

# **La sanità in Lombardia**

## **a dieci anni dall'approvazione della legge n° 31**

di Luisa Motolese, Consigliere della Corte dei conti

Come è cambiata la sanità lombarda in dieci anni?

Quale è il bilancio effettivo a dieci anni dalla legge che ha introdotto la libertà di scelta tra il pubblico ed il privato?

Queste le tematiche principali affrontate durante un convegno organizzato dall'AIOP (Associazione Italiana dell'Ospedalità Privata).

I numeri della sanità Lombarda sono i seguenti: tagliati diecimila letti negli ospedali pubblici, raddoppiati i ricoveri negli istituti privati.

Così è cambiata la Sanità Lombarda in dieci anni.

Una trasformazione epocale iniziata dieci anni fa con l'approvazione della legge regionale n° 31, che ha di fatto sancito la piena parificazione tra le strutture sanitarie pubbliche e quelle private accreditate.

Negli interventi susseguitesisi è emerso che un posto su tre è nel privato, cresciuto del 7% negli ultimi 10 anni: su un totale di 44.920 mila posti letto.

Le strutture accreditate registrano 14.233 posti letto pari al 31%, contro i 13.116 su 53.299 (24% di una volta). L'aumento è proporzionale alla ospedalizzazione, compresi i day hospital, con una durata inferiore alle 24 ore: negli istituti privati adesso se ne contano 636 mila.

Un numero notevole che percentualmente rappresenta il 30% delle ospedalizzazioni a quota 2 milioni e 120 mila.

---

Il modello lombardo di sanità realizzato a partire dalla legge n° 31 del 1997 è fondato sulla separazione di funzioni tra le ASL acquirenti le prestazioni da una parte e dall'altra i fornitori (aziende ospedaliere pubbliche e strutture private) e sull'equiparazione pubblico - privato. Obiettivi dichiarati di queste trasformazioni sono: un aumento dell'offerta di servizi ed una riduzione dei tempi d'attesa per le prestazioni specialistiche, una maggiore qualità delle prestazioni erogate, grazie alla competizione tra strutture pubbliche e private, la libertà di scelta del luogo di cura da parte dei cittadini, un maggior controllo della spesa sanitaria.

Nel 1997 erano 1 milione e 914 mila, di cui solo 383 mila negli istituti accreditati.

Questa avanzata senza precedenti procede di pari passo con il moltiplicarsi dell'attività economica in mano ai privati per una quota pari al 35%.

Un sistema capace - secondo il Presidente dell'AIOP Lombardia - di assicurare terapie all'avanguardia di pazienti che provengono da fuori della Lombardia; per esempio nel 2005 nel privato ne sono stati curati 81000 e nel pubblico 110 mila.

Il pubblico ed il privato - ha evidenziato il governatore della Lombardia Roberto Formigoni - sono in perfetto equilibrio ed il sistema sanitario Lombardo si conferma come il migliore d'Italia. Non è vero - ha precisato Formigoni- che in Lombardia si privilegia il privato in quanto tale, la Lombardia riguardo alla percentuale di posti letto nelle cliniche è al 7° posto in Italia dopo Calabria, Campania, Lazio, Abruzzo, Emilia Romagna e Sicilia.

Anche l'allora assessore alla Sanità Alessandro Cè-a cui è' succeduto Luciano Bresciani- intervenuto al convegno, ha confermato la bontà di questo sistema misto tra strutture pubbliche e private ma ha sottolineato la necessità di eliminare sacche di inefficienza ancora presenti nel pubblico e nel privato e di correggere nello stesso tempo il privato quando punta troppo sul business.

Nel programma del 2007 dell'assessorato alla Sanità è stato previsto un potenziamento dei controlli sull'idoneità delle prestazioni (affidato ai NOC - Nuclei Operativi di Controllo).

Ma soprattutto per l'assessore le linee guida per quest'anno dovranno essere all'insegna della meritocrazia, anche e soprattutto nella scelta dei primari.

Perplessa altresì l'opposizione che ritiene la crescita degli istituti privati essere avvenuta in tempi troppo rapidi a discapito del pubblico.

Dai risultati di una ricerca Assolombarda-Cergas Bocconi (centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale fondato nel 1978 per promuovere e coordinare e svolgere attività di ricerca di base ed applicata sugli assetti , le

dinamiche e la performance delle aziende operanti nei settori sanitario , socio-sanitario, socio-assistenziale e socio -educativo) si rileva che non e' possibile parlare in sanità del privato in generale e che è necessario evidenziare l'esistenza di una complessa rete di strutture private accreditate che includono, oltre alle case di cura, un ampia gamma di strutture, differenziate per natura giuridica e per ambiti di intervento (degenza per acuti, per riabilitazione, lungodegenza, ambulatori e laboratori, strutture socio-sanitarie). Allo stesso modo, se si analizzano le sole strutture che operano nel mercato sanitario si rileva la compresenza di piccole strutture che offrono prestazioni di bassa specialità e di strutture di grandi dimensioni e fortemente orientate all' alta specializzazione , impegnate nella ricerca e coinvolte nella rete dell' emergenza - urgenza.

La Lombardia si caratterizza per strutture mediamente più grandi rispetto al dato nazionale e 8 delle prime venti case di cura del nostro paese per dotazione di posti letto sono localizzate in Lombardia . Le restanti sono ubicate nel Lazio(6), in Campania(2), Calabria, Abruzzo, Sicilia e Toscana

44.920 i letti a disposizione negli ospedali	14.288 i posti nelle strutture accreditate	2.120.000 i ricoveri nel sistema sanitario pubblico	636.000 le presenze nelle strutture private
Fino al 1997 erano 53.299	Fino al 1997 erano 13.116	Nel 1997 erano 1.914.000	Nel 1997 ad oggi erano la metà

Profonde sono anche le differenze in termini di presenza e caratteristiche del privato accreditato nelle diverse regioni. I posti letto delle case di cura accreditate rappresentano mediamente a livello nazionale il 19% di quelli

disponibili nel SSN, con profonde differenze a livello interregionale (oltre il 30% in Calabria, Campania, e Lazio, inferiore al 6% in Valle d'Aosta, Veneto, Liguria e Basilicata).

Anche la presenza di IRCCS ( Istituti di Ricovero e cura a carattere scientifico , cioè centri d' eccellenza con riferimento a specifiche aree di ricerca) di diritto privato è molto differenziata La Lombardia rappresenta la regione in cui si concentra il maggior numero .

Gli unici 2 Policlinici privati a gestione diretta dell' Università (Policlinico Gemelli dell' Università Cattolica di Roma, con 1973 posti letto, e Policlinico Campus biomedico, con 123 posti letto ), sono invece localizzati nel Lazio.

Queste differenze non sembrano essere sufficienti comunque per spiegare un alto o basso livello di performance del servizio Sanitario Regione. Non esiste infatti - alla stregua di tale studio- una significativa correlazione tra la spesa sanitaria pubblica pro-capite delle Regioni (cfr Tabella 1 pag.1) ed una maggiore presenza del privato convenzionato od accreditato non si traduce necessariamente in una maggiore o minore spesa pro- capite complessiva, né in un maggiore disavanzo.

Ne deriva come conseguenza che l' aspetto più critico nel dibattito del ruolo del privato in sanità non sembra essere la presenza di tali soggetti nel SSN quanto piuttosto la capacità delle Regioni di governare il SSN nel suo complesso ed il ruolo dei privati in particolare.

In relazione a quest'ultimo tema l'analisi evidenzia come i sistemi di governo del SSN siano estremamente disomogenei in termini sia di caratteristiche tecniche sia di grado di formalizzazione e trasparenza sia di correlazione tra i sistemi di finanziamento e di accreditamento e le caratteristiche quali-quantitative delle strutture e delle prestazioni erogate. A titolo esemplificativo si rappresenta che formalmente solo 4 regioni (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Bolzano) hanno concluso l'iter legislativo che definisce il nuovo sistema di accreditamento istituzionale. Nelle altre 17 regioni le strutture operano ancora in regime di accreditamento provvisorio, benché in molti casi la fase di

progettazione del sistema(definizione del manuale di accreditamento, attivazione di tavoli tecnici di monitoraggio e valutazione) sia completata.

Per cio' che riguarda i sistemi di finanziamento esistono sostanziali differenze tra le tariffe riconosciute ai privati per le medesime prestazioni nelle diverse regioni, nonostante esista un tariffario ministeriale di riferimento La Calabria applica mediamente un abbattimento del 5% rispetto al tariffario nazionale senza differenziazioni tariffarie; la Lombardia applica mediamente un abbattimento del 14% alle strutture di ricovero con pronto soccorso, incrementando tale decurtazione al 16,6 per le strutture senza PS e diminuendo tale decurtazione al 9,7% per le strutture con un Dea; il Lazio ha incrementato mediamente le tariffe del 4%, incremento che arriva fino al 9,2% per le strutture classificate in classe A.

Da tali risultati si possono trarre alcune considerazioni. La prima è che il pubblico ed il privato possono- in presenza di regole - coesistere erogando prestazioni sanitarie di standard qualitativo di alto livello in un rapporto costo beneficio più che ottimale.

I dati emersi dal rapporto appena menzionato sembrano confermare come sia superata una visione strettamente pubblicistica o meglio statalista della sanità. Più che di costo della sanità è preferibile parlare di investimento per la salute, di opportunità di sviluppo per il Paese<sup>2</sup> La spesa sanitaria continuerà a crescere (v. tabella 1A pag.2) e crescerà in maniera slegata dal PIL. Rallentarne la crescita significa quindi ridurre l'assistenza ai cittadini: basti pensare alla crescente longevità ed al costante progresso tecnologico che offrendo qualcosa di nuovo per migliorare la salute spingono sempre più la spesa.<sup>3</sup>

In tale prospettiva bisogna anche riconoscere che la sanità offre delle opportunità: quella della salute e' la seconda industria italiana , dopo quella immobiliare e crea 156 miliardi di euro l' anno di valore aggiunto, per ogni 10 euro investiti la sanità riesce a generarne 7 di indotto.

<sup>2</sup> Così si esprimono R. Formigoni e G. Riva nel convegno organizzato da Assolombarda- Gruppo Sanità in data 19.02 2007, intitolato - La Sanità (h) a tutti i costi. Milano, Auditorium Assolombarda.

<sup>3</sup> L'Italia spende appena più della media europea e molto meno di stati come Francia e Germania

La sanità può essere vista come opportunità di sviluppo ed un aiuto può fornirlo la ricerca citata.

I dati emersi confermano un superamento di una visione pubblicistica della sanità rappresentando come una sana partnership tra pubblico e privato possa sfruttare appieno le potenzialità presenti nel settore sanitario, e può abbassare i costi.

Dal rapporto Assolombarda -Cergas Bocconi si evince come la Lombardia sia il più importante produttore di cure ospedaliere in Italia grazie ai propri ospedali pubblici diffusi in ogni provincia, ma grazie anche al ruolo svolto dal privato nell'assicurare servizi appropriati ed efficienti ai propri cittadini ed a quelli provenienti dal resto d'Italia e d'Europa.

L'apporto qualitativo e quantitativo del privato si manifesta come già rappresentato con 8 delle prime 20 case di cure in ambito nazionale per dotazioni di posti -letto.

La Lombardia si caratterizza, altresì per quanto concerne le strutture private accreditate, per strutture di emergenza -urgenza a più elevata concentrazione: il 14, 8% ha un dipartimento di emergenza, il 26, 2 un Pronto Soccorso ed il 21,3 un centro di rianimazione. Questo comporta un pieno inserimento del privato in tutte le attività sanitarie e non solo in quelle considerate più redditizie, così come è confermata la presenza del privato nelle specialità ad alta complessità come quella dell'ortopedia protesica, della cardio chirurgia e dell'oncologia.

Sempre la ricerca condotta da Cergas Bocconi evidenzia come la Regione Lombardia riesca ad abbattere i costi di remunerazione delle prestazioni applicando mediamente un abbattimento del 14% alle strutture di ricovero con pronto soccorso e tale decurtazione aumenta al 16,6% per le strutture senza pronto soccorso e scende al 9,7 per le strutture con un Dea. Tale sistema di accreditamento con parità di trattamento tra strutture pubbliche e private e' garantito da una larga attività ispettiva e di controllo svolta dalla Giunta Regionale attraverso il COMITATO DEI CONTROLLI PER LA VERIFICA

(che vigila sul corretto funzionamento delle strutture organizzative, sui costi di funzionamento e sui rendimenti, sulla corretta gestione delle risorse assegnate, sull'imparzialità e l'efficienza dei procedimenti di competenza, sulla rispondenza dell'attività gestionale e dei risultati raggiunti agli obiettivi ed agli indirizzi stabiliti).

Alcuni dati: sono state controllate 111.769 cartelle di ricovero (oltre il 5% del totale a cui corrisponde l'8% del valore di spesa dei ricoveri e 709.000 ricette ambulatoriali, cioè il 3% del totale mentre il parametro nazionale è del 2%). Le rettifiche di fatturazione agli erogatori ammontano a circa 14 milioni, 9 milioni di Euro per i ricoveri e 2, 5 milioni per l'ambulatoriale. Il privato lombardo sta dimostrando così - ha sostenuto il Governatore della Lombardia - con i fatti di integrare positivamente anche il pubblico spostandolo sui livelli più alti di qualità , contribuendo in maniera significativa a fare della sanità un importante volano per lo sviluppo anche economico non solo della Lombardia ma dell'intero paese; un volano che agisce positivamente sull'occupazione , sul livello di occupazione , sul livello di innovazione e sulla quantità e qualità della ricerca , che raccoglie capitale umano qualificato, che accresce l'attrattività di un territorio e migliora la qualità della vita dei cittadini .

Negli ultimi anni è cresciuto considerevolmente il numero degli interventi di cardiocirurgia degli ospedali pubblici, sia per i cittadini lombardi che per i pazienti fuori regione.

Questo dimostra che si è utilizzata la presenza di un forte privato per far crescere anche il pubblico

Per sfruttare tutte le potenzialità che questo sistema può offrire la classe politica dirigente ha in mente alcune prospettive per questa alleanza pubblico-privato, per esempio nel campo dell'edilizia sanitaria , nella ricerca e nell'innovazione , nella qualità e nel risk management.

Nel campo dell'edilizia sanitaria , dove la regione Lombardia è la regione italiana con il più alto coinvolgimento di capitale privato in questo ambito,

coprendo più del 35% del valore dell' intero mercato nazionale (19 sono allo stato gli interventi di edilizia sanitaria che in Lombardia sono finanziati da capitale privato ed hanno un valore complessivo di circa 1,3 miliardi di euro. Tutto ciò è il frutto del supporto di Infrastrutture Lombarde S.p.A e dell' applicazione di modelli finanziari innovativi come il project financing, i fondi immobiliari e le sperimentazioni gestionali che consentono il concorso di risorse private)

Nella ricerca e nell'innovazione nelle quali il ruolo delle istituzioni deve essere quello di focalizzare le necessità e di creare strumenti adeguati che permettano ai privati di concentrare le proprie energie e risorse umane ed economiche lì dove c'è reale necessità.

Nella qualità in cui la creazione di network regionali e di benchmark richiede sempre di più il coinvolgimento di professionalità che solo il mondo delle organizzazioni private è in grado di fornire.

Infine nel risk management, tema oggi più che mai rilevante soprattutto per la sua incidenza sulla sostenibilità economica del sistema ed in cui e' certo perciò che assumerà sempre maggior rilievo anche il mondo privato, in particolare quello assicurativo

La Corte dei Conti - Sezione Regionale di controllo della Lombardia con sede a Milano - nell' ultimo referto ha rilevato come l'obiettivo di razionalizzazione della spesa sanitaria è stato perseguito attraverso una serie di interventi di programmazione e controllo che hanno consentito di mantenere la tenuta degli equilibri di sistema con un' incidenza della spesa sanitaria regionale in rapporto al PIL del 5,3% rispetto al 6,2 di media nazionale. Nel referto si da conto anche , a conferma della tendenza registrata a partire dal 1999, che nel 2005 il sistema sanitario regionale ha conservato una forte capacità' di attrazione , con una crescita dei ricavi derivanti da prestazioni sanitarie eseguite dalle strutture erogatrici lombarde per pazienti provenienti da altre regioni italiane che, secondo i dati forniti dalla direzione Generale Sanita', ammontano a 574.398 migliaia di euro contro 571.706

dell'anno 2004.

Ciò significa che la Lombardia ( vedi tabella 1 pag.3) nel confronto con le altre regioni italiane pur avendo in termini assoluti il livello complessivo di spesa sanitaria più elevato presenta una spesa pro- capite al di sotto della spesa pro- capite media nazionale .<sup>4</sup>

---

a Nel convegno citato - La Sanità (h)a tutti i costi, Formigoni ha rappresentato come la Lombardia , nonostante sia una regione virtuosa , venga penalizzata ricevendo una quota del Fondo Nazionale inferiore a quella della quasi totalità delle altre regioni italiane (500 milioni di euro in meno rispetto alla media nazionale) , somma che negli ultimi 11 anni ammonterebbe a circa 5.5 miliardi di euro per mancati introiti e che avrebbe potuto invece far conseguire vantaggi considerevoli ai cittadini lombardi. Anche le entrate da ticket e da altre fonti proprie in Lombardia-secondo dati ufficiali del Ministero della salute- sono più basse di quanto comunemente si ritenga collocandosi allo stesso livello del Piemonte , Marche ed Umbria , ma al di sotto di altre Regioni quali l'Emilia-Romagna , il Veneto e la Toscana nella graduatoria del più alto tasso percentuale di risorse derivanti da compartecipazione ed altre fonti

Conclusivamente alla stregua di quanto appena esposto si può affermare - come dimostra l'esperienza lombarda- che occorra un' azione a livello pubblico,che sappia incrementare e favorire la responsabilizzazione delle regioni.

A livello nazionale è necessario dunque che venga impostato un nuovo modello di governance della sanità, basato sull'incentivazione dell'efficienza e dei comportamenti virtuosi.

[www.contabilita-pubblica.it](http://www.contabilita-pubblica.it)

## ALLEGATI

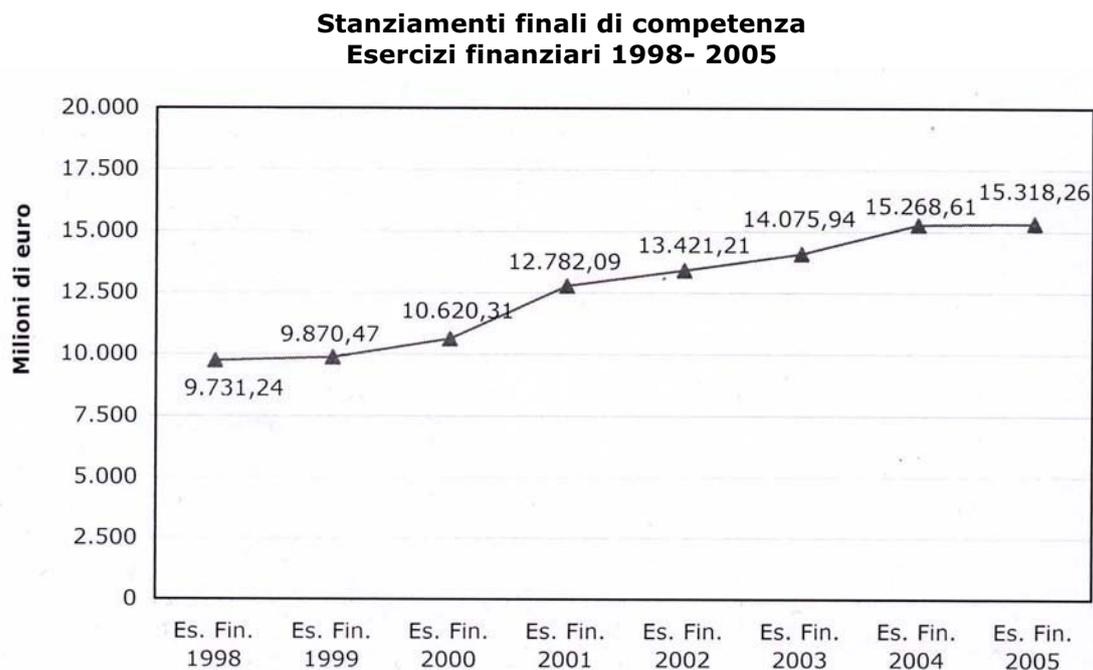
Tabella 1. Spesa pro capite per assistenza convenzionata e accreditata per regione e per tipologia (2005)

	Specialistica convenz. e accr.	Riabilitativa accreditata	Integrativa e protesica convenz. e accr.	Altra assistenza convenz. e accr.	Ospedaliera accreditata	Totale spesa privata accreditata	Totale spesa sanitaria nei SSr per la gestione corrente	% spesa sanitaria privata sul totale
Piemonte	41	24	39	87	114	305	1.635	19%
Val d'Aosta	55	8	26	70	63	222	1.854	12%
Lombardia	59	27	19	120	207	432	1.572	27%
Bolzano	10	12	55	243	41	360	2.076	17%
Trento	22	3	26	215	98	365	1.721	21%
Veneto	59	23	21	124	112	340	1.616	21%
Friuli V. G.	39	10	38	59	67	214	1.658	13%
Liguria	35	100	24	22	114	294	1.833	16%
Emilia R.	29	2	21	121	103	276	1.686	16%
Toscana	31	21	15	63	65	196	1.637	12%
Umbria	14	26	35	55	45	174	1.618	11%
Marche	24	36	13	53	57	183	1.542	12%
Lazio	101	50	31	61	336	580	1.816	32%
Abruzzo	31	106	17	38	133	325	1.688	19%
Molise	61	75	18	16	184	354	1.854	19%
Campania	91	64	21	37	167	380	1.603	24%
Puglia	51	61	14	36	150	313	1.431	22%
Basilicata	24	69	30	39	8	170	1.475	12%
Calabria	38	38	21	30	96	224	1.404	16%
Sicilia	80	42	30	35	138	324	1.556	21%
Sardegna	48	45	22	21	62	198	1.572	13%
ITALIA	57	38	24	74	148	341	1.618	21%

Fonte: elaborazioni OASI su dati RGSEP

TABELLA 1A

Le risorse complessive assegnate alla Direzione Generale Sanità per l'anno 2005 ammontano a **15.318,26** milioni di euro, come risulta dai dati trasmessi dalla Regione. Nel grafico seguente è evidenziata la costante tendenza alla crescita degli stanziamenti per la sanità negli anni considerati.

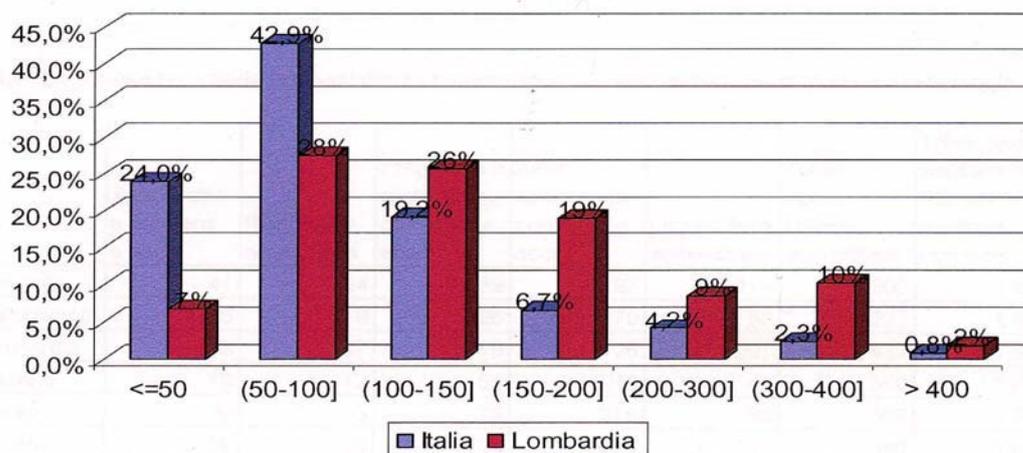


Fonte: Regione Lombardia - Direzione Centrale Programmazione Integrata - U.O. Ragioneria ed Entrate  
Elaborazione: Corte dei conti - Sezione regionale di controllo per la Lombardia

La percentuale di incremento degli stanziamenti, calcolata per ciascun anno sull'anno precedente, è riportata nel grafico seguente, che mostra un andamento piuttosto variabile.

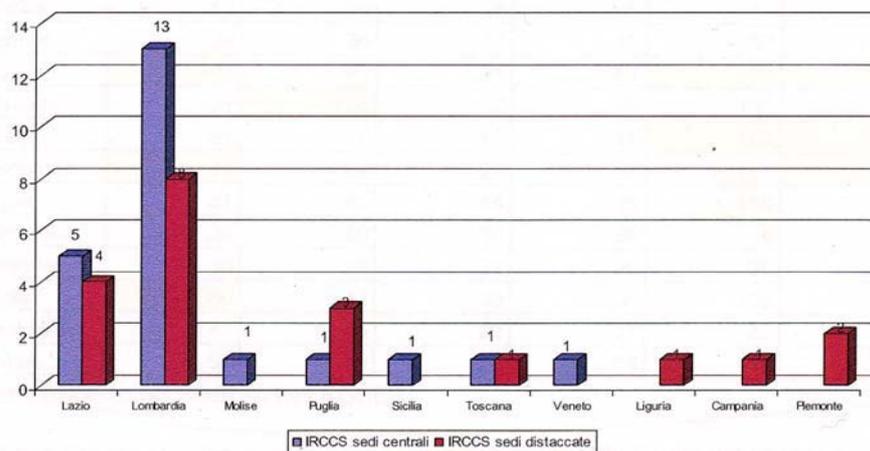
Nel 2005 si è registrata una sostanziale stabilità degli stanziamenti rispetto al valore dell'anno precedente.

Figura 1. Distribuzione percentuale delle case di cura private accreditate per numero di posti letto accreditati (2003)



Fonte: elaborazioni OASI su dati Ministero Salute

Figura 2. Numero assoluto di IRCCS di diritto privato per regione – sedi centrali e sedi distaccate (2006)



Fonte: nostra elaborazione