

Cire. Tajana  
11 maggio 2010

DL9

## Sanità Lombarda: provocazioni e sommi

**Credits:**

- Dati presi da pubblicazioni della Regione Lombardia e dall'ultimo "VII° Report annuale su ospedali e Salute, 2009" a cura di G. Pelissero, Presidente Regionale AIOP.

- Tre tesi provocatorie:**
- Il sistema lombardo favorisce il privato, i sistemi toscano e emiliano favoriscono il pubblico
  - Il sistema lombardo porta i privati a favorire DRG costosi con danno allo stato (tesi di alcuni: "è delittuoso")
  - Il sistema lombardo favorisce la migrazione sanitaria con accentuazione delle gravi ineguaglianze tra le regioni
  - Il sistema lombardo risponde bene al primo obiettivo della politica sanitaria: ridurre la spesa

**Il modello Lombardo  
porta a favore il Privato - smantito**

Tab. 1  
Mix Pubblico - Privato nei Sistemi Ospedalieri delle Regioni Italiane, Anno 2003, 2004, 2005, 2006 e 2007. Prime 8 Regioni per la presenza nel Sistema di Aziende di Diritto Privato (area AIOP)

REGIONE	% di posti letto appartenenti ad Aziende di diritto privato (area AIOP) nella rete ospedaliera regionale				
Anno	2003	2004	2005	2006	2007
Calabria	37,3	36,8	42,8	45,5	47,9
Lazio	31,5	34,1	33,6	33,8	33,6
Campania	36,1	35,5	32,8	32,7	31,1
Sicilia	27,5	23,2	25,4	23,8	24,2
Abruzzo	19,2	11,4	20,0	21,7	24,7
Liguria (Provincia)	23,7	24,8	24,2	25,4	24,1
Piemonte	20,4	21,1	21,7	22,7	22,3
Lombardia	21,7	22,6	23,2	22,7	20,6
ITALIA	21,8	22,0	21,9	22,0	21,6

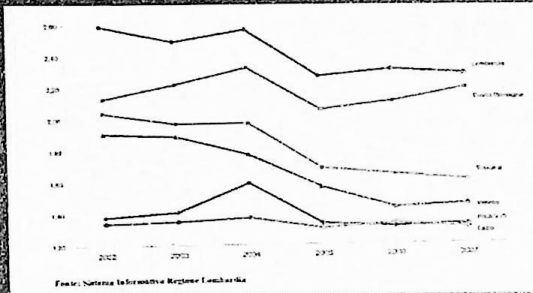
Fonte: Anagrafa Ospedali e ai dati 2009

- Lombardia: 8° posto nazionale, 20,6%
- Emilia: 6° posto nazionale, 24,1%

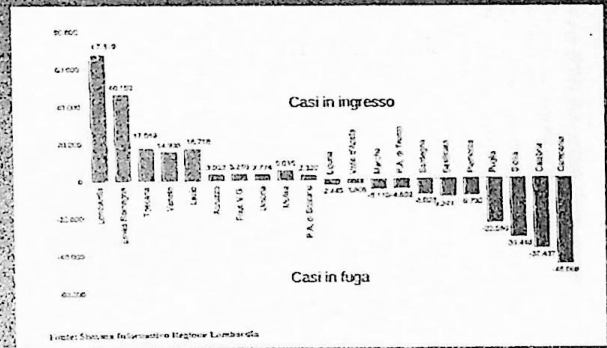
- Tesi 2 --> il modello Lombardo  
porta a favorire i DRG costosi nei  
privati**
- CASE MIX
  - Lombardia: pubblico: 1,11 - privato: 1,30
  - Emilia: pubblico: 1,08 - privato: 1,19
  - Paragone Italia:
  - Calabria: pubblico: 0,89 - privato: 0,97
  - Bolzano: pubblico: 0,95 - privato: 0,84
  - Media: pubblico: 1,05 - privato: 1,07

- Tesi 2 --> il modello Lombardo  
porta a favorire i DRG costosi nei  
privati --> è l'eccellenza a favorire il  
DRG alto, non il modello politico**
- L'atteggiamento nei due modelli è sostanzialmente uguale.
  - Prevala il CM alto nel privato
  - Spicca l'inversione di tendenza nella provincia autonoma di Bolzano, che si vede anche in Molise, Sardegna, Campania, Marche, Sicilia et al

**Tesi 3 --> il modello Lombardo favorisce la "migrazione sanitaria" depauperando la sanità delle altre Regioni**



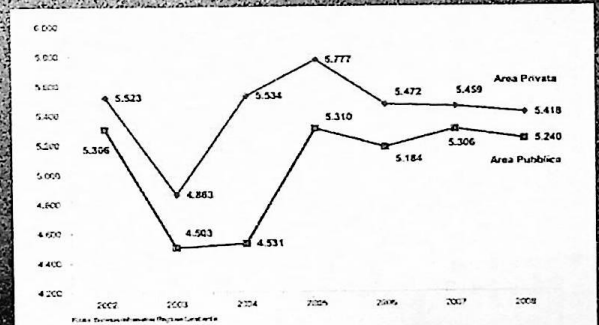
**Tesi 3 --> migrazione sanitaria**



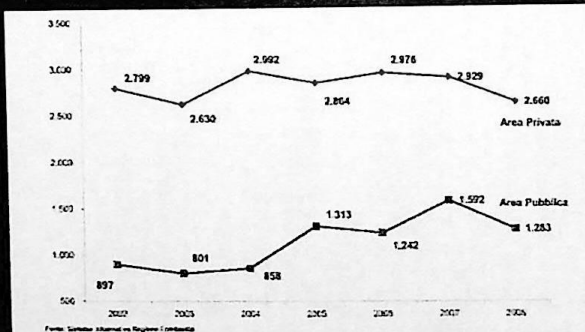
**Tesi 3 --> è l'eccellenza, non il modello, a favorire la migrazione**

- La Lombardia ha in effetti l'indice di attrazione maggiore, ma è in calo
- L'Emilia ha un indice alto, è in crescita
- Gli indici sono direttamente proporzionali al Case Mix e la capacità di rispondere a bisogni di alta specialità

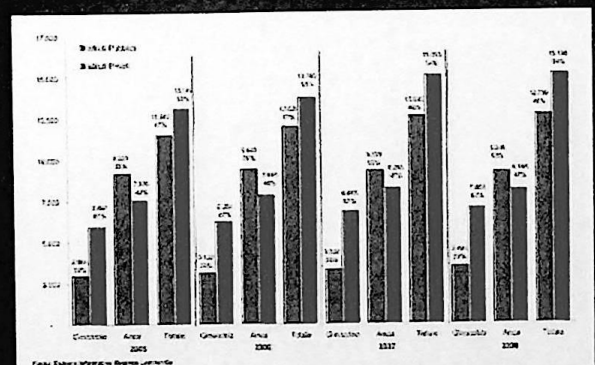
**Alta Specialità - Cardiocirurgia interventi da fuori regione**



**Alta Specialità - Cardiocirurgia interventi da fuori regione**



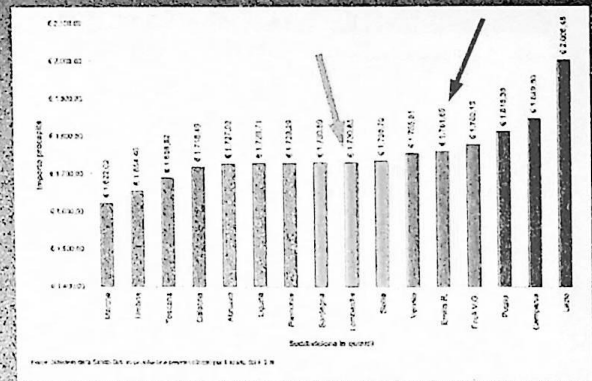
**Alta Specialità - Ortopedia, Protesi**



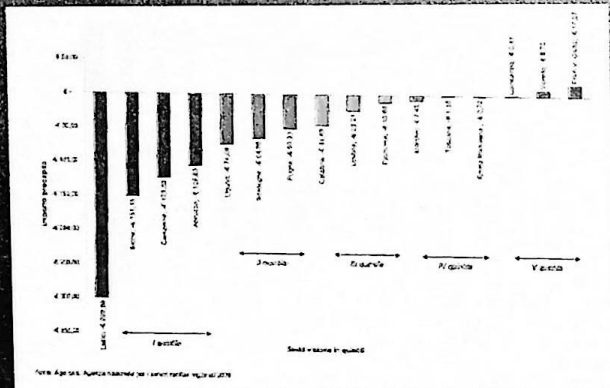
### Tesi 4: si tende a ricoverare tutti - non confermato



### Spesa sanitaria pro capite pesata



### Spesa sanitaria: disavanzo/persona



### Spesa sanitaria: % del PIL

Tav. 4.1 - Incidenza della spesa sanitaria pubblica sul PIL (1990, 1995, 2000-2005)

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Francia	6,4	7,2	7,5	7,6	7,9	8,6	8,7	8,9
Germania	6,5	8,3	8,2	8,3	8,4	8,5	8,1	8,2
Svezia	7,5	7,0	7,1	7,4	7,8	7,9	7,7	7,7
Austria	5,1	6,7	7,6	7,6	7,6	7,7	7,8	7,7
Regno Unito	5,0	5,8	5,9	6,2	6,4	6,7	6,9	7,2
Italia	6,1	5,1	5,8	6,1	6,2	6,2	6,6	6,8
Svezia	5,1	5,4	5,2	5,2	5,2	5,5	5,7	5,9

Fonte: Rapporto Casi 2007, Egea, Milano, 2007.

Francia: 8,9%, Germania 8,2% vs Italia 6,8%

### Conclusioni

**Il sistema Lombardo funziona.**  
 Le differenze qualitative non paiono legate al modello (lombardo o emiliano) ma alla eccellenza professionale esistente e al "background" sociale e culturale in cui si opera (Lombardia vs Sicilia, Emilia vs Campania)

### Conclusioni - Problemi:

L'investimento in Sanità come spesa pro capite è sottostimata rispetto il livello medio Europeo.

Questo porta ad una ricerca del risparmio che - dovrebbe: combattere gli sprechi - fa invece: riduzione progressiva e strisciante dei servizi

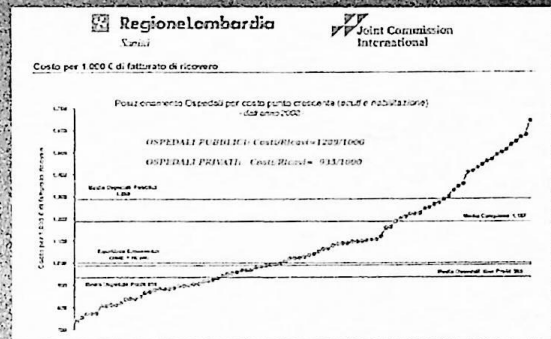
Esempio: delibera sulla "macroattività di Chirurgia ambulatoriale, con anestesi generali fatte in ambulatorio"

### Conclusioni - Problemi:

Il contenimento della spesa è ormai diventato uno slogan, entro il quale si nascondono ampi sprechi "di sistema"

- Costruzioni di Ospedali inutili
- egemonia di gruppi d'interesse (in Lombardia come in Emilia dominano specifici egemonici gruppi di interesse)
- bilanci pubblici "occulti" con pareggi "da chiosco" in cui il disavanzo viene coperto con "pagamenti a funzione" e similari

### Rapporti Costi / Ricavi Erogatori



### Conclusioni - Problemi:

Il rapporto tra Costi e Ricavi per prestazioni (DRG+ambulatorio) degli ospedali pubblici è in media di 1,30:1

Nel privato il rapporto è in media del 0,93:1

Per ogni euro speso nella Sanità Privata lo Stato risparmia 37 centesimi

Fonte: Joint Commission 2008

### Conclusioni - Problemi:

Il maggior costo nel pubblico dove va a finire?

- I.- stipendi del personale? No, contratto privato simile al pubblico oltre a maggiori bonus e premi
- II.- investimenti in materiali e strutture? In parte. Ristrutturazioni edilizie e acquisti di macchinari ad alto costo sono favoriti, per l'impatto mediatico. Eccessive acquisizioni che finiscono spesso all'attenzione della magistratura.
- III.- cattiva gestione e interesse personale dei gruppi egemoni? Sicuramente.

### Provocazione:

- I- La critica politica sulla sanità lombarda, fatta alla luce della contrapposizione pubblico/privato non è confortata dai dati.
- II.- Il problema non è il modello, ma chi lo gestisce.
- III.- La egemonia dei gruppi di interesse monopolistici è tale da non essere più nemmeno più argomento di discussione.
- IV.- Insistere sui temi vecchi e superati, come la contrapposizione pubblico/privato non fa che favorire tale egemonia, distogliendo l'attenzione dai problemi veri della Sanità

### Riflessione:

La discussione sulla gestione della sanità deve fare un salto di qualità  
Il modello solidaristico non è messo in discussione da nessuno, ma una visione "bindiana" del medico come "nemico di classe", da trasformare da professionista responsabile ad impiegato pubblico, si è dimostrata fallimentare nel modo più drammatico (notare il passaggio da eccesso di domanda alle università, a insufficiente domanda, e non solo per paura di malpractice, ma per la crescente non attrattività percepita della professione)

### **Riflessione:**

La Lombardia, l'Emilia e in generale il Nord Italia sono all'apice della professionalità, ma non lo sono certo per le riforme post-1980 ma per una lunga storia di "buona amministrazione" lombardo-veneta, tanto dura e buona da essere riuscita finora a resistere a tutti i tentativi della recente storia di distruggerli.

### **Riflessione:**

Esistono evidentemente due Sanità in Italia: una sanità allocata prevalentemente al Nord, pubblica e privata, che seppur con i mille problemi della burocrazia, eroga buoni servizi ed una clientela, e un'altra, più modesta e spesso cattiva, allocata prevalentemente al Sud.

In Italia il sistema di differenza pubblico-privato è solo un momento, non una causa.

### **Riflessione:**

Ridurre la discussione agli antichi schemi di visione da destra e da sinistra risulta pertanto fuorviante.

Necessita una riflessione generale sulla sanità con i seguenti punti fermi:

### **Riflessione:**

- **Garanzia a livello nazionale dei livelli essenziali di assistenza, da stabilire in sede ministeriale con un organismo agile e stabile, atto di rispondere al rapido evolversi della Medicina**
- **Adeguamento della spesa sanitaria ai livelli europei**
- **Finanziamento del sistema dalla fiscalità generale per salvaguardia del principio di equità**
- **Tali azioni vanno impostate dal potere pubblico centrale e governate dal potere federale regionale**

### **Riflessione:**

- **Divisione tra ruolo di governo di sistema e ruolo professionale di erogatore dei servizi**
- **Sottrazione della parte professionale e tecnica alla gestione politica, che deve invece caricarsi pienamente del Governo del sistema (applicazione dei concetti della Legge 165/2001)**
- **Sottrazione della erogazione delle prestazioni, compresi gli ospedali, all'area del diritto pubblico**

### **Riflessione:**

- **Da questo deriva la necessità di una gestione all'interno del diritto privato degli erogatori,**
- **Anche con mantenimento della proprietà pubblica delle strutture**
- **Personale assunto con contratti di diritto privato e gare di acquisto giudicate sulla sostanza e non sulla forma (Sindaci e non Revisori)**
- **ricondere il medico al paradigma di fondo del professionista: riduzione progressiva dello stipendio fisso a favore di forme di retribuzione a obiettivi/risultati/prestazioni.**

### **Riflessione:**

- *Necessita una maggiore funzione di controllo della autorità pubblica*
- *NON "Acquisto e Controllo" come oggi ipocritamente chiamato, ma Governo degli obiettivi di sistema e controllo di licenza e fedeltà aziendale dei gestori*
- *Terziarietà del controllore pubblico rispetto all'erogatore dei servizi*

### **Riflessione:**

- *Soprattutto:*
- *Il controllore pubblico non deve intendersi come un assicuratore privato dotato anche di poteri monopolistici pubblici e protetto dal diritto penale, che tutela il proprio interesse contro erogatori e fruitori egualmente.*

### **Riflessione:**

- *La Sanità è un mercato illimitato ove ogni offerta induce ulteriore domanda ad altissima valenza sociale e di consenso popolare*
- *Essa va affrontata con strumenti gestionali nuovi non comprimibili nella solita arcaica e superata visione di contrapposizione capitalistica e marxista*
- *Entrambi tali schemi si sono rivelati fallimentari*
- *Necessitano schemi di governo innovativi che superino tali schemi.*

### **La proposta è:**

- *Sottrarre la sanità alla logica della vecchia contrapposizione ideologica politica tradizionale a favore di una lettura più moderna e realistica*
- *Dividere realmente controllori da erogatori*
- *Sottrarre gli erogatori al diritto amministrativo*
- *Rinforzare la autonomia regionale, anche con accordi di macroarea*
- *Estendere il "buongoverno" sopravvissuto nelle aree lombardo-venete verso il Sud invece di favorire la penetrazione progressiva di logiche clientelari in direzione inversa*