

Proposte per il futuro del Sistema Sanitario regionale

19 gennaio 2018

1. La rappresentanza della sanità privata

Confindustria Lombardia rappresenta, nei confronti dell'Istituzione regionale, l'intera filiera industriale lombarda delle scienze della vita.

Confindustria Lombardia si pone come interlocutore in grado di “coagulare” le diverse istanze: grazie all'esperienza di Confindustria Lombardia Sanità Servizi (che aggrega l'azione di AIOPI Lombardia, ARIS Lombardia, ANISAP Lombardia e AGeSPI Lombardia) e al raccordo con tutta la filiera nell'ambito del Sistema Confindustriale, ulteriormente rappresentativa dato il coordinamento del Cluster Lombardo Scienze della Vita.

Parliamo di un settore industriale meritevole di particolare attenzione da parte delle istituzioni in termini di valore della produzione, valore aggiunto e degli investimenti effettuati dagli erogatori pubblici e privati. **Proprio questi ultimi, privati in termini di proprietà, sono a tutti gli effetti erogatori pubblici, in quanto l'80% del loro fatturato è dato da prestazioni di natura pubblica.**

In particolare:

- la Lombardia è la regione italiana più sviluppata in questo ambito, con un valore della produzione di 55,8 miliardi di euro, oltre 20,7 miliardi di euro di valore aggiunto della produzione e circa 339 mila addetti (in sostanza, con il 16% della popolazione italiana, rappresenta, nel settore analizzato, il 28% del valore della produzione, il 22% del valore aggiunto e il 20% degli addetti);
- la densità scientifica è sostanzialmente in linea con quella delle regioni benchmark europee.

Considerato che al comparto socio sanitario vengono destinate l'80% delle risorse regionali disponibili, per garantire al Sistema un livello di competitività

crescente in linea con i principali competitors europei, **le politiche regionali e gli investimenti vanno riorientati in favore di quei soggetti, quali gli erogatori privati, ad alto potenziale di espansione e attrazione sia di investimenti privati che di pazienti da altri Paesi extra-UE.** Tutto ciò, tenendo presente che attualmente ci muoviamo in un contesto nazionale dove la spending review impone un tetto agli investimenti che il decisore regionale può fare negli “asset” privati, limitando quindi la libertà di organizzazione socio-sanitaria. Su questo aspetto il buon esito dei negoziati sull'Autonomia potrebbe favorire una maggiore flessibilità nella gestione di tali risorse.

2. Obiettivi prioritari

2.1 Eliminazione o riduzione del blocco imposto da Regione Lombardia alla mobilità inter-regionale

- **Revisione delle prestazioni ad alta complessità** con la possibilità di ridurre quelle sottoposte a tetto; necessario un presidio tecnico della Conferenza delle Regioni.
- **Mantenimento dell'attuale deroga per gli IRCCS**, considerato anche che la Conferenza delle Regioni sta lavorando su un tetto da applicare alle strutture pubbliche oltre che a quelle private.

2.2 Riduzione dell'abbattimento dovuto al FILE F

- **Prevedere un tetto massimo (occorre valutarne l'entità) dell'abbattimento**, per evitare un impatto troppo gravoso sugli erogatori privati.

2.3 Presa in carico

- **Evitare rimodulazioni del budget nel 2018, da considerare come un regime “sperimentale”**, in modo da verificare con maggiore dettaglio le adesioni al

Piano assistenziale individuale (PAI) dei pazienti cronici, per poter rideterminare, nell'anno 2019, il budget con dati più attendibili. Questa gradualità potrebbe permettere di attuare la previsione di un budget unico per i cronici, pubblico e privato, condizione indispensabile per il successo del percorso di "presa in carico".

2.4 Technology Transfer

- In continuità con le attività svolte dalla rete degli IRCCS lombardi, si sta completando la filiera della ricerca attraverso lo sviluppo di **un modello lombardo di technology transfer che possa essere messo a disposizione delle strutture eventualmente richiedenti**. Attraverso il coinvolgimento del Cluster Lombardo Scienze della Vita, che raccoglie sia soggetti privati che pubblici, abbiamo incrementato al massimo le potenzialità di tale strumento e la rappresentatività del modello, che deve essere valorizzato.

2.5 Ricerca e clinical trials

- **Sviluppo di centri di sperimentazione per la ricerca clinica in Lombardia (Clinical Trial Centers - CTC) con l'obiettivo di attrarre sul territorio, grazie all'alta qualità dell'offerta, investimenti ed innovazione a livello internazionale**, creando così un vero polo di eccellenza della Ricerca&Innovazione. I CTC sono il luogo deputato all'incontro delle Scienze della Vita, dalla ricerca farmaceutica e biomedicale all'erogazione. Questa attività si inserisce perfettamente nella riorganizzazione della sperimentazione clinica prevista dal DDL Lorenzin e dal Regolamento EU 536/2014.

2.6 Internazionalizzazione della Sanità

- **Promozione delle eccellenze sanitarie private accreditate lombarde all'estero per la creazione di una vera "brand awarness" del settore**. L'obiettivo è da una parte quello di attrarre nuovi pazienti e, dall'altra, quello

di esportare, anche attraverso attività di “education” il nostro know-how verso i Paesi target. Questo può avvenire sia attraverso specifiche missioni imprenditoriali sia attraverso un piano marketing strutturato fondato sullo studio del mercato (in collaborazione con AON e OCPS Bocconi) e sulla diffusione di un sito sviluppato ad hoc: www.healthlombardy.eu.

3. Proposte di linee d'azione

Di seguito le nostre proposte di linee d'azione sugli ambiti di maggiore rilevanza che riguardano l'organizzazione del SSR che, se attuate, consentirebbero di favorire il progresso dell'intera filiera industriale in termini di produzione, innovazione, ricerca e sviluppo, technology transfer e risposta ai bisogni di salute.

3.1 Evoluzione del sistema sanitario regionale

- **Parità pubblico-privato**

Nell'ambito del processo in corso di evoluzione del SSR, è fondamentale la salvaguardia dell'attuale assetto di produzione e della parità pubblico-privato. Questo sia in relazione al peso, a livello di erogazione delle prestazioni, degli Enti privati accreditati (40% di prestazioni di ricovero per cittadini lombardi, 50% delle prestazioni ambulatoriali e di diagnostica sempre per i cittadini lombardi, 60% dell'attività a favore di cittadini non lombardi - con prevalenza di prestazioni di alta complessità), sia in relazione ai loro investimenti presenti e futuri sul territorio.

Gli erogatori privati sono parte di una filiera industriale ad elevato valore aggiunto e, quindi, non solo meritevoli di ancora maggiori risorse del FSN, ma anche di risorse *ad hoc* quale leva per ulteriori investimenti privati (dimostrando anche una particolare efficacia in termini di costo della produzione a parità di complessità).

- **Presa in carico**

Il processo della Presa in Carico è un processo organizzativo che potrà mostrare i suoi risultati nel medio-lungo periodo. Non si tratta però di una revisione tariffaria paragonabile all'introduzione dei DRG, se non per quanto attiene l'impatto innovativo. Inoltre non potrà essere considerata iso-risorse.

È quindi necessario:

- **un maggior investimento, in termini di idealità e risorse economiche** - a favore degli erogatori sia pubblici che privati - soprattutto nella fase di startup organizzativo, che prevede, tra l'altro, un forte impegno nell'adeguamento dei sistemi informativi, sia per i gestori che per gli erogatori (risorse di cui non si ha alcuna traccia nelle recenti delibere);
- sempre in termini di risorse, posto che nelle Regole 2018 è prevista una riduzione dell'ammontare complessivo dello stanziamento per le "funzioni non tariffate" per gli erogatori privati accreditati (115,5 ml/euro per gli Enti privati accreditati e 702 ml/euro - sette volte tanto - per gli erogatori pubblici), **prevedere che la quota PAI a favore degli Enti privati accreditati sia erogata come funzione non tariffata**, preoccupa ulteriormente sulla consistenza delle risorse messe in campo per favorire la nuova modalità organizzativa;
- **considerare almeno il 2018 come anno di sperimentazione** (ulteriormente delicato a fronte dell'inizio dell'arruolamento dei pazienti) e, di conseguenza, mantenere attivo il Gruppo di Lavoro "organizzativo-gestionale" (istituito con Decreto del DG Welfare 12800 del 18/10/2017) **e coinvolgere le rappresentanze degli Enti privati accreditati in tutti i tavoli di lavoro** che valuteranno i risultati del percorso e ne implementeranno gli strumenti (es. strumenti di medicina diffusa, qualità dell'accompagnamento, ecc.);
- **abbandonare velleità di risparmio immediato o la volontà di introdurre tariffe omnicomprensive che rischiano di ridurre la libertà di scelta dei**

pazienti, la qualità dell'erogazione e, quindi, l'efficacia dell'intervento di gestione della cronicità. Tali tariffe, sono inoltre parametrare su set di riferimento costruiti su una mera base di consumo storico, non legato al piano assistenziale individuale atteso e senza alcuna traccia delle prestazioni in regime di solvenza, come dimostrato in esperienze internazionali di managed care. Il risparmio, o una migliore allocazione delle risorse, generati dal percorso di presa in carico, possono realizzarsi nel medio-lungo periodo, grazie a una riduzione della gravità della cronicità o a ricoveri evitati. Tutto questo, però, richiederà investimenti nella fase di gestione (contatto costante con il paziente, empowerment del paziente e del caregiver, medicina diffusa, ecc.) dei quali, ad oggi, non vi è traccia.

3.2 Risorse

- **FILE F**

Bisogna prevedere un meccanismo che, a fronte del progressivo aumento del peso dei farmaci innovativi ad alto costo (per il 2016 l'abbattimento previsto era del 7,7% successivamente ridotto ma con strumenti a tantum) **non preveda uno “scarico” dei costi solo sugli Enti privati accreditati** che, in questo ambito, hanno una mera funzione di acquisizione e somministrazione del farmaco a totale carico del SSN. E' necessario adottare soluzioni strutturate che diano certezza agli Enti privati accreditati nella predisposizione dei bilanci, date anche le specifiche responsabilità degli amministratori (es. tetto massimo di abbattimento, centralizzazione dell'acquisto dei farmaci con modalità efficienti).

- **Mobilità inter-regionale**

E' necessario salvaguardare i flussi relativi all'alta complessità e agli IRRCs, in virtù del loro valore di eccellenza per il Paese che riguarda, ormai, tanto gli erogatori privati quanto quelli pubblici lombardi. In questo senso, è

indispensabile un presidio dell'attività della Conferenza delle Regioni, dove si stanno discutendo le condizioni del riparto dei saldi di mobilità inter-regionale: questo per evitare soluzioni penalizzanti per le regioni più attrattive, tra cui la Lombardia.

- **CCNL sanità privata**

A breve si porrà il tema del rinnovo del CCNL della sanità privata, negoziato da AIOP e ARIS.

Considerata la scarsità di risorse stanziata per gli erogatori privati accreditati (ancora una volta a fronte di vincoli nazionali tutt'ora in vigore, vedi DL 95/2012), sarà probabile il verificarsi di uno stallo a livello nazionale. Gli EEPA lombardi si troveranno nella condizione di valutare, per permettere anche una continuità nell'erogazione delle prestazioni del SSR, di concedere anticipi in conto di futuri aumenti contrattuali.

Sarà quindi necessario che Regione preveda un intervento su questo specifico punto (per esempio, come fatto in passato, con un aumento del punto DRG).

- **Budget**

In un quadro di risorse scarse, con un FSN che, nel 2019, raggiungerà un livello pari al 6,3% del PIL (considerando che, già nel 2016, la spesa sanitaria lombarda rispetto al PIL era pari al 5% rispetto a una media nazionale del 7%) e in una regione in cui i livelli di spesa sanitaria privata (intermediata e non) sono i più alti del Paese (738 euro pro-capite contro una media nazionale di 556 euro, pari al 33% in più e una presenza di lavoratori coperti da fondi contrattuali, welfare o cittadini in possesso di una assicurazione privata) **è necessaria una riflessione approfondita**

sull'accessibilità - e sulla compartecipazione, probabilmente da mantenere - e sulle risorse messe in campo per garantirla (i.e. revisione del livello dei budget).

Ormai da anni, infatti, assistiamo a un superamento, da parte degli Enti privati accreditati (e non degli erogatori pubblici, per i quali è sempre maggiore uno scostamento tra valore della produzione e costo della produzione, con le note conseguenze) del budget assegnato, anche oltre la soglia del 106% per le prestazioni ambulatoriali e di diagnostica e un conseguente aumento dei tempi di attesa.

Il percorso di presa in carico, peraltro, non sarà in grado di limitare il problema ma, anzi, rischierà di peggiorarlo per i seguenti motivi:

- **i pazienti cronici che firmeranno un patto di cura, consumeranno una maggiore quota del budget**, sia perché con l'adozione del PAI e con il governo dell'aderenza terapeutica molti usufruiranno di prestazioni più frequenti, sia perché l'accesso facilitato attraverso la programmazione delle prestazioni ridurrà il tasso di abbandono determinato ordinariamente dai lunghi tempi di attesa o il ricorso alla solvenza;
- **i Gestori - in particolar modo pubblici - impegneranno la maggior parte** (se non la totalità, pensando al caso dell'ATS Città Metropolitana) **della loro capacità produttiva per l'erogazione delle prestazioni ai pazienti cronici arruolati**. I non cronici e coloro i quali non hanno sottoscritto un patto di cura si rivolgeranno quindi ai restanti erogatori che, a causa del budget assegnato, saranno in difficoltà nel rispondere a tali richieste con inevitabili ricadute sui tempi di attesa.

3.3 Autonomia

Il processo di richiesta di maggiore autonomia è l'occasione per riorganizzare l'allocazione delle risorse del FSN nel Sistema Sanitario Regionale.

È quindi importante sfruttare il processo in corso per limitare l'azionabilità, da parte del governo centrale, di tetti all'utilizzo delle risorse assegnate (in risposta a bisogni di salute di tutti i cittadini italiani), in modo da poter allocare, all'interno dell'organizzazione del proprio SSR, le necessarie risorse indipendentemente dalla natura giuridica dell'erogatore. Questa libertà permetterebbe di affrontare più compiutamente l'evoluzione del SSR verso la presa in carico e ulteriori criticità che si presenteranno (es. invecchiamento dei medici e possibile utilizzo degli specializzandi prima del termine della scuola di specialità, ecc.).

Chiediamo quindi un impegno strutturato, per il quale siamo disponibili al supporto, per utilizzare anche questo ambito di interlocuzione istituzionale come momento di miglioramento delle condizioni del Sistema Socio-Sanitario Lombardo e dell'ecosistema lombardo delle scienze della vita.