nei nostri bilanci - non sono riconosciuti, diversamente da quel che avviene per i presidi pubblici, e le tariffe collegate ai Drg non vengono aggiornate. La situazione è complicata dalla variabilità con cui vengono applicate le tariffe da Regione a Regione e dalla diversa tempistica di erogazione dei rimborsi, che è effettuata dalle Asl e che può provocare colossali problemi di cassa, come ha dimostrato la vostra inchiesta.

In conclusione, cosa chiedete allo Stato e alle Regioni?

Per iniziare, che il finanziamento diretto agli ospedali classificati, che non sono solo quelli cattolici, sia assegnato con un vincolo di destinazione, come già fa qualche Regione. Solo con questo vincolo si impegneranno le Asl e ci saranno le risorse necessarie per mantenere in attività delle strutture che, al di là del loro valore storico, danno un contributo importante e qualitativamente eccellente al servizio sanitario nazionale. E poi, va affrontato il nodo tariffe: non è possibile che non ci sia traccia di quattro rinnovi contrattuali. Non è sostenibile né su un piano meramente contabile né su quello dell'equità. E si badi: fatte le necessarie distinzioni, dovute alla diversa configurazione giuridica, anche le 57 case di cura dell'Associazione, soffrono delle stesse ristrettezze finanziarie degli Irccs, degli ospedali classificati e dei presidi.

L'INCHIESTA



RIABILITAZIONE E RICERCA
L'inchiesta parte il 30 gennaio dall'Istituto Medea di Bosisio Parini (Lecco), unico Irccs per la riabilitazione in età evolutiva: terapie di frontiera al prezzo di un ticket.



EFFICIENZA BRESCIANA
Seconda puntata il 22 febbraio a Brescia, dove il pronto soccorso della Poliambulanza è diventato un modello di efficienza. L'ospedale classificato della Leonessa è anche un centro importante per le staminali della placenta.



PRIVATO MA PUBBLICO
A Negrar, cioè a pochi chilometri da Verona, don Calabria ha lasciato una modernissima cittadella della salute, che abbiamo visitato il 28 febbraio. L'ospedale che porta il nome del Santo è uno dei più importanti della Regione. Terapie da vip alla portata di tutti.



L'EX MANICOMIO È UN IRCCS
A Brescia, il 4 marzo, visitiamo il San Giovanni di Dio, dei Fatebenefratelli: era un manicomio, ora è un istituto di ricerca in cui si sperimentano innovative soluzioni contro le patologie della mente.



L'ISOLA DELLE MAMME
Sull'isola tiberina, nel centro di Roma, lavora da secoli il Fatebenefratelli. L'ostetricia, cui è dedicata la puntata dell'8 marzo, è ambitissima dalle partorienti della capitale, che sopportano qualche disagio pur di partorire lì.



L'HOSPICE DEL SALENTO
L'ospedale cardinal Panico di Tricase si prepara ad aprire un attrezzatissimo hospice: cure palliative per i malati terminali in una cittadella della salute che garantisce dignità al malato, fino alla fine. Questa puntata è uscita il 13 marzo.



I COLORI DELLE MURGE
Un ospedale a colori alle prese con i problemi finanziari: il 18 marzo è la volta del Miulli di Acquaviva delle Fonti, dove si restituisce il sorriso ai bambini e si gestisce la più grossa colonia per lebbrosi.



LA CASA DI PADRE PIO
L'ultima puntata dell'inchiesta, uscita il 22 marzo, è dedicata alla Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo, l'opera sanitaria di padre Pio. Un grande ospedale che è anche un importante istituto di ricerca.

IL CASO



Il mondo della riabilitazione soffre

L'Aris rappresenta un mondo che ha la vocazione ad investire nella riabilitazione. Su 247 enti iscritti 124 sono attivi in questo settore e su 11 Irccs sono cinque quelli impegnati in un settore che, ai fini del bilancio aziendale, è da sempre a bassa remunerazione. Queste strutture sono sociosanitarie e non ospedaliere, per cui i rimborsi non derivano dai Drg ma avvengono in base a una diaria. «Anche questo sistema - precisa fratel Bonora - soffre perché le diarie non vengono adeguate ai costi reali del servizio offerto».

DA SAPERE

Drg (diagnosis related groups), strumenti di politica tariffaria per «orientare» l'attività ospedaliera

I Drg (diagnosis related groups) sono stati introdotti per calcolare le tariffe, ossia il "prezzo" dei ricoveri che il Servizio sanitario nazionale rimborsa agli ospedali privati equiparati a quelli pubblici. Oltre a costituire uno strumento per verificare l'appropriatezza dei ricoveri, sono degli strumenti di politica tariffaria, nel senso che possono essere usati per orientare la "produzione" degli ospedali secondo le esigenze di un dato territorio. Fino al 1995 il meccanismo di rimborso della spesa ospedaliera prendeva in considerazione il numero delle giornate di degenza e la diaria era aggiornata annualmente. Oggi, ogni Drg raggruppa tutti i ricoveri che hanno teoricamente lo stesso "costo di produzione" e quindi comportano il diritto alla stessa tariffa, la quale rappresenta il costo medio dei ricoveri

che rientrano in quel Drg. Naturalmente, il costo effettivo può essere ben diverso - maggiore, ma anche minore - rispetto alla tariffa e quindi al rimborso. Secondo uno studio di Angela Testi dell'Università di Genova, ad esempio, nel 2005 le tariffe del Drg 290 per gli interventi alla tiroide variavano tra 2346 e 2496 euro in Piemonte e tra 1950 e 2274 euro in Lombardia. Ciò può avvenire perché la tariffa è calcolata attraverso un complesso sistema di variabili che possono cambiare nel tempo e che cambiano spesso da Regione a Regione: il mancato adeguamento di queste voci al loro valore di mercato porta le aziende ospedaliere a generare utili o, più spesso, sofferenze. Va detto che il sistema sanitario italiano, oltre a rimborsare secondo un analogo sistema le prestazioni ambulatoriali effettuate dagli ospedali equiparati, riconosce delle "funzioni" che sono slegate dal sistema dei Drg e che vengono rimborsate a parte.