

Il ruolo delle istituzioni sanitarie di ispirazione cristiana nell'ambito del Ssn

Sanità cattolica, performance al top

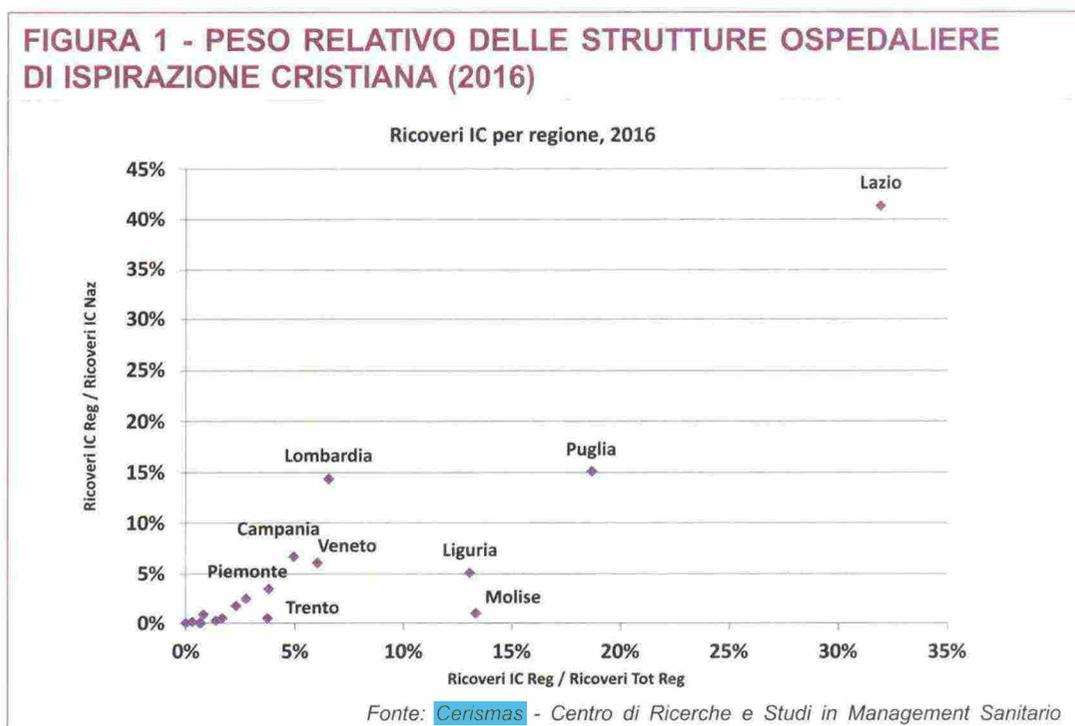
Novantatré strutture di ricovero accreditate (8,5% del totale delle strutture accreditate censite dal Ministero della salute), attive in 16 regioni e 43 province, con una forte presenza (23% dei posti letto totali) nel sottoinsieme di strutture costituito da Irccs (15) e Policlinici Universitari (2). Sono i numeri contenuti nel quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale sulla sanità di ispirazione cristiana.

di **Eugenio Anessi Pessina***

Come si caratterizza la sanità religiosa in Italia? Qual è stata la sua evoluzione nel corso del XXI secolo? Quali sono le principali sfide da affrontare nel prossimo futuro? A queste domande cerca di dare risposta l'Osservatorio permanente sulle istituzioni sanitarie e socio-sanitarie di ispirazione cristiana, promosso da [Cerismas](#) nell'ambito del Tavolo di collaborazione attivato tra cinque delle maggiori strutture

italiane di ricovero e assistenza. Il quarto Rapporto Annuale dell'Osservatorio⁽¹⁾, in particolare, conferma che la sanità gestita da congregazioni religiose o da altri movimenti di ispirazione ecclesiale resta un'importante componente del sistema di tutela della salute. Annovera, infatti, 91 strutture di ricovero (8% del totale) operanti in 16 regioni e 43 province, tra cui 2 policlinici universitari, 15 Irccs e 24 ospedali classi-

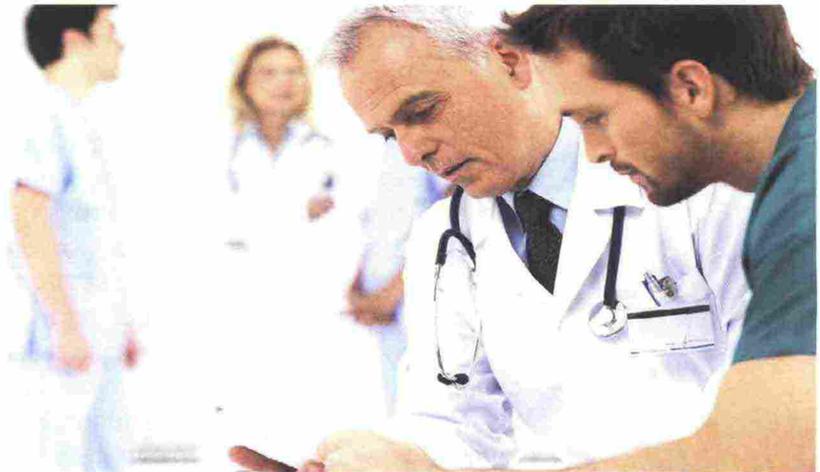
FIGURA 1 - PESO RELATIVO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE DI ISPIRAZIONE CRISTIANA (2016)



⁽¹⁾ Il quarto rapporto dell'Osservatorio Nazionale sulla sanità di ispirazione cristiana è stato presentato in occasione del convegno organizzato da [Cerismas](#) dal titolo "Le sfide manageriali nella sanità di ispirazione cristiana".

ficati; presenta, inoltre, alcune strutture di grandi dimensioni (12 superano i 300 posti letto), nonché numerose altre concettualmente riconducibili a un medesimo "gruppo di aziende" per effetto dell'appartenenza allo stesso ordine religioso; eroga il 7,7% dei ricoveri complessivamente effettuati a livello nazionale, contro il 73,6% delle strutture pubbliche e il 18,7% di quelle private non religiose; presenta una specifica focalizzazione sull'attività di riabilitazione, rispetto alla quale copre il 18% dei posti letto ospedalieri e il 16% dei ricoveri (Figura 1). Quanto all'attività territoriale, i dati Istat sui presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari rivelano un peso relativo ancora superiore: il 13% dei posti letto complessivi a livello nazionale è ascrivibile a enti religiosi ex L. 222/1985 e un altro 43% a enti non-profit una quota dei quali, pur non rientrando nella definizione giuridica di ente religioso di cui al punto precedente, può presumibilmente considerarsi "di ispirazione cristiana". Già nella sola Lombardia, del resto, sono direttamente ascrivibili alla sanità religiosa 433 strutture e servizi territoriali (18% del totale) di assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare, con un numero particolarmente elevato di Rsa (147, pari al 21% del totale), ma con un peso relativo ancora maggiore nel caso specifico della residenzialità psichiatrica (25%), nonché per centri di riabilitazione ambulatoriali (49%), centri per minori (27%), residenze sanitarie per disabili (29%).

Ciò nonostante, i dati mostrano una forte regressione della sanità religiosa, in termini sia di strutture attive sia di volumi e valori di produzione, almeno in ambito ospedaliero. Dal 2000, il sistema degli ospedali cattolici ha perso circa 4100 posti letto, ossia un quinto del totale; numerose strutture, anche con nomi blasonati, sono uscite dall'orbita delle iniziative ecclesiali acquisendo una nuova collocazione nell'ambito della sanità privata non religiosa. Nel contempo, le strutture rimaste hanno progressivamente visto assottigliarsi il proprio peso relativo. Una volta depurata dall'effetto di chiusure e



alienazioni, la contrazione è stata relativamente contenuta nell'attività per acuti: tra il 2003 e il 2016, il peso della sanità religiosa sul totale nazionale è passato dall'8,0 al 7,4% in termini di dimessi e dall'8,0 al 6,7% in termini di ricoveri valorizzati a tariffe Tuc 2012. Molto più significativa è stata la contrazione nella riabilitazione (dal 21,0 al 16,4% in termini di dimessi e dal 20,0 al 15,5% in termini di ricoveri valorizzati) e nella lungodegenza (dal 12,0 al 6,1% per i dimessi e dal 12,0 al 5,1% per i ricoveri valorizzati). Nel frattempo, il peso relativo del privato non religioso è cresciuto dal 13,7 al 19,0% a quantità, dal 13,8 al 20,0% a valore (Figura 2). Non mancano, d'altra parte, ospedali religiosi che hanno avuto la capacità di reagire, valorizzando i propri elementi distintivi e la propria identità, avviando coraggiosi percorsi di cambiamento strategico e organizzativo e riuscendo così a migliorare strutture, processi e performance. Mediamente, del resto, gli indicatori comunemente utilizzati per esprimere efficienza, attrattività, complessità, appropriatezza ed esito si collocano sistematicamente, per la sanità religiosa, in posizione intermedia tra pubblico e privato for-profit, con valori tipicamente più favorevoli per le strutture più grandi.

**Professore ordinario di Economia aziendale, Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore;
Direttore CERISMAS*

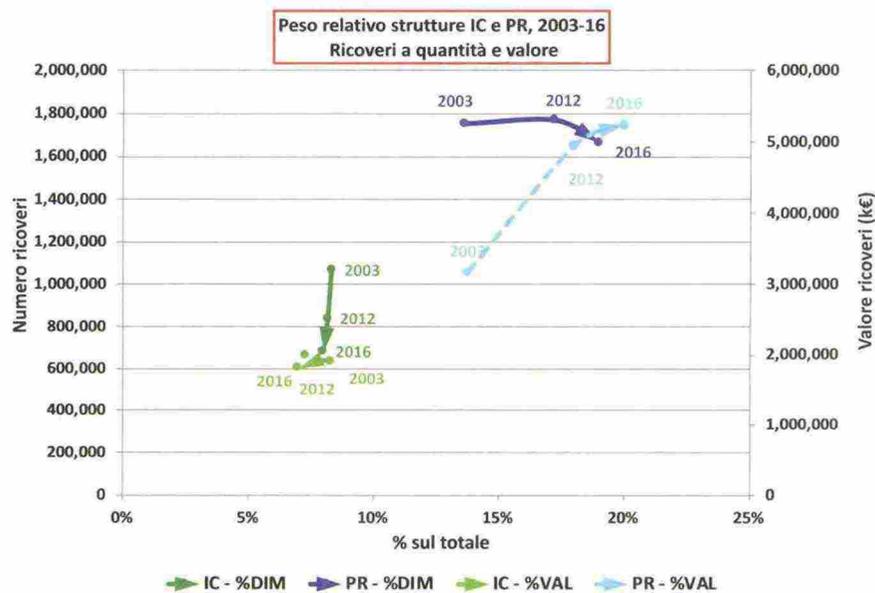
Ma cosa differenzia i casi “critici” da quelli di “successo”? Come trovare la via dello sviluppo ed evitare il declino?

In parte, pesano elementi strutturali, difficilmente modificabili nel breve periodo. Per esempio, gli ospedali religiosi presentano una fortissima concentrazione nel Lazio (Figura 3): il 32% dei ricoveri effettuati nel Lazio avviene in strutture religiose; addirittura il 41% dei ricoveri complessivamente effettuati in Italia dalla sanità religiosa riguarda strutture del Lazio. Percentuali decisamente inferiori, ma comunque significative, si rilevano in Puglia (rispettivamente 19 e 15%), nonché in Lombardia (rispettivamente 7 e 14%). Si tratta, per motivi diversi, di contesti difficili: Puglia e soprattutto Lazio per l'assoggettamento ai Piani di Rientro e la necessità di comprimere disavanzi regionali particolarmente elevati; Lombardia per l'intensità delle dinamiche competitive (si noti che, in Lombardia, il peso relativo della sanità religiosa si è ridotto in modo molto significativo negli ultimi 15 anni).

In parte, valori di fondo e mission perseguita sono solo parzialmente com-

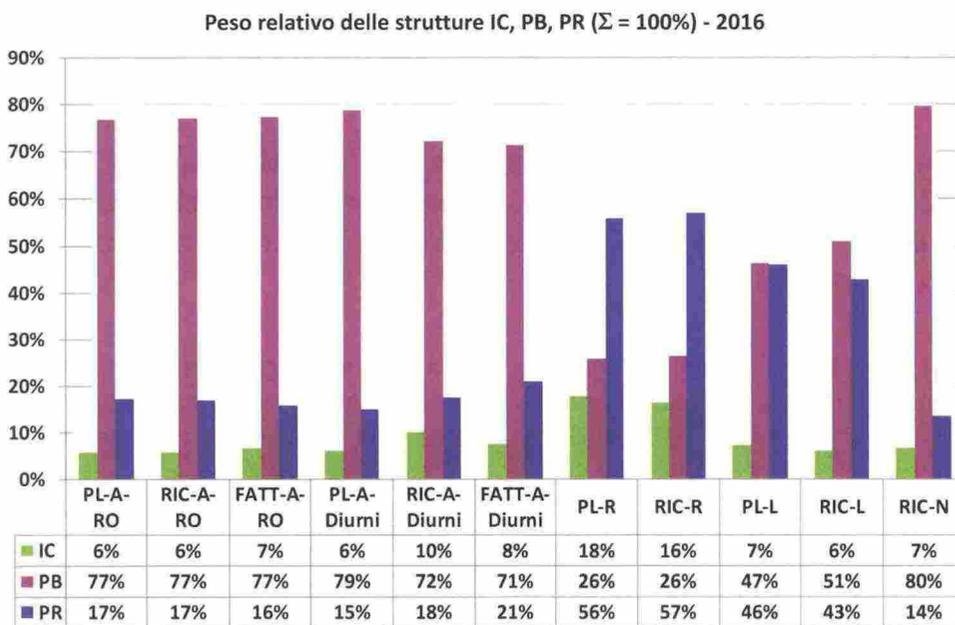
patibili con le performance economiche, che non sono comunque mai una finalità in sé: per esempio, è interessante osservare che, mediamente, la distribuzione dei ricoveri per linee produttive e il peso relativo dell'attività chirurgica sono, nelle strutture religiose, molto più vicini a quelli delle strutture pubbliche rispetto a quelli del privato non religioso. D'altro canto, però, pesano anche la persistente difficoltà di accettare, interiorizzare e tradurre in comportamenti concreti una visione dell'efficienza quale mezzo per perseguire la mission, anziché come sinonimo di «ricerca del profitto» e quindi negazione della mission stessa; l'evidente ritrosia verso forme e modalità di collaborazione capaci di generare sinergie, conseguire economie di scala, eliminare duplicazioni, garantire continuità delle cure; la difficoltà di reperire le fonti di capitale necessarie per finanziare gli investimenti e coprire le perdite, acuita in alcuni contesti da una sostanziale equiparazione al privato for-profit da parte del regolatore pubblico, malgrado l'evidente diversità nelle finalità istituzionali e nelle conseguenti scelte ge-

Figura 2 - Peso relativo delle strutture ospedaliere attualmente presenti, di ispirazione cristiana e private non religiose, in termini di ricoveri e di ricoveri valorizzati (2003-16)



Fonte: **Cerismas** - Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario

Figura 3 - Peso relativo dei ricoveri in strutture di ispirazione cristiana, per Regione (2016)



Fonte: [Cerismas](#) - Centro di Ricerche e Studi in Management Sanitario

stionali. In prospettiva, sarà quindi necessario, innanzitutto, sviluppare competenze manageriali e strumenti gestionali coerenti con la complessità dell'attività sanitaria e con la contrazione delle risorse disponibili, riconoscendo che la necessità di usare al meglio le risorse scarse per raggiungere le finalità istituzionali non è circoscritta ai soggetti profit, ma si estende a tutte le aziende; accettando inoltre che caratteristiche personali quali buon senso, onestà, dedizione, coerenza valoriale sono condizioni tutte necessarie, ma non sufficienti per gestire strutture così impegnative. Naturalmente, l'attenzione alla mission andrà preservata e anzi valorizzata, sia sotto il profilo dell'immagine e della comunicazione esterna, sia come fattore chiave per promuovere l'engagement del personale e migliorare le performance; andrà però resa più esplicita tramite una chiara definizione dei suoi elementi salienti, delle principali modalità con cui perseguirli, degli indicatori chiave con cui monitorarne l'effettivo conseguimento. Inoltre, sarà necessario "fare rete", conseguendo tutte quelle sinergie che nella sanità religiosa di altri

Paesi sono già date per acquisite e che all'osservatore esterno paiono "a portata di mano", anche in virtù della comune base valoriale propria delle strutture sanitarie e socio-sanitarie di ispirazione cristiana, nonché della loro capillare distribuzione geografica e tra livelli di assistenza. La ricerca di sinergie dovrebbe riguardare sia le attività amministrative sia quelle sanitarie. Occorrerà infine rafforzare la governance, investendo anche sui sistemi di controllo interno e sulla trasparenza. Su queste basi, la sanità religiosa potrebbe chiedere al regolatore pubblico un processo di programmazione chiaro e condiviso che ne chiarisca il ruolo atteso e ne consenta uno specifico riconoscimento anche in termini economici; potrebbe aprirsi a forme privatistiche di copertura delle spese sanitarie dei cittadini quali i fondi sanitari integrativi e le casse o società di mutuo soccorso; potrebbe, soprattutto, beneficiare al meglio degli evidenti punti di forza, strutturali e valoriali (la rete capillare di strutture e servizi; l'attenzione alla persona in generale e alle fragilità in particolare), di cui dispone per affrontare la nuova sfida delle cronicità.