

## Benchmarking Emilia Romagna - Catalunya

Il sistema sanitario italiano, anche nella sua articolazione regionale e neo-federalista, poggia su due provvedimenti di legge di estrema importanza: una legge fondamentale (la 833 del 1978 ) cosiddetta “legge cornice”, perché fissa i principi di base e una legge di sistema (il Decreto legislativo 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni), a valere come riforma della 833 e orientata all’organizzazione dei servizi, del personale e delle strutture.

La “**legge quadro**” (che di seguito chiameremo anche solo la “833”) istituisce il sistema di assicurazione pubblica basato sui noti cardini **dell’universalità** (intesa come copertura totale – potenzialmente - dei cittadini e, a condizioni di reciprocità, dei residenti), **dell’uguaglianza di trattamento** dei pazienti e **della libertà di cura**.

Sui primi due non mi dilungherò sia perché tale aspetto esula dall’oggetto del presente intervento, sia perché tali caratteristiche, comuni a molti paesi europei, sono dalla generalità degli operatori della sanità conosciute e condivise.

Mi limito ad osservare che le logiche conseguenze di tali principi furono che il finanziamento del sistema venne addossato alla fiscalità generale, riservando al mondo assicurativo privato quote di intervento del tutto marginali, come accade nei paesi con sistemi sanitari a copertura totale, e che fu dato ai livelli assistenziali un impulso notevole alla crescita, con attese di risposta alle domande di intervento sempre in aumento e, trattandosi della salute, non circoscritte né agevolmente limitabili.

La **legge di sistema** (la cosiddetta “riforma bis” e cioè il decreto 502 sopra citato) è posta in diretta relazione con l’oggetto della presente trattazione e con il modello dei rapporti istituito in Italia e nelle regioni tra la sanità pubblica e sanità privata, accreditata ad operare in nome e per conto del SSN italiano.

I cardini di tale legge sono : parità tra strutture pubbliche e private, uguali controlli di congruità e di qualità, libertà di accesso sulla base della sola prescrizione medica.

Quanto al primo la riforma bis del 1992 ha parificato, almeno sulla carta, la dignità soggettiva dei vari produttori di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali (ospedali e ambulatori facenti capo: alle AUSL, alle cliniche universitarie ed alle Aziende ospedaliere pubbliche, ai privati, agli enti religiosi e non profit) stabilendo, con efficacia, purtroppo, solo nella fase iniziale (come vedremo poi superata), che tali soggetti sono assimilati dalle stesse regole di autorizzazione e di accreditamento, pertanto dai requisiti per operare e quindi, come è logico, con identiche modalità di accesso da parte degli utenti.

Un sistema, come è intuibile, molto liberale e basato sui principi di concorrenza (sarebbe meglio dire di competitività) e di efficienza.

Come sintetizzato in una celebre sentenza della Corte Costituzionale del 1994, è indifferente (a parità di requisiti) per un cittadino il luogo dove farsi curare, non è indifferente la **tempestività** (garantita meglio da un sistema a pluralità di produttori e soprattutto con caratteristiche di varietà nella natura proprietaria: pubblica, privata, profit e non profit) e la **libertà di poter scegliere il luogo di cura**.

Per altro verso è indubbio che tale apertura al mercato contenesse un'alta dose di rischio, nella eventualità che con tali condizioni e presupposti potessero proliferare i produttori, l'offerta, e quindi la spesa, rispetto ad un assetto della domanda, come si usa dire, tendenzialmente illimitata.

Il legislatore, preoccupato del possibile scenario di cui sopra, è passato in due fasi da un **sistema di mercato** ad uno di "**mercato regolamentato**" (con una legge della fine '94) e poi (dal 1999), ad uno caratterizzato dalla cosiddetta "**programmazione negoziata**".

Vediamo meglio di cosa si tratta.

Con la legge del '94 si è circoscritta la platea dei produttori individuandola nei soggetti pubblici (AUSL, università e Aziende Ospedaliere: tutti) e in alcuni privati: fondamentalmente quelli che alla fine del 1992 potessero vantare l'esistenza di una convenzione.

Nella nostra Regione, per fare un esempio, la quasi totalità degli ospedali privati (43 su 46). In altre, per circostanze storiche, un numero minore.

Senonché tale assetto limitativo si è tradotto in pratica nella fissazione di un budget effettivo solo a valere sui soggetti privati, essendo quelli pubblici ancorati alla programmazione aziendale e locale (che è cosa diversa perché non fissa limiti economici stringenti e cogenti, ma semplici indicazioni ai professionisti e ai manager, senza vere ricadute in caso di sfondamento della spesa).

A grandi linee il sistema prefigurato in questa fase intermedia tra il 98 e il 99 si connota per le seguenti condizioni:

- platea circoscritta dei produttori (ma nel pubblico tutti accreditati)
- risorse predefinite dallo stato e dalle regioni (limite normalmente non rispettato)
- ricadute budgetarie sul pubblico solo programmatiche
- accordo regionale quadro con il privato, con risorse predefinite e limiti economici reali con conseguenti penalità in caso di sfondamento
- passaggio nel 94 dalla remunerazione a diaria ai DRG (è remunerato l'episodio di cura, non le giornate) con ricadute positive sull'efficienza dei reparti e sulla durata della degenza (con effetti pratici solo sul privato ed in alcuni comparti pubblici minoritari)

Nella nostra regione è stato accentuato il momento negoziale e tramite la concertazione si è potuto costruire un quadro disciplinare che in definitiva è riuscito a conciliare i principi di entrambe le parti (pubblica e privata).

Il Committente (la Regione e le Aziende sanitarie locali, quindi il SSN) si è garantito dal lato della spesa (budget predefinito) per l'accesso negli ospedali privati e negli ambulatori (prestazioni, queste ultime commissionate purtroppo in misura troppo ridotta e poco significativa); il produttore privato ha visto rivalutarsi il suo ruolo, quale componente stabile del sistema, e ha tratto beneficio dalla certificazione del budget e dal suo consolidamento nel tempo.

La spesa pubblica sul versante privato non è impazzita, ma soprattutto nei primi anni dal '96 al '99 il ruolo del privato si è confermato e rafforzato a beneficio della libertà di scelta e della tenuta economica delle imprese.

In alcuni campi (chirurgia, lungodegenza, riabilitazione, psichiatria e soprattutto alta specialità cardiologica e cardiocirurgica) il ruolo del privato accreditato in Emilia Romagna è ora insostituibile, paritario, ben supportato tecnologicamente e, quel che più conta, gradito ai cittadini che lo scelgono in piena libertà e senza condizionamenti.

Basti pensare che dal '96 al 2000, in cardiocirurgia, ogni anno il privato esegue 2200/2300 dei 4400 interventi programmati e che le liste di attesa sono state portate nel sistema da 6 mesi a 15 giorni.

Purtroppo tale modello, che è complesso e, soprattutto in tema di reciproche garanzie, costituisce e ha costituito un esempio valido anche per altre regioni (come tale copiato da molte altre realtà locali), ha mostrato nel tempo anche alcune lacune e non poche necessità di manutenzione e forse di rivitalizzazione.

Sotto questo punto di vista vedremo più avanti ed esamineremo alcuni spunti e qualche proposta.

La legislazione nazionale e regionale a partire dal 1999 ha colto la necessità (per il vero non attuale nella nostra Regione, ma forse più sentita in altre con sistemi sanitari meno evoluti e meno dediti al controllo) di accentuare il momento della programmazione e di attenuare le caratteristiche competitive (regolamentate e non liberiste) a scapito della tutela degli equilibri delle imprese e delle risorse disponibili. In particolare ciò è accaduto con il decreto 229 del 1999 (cosiddetta "riforma ter")

Il fondo sanitario è cresciuto negli ultimi 7 anni ben più che l'inflazione (l'Italia è passata dal 4,5% al 6,8 % di spesa sanitaria pubblica sul PIL), giustamente, ma le risorse a disposizione del privato esercente un servizio pubblico non sono aumentate di pari passo. Il fondo sanitario nazionale è cresciuto dal 1994 al 2004 del 80,9% e

dal 2001 al 2005 del 40%; negli stessi anni la spesa per strutture private accreditate nella nostra regione è cresciuta di meno della metà.

Solo che i fattori di costo nei bilanci delle aziende pubbliche e private sono ormai gli stessi: beni e servizi, personale, tecnologie, farmaceutica; con la stessa dinamica e gli stessi problemi e solo, forse, con maggiore efficienza nel governo delle risorse da parte del privato.

E' necessario un riequilibrio che salvaguardi la componente privata che negli ultimi anni ha dato prova di un buon servizio, ma che, sul piano finanziario, ha perso posizioni in graduatoria quanto a risorse, ma ha tenuto sul piano delle prestazioni.

Come dimostra l'indice di gravità e complessità del "case mix", stilato da un ente di ricerca autonomo nello studio "Ospedali e salute 2005", recentemente presentato a livello nazionale, che vede la nostra Regione primeggiare a livello nazionale (alto indice = alta intensità del caso medio trattato) con privato e pubblico in sostanziale parità (1,12 sulla media nazionale di 1).

A determinare questo scenario hanno concorso alcuni fattori che cercherò di illustrare brevemente:

- il governo della spesa pubblica in sanità è certamente difficile, per le ragioni illustrate (sono molteplici e comuni a tutti i paesi avanzati);
- tale governo in Italia è attuato dallo Stato (con il fondo sanitario nazionale) e dalle Regioni, con le quali la misura del fondo è concordata tra grandi difficoltà e mille contrapposizioni;
- le regioni sono arbitro della partita tra pubblico e privato accreditato ed al contempo produttori in proprio, perché ad esse fanno capo le AUSL e gli ospedali- azienda (università di medicina, in condominio con le amministrazioni di facoltà, e aziende ospedaliere "pure") ;
- le spinte, tra gruppi di interesse collegati al mondo pubblico – componenti mediche, sindacali, politiche, comuni e province, enti religiosi – e meccanismi di moltiplicazione non efficiente della spesa, sono spesso sproporzionate rispetto alle pressioni esercitate dalle associazioni delle imprese private (tra le quali l'AIOP che rappresento);

- l'equilibrio, alla luce della proclamata parità sul piano dei requisiti per operare, non è facile da trovare : il pubblico fondamentalemente controlla se stesso, il privato è controllato dal pubblico, arranca un po', ma in definitiva sta al gioco, col risultato, positivo, di un generale ammodernamento al passo con il progresso tecnico e di un impoverimento dei propri margini operativi;
- la regione, che dovrebbe funzionare da holding del pubblico e da authority nel rapporto tra pubblico e privato, tiene sul piano arbitrale (almeno la nostra regione) in qualità di compositore delle controversie e, pian piano, abdica al suo ruolo di distributore imparziale di risorse, preoccupata di contenere il proprio deficit;

Il risultato finale, allo stato attuale, non è certo (ancora ) del tutto negativo.

I principi ed il modello che ne scaturisce sono validi. La sua applicazione concreta dovrebbe essere rivista alla luce dello spirito innovatore dimostrato nei primi anni 90.

Le criticità della situazione sono diverse da allora, ma altrettanto numerose e risolvibili.

Il privato è a disposizione per incanalare le sue energie verso i settori di cui il sistema ha bisogno : dove la risposta è inadeguata, dove ci sono liste di attesa (chirurgia e settore ambulatoriale soprattutto), dove il pubblico è carente e, perché no, in quei settori (come l'alta specialità, la diagnostica ad alta tecnologia) dove in passato è stato fatto molto e molto c'è ancora da fare.

Ci sono le energie, le risorse da investire e la voglia di farlo.

Il sistema pubblico non ha la flessibilità e la prontezza richieste per provvedere nell'immediato e comunque si giova , come in tanti altri settori del welfare, e trae vantaggi anche in termini di raffronto competitivo, certamente più in un panorama pluralistico che in un clima stagnante di quasi-monopolio.

Ritengo, per concludere, che non sia più il tempo fare differenze tra la natura proprietaria dei soggetti : nell'ambito di un sistema di intervento pubblico contano le regole di accesso e l'uguaglianza di trattamento dei cittadini, più che la natura

pubblica o privata del gestore. Sempre di servizio pubblico si tratta, da controllare, indirizzare e punire, se sbaglia, ma con regole uguali per tutti.

Questa è la sfida se a tutti sta a cuore che sempre più risorse affluiscono a quel bene comune – quale è la salute – dal mondo del sapere (e quindi dal mondo della scienza e dalle professioni), dalla circolazione delle idee (caratteristica positiva del mondo globale), dalle energie di tutti e non solo dallo stato e – perché no – dalle imprese, siano esse pubbliche o private.

Dott. Averardo Orta  
Coordinatore Nazionale  
Consulta AIOP Giovani