



CONFINDUSTRIA  
Lombardia



# La Riforma del Sistema Sanitario lombardo

Perché preservarne la specificità

22 giugno 2015



---

## Indice

<u>PREMESSA</u> .....	3
<u>IL MODELLO LOMBARDO</u> .....	4
<u>LA RIFORMA</u> .....	8
<u>ALLEGATO 1</u> .....	11

---





## PREMESSA

Il sistema sanitario lombardo presenta punti di forza che sono comunemente riconosciuti dal legislatore, dagli esperti (si veda, a tale proposito, il recente “Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in Lombardia”), dall’opinione pubblica.

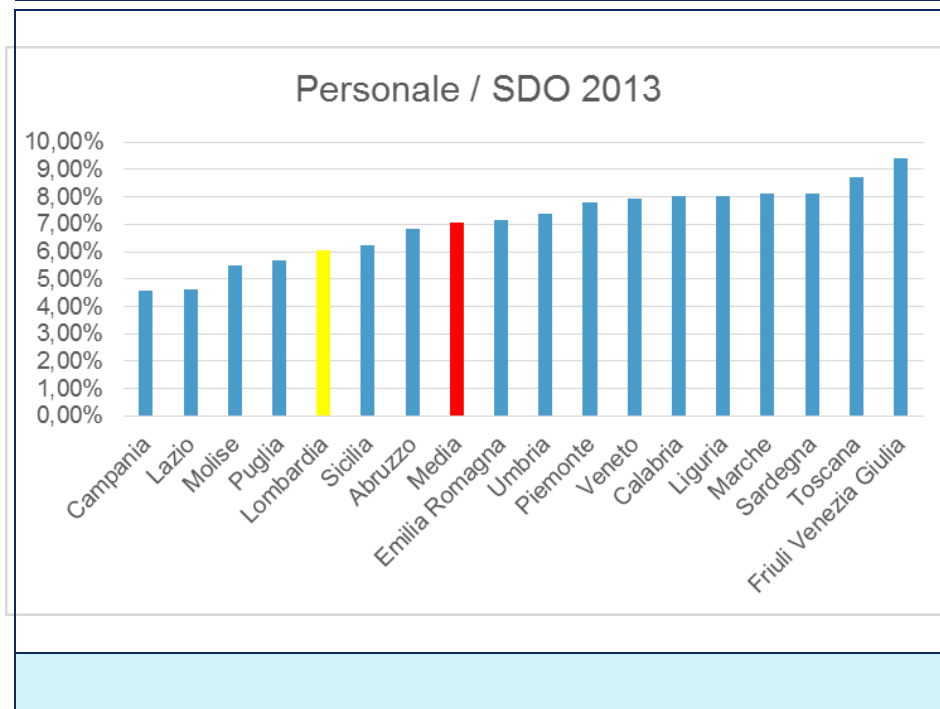
Il SSN della Lombardia garantisce infatti l’universalità nell’accesso alle cure con una ridotta incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (5,94%), molto inferiore alla media italiana (7,2%) e a quella EU-28 (7,2%).

La bassa incidenza della spesa non penalizza la qualità delle cure, che al contrario mantengono standard tra i più elevati a livello nazionale, come testimoniato dall’attrattività del sistema: non a caso la Lombardia assorbe il 29% di tutta la mobilità attiva del Paese.<sup>1</sup>

L’efficienza del sistema sanitario lombardo non riguarda solo l’utilizzo delle risorse finanziarie, ma anche di quelle umane. Il grafico che segue mostra infatti che il rapporto tra personale a tempo pieno e dimissioni totali è tra i più bassi d’Italia (6,07% contro una media nazionale del 7,07%).<sup>2</sup>

Figura 1

Rapporto tra personale a tempo pieno e dimissioni totali



1 Fonte: Elaborazione su dati SDO 2013.

2 Fonte: Elaborazione su dati SDO 2013 e Conto Annuale 2013.





Riteniamo che ciò sia dovuto ad alcuni fattori istituzionali, che è bene ricordare sinteticamente:

- ◆ ampia tutela della libera scelta dei cittadini all'interno di un'offerta pluralistica erogata da soggetti di diritto pubblico e di diritto privato;
- ◆ separazione del soggetto erogatore dal soggetto acquirente dei servizi come elemento di trasparenza e di realizzazione della libertà di scelta dei cittadini;
- ◆ la parità dei soggetti erogatori, che ha consentito una pressione virtuosa sulla riduzione dei costi e sul miglioramento qualitativo delle prestazioni;
- ◆ l'elevato capitale umano presente in una Regione che ha diciotto IRCSS, integrati in un cluster medico-scientifico con otto facoltà di Medicina e sette scuole di specializzazione che formano professionisti d'eccellenza.

Per questo, riteniamo che nel processo di riforma in corso non si possa prescindere da tre valori:

- ◆ la libertà di scelta del cittadino-paziente-contribuente;
- ◆ la sostenibilità economico-finanziaria dell'SSN;
- ◆ la trasparenza.

Quest'ultimo punto è cruciale per ricostruire il rapporto fiduciario fra Regione e cittadino: questo rapporto, deterioratosi negli ultimi anni a causa di alcune vicende della sanità della nostra Regione, è centrale in un servizio pubblico di primaria importanza come la sanità.

## IL MODELLO LOMBARDO

A partire dalla riforma del 1997, il principio ispiratore del particolare sistema sanitario in vigore nella nostra Regione è la libertà di scelta del paziente. Questa libertà di scelta può trovare espressione concreta soltanto in un contesto di concorrenza, opportunamente regolamentata, tra erogatori di diritto pubblico ed erogatori di diritto privato.

Ci pare che, nelle bozze tutt'ora in discussione di riforma sanitaria, non si prenda doverosamente atto di come incentivare e tutelare questa concorrenza. Essa può avere luogo grazie alla presenza di alcuni fattori:

- ◆ il pagamento a prestazione, previsto già dalla legge 502/1992, che stabilisce un meccanismo remunerativo uguale per tutti gli erogatori, funzione diretta dei Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG), ma che si può sostenere abbia dato gli effetti attesi solamente in Regione Lombardia, proprio in ragione del particolare assetto istituzionale adottato;
- ◆ l'aziendalizzazione delle imprese sanitarie, anch'essa prevista già dalla legge 502/1992, che consente a pubblico e privato di "parlare la stessa lingua" nel momento in cui si verifica l'incontro fra domanda e offerta di servizi sanitari;





- ◆ la separazione fra erogatore e acquirente/controllore, la quale ha presupposto logico e giuridico nell'aziendalizzazione;
- ◆ l'equiparazione di tutti i fornitori di prestazioni specialistiche e ospedaliere, pubblici e privati, in una cornice di tutela dei requisiti di qualità e della collocazione istituzionale all'interno del Sistema Sanitario Regionale;
- ◆ i conseguenti meccanismi trasparenti di accreditamento degli erogatori, che si candidano a sopperire a bisogni sanitari, al di fuori della vecchia logica della "convenzione".

Grazie alla compresenza di questi diversi fattori, in Lombardia possiamo osservare una sanità qualitativamente diversa da quella presente nel resto del Paese. La nostra Regione ha anticipato una scelta (fare efficienza attraverso la competizione) poi replicata in altri contesti: dalla Germania alla Spagna.

La caratteristica del sistema lombardo è proprio quella di fare efficienza attraverso la competizione. Ciò è possibile in virtù della presenza e del forte radicamento di strutture di eccellenza che forniscono cure a tutti i cittadini indipendentemente dal reddito o dalla condizione sociale. Il raggiungimento del più elevato standard possibile, all'interno di un sistema "pubblico", è possibile proprio in ragione del ruolo che vi svolge la componente di diritto privato.

Il contributo specifico della componente privata è evidente non solo nella qualità delle cure offerte – ma anche nel loro grado di sostenibilità. La Lombardia ha il minor disavanzo sanitario pro-capite (superiore solo a quello del Friuli Venezia Giulia) e una incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL del 5,94% contro il 7,2% nazionale e l'8,7%<sup>3</sup> della media dei Paesi OCSE.

La qualità delle prestazioni offerte ha per effetto l'elevata attrattività del sistema lombardo rispetto ad altre Regioni.

La Lombardia, infatti, è la prima tra le regioni italiane in termini di valore assoluto di mobilità in entrata, sia per quanto riguarda il totale dei crediti che per il saldo netto tra crediti e debiti. Ciò significa che, nel loro esercizio della libertà di scelta del luogo di cura, cittadini di altre Regioni scelgono di farsi curare in Lombardia: con positivi risvolti anche sul piano occupazionale di questa regione.

Quasi il 60% del valore della produzione che riguarda pazienti provenienti da altre Regioni è in capo al comparto privato,<sup>4</sup> che pertanto contribuisce in modo quanto mai significativo alla capacità di attrazione della sanità lombarda.

La capacità di attrarre pazienti da altre Regioni e, in prospettiva, da altri Paesi europei, è il vero punto di forza del "modello lombardo".

---

3 Fonte: OCSE.

4 Fonte: SDO Regione Lombardia, 2012.





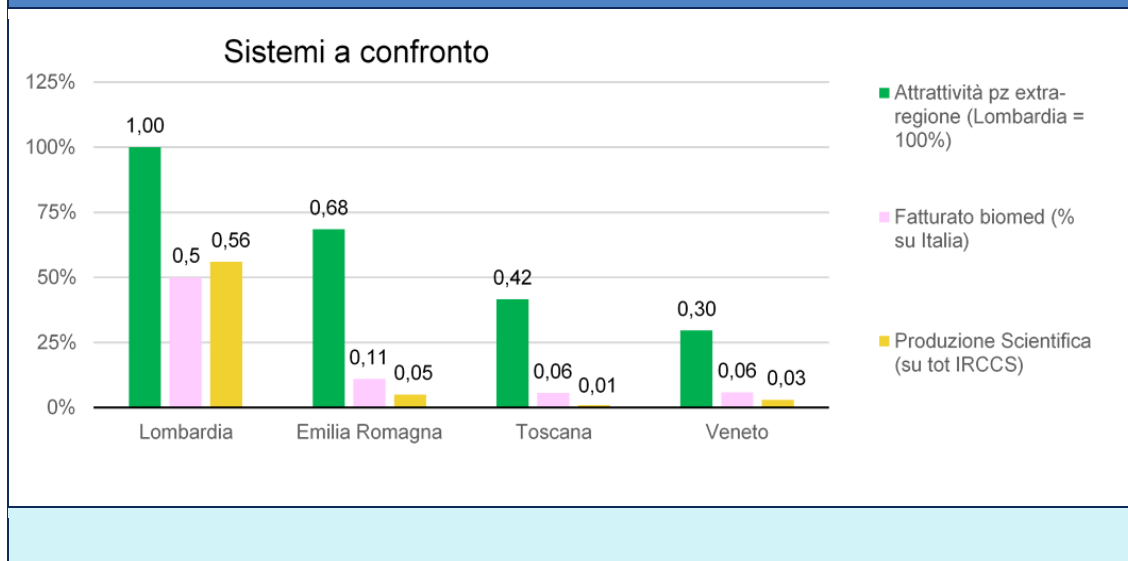
Questa capacità di attrazione porta risorse preziose. A titolo di esempio, nel 2013 il saldo di mobilità positivo di circa 225000 dimissioni ospedaliere ha consentito al sistema lombardo di incassare più di mezzo miliardo di euro.<sup>5</sup>

Si aggiunga che i vantaggi dati dall'attrattività riguardano anche competenze ed investimenti. Il sistema lombardo si caratterizza infatti anche per la sua conformazione "industriale", con conseguenze significative per tutta la filiera. I vantaggi relativi alla maggiore attrattività extra-regione hanno ripercussioni positive nei risultati dei settori industriali come le biotecnologie, l'industria farmaceutica e quella dei dispositivi biomedici, attraendo investimenti che creano occupazione qualificata per il territorio.

Questa differenza è percepibile nell'importante contributo in termini di qualità dei servizi ospedalieri e di produzione scientifica,<sup>6</sup> quest'ultima superiore di ben 11 volte rispetto all'Emilia Romagna (56,1% di tutta la produzione scientifica degli IRCCS contro il 4,9%) e 21 rispetto al Veneto (2,6%), generando, analogamente una forte intensità industriale, come dimostrato dal fatturato delle imprese biomedicali, pari a circa 5 volte l'Emilia R. e circa 8 volte il Veneto.

Figura 2

Confronto Regioni con migliore saldo di mobilità extra-regionale



A questo successo contribuiscono in modo significativo gli IRCCS che rappresentano il sistema nervoso centrale della filiera della salute. Gli IRCCS, oltre a fornire una quota importante di servizi ospedalieri al territorio, contribuiscono all'attrattività extra-regione per circa il 50% (mobilità attiva) e alla produzione scientifica per il 77% -

5 Fonte: Agenas, 2015.

6 La produzione scientifica è valutata in termini di Impact Factor cumulato ultimi 3 anni degli IRCCS.





della produzione scientifica degli IRCCS lombardi, il 52% proviene da IRCCS di diritto privato.<sup>7</sup> Nel 2012 gli IRCCS lombardi hanno generato circa 18.000 punti di IF normalizzato, di cui circa il 55% è generato da IRCCS di diritto privato. La ricerca di eccellenza è fortemente presidiata dagli IRCCS di diritto privato. Gli IRCCS elevano la qualità delle prestazioni, il valore culturale, scientifico e formativo, rappresentando un punto di forza per l'attrazione di investimenti tecnologici sul nostro territorio.

Alla luce delle prospettive di mobilità transfrontaliera all'interno del territorio UE (direttiva europea 2011/24), gli IRCCS e l'intera rete di ottime strutture ospedaliere pubbliche e private della Lombardia possono rivelarsi uno straordinario magnete di investimenti, che si manifesteranno con nuovi sviluppi industriali e una maggiore occupazione.

Il "modello lombardo" (nel quale circa il 90% dei servizi offerti è remunerato a prestazione<sup>8</sup>) ha saputo esprimere, già negli anni passati, una forte capacità di innovazione, rispetto al mix di servizi offerto a livello ospedaliero.

Come mostra il grafico che segue, il tasso di ospedalizzazione è andato diminuendo costantemente negli ultimi dieci anni (la stessa tendenza si registra già a partire dal 1997<sup>9</sup>), ad eccezione dell'aumento verificatosi nell'anno 2012. Il trend verso la diminuzione dei posti letto ordinari, il parallelo aumento di quelli in day hospital e lo spostamento verso le macro attività ambulatoriali (MAC) e la chirurgia a bassa intensità, è stato accompagnato da un modello sanitario a forte orientamento "industriale" nella costante ricerca dell'appropriatezza e della qualità delle prestazioni erogate. L'offerta di prestazioni più "appropriate" non è del resto soltanto legata a fattori di difficile governo, come l'etica del personale medico, ma anche al costante aggiornamento tecnologico, che consente la presa di decisioni quanto più costo-efficienti possibili, stante la priorità del valore della salute del paziente. Queste tecnologie richiedono forti investimenti e importanti competenze specifiche: le une e le altre non possono prescindere dall'esercizio di quella funzione imprenditoriale che è tipica del privato.

Si può dire senza tema di smentita che gli ospedali sono un punto di riferimento per l'attività ambulatoriale, anche di alta complessità, e diagnostica (l'87% di queste prestazioni viene effettuata presso gli ospedali<sup>10</sup>). Nell'ottica di realizzare un efficace modello di "presa in carico", l'ospedale è una risorsa di importanza centrale.

---

<sup>7</sup> La produzione scientifica è valutata in termini di numero di pubblicazioni, 2013.

<sup>8</sup> Fonte: SDO Regione Lombardia, 2012.

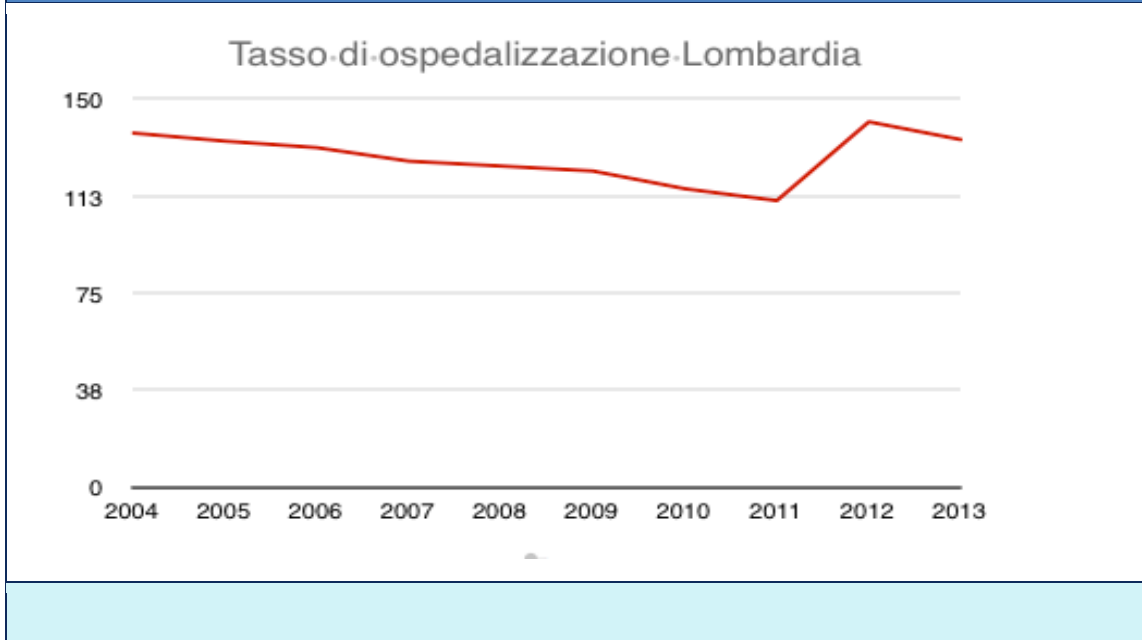
<sup>9</sup> Fonte: Fonte Ospedali & Salute 2012, Ermeneia.

<sup>10</sup> Fonte: SDO Regione Lombardia, 2012.





Figura 3  
Tasso di ospedalizzazione



## LA RIFORMA

Tutto è migliorabile: ma è importante costruire con lungimiranza sull’eredità positiva del passato.

Il “modello lombardo” in sanità ha caratteristiche di assoluta eccellenza. Nell’ambito di un processo di aggiornamento normativo, è dunque importante che vengano esaltate quanto più possibile quelle medesime caratteristiche – per consentire alla nostra Regione di avere ancor più una sanità all’avanguardia e di assoluto rilievo in Europa.

In vista di tale obiettivo, riteniamo che il privato possa svolgere un ruolo cruciale, proprio perché capace di apportare una logica “imprenditoriale” e tendente all’efficienza anche nella fornitura di tutti quei servizi in cui si esplica il diritto alla salute. È parimenti importante che si pongano in essere misure nuove per consentire la massima trasparenza a vantaggio dei cittadini, nel quadro di una crescente “*accountability*” rispetto a funzioni e spese delle amministrazioni.

Un settore come la sanità, che assorbe tanta parte del bilancio regionale, deve essere una casa di vetro e deve essere costantemente votato a fare il miglior uso possibile delle risorse scarse disponibili.





A questo proposito, e rispetto alle proposte di riforma in discussione in questi giorni:

- ◆ riteniamo auspicabile che, nel testo della nuova norma, l'equiparazione fra erogatori di diritto pubblico ed erogatori di diritto privato sia esplicitamente riconosciuta come una scelta strategica di Regione Lombardia. Essa è una delle caratteristiche più innovative del "modello lombardo", la cui pluralità di soggetti rappresenta la principale garanzia a tutela della libertà di scelta dei cittadini, e deve essere riconosciuta come tale.
- ◆ valutiamo positivamente la possibilità di istituire sedi di confronto tra la regione e i rappresentanti di settore al fine di favorire, nel corso del processo decisionale, la collaborazione e la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti da potenziali cambiamenti legislativi.
- ◆ riteniamo per certi versi problematica la ventilata istituzione di un Assessorato unico, nel quale si sommino competenze molto diverse: sanità, socio-sanitario, sociale. La sanità è un settore altamente specifico e complesso, che ha bisogno di professionalità altamente specializzate. Ridurre il tasso di conoscenza specifica del regolatore può diminuire l'efficienza del settore regolato.
- ◆ riterremo importante introdurre a livello regionale una normativa sul bilancio delle ASL e delle aziende ospedaliere che riproduca esattamente i dettami del Codice civile, distinguendo specificamente ricavi, ricavi figurativi e contributi in conto esercizio. È inoltre importante che chiunque – studiosi, opinione pubblica, contribuenti – possa accedere a tali bilanci, tramite Internet.
- ◆ nell'ambito della proposta riorganizzazione delle ASL, crediamo sia desiderabile procedere in direzione di una riduzione delle stesse, con l'obiettivo di generare risparmi organizzativi e procedure più snelle nel rapporto con tutti gli operatori. In questo senso appare dalla riforma forse un numero troppo elevato di enti, istituzioni, agenzie e albi che, oltre a rischiare di "ingessare" l'attività programmatica e regolatoria, potrebbero anche ingenerare un aumento dei costi.
- ◆ siamo favorevoli all'istituzione di una Agenzia di controllo del servizio sociosanitario regionale, che, se in grado di operare sulla base di reali criteri di indipendenza, può essere un positivo apporto al sistema. Per garantire la massima trasparenza, i modelli di valutazione delle performance e della qualità dovranno essere costruiti secondo criteri condivisi (anche nella struttura dell'informazione e nei parametri di valutazione). È di fondamentale importanza che l'Agenzia dia forte priorità, nella sua agenda, alla



- semplificazione e omogeneizzazione delle procedure di controllo e delle modalità attuative delle stesse. È parimenti importante che le procedure di nomina dell'Agencia siano tali da garantirne la più rigorosa terzietà.
- ◆ riteniamo auspicabile mettere in campo tutti gli strumenti possibili per assicurare la migliore appropriatezza delle cure. Riteniamo altresì velleitario pensare che sia possibile condurre, a livello regionale, un'efficace attività di *health technology assessment*, per giunta facendo assegnamento sul contributo volontario di personalità per quanto illustri e qualificate. Per la valutazione di tecnologie e farmaci, in un mondo segnato da una innovazione costante, è importante fare assegnamento sulle economie di scala e sull'expertise di istituzioni riconosciute (EMA etc.)
  - ◆ è necessario pervenire alla definizione di un quadro normativo che promuova un efficiente processo di consolidamento della rete ospedaliera, favorendo i processi di riconversione e fusione degli erogatori. Nel pieno rispetto della programmazione regionale, il soggetto gestore di più stabilimenti o presidi o unità di offerta sociosanitaria accreditata pubblica o privata dovrebbe poter chiedere l'identificazione in un unico soggetto gestore accreditato di una pluralità di strutture.
  - ◆ proprio perché pubblico e privato contribuiscono paritariamente a fare della sanità lombarda un modello di eccellenza, riteniamo auspicabile che la Regione promuova programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture sanitarie pubbliche e soggetti privati al fine di migliorare ulteriormente qualità ed efficienza dell'SSN lombardo. Mettendo in comune competenze e risorse, è sicuramente possibile individuare nuovi modelli virtuosi di governo delle attività sanitarie.
  - ◆ da ultimo, è particolarmente importante avere un'attenzione elevata al tema della sostenibilità economica del sistema evitando che le ricadute organizzative, peraltro in un momento in cui il trasferimento di risorse del FSN è in costante decremento, abbiano un impatto pesante sull'equilibrio economico del bilancio regionale. Mettere a rischio tale equilibrio, infatti, esporrebbe la Regione a una riduzione della sua autonomia organizzativa in ambito sanitario, a fronte di un intervento del governo centrale.





ALLEGATO 1

Tabella 1 Tabella multidimensionale di confronto regionale							
	Proxy qualità clinica	Proxy qualità ricerca	Proxy attrattività fondi ricerca		Proxy filiera		
Regioni	Saldo Mobilità 2013	Impact Factor cumulato 2010-2012 (IRCCS)	Finanziamento ricerca corrente 2011-2013 (IRCCS)	ERC Life Science Grant (milioni Euro)	Fatturato Biomed. (%) 2013	Invest. in R&S farma 2012	Occupati + indotto farma 2012
Lombardia	457.499	53.271	256	12	50,0%	400	45.913
Abruzzo	-69.556	-	-	4,9	1,9%	25	2.305
Basilicata	-19.111	566	2		0,1%	-	1.384
Calabria	-251.654	-	-		0,2%	-	-
Campania	-310.748	2.440	10		1,6%	10	3.522
E. Romagna	367.756	4.628	26		11,0%	180	9.389
Friuli	31.070	3.779	20		1,3%	10	1.548
Lazio	-199.100	15.709	77		12,3%	280	19.760
Liguria	-56.743	6.109	38		1,6%	-	1.506
Marche	-33.677	853	6		1,0%	10	2.515
Molise	35.838	986	10		0,0%	-	-
Pa Bolzano	11.672	-	-		0,8%	10	1.548
Pa Trento	-17.064	-	-		-	-	-
Piemonte	-7.563	300	0		3,6%	30	7.132
Puglia	-180.059	2.107	16		0,8%	-	1.384
Sardegna	-70.348	-	-		0,4%	-	-
Sicilia	-199.851	950	5		0,9%	10	3.042
Toscana	131.927	740	6		5,6%	220	800
Umbria	9.412	-	-		0,9%	-	-
V. Aosta	-12.975	-	-		0,00%	-	-
Veneto	94.808	2.495	11		5,9%	45	9.079

