

Quale futuro per la sanità lombarda? Le proposte confuse del Libro Bianco

Di Silvio Boccalatte

1. Premessa. Il libro bianco: un documento complesso.

La sanità in Lombardia è generalmente considerata tra le migliori d'Italia: ciò è riconosciuto da tutti gli indicatori di qualità e di efficienza,¹ ma anche dalla massiccia “immigrazione sanitaria” da altre regioni, cioè dal ben noto fenomeno per cui un soggetto decide di farsi curare in una regione diversa dalla propria. Di fatto, è estremamente probabile che un cittadino italiano in cerca di cure consideri l'alternativa di avvalersi del sistema sanitario lombardo, ovunque egli risieda.

Ogni meccanismo che funziona, però, può sempre funzionare meglio: così è indubbiamente anche per la sanità lombarda. A questo scopo, la Giunta regionale ha diffuso un “Libro Bianco sullo sviluppo del Sistema Sanitario e Sociosanitario” finalizzato a presentare le linee sulle quali dovrebbe incardinarsi una futura riforma. La riforma della sanità lombarda, alla quale è possibile ricondurre il suo assetto istituzionale attuale, risale al 1997. L'aspirazione di verificare la possibilità di una sua ulteriore evoluzione è senz'altro ragionevole. Meno condivisibile ci pare l'approccio di riforma che emerge dal Libro Bianco.

Il Libro Bianco si compone di due parti separate e distinte: nella prima si analizzano i punti di forza e i limiti del sistema esistente, mentre nella seconda si avanzano alcune proposte di riforma. Questa seconda parte, a sua volta, si suddivide in tre sezioni: “i punti di attenzione per fare meglio”, “la proposta di revisione normativa” e “i risultati attesi”.

Delle ottantuno pagine, cinquantanove sono dedicate all'analisi dell'esistente, mentre la proposta di revisione si esplica in sole dieci pagine: alla luce delle conclusioni che verranno tratte dal documento in esame, però, colpisce lo spazio dedicato all'esposizione dei punti di forza del sistema sanitario lombardo. Nessuno nega che ve ne siano ed è anzi facilmente sostenibile e dimostrabile che gli stessi siano ben più numerosi e più importanti delle debolezze: lascia perplessi, però, che in uno studio dedicato alla riforma del modello sanitario e sociosanitario sia dato spazio quasi esclusivo alla minuziosa e dettagliata esposizione di come la sanità lombarda raggiunga vere e proprie vette sia in comparazione con i sistemi sanitari delle altre regioni italiane sia anche in raffronto alle realtà europee. Davanti a una simile premessa, infatti, la conclusione che il lettore sarebbe autorizzato a trarre

1 Proprio nel Libro Bianco vengono correttamente esposti dati decisamente lusinghieri in relazione ai risultati del modello sanitario lombardo, che appare senza dubbio superiore alla media nazionale. Ciò si riscontra sotto il profilo della qualità della prestazioni: a mero titolo d'esempio si può notare la prevenzione oncologica (par. 1.2.1.), la prevenzione e la riduzione degli infortuni sul lavoro (par. 1.2.1.1.) e l'assistenza domiciliare (par. 1.2.3.5.). Dal punto di vista della misurazione dei risultati, poi, il Libro Bianco dimostra come la sanità Lombarda si collochi a un livello medio-alto, e sempre superiore alla media, sia per quanto riguarda l'accessibilità e la soddisfazione, sia in relazione all'appropriatezza (par. 1.4). Anche per quanto riguarda l'efficienza della spesa sanitaria il modello sviluppatosi in Lombardia dimostra la sua efficacia: il sistema sanitario lombardo raggiunge sostanzialmente l'equilibrio tra disavanzo e avanzo pro capite (par. 1.3.1), la spesa sanitaria in percentuale al PIL è la più bassa d'Italia e, in valori assoluti pro capite, è tra le più basse della penisola. Rilevante per notare come le risorse siano impiegate in modo razionale e fruttuoso è anche notare che la Lombardia ha la più bassa spesa pro capite per personale dipendente su tutto il territorio nazionale (par.1.3.2).

è che il modello lombardo meriti una sostanziale conferma, e che le modifiche debbano consistere in limature e circoscritti riordini - se non in una evoluzione che renda ancora più cogenti taluni suoi presupposti.² In altri termini, le premesse poste dallo stesso Libro Bianco non espongono un quadro tale da legittimare una riforma complessiva, incisiva e rivoluzionaria.

Colpisce poi, nella lettura del Libro Bianco, un aspetto meramente formale, cioè una certa complessità e ridondanza di dichiarazioni di intenti e slogan nel linguaggio, nonostante la necessità di una chiara comunicazione tra il servizio sanitario e l'utenza venga considerata, dallo stesso Libro Bianco, come un fattore fondamentale per il miglioramento del modello lombardo.

2. Nel merito del Libro Bianco: le ipotesi di riforma del sistema sanitario lombardo.

Dalla lettura del Libro Bianco, emergono le seguenti ipotesi di riforma:

- A. riorganizzazione della struttura del servizio sanitario, con riduzione del numero e modifica delle competenze delle ASL (che peraltro adotterebbero un nuovo nome);
- B. creazione di un nuovo sistema tariffario, per cui alle tariffe collegate alle prestazioni si affiancherebbero anche tariffe connesse alla "presa in carico" di pazienti affetti da patologie croniche;
- C. creazione di una centrale unica di committenza per gli acquisti;
- D. creazione di un sistema di "vendor rating", cioè di valutazione delle tecnologie sanitarie e monitoraggio della qualità dell'assistenza.³

Come si è detto, la porzione del Libro Bianco dedicata all'analisi è circa sei volte più ampia della proposta: in sé, questa scelta non è criticabile e può essere commendevole, a patto che sia funzionale alla costruzione di una stretta relazione tra i punti deboli del sistema vigente e le proposte. Così non accade, e l'impressione del lettore è quella di avere a che fare con una prognosi sconnessa alla diagnosi.

Più della metà del documento in esame riporta i successi ed evidenzia i pregi del modello lombardo introducendo due soli elementi di riflessione: l'evoluzione della demografia che, nell'arco di circa due decenni, dovrebbe comportare un aumento senza precedenti del numero di anziani (cui viene ricollegato un incremento dell'incidenza delle patologie croniche) e la presunta stabilità del finanziamento pubblico al Servizio Sanitario Nazionale.

Non è facile comprendere per quale motivo il sistema sanitario in Lombardia dovrebbe essere profondamente modificato per far fronte alle esigenze preventivate e preventivabili. Né, tantomeno, si capisce perché le soluzioni sommariamente ipotizzate e delineate siano appropriate per affrontare le criticità.

2.1 La nuova struttura della sanità lombarda: le Agenzie Sanitarie Locali e le Aziende Integrate per la Salute.

L'architettura dell'ipotesi di riforma (la quale, più modestamente, viene in più punti etichettata con

2 In tale ottica, è legittimo chiedersi se i benefici della competizione nell'erogazione del servizio non possano riprodursi anche a livello del finanziamento del medesimo, inserendo una intercapedine assicurativa fra Stato finanziatore ed ente erogatore. Alcune suggestioni in merito erano state proposte in G. Galli e A. Mingardi, "Sanità, una Spa modello olandese", *Il Sole 24 Ore*, 9 settembre 2008 (l'articolo è disponibile su internet alla pagina <http://www.brunoleoni.it/nextpage.aspx?codice=7064>).

3 In fondo, anche per la progettata riforma del servizio sanitario lombardo sono adeguate le acute parole scritte da Rosario Ferrara (R. Ferrara, *L'ordinamento della sanità*, Torino, Giappichelli, 2007, p. 153) in relazione a tutte le riforme che si sono susseguite negli ultimi trent'anni: "ogni fondamentale proposta di innovazione, ogni pur suggestiva invenzione riformatrice, finisce col ruotare intorno a due o tre idee, delle quali ora l'una ora l'altra viene ciclicamente evocata ed anzi invocata come assolutamente vincente e risolutiva".

la parola “riordino”) dovrebbe essere una nuova struttura di governo e di gestione del sistema sanitario.

Le Aziende Sanitarie Locali dovrebbero trasformarsi in Agenzie Sanitarie Locali: non è dato sapere né il perché del cambio del nome, se pure il lettore resti colpito dalla finezza di non mutare l’acronimo dello stesso (ASL erano e ASL restano). È fin troppo facile ritenere che il cambiamento del nome sia solo un’esigenza “comunicativa” diretta all’opinione pubblica. A parte ciò, le nuove ASL trattengono funzioni meramente “di programmazione territoriale sanitaria, sociosanitaria e sociale”, nonché “di controllo dell’appropriatezza delle attività di ricovero, specialistica ambulatoriale e delle attività di ricovero, specialistica ambulatoriale e delle attività sociosanitarie, di vigilanza dell’assistenza e della tutela della salute umana e animale” (par. 4.2.4.2).

L’erogazione dei “servizi del sistema sanitario e sociosanitario regionale, incluse le prestazioni ricomprese nei LEA, in concorrenza e/o collaborazione (coopetition) con gli erogatori privati accreditati” (par. 4.2.4.4.) verrà invece spostata in capo ad un nuovo soggetto: le Aziende Integrate per la Salute (AIS). Tali nuove strutture si articoleranno in due “poli”: quello “ospedaliero”, “prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie”, e quello “territoriale”, “orientato alla prevenzione sanitaria e sociosanitaria e all’erogazione di prestazioni di bassa complessità”. È praticamente assente ogni accenno su come questi “poli” verranno organizzati, e sulle modalità in cui interagiranno: cosa diventeranno le Aziende Ospedaliere e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) – cioè il fulcro dell’eccellenza sanitaria lombarda – non si riesce assolutamente a capire. Per quanto riguarda gli IRCCS pubblici e privati, ad esempio, il Libro Bianco si limita a precisare che “vengono mantenuti all’interno del sistema di erogazione”, che, “si riconosce e valorizza il [loro] ruolo istituzionale e di ricerca” (par. 4.2.4.4.): considerazione che appare alquanto affrettata, in ragione della rilevanza di tali istituzioni.

A quanto è dato comprendere (il documento non approfondisce maggiormente la distinzione), quindi, la proposta parrebbe delineare una separazione tra le funzioni amministrative e l’erogazione delle prestazioni sanitarie. Sul punto sarebbe stato quantomeno opportuno approfondire la compatibilità di questa impostazione con il processo di aziendalizzazione della sanità, implementato negli anni Novanta del secolo scorso: va infatti ricordato che questo elemento, determinato dagli articoli 3 e seguenti del D.Lgs. 502/1992, costituisce sicuramente un principio fondamentale in materia di tutela della salute, e, come tale inderogabile da parte dei legislatori regionali. Così come sarebbe opportuno chiarire chi e in che modo sarà chiamato a dirigere queste strutture: anche per quanto riguarda questo aspetto, infatti, vi può essere il rischio di generare un contrasto insanabile con la normativa statale (cfr. art. 3-ter, D.Lgs 502/1992).

In sé, comunque, la ristrutturazione delle ASL potrebbe essere positiva se accentuasse una separazione dei ruoli⁴ tra il soggetto deputato a controllare e pagare le prestazioni, da una parte, e i soggetti deputati a erogare le prestazioni sanitarie, dall’altra.

Come sostenuto dall’Istituto Bruno Leoni, una riforma positiva della sanità dovrebbe riservare alle ASL funzioni di mera verifica e controllo: le ASL dovrebbero valutare ogni soggetto erogatore, sia pubblico sia privato, e stipulare convenzioni con tutte le strutture in grado di garantire una elevata qualità delle prestazioni, così come definita scientificamente; dall’altra parte, i cittadini potrebbero indifferentemente recarsi in strutture pubbliche o private sapendo che la qualità della prestazione verrebbe garantita in modo sostanzialmente uniforme. Così, pur senza uscire dal perimetro dell’assicurazione sanitaria pubblica universale, si svilupperebbe un meccanismo di scelta da parte dell’utenza, che sarebbe libera di premiare l’operatore pubblico o quello privato. Un simile modello potrebbe portare alla prevalenza degli erogatori pubblici o a quella degli erogatori privati – paradossalmente anche alla esclusività dell’una piuttosto che dell’altra categoria –, ma sempre e solo

4 Il punto è sviluppato in S. Boccalatte, *Il miraggio della concorrenza nel settore sanitario. Brevi spunti per una riforma (quasi)liberale a Costituzione invariata*, IBL Briefing Paper n. 84, 4 marzo 2010, pp. 19-20 (lo studio è disponibile online alla pagina http://www.brunoleonimedia.it/public/BP/IBL_BP_84_Ospedali.pdf).

come effetto della scelta dei pazienti. Logicamente, il presupposto per uno sviluppo in tal senso è quello di eliminare ogni limite all'accesso al mercato: le convenzioni dovrebbero essere stipulate con ogni operatore tecnicamente e qualitativamente al livello richiesto dalla ASL, senza spazio per alcuna valutazione sulla "situazione del mercato" e sul "fabbisogno dell'utenza", attualmente, invece, ben presenti e tali da creare ingiustificate disparità di trattamento e inaccettabili discrezionalità amministrative. In altri termini, anche se in un determinato territorio l'offerta pubblica di prestazioni potesse essere considerata in grado di assorbire integralmente la domanda, questo fattore non dovrebbe impedire all'ASL di stipulare convenzioni con strutture private: deciderà poi il cittadino quali soggetti erogatori debbano prevalere e quali, al contrario, debbano soccombere. La Regione, in base ai propri vincoli di bilancio, avrebbe il solo compito di pagare le prestazioni sanitarie erogate – dal pubblico e dal privato – sotto il controllo delle ASL.

Proprio il modello sanitario lombardo potrebbe ipoteticamente (in ragione della sua storia e della forte penetrazione di un privato che non si limita a "tappare i buchi" delle inefficienze del pubblico) diventare un banco di prova per un simile esperimento di integrazione della concorrenza.

Ma questa non è la scelta immaginata nel Libro Bianco.

Nell'ipotesi delineata in tale documento, infatti, pare solo di assistere alla semplice separazione burocratica tra gli uffici amministrativi e i reparti medici. Cui si connette un riassetto di ambedue: i primi verrebbero ridotti, perché le nuove Agenzie sarebbero in numero minore rispetto alle attuali Aziende, mentre i secondi vedrebbero spostare il proprio baricentro verso l'assistenza territoriale. Sopra tutto, poi, verrebbe creata una struttura regionale unitaria, la "*Struttura tecnica regionale di controllo e promozione dell'appropriatezza e qualità*", incaricata di promuovere "*valutazioni di appropriatezza, qualità e di efficacia, oltre a raccogliere, integrare ed elaborare dati e calcolare indicatori sanitari*", che poi, in sintesi, significherebbe attribuire a questa struttura il compito di elaborare e aggiornare le tariffe di remunerazione delle prestazioni erogate.

Le nuove AIS dovrebbero fornire le prestazioni non più e non tanto in concorrenza, quanto in una forma di "*concorrenza e/o collaborazione (coopetition) con gli erogatori privati accreditati*": è una formula ambigua, che potrebbe essere solo un *flatus vocis*, ma che, al contrario, potrebbe anche significare una grave inversione di tendenza rispetto al modello sanitario che è stato pazientemente costruito in Lombardia negli ultimi vent'anni, prevedendo una maggiore discrezionalità amministrativa nel rilasciare gli accreditamenti e nello stipulare le convenzioni, in un quadro di restaurata subordinazione del privato alle scelte pianificatorie pubbliche.

Questa sensazione negativa sembra supportata da altri "segnali" disseminati nel documento in. Ad esempio, quando il Libro Bianco affronta il sistema di remunerazione delle prestazioni (del quale discuteremo *infra* al par. 3) esordisce con un concetto che proprio non si comprende: "*L'organizzazione del prendersi cura del paziente male si concilia con quella del finanziamento delle singole prestazioni che porta concorrenza più che integrazione*". Oltre ad essere un'affermazione apodittica, desta qualche dubbio che, senza un apparente scopo e solo come premessa alla programmazione di un nuovo sistema di remunerazione, si aggredisca la "concorrenza", etichettata come inadeguata allo sviluppo del sistema sanitario lombardo in relazione con la sfida dell'invecchiamento della popolazione e del corrispondente aumento dell'incidenza delle patologie croniche.

Perché la "concorrenza" sia un problema non è dato sapere; perché l'"integrazione" sia qualcosa da preferire non è dato sapere.

Eppure, nelle sue stesse premesse, il Libro Bianco parrebbe lodare il principio di libera scelta, da parte del paziente, tra erogatori pubblici e privati, considerato – giustamente – uno dei cardini del modello sanitario lombardo e uno dei suoi principali punti di forza: "*viene infatti promossa come valore prioritario la qualità del servizio erogato, piuttosto che la gestione diretta pubblica del servizio*", si può leggere all'inizio della parte del Libro Bianco dedicata all'analisi del modello vigente, "*mentre i cittadini sono sicuramente interessati all'efficacia e alla qualità dei servizi, non lo sono allo stesso*

modo alla proprietà della struttura che eroga il servizio” (par. 1.1.1.). Viene allora da pensare che il documento in esame non comprenda minimamente come la libertà di scelta presente in Lombardia non sia figlia di un’impostazione dirigistica, ma della creazione di un ambiente normativo e fattuale che, in comparazione con quanto accaduto nelle altre regioni, si è dimostrato molto più favorevole all’ingresso del privato nel mercato sanitario: in Lombardia la gestione della sanità si è veramente avvicinata al paradigma del “quasi mercato” immaginato e voluto dal D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502.⁵

In estrema sintesi, questo è il vero punto di forza del modello lombardo, ma nel Libro Bianco è un elemento che non emerge, anzi: quasi non appare nemmeno, come se la libertà di scelta derivasse da altro. Si tratta di un vero buco nero nell’impianto della prolissa analisi fornita dal documento in esame.

Per ciò che si può comprendere, quindi, la separazione delle funzioni amministrative da quelle di erogazione delle prestazioni sanitarie non favorirà la libertà di scelta, né confermerà (o potenzierà) l’attuale impostazione del modello lombardo, ma ne costituirà un sostanziale ripensamento che potrà solo aumentare il peso della burocrazia sulla sanità lombarda.

2.2 La nuova struttura della sanità lombarda: la centrale unica di committenza.

Un secondo punto su cui si impernia l’ipotesi di ristrutturazione della sanità lombarda è la creazione di una “*centrale unica di committenza*”. Visto come viene rimarcata l’importanza di tale ente ci si aspetterebbe una precisa indicazione quanto meno di due aspetti: come questa “centrale” si incaricherebbe nella nuova ripartizione dei compiti tra Struttura regionale di controllo, ASL e AIS, nonché quali dovrebbero essere i suoi compiti e le sue modalità operative.

Al contrario, il Libro Bianco quasi non affronta alcuno di questi due fondamentali elementi, limitandosi a indicare che

viene assicurata una regia centrale per gli acquisti così da garantire la concorrenza e una maggiore trasparenza delle procedure. La centrale di coordinamento unica dovrà portare a una riduzione dei costi di acquisto e a una maggiore razionalizzazione” (par. 3.3.).

Una simile definizione non fornisce risposte, ma suscita una serie di domande. V’è da chiedersi, infatti, in che modo gli autori del documento in esame pensino che si possano verificare i risparmi: attraverso economie di scala? E chi si dovrà rifornire presso questa centrale di coordinamento? Solo le AIS, oppure anche le ASL e, magari, anche i soggetti privati convenzionati? E per quale motivo un organismo centralizzato dovrebbe essere in grado di individuare i prezzi più congrui alle prestazioni erogate? E se l’obiettivo è quello di acquistare a prezzi più bassi, non si rischia di ledere la qualità della prestazione sanitaria? Quali strumenti di riequilibrio si immaginano per evitare questa possibile conseguenza negativa?

Non è poi per nulla chiaro in che modo una centrale unica per gli acquisti possa favorire la concorrenza: in mancanza di indicazioni più precise, l’introduzione di tale struttura appare un passo deciso verso la centralizzazione burocratica della sanità in Lombardia.

In un altro punto del Libro Bianco, d’altra parte, si può leggere che le nuove ASL dovrebbero fungere anche da “*articolazioni della centrale unica di committenza*”: siamo quindi davanti a una centrale unica, ma articolata? È difficile spiegare come possa esistere una centrale di committenza unica, ma articolata: e non ce la fa neppure il Libro Bianco. I risultati di questo tentativo di spiegazione li lasciamo alla valutazione del lettore: la centrale unica, infatti sarebbe

5 Sul tentativo da parte del legislatore degli anni Novanta del secolo scorso di delineare un quadro in cui pubblico e privato possano competere in una sostanziale “parità delle armi” si veda, ad esempio, R. Ferrara, *L’ordinamento*, cit., p. 199.

una regia accentrata a livello regionale e un'articolazione che rispetti la complessità del sistema sanitario e sociosanitario regionale nelle linee di sviluppo della riforma. Nell'assetto che si prefigura in linea con il quadro della riforma sanitaria vi è un'unica Azienda Regionale di coordinamento degli acquisti e la possibilità di effettuare gli acquisti sia a livello centrale che nei livelli intermedi previsti dalla riforma: aree vaste/consorziali che potranno avere le dimensioni delle nuove Agenzie Sanitarie Locali, le quali dovrebbero aggregare a livello sovra-aziendale funzioni tecniche e amministrative (par. 4.2.4.6.).

La chiarificazione pare più oscura del suo stesso oggetto: la centrale unica parrebbe essere una Azienda Regionale, ma gli acquisti (da parte di chi? A venti ad oggetto che cosa?) potranno essere effettuati sia a livello centrale (da parte di chi? Della Regione? Ma la Regione non eroga prestazioni sanitarie, o no? E quindi la Regione acquista e distribuisce alle ASL?) sia a livello di “aree vaste/consorziali”, non necessariamente coincidenti con le dimensioni delle Agenzie Sanitarie Locali. È poi solo il caso di notare che, in base alla normativa statale, le Aziende Sanitarie sono dotate di “autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica” (art. 3, D.Lgs. 502/1992): sarebbe essenziale capire fino a che punto la centrale unica di committenza possa interferire con questa sfera di autonomia e, specificamente, con quella organizzativa patrimoniale e contabile, perché sul punto la progettata riforma rischia di collidere con un principio fondamentale in materia di tutela della salute e, dunque, è a rischio di illegittimità costituzionale.

Con queste premesse, i benefici della centrale unica di committenza – privi di qualunque approfondimento scientifico, statistico o probatorio – appaiono un atto di fede verso le virtù dei pianificatori centrali, mentre la forma e le modalità di operazione di questa struttura restano avvolte nell'oscurità.

2.3 La nuova struttura della sanità lombarda: il ruolo dei Comuni.

Un altro assioma da cui il Libro Bianco parte per comporre il mosaico della nuova struttura della sanità lombarda è che

la marginalizzazione del ruolo dei Comuni, pur coinvolti attraverso la Conferenza dei Sindaci nella programmazione sociosanitaria e sociale d'ambito, ha impedito negli anni una programmazione unitaria delle risorse contribuendo ad alimentare la frammentazione e la disomogeneità dell'attuale rete d'offerta (par. 3.3.1.).

Il documento in esame non spiega in cosa consista questa frammentazione e questa disomogeneità: in realtà, in un sistema che inserisce nel SSN il privato ad un livello di competizione di “quasi-mercato”,⁶ la frammentazione e la disomogeneità sono valori da tutelare, non ostacoli da superare. Infatti, in un tessuto disomogeneo e frammentato tenderanno a prevalere i soggetti, anche privati, in grado di formulare le migliori offerte sotto il profilo della qualità e dell'efficienza delle prestazioni.

Si presenta quindi, ancora una volta, un approccio che tende a negare le conquiste del modello lombardo, pur formalmente lodandole e volendole confermare.

Ma, prescindendo da questa considerazione, sostenere che la marginalizzazione dei Comuni abbia favorito la frammentazione e la disomogeneità è veramente un controsenso: se i Comuni sono stati marginalizzati significa che le attività programmatiche sono state avocate da livelli superiori di amministrazione, quali sono le ASL e la stessa Regione. Quindi, a rigore, la marginalizzazione del ruolo dei Comuni potrebbe aver favorito la riduzione – e non l'aumento – della frammentazione e della disomogeneità.

A parte ciò, non si comprende quale sia, in concreto, il ruolo che si voglia attribuire (o ri-attribuire) ai Comuni: di certo le competenze sui servizi sociali sono già adesso istituzionalmente incardinate nei Comuni, quali enti di prossimità, e già ora sarebbe “necessario un forte raccordo ASL – Comu-

⁶ L. Marinò, *Dinamiche competitive ed equilibrio economico nelle aziende sanitarie*, Milano, Giuffrè, 2001, p. 87.

ni per poter integrare le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali” (par.3.1.), ma, tranne simili dichiarazioni di principio, il Libro Bianco non fornisce elementi chiari e concreti per capire come si voglia modificare il ruolo dei Comuni e quale sia la nuova tecnica di collegamento tra questi e le ASL. Si contesta il limitato impatto delle Conferenze dei Sindaci, si invoca un potenziamento dei *“servizi di prossimità in stretto raccordo con i Comuni in una logica del prendersi cura”*, in quanto così *“le persone trovano più continuità assistenziale e più unità di cura e assistenza”* (par. 4.5.), ma cosa si voglia fare proprio non ci viene detto.

Nel silenzio del Libro Bianco, allora, il ricordo non può che andare a come i Comuni controllassero, di fatto, il Sistema Sanitario Nazionale tra il 1978 e la metà degli anni Ottanta: le USL non erano altro che emanazione dei Comuni presenti sul territorio di loro riferimento.⁷ La sanità italiana era completamente burocratizzata e rinchiusa in un modello non solo insostenibile (e che infatti fu già oggetto di modifica durante gli anni Ottanta e fu poi definitivamente abbandonato nel 1992), ma letteralmente alieno al mondo occidentale.

La domanda sorge spontanea: è questo l’orizzonte del Libro Bianco e della riforma che la Giunta lombarda immagina di perseguire?

In effetti, la pretesa *“frammentazione”* sul territorio dell’attuale offerta sociosanitaria sembra essere un vero cruccio del Libro Bianco, secondo cui *“l’offerta territoriale sanitaria e sociosanitaria [è] oggi costituita da un universo di produttori e di attori”* e ciò comporterebbe due problemi: in primo luogo *“non è sempre rintracciabile una chiara azione di regia complessiva, i percorsi e le opzioni sono difficilmente riconoscibili da cittadini e operatori stessi e non sono omogenei sul territorio regionale”*, e, secondariamente, l’offerta territoriale *“non risponde in modo integrato ai bisogni complessivi dell’utenza (sia di tipo sociale sia sanitario), oltre alla non ottimizzazione dell’assistenza, il rischio di sovrapposizioni e non chiarezza”* (par. 3.3).

In un modello di quasi-mercato, però, in cui privato e pubblico sono compresenti e competono, l’esistenza di *“un universo di produttori e di attori”* è un elemento da valorizzare, non certo da condannare: il modello lombardo esiste e dà risultati di eccellenza sul piano nazionale e internazionale proprio grazie all’esistenza di numerosi erogatori, pubblici e privati, di prestazioni sanitarie, senza i quali la libera scelta sarebbe soltanto un modo di dire. Per il comparto privato, quali strutture debbano continuare ad esistere e quali invece no, è questione che è risolta dai meccanismi di mercato. Nel campo pubblico, come è noto, l’applicazione sino al più piccolo ospedale del principio del *“too big to fail”* evidentemente può dar luogo ad eventuali ridondanze. Ma allora si abbia il coraggio di dire che c’è un problema legato alla sola componente pubblica, e al suo rimanere programmaticamente indifferente alle più banali leggi economiche.

Sotto questo profilo, è assai miglior garanzia di un buon uso delle risorse che il ruolo della Regione sia quello di garantire le cure e la loro qualità, disinteressandosi della natura giuridica degli operatori e lasciando al quasi-mercato la spontanea ricerca dell’assetto migliore.

Del tutto apodittica appare anche l’affermazione secondo la quale l’offerta territoriale non sarebbe corrispondente ai bisogni complessivi dell’utenza: non è infatti dato capire né perché né come si verificherebbe questa disfunzionalità. E se anche avesse dimostrato l’esistenza di tale problematica, il Libro Bianco avrebbe poi dovuto spiegare quali benefici porterebbe un riassetto della *“regia”* dell’offerta sociosanitaria mediante accentramento in capo ai Comuni, nonché per quali motivi.

In molti snodi focali del documento in esame, inoltre, si possono ritrovare affermazioni che contengono velate critiche alla concorrenza in sanità, cioè alla vera peculiarità del modello lombardo. Così,

⁷ Lo sviluppo della sanità italiana sino alla metà degli anni Novanta è sintetizzato in L. Anselmi, *“I presupposti aziendali per la gestione programmata e il controllo economico nella sanità”*, in L. Anselmi (a cura di), *L’equilibrio economico nelle aziende sanitarie. Strumenti per una gestione manageriale efficace*, Milano, Il Sole 24 Ore, 1996, pp. 11 ss. Con specifico riferimento al ruolo dei Comuni nell’originaria struttura del SSN si veda A. Provvienza, *L’azienda sanitaria pubblica. Profili istituzionali ed economico aziendali*, Roma, Aracne, 2006, p. 21.

anche sul punto della frammentazione si possono leggere le seguenti frasi:

la discontinuità tra ospedale e territorio e tra diversi operatori del territorio stesso si origina anche da un rapporto e confronto tra professionisti non sempre ideale e collaborativo, ma più spesso inesistente/minimale e/o conflittuale (par. 3.3).

Tende ad emergere, dunque, una sorta di identità tra frammentazione, discontinuità, conflittualità e concorrenza, identità totalmente non dimostrata e che nega in radice l'impostazione culturale stessa su cui si impernia il modello sanitario lombardo.

2.4 La nuova struttura della sanità lombarda: il vendor rating.

Un altro fulcro della riforma ipotizzata dal Libro Bianco è l'elaborazione di un sistema di “*vendor rating*”, cioè di un metodo “*di promozione del governo clinico, di valutazione delle tecnologie sanitarie, di monitoraggio del sistema e della qualità dell'assistenza, delle politiche di controllo e della relativa gestione*” (par. 3.4).

In sé e per sé l'idea potrebbe essere positiva: nell'esercizio della propria libera scelta di cura il cittadino, che non è un esperto e che non può avvalersi delle informazioni veicolate da un vero sistema di prezzi all'interno di un meccanismo integralmente di mercato, può effettivamente trarre un qualche giovamento dall'analisi e dalla presentazione dei risultati dei soggetti operanti sul mercato.

Ancora una volta, però, sorgono perplessità sullo strumento immaginato nel documento in esame: infatti, se il *vendor rating* diviene uno strumento di “*promozione del governo clinico*” vi è da ritenere che, sulla base dei suoi risultati, la Regione possa modificare gli accreditamenti e le convenzioni. Ciò può contraddire la logica e lo spirito dell'accredimento e inserisce una variabile non esattamente ponderabile nella sfera delle convenzioni: infatti, la Regione dovrebbe rapportarsi con tutti gli erogatori (possibilmente anche quelli pubblici) tirando un'asticella collegata alla qualità delle prestazioni e accreditando tutti i soggetti in grado di superarla. Ciò che accade al di sopra di questo livello minimo di qualità e di efficienza dovrebbe essere lasciato alla libera scelta dei cittadini.

Il Libro Bianco non chiarisce se il *vendor rating* serva proprio per tracciare e aggiornare questa asticella – in tal caso sarebbe benvenuto e auspicabile – oppure sia immaginato come un'arma con cui la Regione e le ASL possano manipolare la concorrenza tra operatori pubblici, strutture accreditate e convenzionate. Di certo, qualche dubbio in quest'ultimo senso sorge quando il documento in esame afferma che “*il vendor rating è un aspetto cruciale per definire meccanismi di governo dell'offerta che assicurino il miglior equilibrio domanda – offerta, favorendo la selezione degli erogatori in base alla qualità erogativa e il raggiungimento di specifiche performance*” (par. 3.4.): permettere che il sistema sanitario regionale definisca “*meccanismi di governo dell'offerta che assicurino il miglior equilibrio domanda-offerta*” non è assolutamente rassicurante e, anzi, sembra confermare che il *vendor rating* verrà utilizzato per manipolare un equilibrio che – fatti salvi i requisiti minimi di qualità – dovrebbe essere invece determinato sostanzialmente dal mercato.

Per di più, nonostante il *vendor rating* venga menzionato in vari punti del documento in esame, non si capisce esattamente né come funzionerà né quali saranno gli elementi che verranno utilizzati per effettuare le valutazioni, poiché il Libro Bianco si limita ad affermare:

ad ogni azione programmatica deve corrispondere capacità di misurarne gli effetti e gli impatti per valutarne l'efficacia e la misura si deve basare sul confronto rispetto a standard di quantità, di qualità e di costo, anche per garantire che la valutazione di chi guida il sistema sia basata solo su criteri di merito (Presentazione).

Ancora una volta si deve riproporre la stessa riflessione: nonostante la lunghezza dello scritto, mancano in modo pressoché completo gli elementi concreti, i cardini effettivi delle ipotizzate riforme.

Ciò che si comprende certamente è che i risultati del *vendor rating* saranno pubblici (“*vogliamo*

rendere pubblici e accessibili i dati relativi a qualità e costi dell'assistenza ed attivare un sistema di vendor rating che permetta di premiare chi eroga servizi migliori. In questo modo la libertà di scelta potrà essere esercitata in modo consapevole da un cittadino che vogliamo informato, attento". Presentazione) e che tale sistema *"deve essere affidato ad una struttura tecnica regionale istituita ad hoc"* (par. 4.2.7.1.). Di questa struttura non viene detto assolutamente alcunché, se non il nome: *"Struttura Regionale di Controllo e Promozione dell'Appropriatezza e Qualità"* (par. 3.4). Si può solo comprendere, dunque, che l'opzione di fondo che anima il Libro Bianco si conferma nella volontà di accentrare su base regionale il governo della sanità e di creare svariate strutture burocratiche funzionali a tale accentramento. Come poi queste strutture si interfacceranno tra loro non è dato sapere, né vengono prese minimamente in considerazione le eventuali difficoltà di interazione reciproca.

2.5 La nuova struttura della sanità lombarda e la riforma che non c'è: il bilancio delle ASL.

La struttura della gestione della sanità in Lombardia, come si è visto, dovrebbe essere rivoluzionata mediante il cambiamento del ruolo (e del nome) delle ASL e l'introduzione delle Aziende Integrate per la Salute (AIS): come si è visto sopra, però, nulla viene detto di preciso sulla interazione tra queste strutture.

Invero nulla si dice anche su quali regole reggeranno il bilancio di queste strutture.

In base alla normativa nazionale vigente i bilanci delle Aziende Sanitarie devono informarsi "ai principi del codice civile": ciò crea notevoli problemi e disparità di trattamento, perché le Aziende Sanitarie sono di fatto sottratte all'applicazione delle norme civilistiche, limitandosi a predisporre un bilancio che, in qualche modo, ne rispetti la struttura formale.⁸ Ora, davanti alla separazione delle funzioni amministrative dalle restanti competenze delle Aziende Sanitarie ci si deve chiedere quale regime si voglia applicare alle nuove Agenzie Sanitarie Locali: si cercherà magari di ripristinare il superato sistema della contabilità degli enti pubblici e si considereranno le disposizioni statali come riferite alle sole Aziende Integrate per la Salute (AIS)? Oppure si applicherà la norma statale sia alle Agenzie sia alle AIS? Quantunque nei fatti estremamente tecnico, il punto è molto rilevante per verificare se il futuro assetto della sanità lombarda vorrà mostrare trasparenza nei conti e se vorrà immaginare una competizione ad armi contabili pari tra erogatori pubblici e privati.

Di certo la sanità Lombardia non dovrebbe perdere un'occasione per virare nettamente verso la tecnica di redazione dei bilanci rigidamente prescritta dal codice civile, che implicherebbe una valutazione omogenea dei risultati e dell'efficienza di tutti i soggetti operanti nel quasi-mercato di settore.

3. Il nuovo sistema di finanziamento del servizio sanitario regionale.

Insieme con la riforma della struttura della sanità lombarda, il Libro Bianco ipotizza anche una radicale rimediazione del finanziamento del servizio.

Attualmente, com'è noto, le prestazioni vengono raggruppate in base ai DRG (*Diagnosis Related Groups*) e quindi remunerate tramite tariffe omogenee corrispondenti a prestazioni omogenee. Il sistema ha una sua complessità, ma è frutto di elaborazioni e studi a livello internazionale e permette di evitare favoritismi e sperequazioni: la remunerazione a prestazioni garantisce un significativo livello di coincidenza tra attività sanitaria svolta e il suo pagamento, favorendo la trasparenza e l'appropriatezza. Per l'Italia si tratta di un enorme passo in avanti: nell'originaria impostazione del Servizio Sanitario Nazionale, infatti, il finanziamento del sistema avveniva mediante un semplice ripianamento a piè di lista e ciò ha contribuito a sviluppare una dinamica incontrollabile di aumento della spesa pubblica, le cui conseguenze si sono iniziate a pagare a caro prezzo già nel secolo scorso.

⁸ Sul punto, particolarmente rilevante e complesso, ci si permette di rinviare ancora a S. Boccalatte, *Il miraggio*, cit., pp. 13 ss.

Siccome la remunerazione sulla base di tariffe connesse ai DRG è in buona parte regionalizzata, ogni singola Regione è sostanzialmente responsabile di come ha realizzato tale sistema: in Lombardia i dati (peraltro dettagliatamente esposti anche nel Libro Bianco) indicano che questa metodologia è riuscita a staccarsi per davvero da una forma camuffata di ripianamento a piè di lista, garantendo una spesa sanitaria regionale in proporzione al PIL nettamente più bassa del resto d'Italia e anche della media europea.

Nonostante non si possa negare l'esistenza di problemi che affliggono il suddetto sistema, sicuramente ben lungi dalla perfezione, l'applicazione in Lombardia della metodologia di remunerazione poc'anzi illustrata mostra di sicuro più luci che ombre.

Eppure il Libro Bianco propone una riforma che parrebbe sovvertire questo sistema: il documento in esame, infatti, postula che nel futuro si assisterà a un notevole incremento di malati cronici e ritiene che la remunerazione a tariffa non sia adeguata alla gestione della cronicità. “*La Regione*”, si legge nel documento in esame,

rimborso chi eroga una prestazione secondo determinate tariffe. Questo permette di governare, modificando le stesse tariffe: in questo modo si evita che qualcuno eroghi soltanto o soprattutto le prestazioni che rendono di più e tralasci le altre. Tuttavia, il sistema a prestazione funziona bene per i pazienti acuti, che, una volta trattati, guariscono. Quando, invece, il paziente è cronico e va preso in carico, lo strumento non funziona più altrettanto bene (par. 1.1.2.).

Che la remunerazione a tariffa non sia appropriata alla gestione delle cronicità è un'ipotesi che meriterebbe un dettagliato approfondimento: non si può *a priori* sostenere che sia corretta o sia errata, come tutte le ipotesi deve essere studiata e valutata. Magari si può rivelare corretta per la gestione di alcune patologie croniche e non di altre. Qui, invece, l'ipotesi diventa un assioma. Subito dopo averlo enunciato, il Libro Bianco propone perentoriamente la soluzione: “*immaginare una tariffa omnicomprensiva, un sistema di rimborso, cioè, centrato non più sulla patologia, ma sul paziente e il suo percorso*” (par. 1.1.2.).

Si comprende con certezza, ad esempio, che il nuovo sistema tariffario andrebbe solo ad affiancarsi al precedente, avendo ad oggetto, appunto, esclusivamente le cronicità. Sarebbe trattarsi di “*tariffe forfettarie*” (par. 4.2.4.5) per il cui pagamento si immagina “*anche*” un non meglio precisato meccanismo basato su “*voucher*” (par. 3.5.) e collegato ad una qualche forma di “*piano di cura*”: la connessione tra la forma di remunerazione e il “*piano di cura*” si deduce, *a contrario*, laddove il Libro Bianco precisa che “*continueranno ad essere retribuiti a prestazione i servizi erogati occasionalmente al di fuori del piano di cura*” (par. 4.2.4.5.). Inoltre, il documento in esame, dopo aver contestato il finanziamento a prestazione per quanto riguarda le cronicità (che, come già detto, porterebbe “*concorrenza più che integrazione*”), afferma che la nuova forma di remunerazione consisterebbe in una “*tariffa omnicomprensiva*” (par. 3.5.3)

definita sulla base dei consumi storici afferenti a un determinato tipo di cronicità, con l'obiettivo di 'spostare l'attenzione' dalle prestazioni ai bisogni reali di ogni singolo soggetto, definiti in un piano di assistenza individuale, che può essere verificato, in termini di congruità clinica, confrontandolo con le prestazioni attese, che contribuiscono a definire la stessa tariffa omnicomprensiva del paziente” (par. 3.5.3).

Le nuove tariffe, quindi, parrebbero delinearci come remunerazione di raggruppamenti di prestazioni collegati a patologie croniche tra loro correlate. Il Libro Bianco fa esplicito riferimento alla sperimentazione della classificazione e della tariffazione Chronic Related Group (CRG), condotta dal 2012 in cinque ambiti territoriali:

Il CRG è una modalità di classificazione e tariffazione delle principali patologie croniche che è attualmente applicata per remunerare la presa in cura, da parte delle cooperative di MMG [n.d.r.: Medici di Medicina Generale], dei pazienti affetti da patologia cronica. Le

tariffe riconosciute ricomprendono in un'unica valorizzazione tutte le prestazioni sanitarie (ambulatoriali, farmaceutiche e protesiche) rese al paziente” (par. 2.2.3).

Non si ha però la certezza che questa sia la chiave di lettura corretta: in un altro punto del Libro Bianco, infatti, queste nuove tariffe per la remunerazione della cura della cronicità sono ricollegate a un non meglio identificato “budget di cura” (par. 4.2.5.): o questa è solo una diversa formulazione linguistica, oppure una remunerazione “a budget di cura” pare più simile ad un ripianamento a piè di lista che a un pagamento di prestazioni strettamente connesse tra di loro.

Sotto questo profilo, però, il problema principale è che non vengono illustrati i risultati della sperimentazione relativa alle cooperative dei Medici di Medicina Generale, né si spiega come una tecnica attuata per la sola medicina generale possa tranquillamente estendere la propria efficacia a ogni ambito di cronicità. Non è nemmeno fornito un qualche elemento che permetta di effettuare una comparazione tra le odierne tariffe DRG applicate alle cure delle patologie croniche e il progetto di future tariffe CReG: il lettore, dunque, non è messo minimamente in grado di capire le dinamiche che andranno ad incidere sulla futura spesa sanitaria.

Questo modo di presentare la riforma appare particolarmente grave: si propone di modificare radicalmente il finanziamento della sanità in Lombardia, cioè un punto su cui il modello lombardo ha palesemente dato buona prova di sé, e non si presenta nemmeno un minimo di studio scientifico sui flussi di spesa attuali e sulle variazioni preventivabili a seguito dell'implementazione della riforma.

4. Il ruolo del privato: gli accreditamenti e le convenzioni.

Il sistema degli accreditamenti e delle convenzioni con i privati rappresenta la modalità istituzionale di rapporto tra pubblico e privato nell'ambito della sanità. È un sistema che ha svariati difetti,⁹ ma che in Lombardia è stato comunque applicato in modo tale da produrre una interazione proficua, a beneficio dei cittadini-utenti del servizio.

Secondo il Libro Bianco, però, questo meccanismo non appare più adeguato:

L'accreditamento istituzionale non basta più: la normativa è vecchia di diciassette anni e si fonda su un modello ospedaliero da superare, quello rigidamente strutturato in unità operative dedicate prevalentemente a degenza ordinaria. Negli ultimi anni per molte attività è stata individuata la possibilità di erogazione in regimi alternativi come il Day Hospital e interventi ambulatoriali complessi. La stessa cultura dei professionisti sta cambiando e si fa sempre più strada l'idea del ‘prendersi cura’, diversa dalla modalità consueta di erogazione. Vale a dire che il programmatore, facendo leva sulla contrattazione, può e deve esercitare il ruolo di committenza, sia sotto il profilo della economicità sia della appropriata e tempestiva risposta ai bisogni sanitari e sociosanitari effettivamente espressi.

Ma per quale motivo il modello dell'accreditamento (e quindi poi anche degli accordi in convenzione) non sarebbe adeguato al “prendersi cura”?

Il Libro Bianco sostiene poi che

con l'introduzione di sistemi di valutazione delle performance qualitative delle strutture e di classificazione/clustering delle stesse sulla base di variabili correlate alla casistica trattata si può prevedere il passaggio verso forme di accreditamento che, fatto fermo l'obbligo del rispetto delle norme in tema di sicurezza dei luoghi di lavoro e degli impianti tecnologici, descrivano e permettano di monitorare le competenze clinico organizzative e le performance delle strutture in una dinamica di verifiche annuali delle stesse. L'accreditamento deve diventare una sorta di carta d'identità delle strutture che permetta agli organi di programmazione e controllo e ai cittadini di avere accesso alle informazioni che

⁹ S. Boccalatte, *Il miraggio*, cit., spec. pp. 10 ss.

più le qualificano e rendono trasparenti (par. 3.5.2).

Non pare quindi prevista una rivoluzione della logica stessa dell'accreditamento, come invece saremmo legittimati ad attendere, visto il duro giudizio ad esso dedicato in sede di analisi.

In questo senso, infatti, il Libro Bianco precisa che

occorre sviluppare un sistema di indicatori (Key Performance Indicator) basato su un modello di accreditamento rimodulato sul concetto di appropriatezza (assistenza, servizi, costi) e un sistema di vigilanza e controllo reso coerente con il nuovo modello di accreditamento. Per ottenere il passaggio al bisogno e far sì che sia la centralità della persona a guidare l'offerta di servizi, la Regione sta realizzando un modello di rating delle strutture sociosanitarie (tra cui le RSA) al fine di fornire concretamente alla persona gli strumenti con la possibile assistenza tecnica di presa in cura delle ASL per una scelta responsabile e consapevole del luogo e delle prestazioni assistenziali. Le informazioni raccolte attraverso il sistema di indicatori consentiranno di esprimere per ogni struttura il relativo grado di efficacia e di efficienza. Il sistema di rating guiderà la programmazione e l'assegnazione delle risorse (par. 3.5.2).

Del tutto incongruo, poi, appare l'accenno al fatto che il sistema di accreditamento debba “favorire processi di politica industriale del settore, che aiuti i produttori a connettersi, aumentando le loro dimensioni, i loro bacini di utenza, i portafogli di tipologie di utenti”: per quale motivo l'accreditamento deve avere a che fare con la “politica industriale”? Questa espressione prelude a un processo nel quale lo Stato “sceglie i vincitori” della gara economica. Al contrario, l'accreditamento dovrebbe avere ad oggetto soltanto il mero riconoscimento di standard qualitativi e di efficienza tali da porre le premesse per cui la struttura privata, mediante un successivo accordo di convenzione, possa diventare partner del Servizio Sanitario Nazionale: se l'accreditamento si trasforma in uno strumento di “politica industriale” significa che la Regione vuole riorganizzare l'offerta di prestazioni sanitarie secondo un proprio disegno.

24 settembre 2014

Quale futuro per la sanità lombarda? Le proposte confuse del Libro Bianco

IBL Policy Paper

CHI SIAMO

L'Istituto Bruno Leoni (IBL), intitolato al grande giurista e filosofo torinese, nasce con l'ambizione di stimolare il dibattito pubblico, in Italia, promuovendo in modo puntuale e rigoroso un punto di vista autenticamente liberale. L'IBL intende studiare, promuovere e diffondere gli ideali del mercato, della proprietà privata, e della libertà di scambio. Attraverso la pubblicazione di libri (sia di taglio accademico, sia divulgativi), l'organizzazione di convegni, la diffusione di articoli sulla stampa nazionale e internazionale, l'elaborazione di brevi studi e briefing papers, l'IBL mira ad orientare il processo decisionale, ad informare al meglio la pubblica opinione, a crescere una nuova generazione di intellettuali e studiosi sensibili alle ragioni della libertà.

COSA VOGLIAMO

La nostra filosofia è conosciuta sotto molte etichette: "liberale", "liberista", "individualista", "libertaria". I nomi non contano. Ciò che importa è che a orientare la nostra azione è la fedeltà a quello che Lord Acton ha definito "il fine politico supremo": la libertà individuale. In un'epoca nella quale i nemici della libertà sembrano acquistare nuovo vigore, l'IBL vuole promuovere le ragioni della libertà attraverso studi e ricerche puntuali e rigorosi, ma al contempo scevri da ogni tecnicismo.